

## Fødselsstatistikk 2014

AV DAG MOSTER, PROFESSOR OG OVERLEGE VED MEDISINSK FØDSELSREGISTER

### Utdrag av de foreløpige tallene for 2014:

Medisinsk fødselsregister (MFR) publiserte 17. juni 2015 foreløpige tall for fødselsstatistikk for 2014.

Disse er tilgjengelig i [MFR statistikkbank](http://mfr-statistikkbank) (<http://mfr-nesstar.uib.no/mfr/>). Tallene for 2014 kan endre seg noe da de enda ikke er helt ferdig kvalitets-sikret. Endelig tall for 2014 blir publisert 18. november.

### Antall fødte

Det er registrert 59 937 fødte i 2014. Dette er kun 44 færre fødte enn året før, men over 3000 færre fødte enn siste toppår som var i 2009.

### Forholdet mellom gutter og jenter

Det blir født flest gutter (51,4 % av fødte). I 2014 var det kun Troms og Finnmark som hadde flere jentefødsler enn guttefødsler.

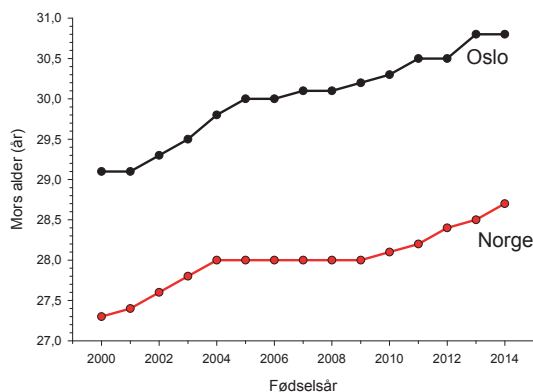
### Tvillinger og trillinger

Andelen flerlinger fortsetter å falle og utgjør nå 1,6 % av fødselene. Andelen av flerlingefødsler begynte å stige på slutten av 1980-tallet og nådde toppen like etter årtusenskiftet før det begynte å falle igjen. Vi må tilbake til 1996 før vi finner lavere andel flerlinger enn vi registrerte i 2014.

### Alder for førstegangsfødende

Gjennomsnittlig alder for førstegangsfødende fortsetter å øke og var 28,7 år i 2014. Høyeste gjennomsnittsalder for førstegangsfødende finner vi i Oslo med 30,8 år, mens den laveste er i Nord-Trøndelag med 26,3 år (Fig. 1).

FIG. 1: Mors gjennomsnittsalder ved første fødsel



### Dødfødsler

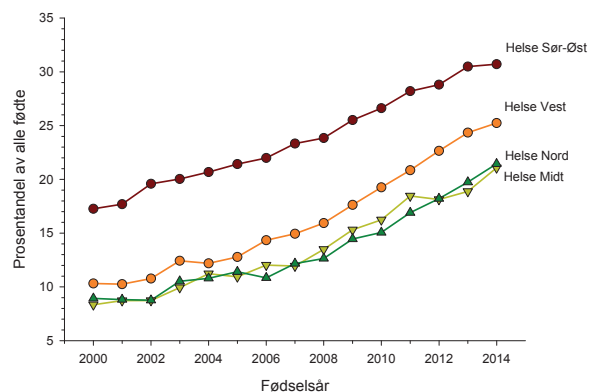
Dødfødselsraten var i 2014 på 4,4 dødfødte per 1000 totalt fødte. Dette er samme nivå som i 2008, mens raten på 3,7 i 2012 var den laveste som noen gang er registrert.

### Barn av utenlandsfødte mødre

Andelen barn født av mødre som selv ikke er født i Norge har økt til 27 % i 2014. Tilsvarende andel var 14 % i år 2000. I Helse Sør-Øst ble 31 % av barna i 2014 født av mødre som selv ikke var født i Norge. For Helse Vest var andelen 25 % og for Helse

Midt og Helse Nord 21 % (Fig. 2). Av utenlandsfødte mødre som fødte i Norge i 2014 var flest fra Polen, fulgt av mødre fra Somalia, Sverige, Litauen, Filippinene og Irak.

