

Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem: Kvalitetsindikatordefinisjon

Dødfødte barn	
1. Definisjon	Antall dødfødte barn per 1 000 fødte barn
2. Sektor	Spesialisthelsetjeneste
3. Fagområde	Somatisk helsetjeneste
4. Type	Resultat
5. Dimensjon av kvalitet	Virkningsfulle
6. Måleområde	Overlevelse
Godkjenning	
7. Dato publisert første gang	01.06.2016
8. Revisjonshistorikk	2.0 – desember 2021 – Definisjonen er overført til ny mal. Tidsperiode for hovedmåltall er endret fra ett til to år. Fra og med desember 2021 publiseres hovedmåltallet for to siste år i stedet for siste år. Dette er gjort fordi at datagrunnlaget består av små tall (få tilfeller) som igjen kan gi store svingninger i resultatene fra år til år. Antall dødfødte barn per 1 000 barn siste år opprettholdes, men da som måltall 2. Se punkt 12 og 13.
Faglig begrunnelse/målsetting	
9. Begrunnelse for valg	<p>Dødfødte barn er barn som dør før fødselen kommer i gang, eller som dør under fødselen. Andelen dødfødte barn i Norge er lavt sammenliknet med mange andre land. I 2020 var det 164 dødfødte av 53 625 fødte, i følge Medisinsk fødselsregister (MFR) (1). Selv om antallet dødfødsler er lavt i Norge er det ønskelig å redusere dette ytterligere.</p> <p>Fortsatt er det mangelfull kunnskap om hvorfor et barn dør i svangerskapet. Vi vet imidlertid at ca. halvparten av barna er veksthemmet ved fødsel (2). Morkakesvikt, morkakeløsning, infeksjoner, misdannelser, kromosomfeil, komplikasjoner med navlestreng og alvorlig sykdom hos mor utgjør de viktigste årsakene til dødfødsel (3). Flere gutter enn jenter fødes døde. Kvinner i alderen 35 år og eldre har økt risiko for dødfødsel, sammenliknet med yngre kvinner (4). I tillegg til alder er også røyking og fedme hos mor kjente risikofaktorer for dødfødsel. Overvåking og regelmessige svangerskapskontroller for tidlig deteksjon av avvik og kjente risikofaktorer kan bidra til å redusere risiko for dødfødsler.</p>
10. Målsetting	Redusere forekomst av dødfødsler.
11. Begrepsavklaringer	Dødfødsel defineres som fødsel av et barn som ikke viser livstegn (hjerteaktivitet, puste- eller muskelaktivitet) fra og med svangerskapsuke 22 eller som veier over 500 gram (Verdens helseorganisasjon, WHO). Dersom barnet fødes dødt før dette, kalles det senabort.
Beregning av indikator	
12. Hovedmåltall	<p>Hovedmåltall: Antall dødfødte barn per 1 000 fødte barn siste to år.</p> <p>Teller: Antall dødfødte barn mer enn 22 + 0 uker eller som veier mer enn 500 gram, siste to år.</p> <p>Nevner: Totalt antall fødte barn mer enn 22 + 0 uker eller som veier mer enn 500 gram, siste to år.</p>
13. Andre måltall	Måltall 2: Antall dødfødte barn per 1 000 fødte barn siste år.

	<p>Teller: Antall dødfødte barn mer enn 22 + 0 uker eller som veier mer enn 500 gram, siste år.</p> <p>Nevner: Totalt antall fødte barn mer enn 22 + 0 uker eller som veier mer enn 500 gram, siste år.</p>
14. Klassifikasjoner og kodeverk	Bedrifts- og foretaksnummer benyttes til å identifisere institusjoner.
15. Presiseringer rundt utvalg	Institusjoner med færre enn 20 fødsler det aktuelle året/årene er ekskludert.
16. Teknisk beregning og bearbeiding av datagrunnlag	Medisinsk fødselsregister er basert på meldeplikt og omfatter blant annet rapportering på dødfødsler. Innrapportering skjer direkte til MFR. Tallene kvalitetssikres fortløpende gjennom året, med publisering av tall påfølgende år. MFR tar kontakt med den enkelte fødeinstitusjon i kvalitetssikringsprosessen.
17. Nivå for publisering	Nasjonalt, RHF, HF, behandlingssted/sykehus
Datainnsamling/datakilde	
18. Datakilde(r)	Medisinsk fødselsregister (MFR)/Folkehelseinstituttet (FHI)
19. Publiseringsfrekvens	Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem: årlig
20. Lovhjemmel	Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister, Medisinsk fødselsregisterforskriften (5)
Tolkning av tallene	
21. Sammenlignbarhet over tid og sted	Sammenlignbare mellom institusjoner med samme risikoprofil, mellom regioner, mellom land og over tid.
22. Feilkilder og usikkerhet	Noen institusjoner har svært få fødsler og vil ikke motta fødende med kjent risiko. Det kan være store svingninger i resultatene når de er basert på små tall.
23. Særskilt informasjon for tolkning av denne indikatoren	I Norge er fødeinstitusjonene inndelt i tre nivåer: fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk. Seleksjon av fødende til ulike typer fødeinstitusjoner er basert på en risikovurdering etter gitte kriterier (6). Fødselsantallet varierer ved de ulike fødeinstitusjonene, og institusjoner med et lite antall fødsler kan få store utslag i statistikken.
Publisering	
24. Publiseringsarenaer	Helsedirektoratet Medisinsk fødselsregister (Folkehelseinstituttet)
Referanser	
25. Referanser	<p>1. Folkehelseinstituttet. Medisinsk fødselsregisters statistikkbank, http://statistikkbank.fhi.no/mfr/</p> <p>2. Frøen JF, Arnestad M, Frey K, Vege A, Saugstad OD, Stray-Pedersen B. Risk factors for sudden intrauterine unexplained death: epidemiologic characteristics of singleton cases in Oslo, Norway, 1986-1995. Am J Obstet Gynecol. 2001 Mar;184(4):694-702</p> <p>3. Pettersson K., Bottinga R., Bremme K., Hofsjö A., Holm M., Holste C., Kublickas M., Norman M., Pilo C., Roos N., Sundberg A., Wolff K. & Papadogiannakis N. The Stockholm classification of stillbirth. Acta Obstet Gynecol Scand 2008; 87 (11):1202-12. doi 10.1080/00016340802460271.</p> <p>4. Waldenström U., Aasheim V., et al. Adverse Pregnancy Outcomes Related to Advanced Maternal Age Compared With Smoking and Being Overweight</p>

	<p>Obstetrics & gynecology VOL. 123, NO. 1, Jan 2014</p> <p>5. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister (Medisinsk fødselsregisterforskriften). https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-21-1483?q=medisinsk_fodselsregistre</p> <p>6. Helsedirektoratet, Et trygt fødetilbud, forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner, IS-1803, Oslo 2010</p>
--	---