Hvis du ikke kan lese denne e-posten, klikk her

Fødselsnytt

Nr. 1 / 2021

Foto: Colourbox

2020-tallene fra Medisinsk fødselsregister

Av **Ferenc Macsali**, **Kristine Stangenes**, **Hilde Engjom**, **Olaug Askeland** og **Pétur B. Júlíusson** ved Medisinsk fødselsregister (MFR), Folkehelseinstituttet

Covid-19-pandemien har utløst mange spørsmål hos gravide og deres partnere, helsepersonell og helsemyndighetene. Tallene fra Medisinsk fødselsregister for 2020 viser at norsk fødselshjelp er stabil, og heller fortsetter positive trender mot enda bedre helse for kvinner og barn.

Les hele saken

Fødselstallene har aldri vært lavere

Av **Ferenc Macsali**, ph.d., overlege ved Avdeling for helseregisterforskning og -utvikling (HDFU), Folkehelseinstituttet

Foto: Colourbox

Fødselstallene i Norge viser en ytterligere nedgang sammenlignet med tidligere år. Antall fødsler per 1000 kvinner har aldri vært lavere. 43,8 i 2020 mot 51 i 1984. Det viser ferske tall fra Medisinsk fødselsregister.

Les hele saken

Rekordlav dødelighet i nyfødtperioden

Av **Kristine Stangenes**, ph.d., overlege ved Avdeling for helseregisterforskning og –utvikling (HDFU), Folkehelseinstituttet

Foto: Colourbox

I 2020 døde 66 nyfødte barn i Norge. Risikoen for død i nyfødtperioden har sunket betydelig siden slutten av 1960-tallet, og har aldri vært lavere enn i fjor. Det viser ferske tall fra Medisinsk fødselsregister.

I 1967 var andelen barn som døde i nyfødtperioden (før dag 28) 11,2 per 1000 og antallet var 740, mens andelen i 2020 var 1,2 per 1000, og antallet var som nevnt 66.

Les hele saken

Tvillingfødsler i Norge gjennom de 10 siste år

Av **Ferenc Macsali**, ph.d., overlege ved Avdeling for helseregisterforskning og – utvikling (HDFU), Folkehelseinstituttet

Foto: Colourbox

I denne oppsummeringen har forskere fra FHI og Oslo universitetssykehus sett på noen utfall hos tvillinger født i Norge i perioden fra 2010 til 2020. Tallene er hentet fra Medisinsk fødselsregister.

Tvillingsvangerskap og -fødsel, og ikke minst barsel og nyfødtperiode krever ekstra av mor, men også av dem som følger henne gjennom denne tiden. Et vanlig ordspråk er «dobbel glede, dobbelt trøbbel».

Les hele saken

Nordisk studie om Covid-19 hos gravide

Av **Hilde Engjom**, ph.d., overlege ved Avdeling for helseregisterforskning og – utvikling (HDFU), Folkehelseinstituttet

Foto: Colourbox

Risiko for innleggelse i sykehus på grunn av Covid-19 var lav blant gravide i de nordiske landene, viser resultater fra en nordisk sammenligning. Medisinsk fødselsregisters overvåkning av gravide som legges inn i sykehus på grunn av covid-19, inngår i dette samarbeidet.

Les hele saken

Ny registrering for behandlinger med assistert befruktning

Av **Liv Bente Romundstad**, gynekolog, Spiren Fertilitetsklinikk, Trondheim
Hans Ivar Hanevik, gynekolog, Sykehuset Telemark, Porsgrunn
Pétur Benedikt Júlíusson, avdelingsdirektør, Avdeling for helseregisterforskning og -utvikling (HDFU), Folkehelseinstituttet