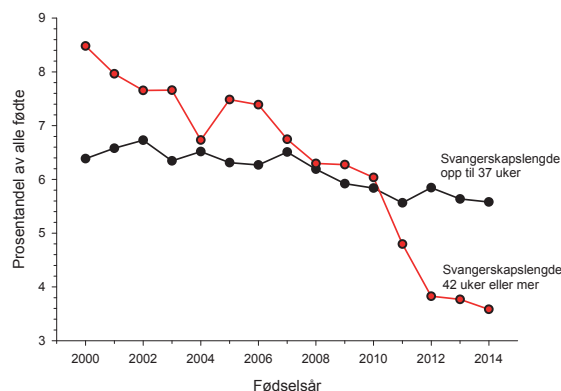
FIG. 2: Barn født i Norge av mødre som selv ikke er født i Norge



### Andelen som fødes etter fullgåtte svangerskap (terminfødte)

9 av 10 barn som fødes i Norge blir nå født innenfor det som Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer som terminfødte, dvs. en svangerskapsvarighet fra og med 37 uker og 0 dager til og med 41 uker og 6 dager. Prosentandelen med terminfødte barn har økt fra 85 % i år 2000 til 91 % i 2014. Dette forklares av en lett reduksjon av premature fødsler, men enda mer av en markert nedgang av overtidsfødsler (Fig. 3).

FIG. 3: Prematurfødsler og overtidsfødsler



### Andelen for tidlig fødte (premature) og overtidsfødte

Andelen for tidlig fødte barn, dvs. barn født før uke 37, har falt til 5,6 % mot 6,4 % i år 2000. Til sammenligning har det vært mer enn en halvering av overtidsfødsler fra 8,5 % i år 2000 til 3,6 % i 2014 (Fig. 3).

# Forekomst av medfødt hjertefeil i Norge 1994-2009

AV ELISABETH LEIRGUL, OVERLEGE OG PHD-STIPENDIAT

Medfødt hjertefeil er den vanligste fødselsdefekten, med en beskrevet forekomst på omkring 1 % av alle fødte barn. Årsakene til hjertemisdannelsene er i liten grad kartlagt, men noen nylige studier kan tyde på at det har blitt født færre barn med hjertefeil i Europa og Canada de senere år.

En norsk studie av medfødt hjertefeil koblet informasjon fra Medisinsk fødselsregister med Dødsårsaksregisteret, Rikshospitalets register for barn med hjertesykdom (BERTE) og CVD-NOR-prosjektet (Cardiovascular disease in Norway), som har hentet diagnoser og prosedyrekoder fra sykehusinnleggelse. Studien omfatter 954 413 fødsler i Norge i årene 1994-2009, inkludert dødfødte og svangerskap terminert på grunn av foster misdannelser.

Forekomsten av hjertefeil var i hele perioden totalt 137,1 per 10 000 fødsler. De vanligste hjertefeilene var septumdefekter, med forekomst 65,5 per 10 000 fødsler, hvorav ventrikelseptumdefekter (VSD) utgjorde nesten tre fjerdedeler. Alvorlige hjertefeil, dvs. hjertemisdannelser, som oftest vil trenge

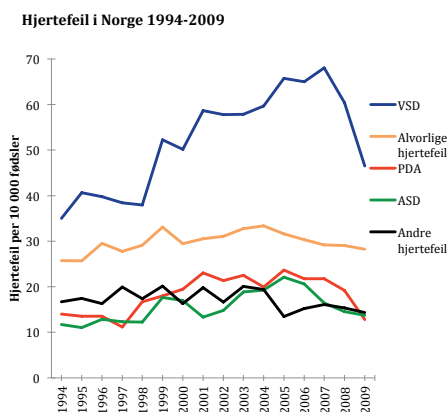


Fig. 1. Forekomst av hjertefeil blant alle registrerte fødsler (levende-fødte, dødfødte og terminerte svangerskap) 1994-2009, vist for ventrikelseptumdefekter (VSD), atrioseptumdefekter (ASD), patent ductus arteriosus (PDA), alvorlige hjertefeil og andre hjertefeil.

behandling, utgjorde 30,7 per 10 000 fødsler. De vanligste av disse hjertemisdannelsene var atrioventrikulær septumdefekt (5,6 per 10 000 fødsler), transposisjon av de store arterier (3,5 per 10 000 fødsler), koarktasjon av aorta (3,0 per 10 000 fødsler) og aortastenose (3,0 per 10 000 fødsler).

