



LANDSPÍTALI
HÁSKÓLASJÚKRAHÚS



Skýrsla frá
fæðingaskráningunni
fyrir árið 2003

Kvennadeild og Barnaspítali Hringins
Landspítali - háskólasjúkrahús 2004

SKÝRSLA FRÁ FÆÐINGASKRÁNINGUNNI

FYRIR ÁRID 2003

KVENNADEILD OG VÖKUDEILD BARNASPÍTALA HRINGSINS
LANDSPÍTALI - HÁSKÓLASJÚKRAHÚS
VIÐ HRINGBRAUT
101 REYKJAVÍK

REYNIR TÓMAS GEIRSSON
GUDRÚN GARDARSDÓTTIR
GESTUR PÁLSSON
RAGNHEIÐUR I. BJARNARDÓTTIR

KVENNADEILD OG BARNARSPÍTALI HRINGSINS
LANDSPÍTALI - HÁSKÓLASJÚKRAHÚS 2004

www.landspitali.is

Efnisyfirlit
Formáli

I.	Yfirlit um fæðingar árið 2003.....	4
II.	Fleirburar.	8
III.	Tæknifrjóvgun.	9
IV.	Heimaþjónusta og MFS-eftirlit.....	11
V.	Fæðingaraðgerðir.	12
VI.	Fæðingar á Kvennadeild Landspítala – háskólasjúkrahúss.....	15
VII.	Fæðingar á Kvennadeild FSA.....	19
VIII.	Fæðingar á fæðingardeild Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja.	21
IX.	Fæðingar á Heilbrigðisstofnun Suðurlands, Selfossi.....	21
X.	Fæðingar á fæðinga- og kvensjúkdómadeild Sjúkrahúss Akraness.	24
XI.	Fæðingar á Fjórðungssjúkrahúsinu á Neskaupstað.....	24
XII.	Fæðingar á Heilbrigðisstofnun Vestmannaeyja.	24
XIII.	Fæðingar á Heilbrigðisstofnuninni á Sauðárkróki.	25
XIV.	Fæðingar á Fjórðungssjúkrahúsinu á Ísafirði.	25
XV.	Fæðingar á Heilbrigðisstofnuninni Blönduósi.....	25
XVI.	Fjöldi fæðinga eftir aldri móður og fjöldi forskoðana.....	26
XVII.	Burðarmálsdauði 2003.	28
XVIII.	Orsakir burðarmálsdauða.	29
XIX.	Nýbura- og ungbarnadauði.....	32
XX.	Mæðradauði.....	33
XXI.	Fósturgreining á LSH 2003.	33
XXII.	Lokaorð.....	38
XXIII.	Heimildir.....	42
XXIV.	Ritverk frá fæðingaskráningunni 2003.	42
XXV.	English summary.....	43

FORMÁLI

Fæðingaskráningin á Íslandi birtir ársskýrslu um fæðingar og burðarmálsdauða á Íslandi í níunda sinn. Gefið er yfirlit um fjölda fæðinga á einstökum fæðingastöðum og landinu öllu, svo og upplýsingar um fæðingamáta og inngrip í fæðingar. Fjallað er um burðarmáls-, ungbarna- og mæðradauða, gefið yfirlit um fósturgreiningar og upplýsingar um tæknifrjógvun. Gögnin eru sýnd í texta og töflum og fylgir inngangur og umræða þar sem við á. Umfjöllun um burðarmálsdauða er byggð á samnorrænni flokkun og hverju tilviki lýst stuttlega. Líkt og á hinum Norðurlöndunum eru dánartilvik barna á fyrsta mánuði (nýburadauði) og til eins árs aldurs (ungbarnadauði) tekin með í skýrslunni. Í síðustu skýrslum hafa árlega verið birtir sérstakir kaflar um einstök málefni. Nú fylgir kafli um aldursdreifingu mæðra og fjölda forskoðana.

