

Fødselsstatistikken 2017

AV KRISTINE STANGENES, OVERLEGE MEDISINSK FØDSELSREGISTER, HELSEREGISTERFORSKNING OG -UTVIKLING VED FOLKEHELSEINSTITUTTET

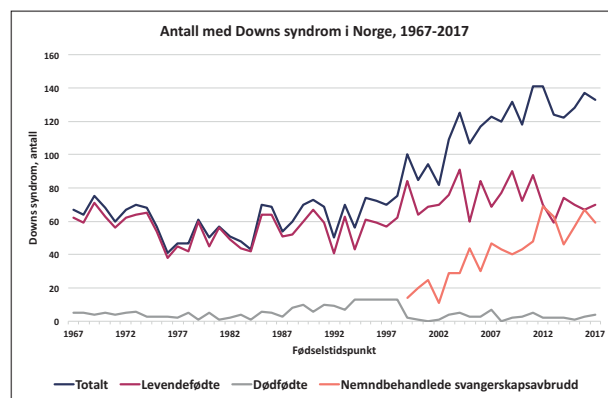
Data om mors og barnets helse

Hoveddelen av dataene fra Medisinsk fødselsregister (MFR) for 2017 ble publisert i juni i år. Det er første gang MFR har publisert data så tidlig på året. Dette ble gjort fordi vi vil levere ferskest mulige tall. Data om mors helse før og under svangerskapet samt data fra nyfødtavdelingene er publisert nå i høst og er tilgjengelig i vår statistikkbank.

Andel barn med Downs syndrom

Det har den siste tiden vært mye oppmerksomhet i media knyttet til Downs syndrom. Totalt antall svangerskap hvor fosteret/barnet har Downs syndrom er økende (se Figur 1). Årsaken til dette er økende alder på mødrene. Det har også vært en økning i nemndbehandlede aborter med Downs syndrom fra 2000-tallet. Andelen levendefødte barn med Downs syndrom har derfor holdt seg relativt stabil i denne tidsperioden. Tall fra MFR viser at det i 2017 ble født 70 barn med dette syndromet i Norge. Andelen var 12,2 per 10 000 fødte.

MFR har tidligere undersøkt meldedekningen av Downs syndrom og da funnet at vi mottar over 80 % av disse diagnosene (1). ●



Figur 1. Antall med Downs syndrom i Norge, 1967–2017. Tallene viser totalt antall, antall levendefødte, dødfødte og nemndbehandlede svangerskapsavbrudd (statistikk fra 1999).

Referanse:

1. Melve, K.K., et al., Registration of Down syndrome in the Medical Birth Registry of Norway: validity and time trends. Acta Obstet Gynecol Scand, 2008; 87 (8): s. 824-30.

Nye data i Medisinsk fødselsregister med ny versjon av fødselsmeldingen

AV KRISTINE STANGENES, OVERLEGE MEDISINSK FØDSELSREGISTER, HELSEREGISTERFORSKNING OG -UTVIKLING VED FOLKEHELSEINSTITUTTET

Fødeinstitusjonene sender opplysninger til Medisinsk fødselsregister (MFR) i en fødselsmelding. Opplysningene i fødselsmeldingen trekkes i dag ut av journal-systemene Partus og Natus. I MFRs historie har det vært flere versjoner av disse fødselsmeldingene. En ny versjon, versjon 1.2, er så å si ferdigstilt. Versjonen skal etter planen være tilgjengelig fra desember 2018 for Partus og våren 2019 for Natus. Vi håper helseforetakene vil følge opp og oppdatere til nyeste versjon. Dette vil gi MFR et bedre datagrunnlag.

Nye versjoner gir oss anledning til å forbedre fødselsmeldingen og ta inn nye data i MFR. De endringene som nå kommer er et resultat av innspill fra fagråd og interne vurderinger ved MFR. Noen av endringene er også gjort for at vi skal kunne innhente likelydende opplysninger fra Partus og Natus. Prosessen med å utarbeide ny versjon har foregått i tett samarbeid med CSAM som er leverandør av både Partus og Natus.