Det var en klart økende forekomst av hjertefeil frem til 2005. Dette har også vært beskrevet i andre land, og kan delvis skyldes bedre diagnostikk og registrering i denne perioden. Fra omkring 2005 var det imidlertid en nedadgående trend i forekomsten av alle hjertefeil. Det var i hele perioden økende antall terminerte svangerskap, men også når disse var medregnet var den nedadgående trenden tydelig, både for de enkle defektene og for de alvorlige hjertefeilene, som ble redusert med 3,4 % per år fra 2004.

Forekomsten av medfødte hjertefeil i Norge er for første gang beskrevet med sannsynligvis tilnærmet komplett registrering. Endringen over tid kan skyldes tilfeldige svingninger, men kan også forklares av endringer i livsstil og andre risikofaktorer, noe som bør undersøkes videre i andre studier.

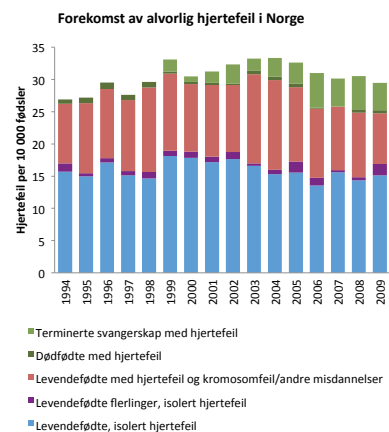


Fig. 2. Alvorlig hjertefeil i årene 1994-2009 fordelt på type fødsel (levendefødte med eller uten andre misdannelser, flerlinger, dødfødte og terminerte svangerskap).

**Referanse:**  
Leirgul E, Fomina T, Brodwall K, Greve G, Holmstrøm H, Vollset SE, Tell GS, Øyen N. Birth prevalence of congenital heart defects in Norway 1994-2009-A nationwide study. *American Heart Journal* 2014;168(6):956-64. DOI: 10.1016/j.ahj.2014.07.030.



Elisabeth Leirgul (Foto: privat)

# Ammestopp fjerner ikke bekkenleddsmerter

AV ELISABETH BJELLAND, POSTDOKTOR PÅ FORSKNINGSSENTERET, AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS

Svangerskapsrelaterte bekkenleddsmerter har et naturlig forløp ved at de oppstår i forbindelse med graviditet og at de oftest forsvinner i løpet av barseltiden. Hos noen kvinner vedvarer smertene utover denne perioden og tidspunktet for tilfriskning vil i noen tilfeller kunne sammenfalle med tidspunktet da ammingen reduseres. Dette kan være grunnlaget for at det eksisterer en myte blant helsepersonell og nybakte mødre om at ammestopp kan redusere bekkenleddsmerter som vedvarer etter fødsel. Forskerne benyttet derfor data fra 10 603 kvinner i Den norske mor- og barnundersøkelsen for å undersøke om ammevarighet og/eller ammemønster har betydning for varighet av bekkenleddsmerter opp til 18 måneder etter forløsning.

- Jo lengre kvinnen ammet i løpet av barnets første leveår desto lavere var forekomsten av bekkenleddsmerter 18 måneder etter forløsning, men denne sammenhengen var bare til stede hos overvektige kvinner (kroppsmasseindeks over 25 kg/m<sup>2</sup>).
- Sammenlignet med kvinner som ammet hele barnets første leveår, hadde kvinner som bare ammet 0-2 måneder om lag 30 % økt risiko for å ha bekkenleddsmerter 18 måneder etter fødsel (justert odds ratio 1,34; 95 % konfidensintervall: 1,03-1,75).

Forskerne tok hensyn til utdanning, røyking i svangerskap og kroppsmasseindeks.

- Det var ingen sammenheng mellom ammemønster (fullamming, delvis amming eller flaske) 5 måneder etter forløsning og varighet av bekkenleddsmerter.

Studien viser at amming har liten effekt på bekkenleddsmerter som vedvarer etter forløsning. Hvis amming i det hele tatt har effekt, er effekten gunstig for ammende kvinner. Forskerne mener amming kan være forbundet med spesielle faktorer som beskytter mot smerter. For eksempel kan høye nivåer av hormonet oxytocin, som utskilles i forbindelse med amming, påvirke kvinnens smerteregulering gjennom redusert smertefølsomhet.

