

Institusjonsstatistikk-møtet

4. desember 2013

Medisinsk fødselsregister (MFR) sitt femte institusjonsstatistikk-møte ble avholdt onsdag 4. desember 2013. Også i år var det stor påmelding, og 107 deltakere fra nesten alle landets fødeinstitusjoner, helseforvaltningen og fra Folkehelseinstituttet var samlet på Grand Terminus hotell i Bergen sentrum. Programmet var variert, med endel faste poster og noe nytt. Datakvalitet var hovedtema for årets møte.

Kirsten Petersen fra Helsedirektoratet presenterte hovedlinjene i arbeidet for «En innbygger – én journal», som du kan lese mer om på side 2.

Marta Ebbing, avdelingsdirektør ved Avdeling for helseregistre, presenterte statistikk på institusjonsnivå med data fram til november 2013. Deltagerne fikk ved møtestart utlevert en rapport med tallene i papirformat, og ble bedt om å melde tilbake til MFR dersom man oppdaget feil i tallene. De endelige tallene for 2012 ble publisert på nettet (<http://mfr-nesstar.uib.no/mfr/>) i januar 2014. Det var ingen store endringer i årets tall sammenlignet med tidligere år.

Kari Klungsøyr, overlege ved MFR, presenterte resultatet av en kobling av data mellom MFR og Norsk pasientregister (NPR). Iqbal Al-Zirqi, forsker ved Oslo universitetssykehus la frem funn vedrørende datakvalitet på uterusrupturer i MFR, mens Lotte Colmorn, PhD stipendiat og lege ved Rigshospitalet i København, presenterte foreløpige resultater fra NOSS prosjektet, se side 2. Videre redegjorde Siri Vangen

og Liv Ellingsen, forskere ved Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse, om arbeidet med bedre rutiner for datakvaliteten vedrørende mødredødelighet. Samtlige av disse innleggene illustrerte et behov for bruk av flere datakilder og valideringsstudier for å sikre datakvaliteten både i MFR og andre registre.

Under «Aktuell forskning» innledet Kari Klungsøyr om en nyoppgadet feil i MFR som også er omtalt på nettet (<http://www.fhi.no/artikler/?id=108519>), og som nå (februar 2014) er korrigert. Deretter fikk vi presentert flere spennende forskningsprosjekt som har brukt data fra MFR. Flere av disse prosjektene omtales i denne utgaven av Fødselsnytt. Programmet og presentasjonene er forøvrig lagt ut på nettet (<http://www.fhi.no/artikler/?id=108552>) ●

Vi gleder oss til neste institusjonsstatistikk-møte som blir onsdag 20. november 2014 på Grand Terminus.

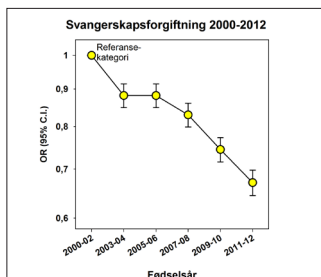


Foto: Nina Reigstad

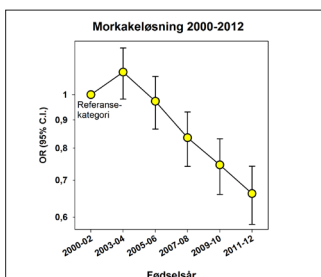
Institusjonsstatistikken ble som vanlig mottatt med stor interesse.

Statistikk fra MFR:

Gunstig utvikling for uønskede svangerskapsutfall



En særs viktig indikasjon på at Norge har en god svangerskaps- og fødselsomsorg er at «trenden» for uønskede svangerskapsutfall går i riktig retning. Tallene for 2012 viser at perinatal dødelighet aldri har vært lavere (reduisert med 35 % siden 2000), forekomsten av for tidlig fødsel er den laveste vi har observert siden 2000, forekomsten av 'store barn' (fødselsvekt over 4500 g) forsetter å gå ned (reduisert med 40 % siden 2000), og forekomst av lav fødselsvekt er på vei ned.



Forekomsten av svangerskapsforgiftning går ned på tross av økningen i kroppsmasseindeks (KMI) blant gravide. Det er velkjent at risiko for svangerskapsforgiftning øker med økende KMI. Figuren viser utviklingen for svangerskapsforgiftning der forekomsten for årene 2000-2002 sammenholdes med årene frem til 2012. Trenden er upåvirket av justering for mors røykevaner, og mors alder og paritet, selv om alle disse i seg selv er sterkt relatert til svangerskapsforgiftning; daglig røyking under svangerskapet reduserer risikoen, høy alder øker risikoen, og første fødsel har høyere risiko enn senere fødsler.