Innhenting av følgende opplysninger er endret eller er nye i versjon 1.2 av fødselsmeldingen (se tabell): ●

Svangerskapet
RhD type mor/foster
Antistoff mor
NIPT - fosterdiagnostikk
RhD profylakse i uke 28
Opplysninger om at kvinnen er omskåret
Snus før svangerskapet/ i svangerskapet ¹
Alkohol før svangerskapet/ i svangerskapet
Andre rusmidler før svangerskapet/ i svangerskapet
Opplysninger om LAR i svangerskapet
Fødsel
Tidspunkt for start aktiv fødsel
Tidspunkt for vannavgang
Jordmor tilstede under aktiv fødsel
Rifter
RhD profylakse etter fødsel
Barnet
Hørselekscreening

¹ Opplysninger om snus kan ikke hentes inn før forskriften er endret, men vi gjør tekniske endringer i meldingen og mottakerapparatet i MFR slik at vi kan ta opplysningene inn når/hvis forskriften endres.

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for helsedata og digitalisering
Postboks 973 Sentrum
5808 Bergen
www.fhi.no

Redaksjon:
Kristine Stangenes (ansvarlig redaktør)
Olaug M. Askeland
Pétur B. Júlíusson

Redaksjonen avsluttet november 2018

Design:
Per Kristian Svendsen

Layout:
Wittusen & Jensen

Opplag:
1800 distribuert til fødeinstitusjoner og barneklioner

Trykk: Wittusen & Jensen

ISSN 0802-0604

Helse Nord er med!

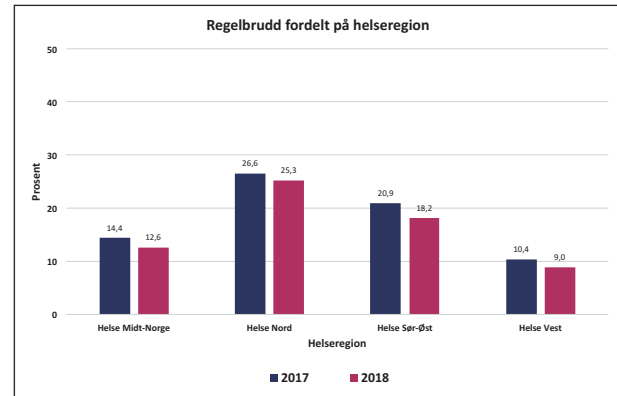
AV KARIN OPHEIM, AVDELINGSDIRECTØR OG MONA TORNENSIS HORNÆS, RÅDGIVER, HELSE DATAMOTTAK VED FOLKEHELSEINSTITUTTET

De fleste fødeinstitusjonene i Helse Nord har oppgradert til nyeste versjon av fødejournalssystemet Partus med fødselsmelding versjon 1.1. Nå er tilnærmet hele landet over på versjon 1.1 og Medisinsk fødselsregister (MFR) får nå inn de samme opplysningene fra alle helseregioner.

På MFRs brukermøte 6. juni i år, viste Folkehelseinstituttet (FHI) oversikter over de vanligste manglene i fødselsmeldingene til MFR, fordelt på helseregion. Denne oversikten viste at Helse Nord var regionen med flest mangler og de hadde også den eldste versjonen av fødejournalssystemet. Dette tok deltakerne fra Helse Nord med hjem og fikk oppgradert til siste versjon.

Når fødselsmeldingene kommer til MFR, blir de kodet og kvalitetssikret. Det avdekkes da manglende opplysninger og logiske feil. Figur 1 viser en oversikt over mangler/regelbrudd fordelt per helseregion.

Her kom Helse Nord dårligst ut pga. gammel versjon av fødejournalssystemet med tilhørende eldre versjon av fødselsmeldingen. Nå når dette er utbedret vil Helse Nord komme bedre ut fremover. Dette er FHI svært glade for. ●



Figur 1. Regelbrudd fordelt på helseregion for 2017 og 2018.

Hvordan kan Medisinsk fødselsregister bidra til bedre kunnskap om perinatale hendelser?

AV MARTA EBBING, FAGDIREKTØR FOR HELSEREGISTRE VED FOLKEHELSEINSTITUTTET

Medisinsk fødselsregister (MFR) er en unik og fantastisk kilde til kunnskap om fødsler og om risikofaktorer for og årsaker til fødselskomplikasjoner og andre uønskede svangerskapsutfall. Men det er begrenset hvor mye vi kan pålegge av rapporteringsplikt i fødselsmeldingen. Som vi skrev i Fødselsnytt nr. 2, 2017, trenger vi derfor en ny og bedre informasjonsmodell for MFR.