Kvinner med bekkenleddsmerter bør derfor få samme råd om amming som alle andre kvinner.

Studien var et samarbeid mellom forskere ved Akershus universitetssykehus, Folkehelseinstituttet og Oslo universitetssykehus.

**Referanse:**  
Bjelland EK, Owe KM, Stuge B, Vangen S, Eberhard-Gran M. Breastfeeding and pelvic girdle pain: a follow-up study of 10 603 women 18 months after delivery. *BJOG* 2014. DOI: 10.1111/1471-0528.13118.



Elisabeth Bjelland (Foto: Ole Walter Jacobsen)

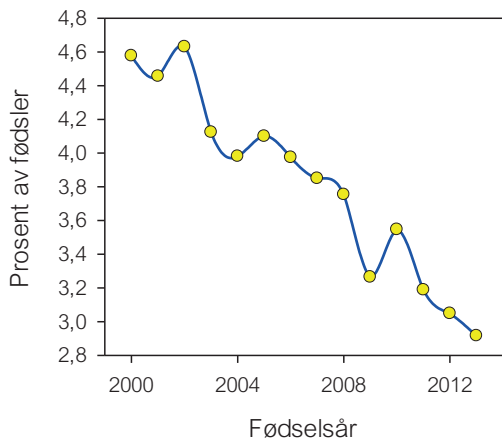
# Svangerskapsforgiftning (preeklampsi) og morkakeløsning (abruptio placenta)

AV ROLV SKJÆRVEN, PROFESSOR MEDISINSK FØDSELSREGISTER

## Svangerskapsforgiftning

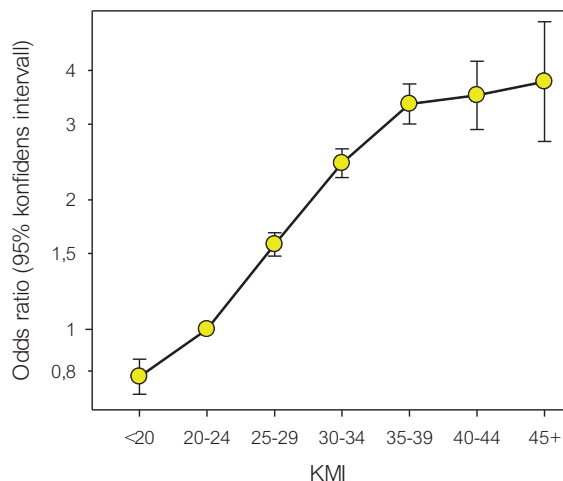
Svangerskapsforgiftning er en alvorlig komplikasjon som kan inntre i siste halvdel av svangerskapet. I Norge er forekomsten nå høyest for fødsler i svangerskapsuke 28 til 31 (22-25 % av fødslene med denne svangerskapslengden), og mer sjelden ved uke 40 (2,2 %). Perinatal dødelighet (dødfødsel eller død i første leveuke) for nyfødte utsatt for svangerskapsforgiftning var 4-5 ganger forhøyet i de første årene av fødselsregisteret (1967-1970). I de senere år (2010-2013) er risikoen for perinatal død redusert til 1,5, dvs. en 50 % økt risiko sammenlignet med andre fødte.

FIG. 1: Forekomst av preeklampsi



Forekomsten av svangerskapsforgiftning har likeledes vist en svært gledelig nedgang siden år 2000 (Fig. 1). Reduksjonen gjelder både for vekstretarderte og tunge barn. Reduksjonen i forekomsten av svangerskapsforgiftning er overraskende av flere grunner: Røyking under svangerskapet har gått kraftig ned de siste 10-15 årene. Det er velkjent at røyking under svangerskapet reduserer forekomsten av svangerskapsforgiftning, men om mor røyker og også får svangerskapsforgiftning, er risikoen for at barnet dør i perinatalperioden vesentlig økt.