Figuren viser også at forekomsten av morkakeløsning er avtagende, og reduksjonen er av samme størrelsesorden som for svangerskapsforgiftning. KMI har liten betydning for morkakeløsning, mens daglig røyking under svangerskapet øker risikoen. ●

Én innbygger – én journal

AV KIRSTEN PETERSEN, SENIORRÅDGIVER, HELSEDIREKTORATET

I november 2012 la regjeringen fram Meld. St. nr. 9: Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren, (2012-2013). Regjeringens overordnede mål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgstjenesten er at helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger, innbyggerne skal ha tilgang til enkle og sikre digitale tjenester og data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å lede utredning av én innbygger – én journal og vurdere alternative løsninger for realisering av regjeringens hovedmål. Arbeidet skal gjennomføres i tett samarbeid og dialog med sektoren.

Helsedirektoratet har også fått i oppdrag å utforme nasjonal handlingsplan for e-helse.

Utkast til handlingsplan ble oversendt fra Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet desember 2013. Planen

inneholder en samlet fremstilling av allerede besluttede strategier og tiltak på nasjonalt nivå, og er kategorisert innenfor åtte innsatsområder;

1. Styring, koordinering og prioritering
2. Innbyggertjenester
3. Helsepersonelltjenester
4. Styrings- og kunnskapsgrunnlag
5. Personvern og informasjonssikkerhet
6. Standarder, terminologi og kodeverk
7. Forskning, innovasjon og kompetanse
8. IKT-infrastruktur og felleskomponenter.

Innenfor området helsepersonelltjenester er et av tiltaksområdene å utrede muligheten for etablering av en felles nasjonal løsning for epikrise, henvisning, radiologi og helsekort for gravide. Handlingsplanen følges opp gjennom årlige tiltaksplaner som baseres på budsjett og virksomhetsplaner for de tiltaksansvarlige. ●

Referanse: Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren.

NOSS: Nordic Obstetric Surveillance Study

AV LOTTE B. COLMORN, SPESIALIST I GYNEKOLOGI OG OBSTETRIKK OG PHD STUDENT VED RIGSHOSPITALET I KØBENHAVN

NOSS er et nordisk samarbeidsprosjekt, og har som formål å overvåke sjeldne, alvorlige obstetriske komplikasjoner. Gruppen ble opprettet i 2009, og består av medlemmer fra de 5 nordiske landene (se ramme).

Inspirasjonen til arbeidet kom fra UK Obstetric Surveillance System, som siden 2005 har overvåket en rekke sjeldne, alvorlige, obstetriske komplikasjoner i Storbritannia. Resultatene derfra har bidratt betydelig til vår kunnskap om slike tilstander i graviditeten, og har i tillegg hatt innflytelse på kliniske retningslinjer.

NOSS-arbeidsgruppen ønsker og håper at resultatene fra NOSS skal bidra til kunnskap om forekomsten av sjeldne, alvorlige obstetriske komplikasjoner i Norden, og at resultatene fra studien vil kunne bidra til å forbedre de kliniske retningslinjene og videreutdanningen av nordiske obstetrikere slik at man blir bedre til å forebygge og behandle slike komplikasjoner, og gi råd til de gravide.

NOSS har spesielt fokus på komplikasjoner hos gravide med tidligere keisersnitt, da keisersnittfrekvensen har steget dramatisk i de nordiske landene de siste 20 årene.

Videre har NOSS fokusert på

- komplett uterusruptur (ruptur av peritoneum, myometrium og fosterhinner)
- alvorlige postpartum blødninger (kvinner som får transfusjon av mer enn 6 enheter blod innen en uke etter fødselen)
- placenta accreta (vanskelig forløsning av placenta ved vaginal forløsning kombinert med blodtransfusjon innen 48 timer etter fødsel eller placenta vurdert til å være accret ved keisersnitt) og
- peripartum hysterektomi (akutt hysterektomi innen en uke etter fødsel)

Selv om de nordiske landene er kjent for sine enestående helseregistre, vet man at registerdata er langt fra komplette og inneholder feil. Derfor har NOSS-arbeidsgruppen valgt å kombinere prospektiv datainnsamling med opplysninger



Foto: Privat

fra helseregistrene i et forsøk på å samle inn opplysninger om alle relevante tilfeller. Data har blitt samlet inn i perioden 2009-2012 via elektroniske spørreskjema, unntatt i Finland, der man har brukt papirskjema.