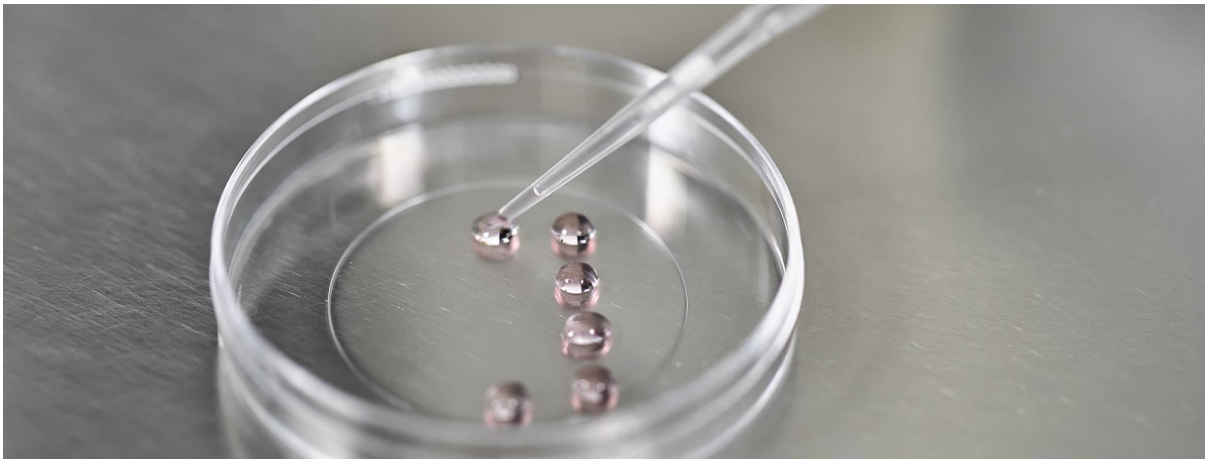


Foto: Colourbox

Historikk
Assistert befruktning har de siste 40 årene bidratt til nærmere 9 millioner barn på verdensbasis. Det første barnet etter assistert befruktning i Norge ble født i 1984, og andelen barn i Norge som fødes etter

prøverørsbehandling utgjør nå omlag 4 % av årlige fødsler.

Det finnes 11 godkjente virksomheter for assistert befruktning i Norge, fordelt mellom offentlige og private klinikker. Her i landet er klinikkene underlagt Bioteknologiloven og forskrift for håndtering av celler og vev. Rapportering av slike behandlinger er obligatorisk og har til nå vært todelt. Rapportering av utfall av behandlinger til Medisinsk fødselsregister har så langt vært begrenset til de behandlingene som resulterer i graviditet.

Endringer i forskrift og stortingsvedtak
Fagmiljøet innen assistert befruktning har lenge hatt et ønske om registrering og rapportering av alle behandlinger, også der graviditet ikke oppnås. Dette har medført et behov for endring av Medisinsk fødselsregisterforskriften og denne saken ble vedtatt i Stortinget 26.mai 2020. Helse- og omsorgsdepartementet har siden utarbeidet et høringsnotat der godkjente virksomheter for assistert befruktning, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og andre har kommet med innspill. Alle involverte instanser ønsker en mer tidsriktig og hensiktsmessig registrering av behandlinger med assistert befruktning.

Registrering av alle behandlinger
Antall behandlinger med assistert befruktning som utføres øker. Utviklingen av ny teknologi skjer raskt med implementering av nye medikamenter, dyrkingsmedier og metoder. I tillegg vil flere pasientgrupper, slik som enslige kvinner og par som trenger eggdonasjon, nå få behandling. Dette bidrar til et økt behov for regulering og kontroll med behandlingene som utføres, og det gjøres best gjennom registrering og rapportering.

Ett av hovedformålene med registrering av alle behandlinger, uansett utfall, med assistert befruktning i Medisinsk fødselsregister er å kunne studere helsemessige konsekvenser av behandlingen på kort og på lang sikt. Registering av ny informasjon som ikke følger av dagens registrering er en viktig målsetting. Dette innebærer blant annet om det er brukt sæd fra far eller sæddonor, om det er benyttet egg fra mor, medmor eller eggdonor og informasjon om hvor lenge det befruktede egget har vært lagret før det ble satt tilbake i kvinnens livmor.