FIG. 2: Preeklampsi og mors KMI før svangerskapet



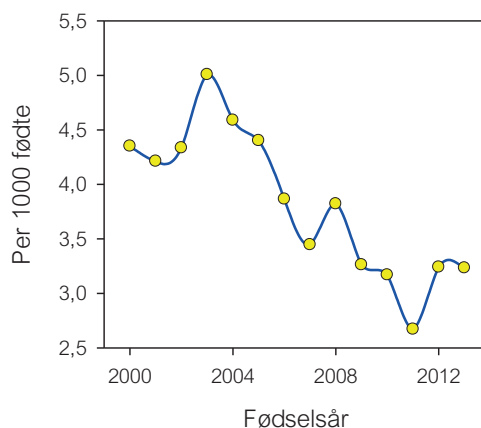
Vi tror at røyking kamuflerer symptomene for svangerskapsforgiftning. Likeledes har mors alder ved fødsel gradvis steget siden år 2000, og økt alder fører til økt forekomst av svangerskapsforgiftning. Økt alder fører til relativt flere førstegangs fødende som igjen gir høyere andel med svangerskapsforgiftning.

Høy kroppsmasseindeks (KMI) hos mor er også en risikofaktor (Fig. 2). Det synes imidlertid ikke å være forandring i KMI som forklarer den positive utviklingen i forekomst av svangerskapsforgiftning, siden fordelingen av KMI har vært relativt uforandret over de årene vi har KMI data tilgjengelig (2006-2013).

## Morkakeløsning (abruptio placenta)

I noen få svangerskap løsner morkaken fra livmorveggen før barnet er født. Dette er en svært alvorlig tilstand med stor fare for at barnet skal bli skadet eller dø. Det har de senere år vært en tilsvarende nedgang i forekomst av morkakeløsning som vi ser ved svangerskapsforgiftning. Fra en lokal topp i 2003 på 5 per 1000 fødte, har trenden vært klart synkende og nesten halvert i løpet av ti år (Fig. 3).

FIG. 3: Forekomst av abruptio placenta



Risikofaktorene for morkakeløsning er forskjellig fra svangerskapsforgiftning på mange vis. Røyking under svangerskapet er 'beskyttende' for svangerskapsforgiftning, men øker risikoen for morkakeløsning til nesten doblet risiko. KMI er en sterk risikofaktor for svangerskapsforgiftning, men ikke for morkakeløsning. Svangerskapsforgiftning rammer ofte første svangerskap, mens morkakeløsning tilnærmet like hyppig ved første som senere svangerskap. I tillegg vil rundt halvparten av morkakeløsninger skje før terminperioden (det vil si før 37. svangerskapsuke), mens det samme kun gjelder for en fjerdedel av svangerskapene med svangerskapsforgiftning.

Den positive utviklingen i forekomst av svangerskapsforgiftning og morkakesvikt er ikke unik for Norge. De positive trendene gjelder for samtlige nordiske land, mens utviklingen i USA og Canada er langt fra så positiv (1, 2).

### Referanser:

1. Ananth CV, Keyes KM, Hamilton A, Gissler M, Wu C, Liu S, Lague Fernandez MA, Skjaerven R et al. An international contrast of rates of placental abruptio: an age-period-cohort analysis. *PLoS One* 2015;10(5):e0125246. DOI: 10.1371/journal.pone.0125246.

2. Roberts CL, Ford JB, Algert CS, Antonsen S, Chalmers J, Cnattingius S, Gokhale M, Kotelchuck M, Melve KK et al. Population-based trends in pregnancy hypertension and pre-eclampsia: an international comparative study. *BMJ Open* 2011;1(1):e000101. DOI: 10.1136/bmjopen-2011-000101. ●

# Peripartum Hysterektomi – resultater fra den nordiske Noss Studien

AV KARI KLUNGSØYR, PROFESSOR OG OVERLEGE VED MEDISINSK FØDSELSREGISTER

Nordic Obstetric Surveillance Study (NOSS) er et nordisk forskningssamarbeid med datainnsamling fra fødeavdelinger i Norden om alvorlige, potensielt livstruende, komplikasjoner i forbindelse med fødsel. Prosjektet studerte peripartum hysterektomi (akutt fjerning av livmoren innen en uke etter fødsel), placenta accreta (morkaken vokser inn i og fester seg i livmorens muskelvegg), komplett uterusruptur (livmoren revner gjennom vegg og hinner) og store blødninger med behov for mer enn 5 transfusjonsheter.