Foreløpige resultater viser en relativt stor variasjon i forekomsten av sjeldne men alvorlige obstetriske komplikasjoner mellom de nordiske landene. Det blir spennende å se om det er reelle forskjeller, og om årsakene kan finnes i forskjeller i risikoprofiler eller i fødselsomsorg og behandlingsmetoder i de enkelte landene. Gruppen vil også se på de nordiske tallene i internasjonal sammenheng, gjennom et samarbeid med International Obstetric Surveillance System.

NOSS har i tillegg planer om et samarbeid med Nordic Maternal Mortality Cooperation om forholdet mellom kvinnenes morbiditet og mortalitet. ●

For mer informasjon: www.NOSS.nu

NOSS-arbeidsgruppens medlemmer:

Danmark: Jens Langhoff-Roos, Lone Krebs, Lotte B Colmorn
Finland: Mika Gissler, Maija Jacobsen, Anna-Maija Tapper
Island: Inga Bjarnasdóttir
Norge: Kari Klungsoyr, Per Børdahl
Sverige: Pelle Lindquist, Karin Källen, Karin Gotvall

Forløsning av seteleie og neonatal utfall

AV INGILD VISTAD, OVERLEGE OG FORSKER, SØRLANDET SYKEHUS KRISTIANSAND

Forløsning av seteleie er kontroversielt, og i dag blir de fleste "setebarn" i den vestlige verden forløst med keisersnitt. Denne praksisen er et resultat av Term Breech Trial (TBT) som ble publisert i Lancet i 2000. Studien viste lavere risiko for



Foto: Privat

perinatal/neonatal død ved planlagt keisersnitt (0,3 %) enn planlagt vaginal forløsning (1,3 %). I etterkant har det kommet mye kritikk mot studiens metode og statistiske analyser. Dette, i tillegg til en rapport skrevet av ledende eksperter på fødselshjelp i Norge som viste at den perinatale dødeligheten i Norge var lavere enn i begge gruppene i TBT, gjorde at man i Norge valgte å ikke

endre praksis (*Rapport nr. 3/2003 fra Senter for medisinsk metodevurdering*). Ekspertgruppen så nærmere på perinatal død og sykkelighet i Norge vurdert på bakgrunn av data fra fire sykehus, og fant at korrigert perinatal dødelighet ved seteleie var 0,09 %. I motsetning til de fleste land i den vestlige verden, anbefaler Norge fortsatt vaginal forløsning etter klare retningslinjer (Veileder i obstetikk).

En forskergruppe (se ramme) har gransket data fra Medisinsk fødselsregister (MFR) for perioden 1990-2011. Etter eksklusjon av barn med misdannelser, feilklassifiseringer og tilfeller der det ikke var mulig å vurdere hvilken forløsningsmetode som var planlagt, analyserte vi data på 30 878 barn født i seteleie til termin. Forskergruppen sammenlignet planlagt forløsningsmetode (planlagt keisersnitt og planlagt vaginal forløsning), og så på forskjeller i neonatal dødelighet (død under fødsel eller innen 28 dager etter fødsel) og alvorlig sykkelighet. De så også nærmere på endringer i praksis før og etter TBT (oktober 2000).

Selv om ledende eksperter i Norge ikke anbefalte endring i forløsning av seteleie etter TBT, skjedde det en endring. Før oktober 2000 ble 66 % av fødslene planlagt forløst vaginalt, mens det sank til 49 % etter oktober 2000, og har senere vært stabilt. Omtrent 36 % av fødslene som var planlagt vaginalt ble forløst som akutte keisersnitt. Dermed endte 30 % av setefødslene totalt sett som vaginale forløsninger, mens omtrent 70 % var enten planlagte eller akutte keisersnitt. For hele perioden var det statistisk signifikant flere dødsfall blant barn i gruppen med planlagt vaginal forløsning.

Siden TBT har hatt så stor betydning for forløsning av seteleier også i Norge, valgte forskergruppen å se på tallene etter oktober 2000 spesielt. I denne perioden døde 12 barn; fire i gruppen med planlagt keisersnitt-forløsning, og åtte i gruppen med planlagt vaginal forløsning. Forskjellen i dødelighet mellom gruppene var ikke statistisk signifikant (små tall). Det var imidlertid statistisk signifikant høyere sykkelighet i «vaginalgruppen» enn «keisersnittgruppen» vurdert ved fem-minutter Apgar skår under fire og syv, innleggelse på nyfødtintensiv mer enn fire dager, intrakraniell blødning og respiratorbehov.