For informasjon om tidligere sykdommer hos mor, om mors helse i svangerskapet og barseltiden og om barnets helse det første leveåret, kan vi hente inn data fra Kommunalt pasient- og brukerregister, som har data om alle fastlege- og legevaktkonsultasjoner, og fra Norsk pasientregister, som har data om alle konsultasjoner og innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Fra Reseptregisteret kan vi hente informasjon om bruk av reseptbelagte legemidler. Fra Norsk nyfødtt medisinsk kvalitetsregister kan vi hente detaljert informasjon om nyfødte som behandles ved nyfødttavdelinger, og fra Dødsårsaksregisteret informasjon om dødsårsaker.

For å kunne utnytte potensialet og danne oss et komplett bilde av svangerskap, fødsel, barsel og små barn, bør vi kunne bruke all denne informasjonen, som da kan sammenstilles ved bruk av de registrertes fødselsnummer før den analyseres. For at vi skal kunne gjenbruke informasjon fra Reseptregisteret på en fullverdig måte, må helseregisterloven endres, og vi håper at det

kommer en sak til Stortinget om dette i løpet av 2019.

Perinatalkomiteene samler inn og analyserer detaljert informasjon om uønskede hendelser rundt fødselen, og har lenge ønsket å kunne registrere informasjonen i et nasjonalt system. MFR-forskriften gir hjemmel for slik registrering uten krav om samtykke fra de registrerte, og Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet har støttet initiativer til et nasjonalt perinatalt kvalitetsregister.

For å komme videre, trenger vi at perinatalkomiteene definerer hvilken informasjon som bør samles inn og struktureres. Dessuten kreves tekniske løsninger for behandlingen av opplysninger i et slikt register. Folkehelseinstituttet har de siste årene hatt flere møter med klinikere og representanter fra rådgivende organ for nasjonale medisinske kvalitetsregistre (SKDE), uten at det har vært særlig fremgang i arbeidet. Dette skyldes nok først og fremst mangel på ressurser.

Skal MFR kunne bidra med enda bedre kunnskap om perinatale hendelser, er vi avhengige av drahjelp fra klinikere og kvalitetsregisterfolk. Vi oppfordrer derfor de regionale perinatalkomiteene og SKDE til å fortsette å arbeide for å etablere et omforent nasjonalt datasett som kan prøves ut, før vi går videre med arbeidet i fellesskap. ●

Hva vet vi om sosiale forskjeller i svangerskapsrøyking?

AV LIV GRØTVEDT, FORSKER, HELSE OG ULIKHET VED FOLKEHELSEINSTITUTTET

Stor nedgang i alle grupper av gravide

Medisinsk fødselsregister (MFR) har hatt nasjonale tall for røyking i svangerskapet siden 1999. Det første året vi hadde slik statistikk, røykte 25 % av de gravide ved begynnelsen av svangerskapet. I 2016 hadde andelen sunket til en femdel av dette (5 %), og i 2017 var det bare 4 % røykere.

Blant de yngste på under 20 år har det vært en ekstra stor nedgang, fra 50 % som røykte ved begynnelsen av svangerskapet i 1999 til bare 7 % i 2017. Innvandrerkvinner har hatt en lavere andel som røyker i svangerskapet enn norskfødte kvinner i hele perioden. Også her gikk andelen røykere betydelig ned.

En del klarer å slutte i løpet av svangerskapet; i alt røykte 4 % ved begynnelsen og 2 % ved slutten av svangerskapet i 2017.

Utdanningslengde og svangerskapsrøyking

Vi har sett på utdanningslengde i forhold til røykevaner. Ved å dele gravide inn i tre grupper etter utdanning – høy, medium og lav – fant vi at det hadde vært en stor nedgang i røyking i alle tre gruppene (se Figur 1). Den prosentvise nedgangen var likevel størst blant kvinner med høy utdanning.

- Blant dem med lav utdanning gikk andelen som røyker i svangerskapet ned fra 45 % i 1999-2000 til 21 % i 2013-2014.
- Blant dem med høy utdanning var tallene 11 % i 1999-2000 og 2 % i 2013-2014.

Grupper med lav og medium utdanning utgjorde 45 % av alle gravide i 2013-2014, men 85 % av røykerne. En annen gruppe som kom relativt dårlig ut var enslige mødre, der en av fem røykte ved begynnelsen av svangerskapet.

Sosial skjevfordeling av svangerskapsrøyking bidrar til å opprettholde sosiale helseulikheter i generasjoner, siden røyking i svangerskapet påvirker både mor og barn.