Hvert land hentet inn data i en toårsperiode mellom 2009 og 2012, og den samlede studiepopulasjonen var 605 362 fødende. Resultatene om forekomst av og risikofaktorer for peripartum hysterektomi er nå publisert. Informasjon om kvinner der livmoren ble fjernet akutt innen 7 dager etter fødselen ble samlet inn elektronisk fra fødeavdelingene, mens data fra de medisinske fødselsregistrene om kvinner som fødte i samme periode og på samme avdelinger utgjorde kontrollgruppen.

Totalt 211 hysterektomier ble registrert, som ga en forekomst på 3,5 pr 10 000 fødsler (95 % konfidensintervall (KI) 3,0–4,0). Finland hadde høyest forekomst (5,1 pr 10 000) mens Norge (2,9), Sverige (3,0) og Danmark (3,0) lå likt. Island registrerte totalt 4 tilfeller, eller 4,2 pr 10 000 (95 % KI 0,0–8,0).

Fødeavdelinger av alle størrelser foretok hysterektomier. Hovedindikasjon for å fjerne livmoren var patologisk fastsittende placenta (43,1 %), atonisk blødning (blødning pga. manglende sammentrekning av livmoren etter fødsel) (32,7 %), uterusruptur (14,7 %), andre blødningstilstander (5,7 %) og annet (3,8 %). Blant førstegangsfødende var atonisk blødning hyppigste hovedindikasjon. Blant flergangsfødende var 68 % (94/138) tidligere keisersnittforløst (ca. 7 ganger flere enn i kontrollgruppen), hvorav 63 % hadde ett tidligere keisersnitt, 22 % hadde to og 14 % tre eller flere. Det var flere tilfeller med

indusert fødsel i hysterektomigruppen enn i kontrollgruppen (23 % versus 18 %), med prostaglandinapplikasjon som hyppigste metode. Selv om det var planlagt vaginal forløsning for 50 % av kvinnene, ble nesten 80 % forløst med keisersnitt.

Både for tidlig fødsel og fødsel på overtid økte risikoen for hysterektomi. Andre risikofaktorer var høy alder, overvekt med kroppsmasseindeks over 30, og flerlingsvangerskap. Den rutinemessige registreringen av disse alvorlige komplikasjonene var ikke god nok, og må forbedres.

#### Referanse:

Jakobsson M, Tapper AM, Colmorn LB, Lindqvist PG, Klungsøyr K, Krebs L, Børdahl PE, Gottvall K, Källen K, Bjarnadottir RI, Langhoff-Roos J, Gissler M. Emergency peripartum hysterectomy: results from the prospective Nordic Obstetric Surveillance Study (NOSS). Acta Obstet Gynecol Scand 2015;94(7):745-54. DOI: 10.1111/aogs.12644. ●



Kari Klungsøyr  
(Foto: Jimmy Linus)

## Husk på

- Husk å fylle ut fødselstermin ved assistert befruktning.
- Dersom det er arvelig sykdom i mors familie, spesifiser (i fritekst) om dette gjelder fødekvinne eller andre i kvinnens familie.
- Mors bruk av folat/folinsyre før og under svangerskapet.
- Mors bruk av legemidler i svangerskapet.
- Mors røykevaner før og under svangerskapet (med mindre kvinnen motsetter seg at opplysningene registreres).
- Mors høyde og vekt før og ved slutten av svangerskapet.
- Induksjonsmetode, indikasjon for induksjon og/eller indikasjon for inngrep under fødselen er ofte mangelfullt utfyllt. Fyll inn kryssboks eller spesifiser med fritekst.
- Dersom barnet har diagnose P700 (syndrom hos barn av mor med svangerskapsdiabetes), skal det også være oppgitt at mor har svangerskapsdiabetes, og dersom barnet har diagnose P701 (syndrom hos barn av diabetisk mor) skal det også være oppgitt at mor har diabetes type 1 eller diabetes type 2.
- Dersom barnet flyttes til barneavdeling (evt. ved annet sykehus), kryss av og spesifiser navn på barneavdeling/sykehus.

**Veileder til utfylling av fødselsmeldingen** er sendt alle fødeinstitusjoner. Den kan også lastes ned fra Medisinsk fødselsregisters websider. <http://www.fhi.no/dokumenter/9e820d7495.pdf>

Flere eksemplarer av Fødselsnytt kan bestilles på e-post til [mfr@fhi.no](mailto:mfr@fhi.no)