For å kunne evaluere den norske praksisen, ser vi betydningen av høy kvalitet på MFR-data for seteforløsninger og perinatal dødelighet og sykkelighet. Dødeligheten ved seteforløsninger er svært lav. Resultatene av type forløsning ved seteleie både når det gjelder mortalitet og morbiditet er imidlertid viktig å følge opp både på kort og lang sikt. Dette er spesielt viktig fordi Norge er ett av få land som fortsatt praktiserer vaginal forløsning av seteleie etter strenge kriterier. ●

Forskergruppen består av Ingild Vistad ved Sørlandet sykehus Kristiansand, Finn Egil Skjeldestad ved Universitetet i Tromsø, Kari Klungsoyr ved Folkehelseinstituttet/Medisinsk fødselsregister og Susanne Albrechtsen ved Haukeland universitetssjukehus.

Unormalt navlesnorfeste er forbundet med økt risiko for mor og barn

AV CATHRINE EBBING, OVERLEGE OG FORSKER, HAUKELAND UNIVERSITETSSJUKEHUS

En ny studie viser at risiko for perinatal død ved termin var mer enn 3 ganger høyere ved velamentøst enn normalt feste. Forskergruppen har benyttet data fra Medisinsk fødselsregister fra perioden 1999-2009, som omfatter alle enkeltsvangerskap og tvillingsvangerskap med fødsel i svangerskapsuke 16-45, til sammen nærmere 635 000 fødsler. Navlesnorfestet er velamentøst når navlesnoren fester i fosterhinnene i stedet for på morkaken. Ved denne tilstanden løper navlesnorblodårene uten beskyttelse i fosterhinnene, og er mer utsatt for avklemming og skade. Navlesnorfestet er marginalt når snoren fester i kanten av morkaken. Forekomsten av velamentøst feste var 1,5 %, og 6,3 % hadde marginalt feste. Unormalt feste forekom hyppigere i tvilling-svangerskap (hhv. 6,0 % og 10,9 %). Studien viste også at assistert befruktning, maternell alder over 35 år og kronisk sykdom hos kvinnen var risikofaktorer for unormalt navlesnorfeste. Risikoen var økt dersom kvinnen hadde hatt unormalt navlesnorfeste i et tidligere svangerskap.



Foto: Privat

Forskergruppen fant i tillegg økt forekomst av unormalt navlesnorfeste hos jentefostre. Unormalt navlesnorfeste var forbundet med komplikasjoner som foranliggende morkake, placentaløsning, for tidlig fødsel, akutt keisersnitt, langsom fostervekst, preeklampsi, lav Apgarskår hos den nyfødte og behov for behandling på nyfødtintensivavdeling. Risiko for komplikasjoner var større for velamentøst enn marginalt festet navlesnor. Unormalt navlesnorfeste kan påvises ved ultralydundersøkelse, en metode som ikke er tidkrevende. Forskergruppen ønsker at målrettet undersøkelse av navlesnorfeste bør vurderes innført i vanlig perinatal omsorg. ●

Referanse: Ebbing C, Kiserud T, Johnsen SL, Albrechtsen S, Rasmussen S. Prevalence, risk factors and outcomes of velamentous and marginal cord insertions: A population-based study of 634,741 pregnancies. PLOS ONE, 30. Juli 2013

Hvor mange kvinner stimuleres med oxytocin under fødselen?

AV JANNE ROSSEN, OVERLEGE OG FORSKER VED SØRLANDET SYKEHUS KRISTIANSAND

Oxytocin er i dag det mest brukte medikamentet innen fødselshjelpen. Likevel er det lite kunnskap om hvor mange kvinner som trenger ristimulering, og hvor mange kvinner som mottar ristimulering. Nasjonal veileder fra 2008 anbefaler "stimulering av rier når kvinnen er i etablert fødsel og det oppstår risvekkelse". For å øke kunnskapen om bruk av oxytocin under fødselen ønsket vi å kartlegge hvor mange kvinner som blir ristimulert i Norge.

Medisinsk fødselsregister mottar informasjon om stimulering og risvekkelse under fødselen. Denne variabelen gir et bilde av hvor mange kvinner som blir stimulert med oxytocin. Vi valgte å studere førstegangsfødende kvinner med spontan start av fødsel, ett barn i hodeleie, ≥ 37 uker, dvs. Robson gruppe 1. I perioden 2000-2011 utgjorde det 199 709 kvinner. Analysen omfattet endring i tidsperioden, bruk av epidural, størrelse på institusjon (universitets-, «sentral-», andre sykehus) og mors alder. Som universitetssykehus inngikk Ullevål, Rikshospitalet, Akershus, Haukeland, Stavanger, St. Olavs Hospital og Tromsø. Som «sentralsyke-

hus» inkluderte vi fødeavdelinger med over 1000 fødsler i året som har en sentralfunksjon i fylker der det ikke er universitetssykehus.