Kan noe gjøres for de som fortsatt røyker i svangerskapet?

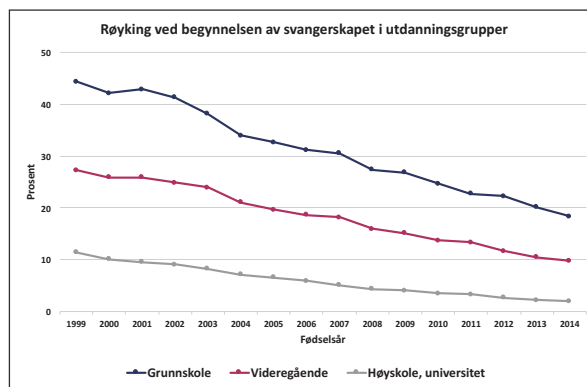
Det synes å være en høy bevissthet i befolkningen om at det kan skade fosteret å røyke i svangerskapet. Andelen røykere blant gravide (4 %) er nå nede på vel en firedel av andel røykere blant kvinner i alderen 16-44 år i offisiell statistikk (14 % røykte daglig eller av og til i 2017).

Den rekordlave andelen kvinner som nå rapporteres å røyke i svangerskapet gir et riktig inntrykk av at røyking i svangerskapet er et mye mindre problem enn før. Men tallet skjuler likevel betydelige sosiale forskjeller.

Det vil fortsatt være behov for gode tiltak og god hjelp spesielt tilrettelagt for gravide i en sårbar situasjon. De det gjelder mangler sannsynligvis ikke informasjon om farene ved å røyke, men det kan være mangel på tilbud om hjelp til å slutte.

Usikkerhet rundt snusbruk

Tobakksbruken i svangerskapet kan også bli påvirket av unge kvinners snusbruk. Snusbruk registreres ennå ikke i MFR. Forskriftsendringer og endringer i elektronisk melding om fødsel må på plass før data om snusbruk kan bli en del av MFR-statistikken. Snusbruk blant unge kvinner har økt de siste årene, og snusbruk har noen av de samme virkningene på fosteret som røyking. ●



Figur 1. Røyking ved begynnelsen av svangerskapet fordelt på utdanningsgrupper.

Vi studerte kvinnenes røykevaner ved begynnelsen av svangerskapet i perioden fra 1999 til 2014 med data fra MFR. Opplysninger om utdanning og fødeland ble hentet fra Statistisk sentralbyrå. Kvinner født i utlandet regnes her som innvandrere, og kvinner født i Norge som norske. Tallene for røyking ved begynnelsen av svangerskapet omfatter daglig og av og til-røyking. Vel 80 % av kvinner som røyker i svangerskapet er dagligrøykere. De siste tilgjengelige tallene for røyking fra MFR er inkludert der dette var mulig. Gravide kvinner kan motsette seg at det blir registrert røykeopplysninger i MFR, og de senere årene har andelen som motsetter seg at slike opplysninger registreres lagt på ca. 8 %.

Referanse:

Grøtvedt L, Kvalvik LG, Grøholt EK, Akerkar R, Egeland GM. Development of Social and Demographic Differences in Maternal Smoking Between 1999 and 2014 in Norway. *Nicotine Tob Res* 2017;19(5):539-46. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw313>.

Kvinnens bruk av reseptbelagte legemidler like før, under og like etter fødselen. Sammenstilling av opplysninger mellom Medisinsk fødselsregister og Reseptregisteret.

AV ANNE KJERSTI DALTVEIT, FORSKER MEDISINSK FØDSELSREGISTER, HELSEREGISTERFORSKNING OG -UTVIKLING VED FOLKEHELSEINSTITUTTET

Bakgrunn

Flere studier har vist at registrering av bruk av legemidler under svangerskapet i Medisinsk fødselsregister (MFR) er mangelfull. Våren 2018 fikk Folkehelseinstituttet (FHI) i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å igangsette produksjon av statistikk basert på sammenstilling av opplysninger fra MFR og Resept-basert legemiddelregister (Reseptregisteret).

Metode

Prosjektet ble forankret i Område for helsedata og digitalisering ved Avdeling for helseregisterforskning og -utvikling og Avdeling for helseregistre og ble etablert våren 2018. Opplysninger om fødsler i perioden 2005-2016 i MFR ble sammenstilt med opplysninger om kvinnens bruk av legemidler inntil 9 måneder før svangerskapet, i svangerskapet og inntil 9 måneder etter svangerskapet, registrert i Reseptregisteret. Primært resultatmål er dekningsgrad for opplysninger om bruk av reseptbelagte legemidler blant gravide i MFR definert som antall i MFR/antall totalt (MFR og/ eller Reseptregisteret). Dekningsgrad i Reseptregisteret beregnes tilsvarende.