Veien videre
Det er etablert et godt samarbeid mellom fagmiljøet innen assistert befruktning og Medisinsk fødselsregister. Dette danner et solid grunnlag for videre arbeid med etablering og teknisk gjennomføring av ny rapportering og registering. Engasjement og involvering fra fagmiljøet er viktig, og derfor skal en arbeidsgruppe med representanter fra klinikkene og fra Medisinsk fødselsregister framover se nærmere på detaljene i den

framtidige rapporteringen. Den endrede forskriften danner det juridiske grunnlaget for registreringen, men stadige endringer i både behandlingsmetoder og registreringsteknologi fordrer aktiv og jevnlig involvering av flere faggrupper for å holde registreringen relevant og oppdatert i årene som kommer.
Når registrering av alle behandlinger med assistert befruktning uavhengig av behandlingsutfall nå settes i system, er dette til det beste for alle pasientgrupper som mottar behandling, barna som fødes etter slik behandling, involvert helsepersonell, og forskere og myndigheter som skal sikre at teknologien brukes til det beste for innbyggerne.

Gir kroniske sykdommer hos mor økt risiko for cerebral parese hos barnet?

Av **Marianne Strøm**, ph.d-stipendiat ved Institutt for Global Helse og Samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen og Barne- og Ungdomsklinikken Haukeland Universitetssykehus, overlege ved Avdeling for helseregisterforskning og -utvikling (HDFU), Folkehelseinstituttet

Foto: Colourbox

Cerebral parese (CP) er en samlebetegnelse for en gruppe motoriske utviklingsforstyrrelser som skyldes en skade i den umodne hjerne (fra fosterliv til fylte to år). CP er den vanligste årsaken til fysisk funksjonshemming i barneårene, men er likevel en relativt sjelden diagnose (rundt 2 per 1000 levende fødte barn). Årsakene til CP er komplekse og i stor grad ukjente. Noen risikofaktorer er kjent, som blant annet kronisk sykdom hos mor, men tidligere studier har kun sett på et fåtall sykdommer og har ofte hatt liten statistisk styrke. Målet med denne studien var å undersøke sammenhengen mellom et bredt spekter av kroniske sykdommer hos mor og risiko for CP hos barnet.

Metode
Vi brukte koblede data fra nasjonale registre, deriblant Medisinsk

fødselsregister (MFR). Studiekohorten besto av barn registrert i MFR i perioden 1990-2012. Informasjon om CP-diagnoser ble hentet fra Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) 1990-2014 og Norsk pasientregister (NPR) 2008-2014.

Vi undersøkte assosiasjonen mellom kroniske sykdommer hos mor registrert i MFR og CP hos barnet. Autoimmun sykdom er hyppig forekommende hos kvinner i fertil alder og har mange felles underliggende biologiske mekanismer. Disse ble derfor også undersøkt som en samlet gruppe.

Genetiske faktorer, livsstilsfaktorer og miljøfaktorer kan være medvirkende til både maternell sykdom og CP. For å se nærmere på effekten av disse faktorene, sammenliknet vi risikoen for CP hos barn av mødre og fedre med kroniske sykdommer registrert i NPR.