Føreløpige resultater viser at andelen stimulerede fødsler økte fra 44 til 48 % totalt i perioden. Universitetssykehusene stimulerede færrest kvinner, gjennomsnittlig 45 %, men med en variasjon fra 25 til 60 %. Gjennomsnittet ved «sentralsykehusene» var 52 %, med en variasjon fra 33 til 61 %. Andelen av fødende kvinner >34 år økte i perioden, og stimulering økte med økende alder ved alle sykehusene. Tilsvarende økte andelen kvinner som fikk epidural og en økende andel av disse kvinner ble stimulert (fra 63 til 71 %) i perioden. Samtidig falt andelen kvinner uten epidural som ble stimulert fra 33 til 31 %. Justering for mors alder, bruk av epidural samt tidsperiode forsterket forskjellene mellom fødeinstitusjonstyper mht. stimuleringsfrekvens.

Studien viser at det er store variasjoner i bruk av oxytocin som ristimulerende middel mellom fødeinstitusjoner i Norge. Våre funn indikerer at det er nødvendig med klarere retningslinjer for definisjon av risvekkelse og bruk av ristimulerende midler under fødselen. ●

Hvor blir barn i Norge født?

Institusjonsfødsler

I 2012 registrerte Medisinsk fødselsregister 61 368 fødte barn i Norge. Av disse ble 99,2 % født på en institusjon. Litt under halvparten (43 %) ble født på de aller største fødeinstitusjonene med minst 3000 årlige fødsler, en fjerdedel (28 %) på fødesteder med mellom 1500 og 3000 fødsler pr år, mens kun hvert tiende barn ble født på de minste fødestedene med under 500 årlige fødsler.

Hjemmefødsler

Mindre enn 2 av 1000 barn var planlagt født hjemme. Ved tusenårs-skiftet ble nær 3 av 1000 barn født planlagt hjemme og tallet har lagt under 2 av 1000 siden 2005 (Figur 1). Flertallet av fødslene som foregår i hjemmet er ikke planlagt. I 2012 var det 176 barn som ble født hjemme uten at det var planlagt mot 104 planlagte.

Ikke-planlagte fødsler utenfor institusjon

Mellom 6 og 7 av 1000 barn har de senere årene blitt født utenfor institusjon uten at dette var planlagt. Dette tallet varierer betydelig mellom norske fylker der kvinner i Sogn og Fjordane i 2012 hadde den største risikoen for å oppleve en ikke-planlagt fødsel før ankomst fødeinstitusjon (18 av 1000 fødte), fulgt av kvinner i Finnmark (13 av 1000) og i Troms (11 av 1000). Minst risiko var det i Aust-Agder der 2 av 1000 barn ble født før ankomst fødeinstitusjonen, fulgt av Akershus og Oslo med 4 av 1000 fødte. Totalt hadde Hordaland flest ikke-planlagte fødsler utenfor institusjon i 2012 (50 fødte), fulgt av Oslo med 42 fødte og Rogaland med 36 fødte. ●



Foto: Nina Reigstad

Dag Moster

Husk på

Ved utfylling av fødselsmelding:

- Induksjonsmetode, indikasjon for induksjon og/eller indikasjon for inngrep under fødselen er ofte mangelfullt utfyllt. Fyll inn kryssboks eller spesifiser med fritekst.
- Dersom det er arvelig sykdom i mors familie, spesifiser (i fritekst) om dette gjelder fødekvinne eller kvinnens mor.
- Mors høyde og vekt før og ved svangerskapets slutt.
- Mors røykevaner før og under svangerskapet (med mindre kvinnen motsetter seg at opplysningene registreres).
- 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.
- Fødselsmelding sendes fra fødeinstitusjonen. Er mor og barn overflyttet til en annen institusjons barselavdeling, sender denne avdelingen egen papirmelding om dette, se eget skjema «Melding til Medisinsk fødselsregister ved overflytting av mor og barn til ny barselavdeling» som kan lastes ned fra nettet (<http://www.fhi.no/dokumenter/406753329e.pdf>)

Ved overflytting av barn til nyfødtavdeling:

- Bruk Neonatalprogrammet til å melde om barn overflyttet direkte fra føde- eller barselavdeling til nyfødtavdeling. Dette bør gjøres fortløpende, og minst en gang per måned.

Ny veileder til utfylling av fødselsmeldingen:

- Det er utformet en ny veileder til utfylling av dagens elektroniske fødselsmelding. Veilederen sendes ut til fødeinstitusjonene og kan også lastes ned fra nettet (<http://www.fhi.no/artikler/?id=100997>)