Resultat

I den aktuelle perioden var det registrert 706 873 fødsler, hvorav 425 125 (60,1 %) med opplysninger om legemiddelbruk i svangerskapet registrert i Reseptregisteret, og 168 969 (23,9 %) med opplysninger om legemiddelbruk registrert i MFR. Andelen gravide som fikk utlevert legemidler var 35,5 % i 1. trimester, 33,8 % i 2. trimester og 28,9 % i 3. trimester.

Generelt var dekningsgraden i MFR lav. Etter hovedgruppe av ATC var dekningsgraden i MFR lavest i gruppe S (sanseorganer) med 2,2 % og høyest i gruppe H (hormoner til systemisk bruk, ekskl. kjønnshormoner og insulin) med 58,5 %. Basert på ATC 2. nivå

var dekningsgraden i MFR 50 % eller høyere for 18 av tilsammen 74 grupper. Blant legemidler med høy dekningsgrad finner vi A10 (midler til diabetesbehandling) med 63,0 %, N03 (antiepileptika) med 70,2 %, N06 (psykoleptika) med 51,1 % og N07 (andre midler med virkning på nervesystemet) med 53,1 %. For noen få grupper – som J07 (vaksiner) og L01 (antineoplastiske midler) – var dekningsgraden høyere i MFR enn i Reseptregisteret. Typisk vil dette gjelde for legemidler som gis ved institusjon og som ikke er inkludert på individnivå i dagens Reseptregister. Kun fire av til sammen 18 kategorier av legemidler som ble klassifisert som potensielt teratogene hadde en dekningsgrad på over 50 %.

Konklusjon

Registreringen av legemiddelbruk i svangerskapet i MFR er relativt god når det gjelder reseptbelagte legemidler for enkelte kroniske tilstander hos mor. For andre legemidler er registreringen dårlig. MFR mangler også informasjon om når i svangerskapet legemiddelet ble benyttet.

Prosjektgruppen anbefaler at man i driften av MFR bruker mindre ressurser på å kvalitetssikre fødselsmeldingene når det gjelder kvinnens bruk av legemidler under svangerskapet, og heller setter inn ressurser på regelmessig sammenstilling av opplysninger fra MFR og Reseptregisteret for fremstilling av statistikk. En slik sammenstilling vil bli benyttet til rutinemessig overvåking av legemiddelbruken blant gravide i Norge, og gjøre FHI i stand til raskt å svare på akutte spørsmål som dukker opp i forvaltning og forskning. Samtidig må forskere som ønsker å studere effekter av legemiddelbruk i svangerskapet oppfordres til å benytte opplysninger fra Reseptregisteret i tillegg til opplysninger i MFR for å få frem sikrere resultater.

Rapporten fra dette prosjektet vil bli publisert på nettstedet til prosjektet «Helseregistre for forskning», se <https://hrr.w.uib.no/hrr-reports/>.

Husk på

- Alle spontanaborter fra 16–22 uker, og dødfødte fra 22 uker skal meldes til MFR. Husk å gi tilbakemelding til MFR på e-post eller telefon om tilsendt kontrollrapport ikke stemmer overens med egne tall.
- Fyll ut fødselstermin, terminmetode (eks. eSnurra, terminhjulet, innsetting befruktet egg) og tidspunkt for undersøkelse av fødselstermin (ved ultralyd).
- Oppgi om kvinnen har hatt assistert befruktning (ART).
- Registrer mors høyde og vekt før og ved slutten av svangerskapet.
- Registrer mors røykevaner før og under svangerskapet (med mindre kvinnen motsetter seg at opplysningene registreres).
- Registrer induksjonsmetode, indikasjon for induksjon og/eller indikasjon for inngrep under fødselen. Kryss av, eller spesifiser med fritekst.
- Registrer barnets presentasjon/leie.
- Registrer hvilken type analgesi/anestesi som er brukt ved keisersnitt.

Veileder til utfylling av fødselsmeldingen forklarer utfylling og kan lastes ned fra MFR sin nettside
<https://www.fhi.no/publ/2016/veileder-til-utfylling-av-melding-t/>