Resultat og diskusjon

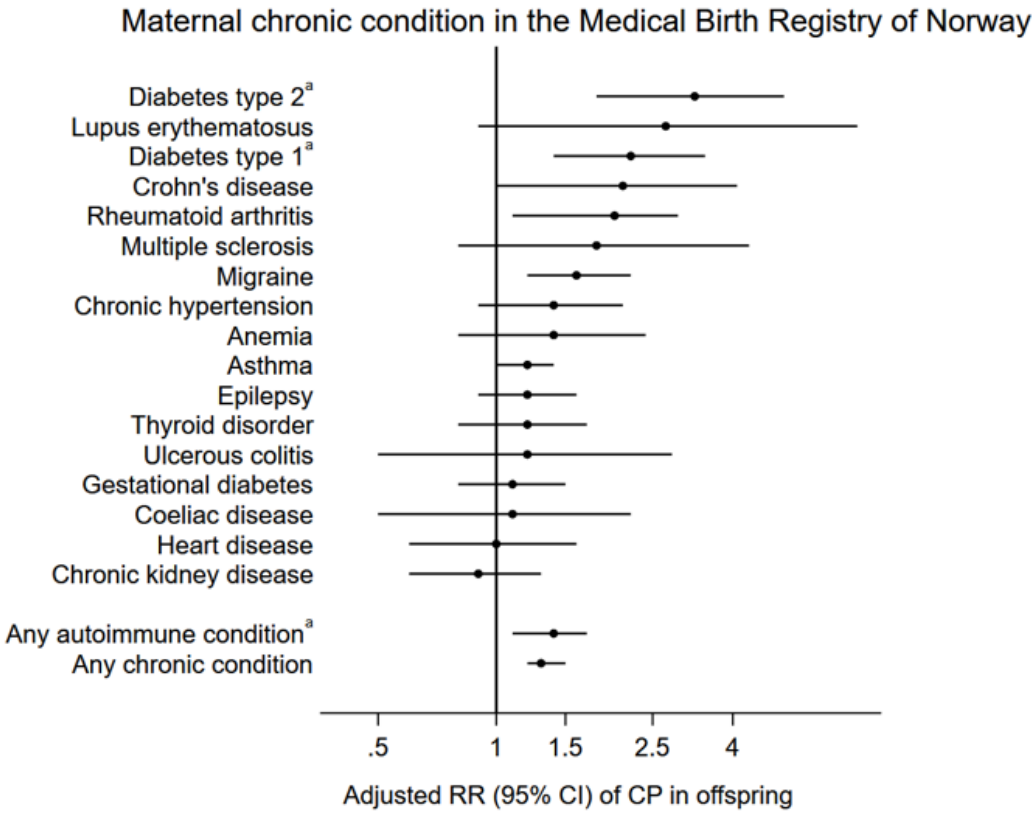
For de totalt 1 360 149 barna som oppfylte inklusjonskriteriene, var 2575 (2,6 per 1000 levende fødte) registrert med en CP-diagnose. Barn av mødre med kronisk sykdom hadde en 30 % økt risiko for å få CP. Risikoen økte ytterligere ved to og enda mer ved mer enn to sykdommer. Barn av mødre med autoimmun sykdom hadde en 40 % økt risiko for CP. Risikoen økte også her ytterligere ved mer enn én sykdom. Den tilskrivbare risiko for kronisk sykdom var samlet 3 % (95 % konfidensintervall (KI) 2 % - 3 %), mens den for autoimmun sykdom var 1 % (95 % KI 0 %-2 %).

Tabell 1: Relativ risiko for CP hos barn av mødre med kronisk og autoimmun sykdom registrert i Medisinsk fødselsregister.

Kronisk sykdom hos mor	**RR (95% KI)**
Ingen sykdommer	Referanse
En sykdom	1.2 (1.1–1.4)
To sykdommer	1.6 (1.1–2.2)
Mere enn to sykdommer	3.1 (1.4–6.8)
Ingen autoimmune sykdommer[a]	Referanse
En autoimmun sykdom[a]	1.4 (1.1–1.7)
Mer enn en autoimmun sykdom[a]	2.7 (1.1–6.6)

Forkortelser: [a], data tilgjengelig 1999-2012; RR, relativ risiko justert for fødselsår; KI, konfidensintervall

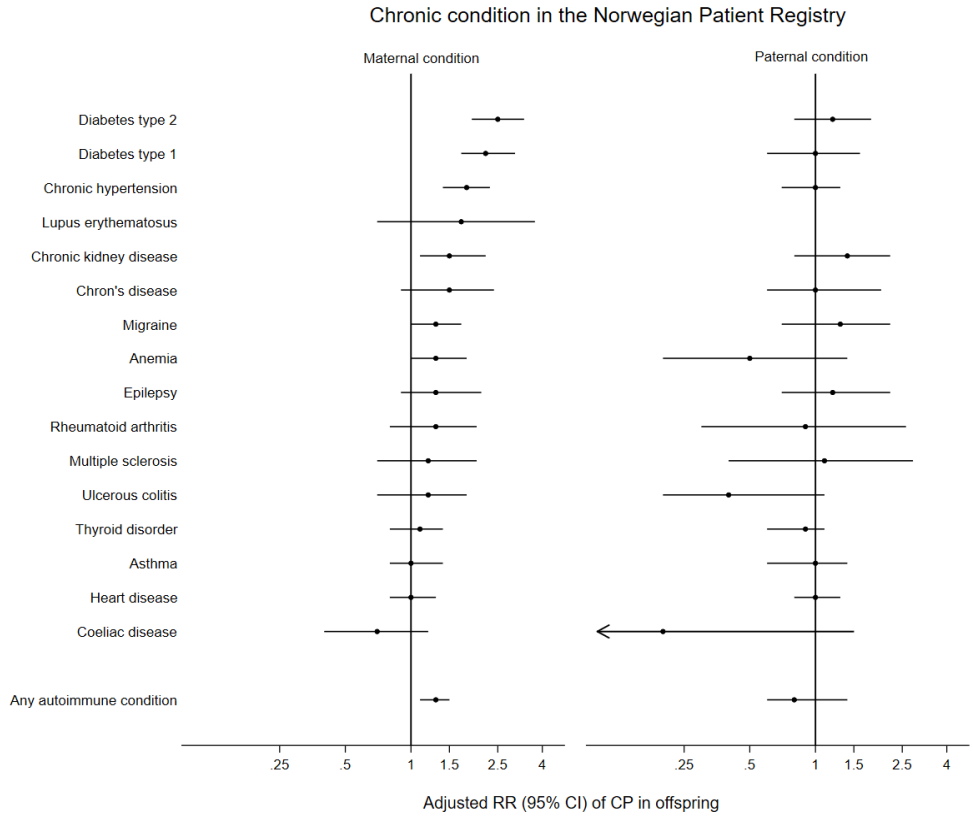
Assosiasjonen var størst for type 2 diabetes, lupus erytematosus, type 1 diabetes og Crohns sykdom (Figur 1).



Forkortelser: [a], data tilgjengelig 1999-2012; CI, konfidensintervall

Figur 1: Relativ risiko (RR) for cerebral parese (CP) hos barn født 1990-2012 av mødre registrert med kronisk sykdom i Medisinsk fødselsregister. Analysene er justert for barnets fødselsår.

For kronisk sykdom registrert i NPR var risikoen for CP ved sykdom hos mor økt for mange av de samme sykdommene som i MFR, men ikke for sykdom hos far. Assosiasjonene var generelt svakere enn for sykdom registrert i forbindelse med svangerskap i MFR (Figur 2).



Figur 2: Relativ risiko (RR) for cerebral parese (CP) hos barn født 1990-2012 av mødre og fedre registrert med kronisk sykdom i Norsk pasientregister (NPR). Analysene er justert for barnets fødselsår.

Barn av mødre med enten diabetes type 1 eller 2, revmatoid artritt eller lupus erytematosus og med samtidig enten nyresykdom, hypertensjon eller hjertesykdom hadde betydelig økt risiko i forhold til de uten disse tilleggssykdommene. Dette kan tyde på at alvorlighetsgraden av sykdom kan ha betydning. Analyser justert for foreldrenes utdannelse, alder og mors sivilstatus, samt røyking hos mor (1999-2012) og analyser begrenset til terminbarn, enkeltfødsler og barn uten misdannelser, hadde liten innvirkning på resultatene.

Konklusjon

I denne studien fant vi at flere kroniske sykdommer hos mor var assosiert med økt risiko for CP hos barnet. Den absolutte risikoen for å få et barn med CP er likevel liten, også for mødre med kronisk sykdom. Vi håper at resultatene kan bidra til større forståelse rundt biologiske og genetiske mekanismer som kan medvirke til CP, samt danne grunnlag for videre studier hvor man også kan ta høyde for varighet, alvorlighetsgrad og behandling av sykdommene. Familieanalyser og analyser inkludert subgrupper av CP vil også kunne gi viktig informasjon.

Referanse

Marianne S. Strøm, Mette C. Tollånes, Allen J. Wilcox, Rolv Terje Lie, Ingeborg Forthun and Dag Moster. Maternal Chronic Conditions and Risk of Cerebral Palsy in Offspring: A National Cohort Study. Pediatrics March 2021, 147 (3) e20201137; DOI: https://doi.org/10.1542/peds.2020-1137

Abruptio placentae hos innvandrerkvinner – en populasjonsstudie med data fra Medisinsk fødselsregister

Av **Karolina S. Mæland**, ph.d.-stipendiat ved Institutt for helse- og omsorgsvitskap, Høgskulen på Vestlandet

Foto: Colourbox

Abruptio placentae er en sjelden, men svært alvorlig diagnose med høy maternell morbiditet og føtal mortalitet, som rammer mellom 3 til 10 av 1000 kvinner globalt. Preeklampsi, røyking i svangerskapet og tidligere abruptio defineres som sterke risikofaktorer. Diagnosen defineres som partiell eller total og stilles på bakgrunn av anamnese og kliniske funn slik som intense magesmerter og/eller vaginalblødning.

Stadig flere fødende kvinner i Norge er utenlandskfødte. I 2019 hadde 29% av alle fødende kvinner i Norge innvandrerbakgrunn. Av disse kvinnen kommer drøyt 30 prosent fra Asia og 14 prosent fra Afrika; flerparten fra land sør for Sahara.

Med økende internasjonal migrasjon trengs oppdatert og detaljert kunnskap om innvandrerkvinners svangerskap og fødsel. Dette har vi ønsket å bidra til i vår studie.

Hensikten med studien var å kartlegge insidensen av abruptio placentae hos innvandrerkvinner i Norge og å undersøke mulige assosiasjoner mellom maternelt fødeland, innvandringsgrunn, botid i Norge og abruptio placentae.

Metode

Vi hentet ut data fra Medisinsk fødselsregister og Statistisk sentralbyrå for alle fødsler i Norge for studieperioden: 1990-2016 (n = 1 593 281). Innvandrerkvinner representerte 16% av fødslene i vårt materiale.

I analysene for abruptio placentae i forhold til region kvinnen selv var født

i, benyttet vi oss av de syv superregionene definert av Global Burden of Disease studien (GBD).

Videre ble separate landanalyser utført for land med minst 6000 fødsler (n = 14), eller minst 15 abruptio placentae (n = 11) i løpet av studieperioden.

Resultat
Vi fant at innvandrerkvinner fra Etiopia har en signifikant økt risiko for abruptio placentae etter immigrasjon til Norge, med odds ratio 2.39 sammenliknet med norskfødt kvinner. Vi så videre at kvinner født i Brasil også hadde en forhøyet odds for abruptio placentae selv om konfidensintervallet her var stort.

Forekomsten av abruptio placentae i forhold til GBD viste en høyere insidens for abruptio placentae for kvinner født i land sør for Sahara sammenliknet med norskfødte kvinner. Mellom GBD regionene var det liten varians i insidens av abruptio placentae.

Botid i landet og innvandringsgrunn viste liten varians i insidensen av abruptio placentae.

Referanse
Mæland KS, Morken N-H, Schytt E, et al. Placental abruption in immigrant women in Norway: a population-based study. Acta Obstet Gynecol Scand; n/a. DOI: https://doi.org/10.1111/aogs.14067

Brukerinformasjon

Innrapportering fra MFR til Beredskapsregister C19 (Beredt C19)

Foto: Colourbox

Folkehelseinstituttet har på grunn av pandemien opprettet Beredt C19 og MFR skal bidra med data. Formålet med Beredt C19 er å hurtig fremskaffe oversikt og kunnskap om pandemien og tiltakene som er iverksatt og hvordan dette påvirker befolkningens helse, bruk av helsetjenester og helserelatert atferd. Med bakgrunn i dette vil hovedmengden av etterspørring etter manglende dataleveranser komme på andre tidspunkt av året enn tidligere.

Snusopplysninger i ny fødselsmelding
Opplysninger om snus er tatt med i ny fødselsmelding. Vi gjør

oppmerksom på at det kreves samtykke for innhenting av dette, på lik linje med røykeopplysninger.

Husk på

Veileder til utfylling av fødselsmeldingen forklarer utfylling og kan lastes ned fra MFR sin nettside.

Foto: Colourbox

Husk å gi tilbakemelding til MFR på e-post eller telefon om tilsendt kontrollrapport ikke stemmer overens med egne tall. Når papirmelding til MFR sendes for spontanaborter, må den også inneholde utfyllende opplysninger om mor, far, svangerskapet og fødselen.

• Alle spontanaborter fra 16-22 uker, og dødfødte fra 22 uker skal meldes til MFR.

• Registrer prenatal diagnostikk omfattet av bioteknologiloven (f.eks. skal ikke rutineultralyd, vekstestimering meldes her).

• Registrer type fosterovervåkning.

• 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.

• Registrer kvinnens vekt ved svangerskapets begynnelse og slutt.

Redaksjon:
Kristine Stangenes
Ferenc Macsali
Pétur B. Júlíusson
Solveig Warhuus Eriksen

Kontakt oss:
folkehelseinstituttet@fhi.no

Avbestill dette nyhetsbrevet