Við skráningu fæðingarátburða er stuðst við alþjóðlegu heilbrigðisatburða-skráninguna ICD 10. Reynt er að færa af nákvæmni allar upplýsingar um fæðingar með staðlaðri notkun ICD 10 sjúkdómsgreininga og fá þannig sem nákvæmastar tölur fyrir allt landið. Úrvinnsla úr þeim gögnum hefur smám saman aukist, en nákvæmni skráninga þarf að aukast, ekki síst þegar skráning fæðinga og fæðinga- og meðgöngutegndra atburða flyst inn í Sögu-kerfið. Norræna aðgerðaskráningin, sem notuð er hér á landi, hefur ekki verið hluti af fæðingaskráningunni.

Samræmdar sjúkdóms- og aðgerðagreiningar varðandi meðgöngur, fæðingar og vandamál nýbura eru forsenda þess að gögn í fæðingaskráningunni séu áreiðanleg fyrir allt landið og einstaka staði, m.a. vegna samanburðar innanlands og við nágrannalöndin. Vinnu við að breyta formi fæðingaskráningarinnar, þannig að hún svari betur nútímalegri þörf á viðtæku og skjótu upplýsingastreymi og auðveldri úrvinnslu gagna, átti að ljúka á árinu, en vandamál í uppsetningu og úrvinnslu hafa komið upp og seinkað verkinu. Nú verður væntanlega byrjað að skrá fæðingar með tilkynningum til Hagstofunnar og til ungbarnaefirlits með færslu í Sögu-kerfið. Ætti skráning að geta hafist á öllu landinu fljótlega eftir ársbyrjun 2005.

Gestur Pálsson barnalæknir og Reynir Tómas Geirsson fæðinga- og kven-sjúkdómalæknir hafa frá 1994 haft umsjón með fæðingaskráningunni (skipaðir af Heilbrigðismálaráðuneytinu). Skráningin er staðsett á Kvennadeild Landspítala-háskólasjúkrahúss (LSH), þar sem öll frumgögn eru einnig geymd. Guðrún Garðarsdóttir er ritari skráningarinnar og sér um daglegan rekstur. Ragnheiður Ingibjörg Bjarnadóttir fæðinga- og kvensjúkdómalæknir hefur faglegt eftirlit með burðarmálsdauðatilvikum og skráningu og flokkun þeirra samkvæmt samnorrænu kerfi. Reynir Tómas Geirsson hefur haft megin umsjón með ritun, ritstjórn og útgáfu hinnar árlegu skýrslu. Þar sem annað er ekki merkt bera umsjónarmenn (RTG, GP, RIB) sameiginlega ábyrgð á textanum og töflum. Aðrir megin höfundar texta eru tilgreindir við hvern kafla, eins og við á.

Upplýsingar komu frá eftirtöldum: Jóhanni H. Jóhannssyni og Þóru Steffensen, læknum á Rannsóknastofu í meinafræði (um krufningar og litningagalla), Hilmarí Björgvinssyni, líffræðingi (kafli III), Margréti Hallgrímsson yfirljósmóður (Tafla 6), Rósu Bragadóttur deildarstjóra og Höllu Birgisdóttur aðstoðardeildarstjóra (kafli IV), Ingibjörgu Jónsdóttur yfirljósmóður og Alexander Smárasyni yfirlækni (kafli VII), Birgittu Pálsdóttur ljósmóður (kafli XIII), Stefáni Helgasyni yfirlækni (kafli IX), Hildi Halldórsdóttur ljósmóður

(kafli XI), Svanborgu Egilsdóttur yfirljósmóður (kafli X), Guðnýju Bjarnadóttur ljósmóður (kafli XII), Guðrúnu Guðbjartsdóttur og Önnu Rut Sverrisdóttur deildarstjórum og Konráð Lúðvíkssyni yfirlækni (kafli VIII), Hildi Harðardóttur, yfirlækni/lektor, Maríu Hreinsdóttur, deildarstjóra, Kristínu Rut Haraldsóttur ljósmóður, Guðlaugu Torfadóttur líffræðingi og Jóni Jóhannesi Jónssyni yfirlækni/dósent (kafli XIX). Anna B. Haukdal, kerfisfræðingur á Upplýsingatæknisviði LSH, veitti mikilsverða aðstoð við vinnslu gagna. Með beinni upplýsingaöflun frá einstökum fæðingastöðum bættust við mikilvægar upplýsingar um hvernig staðið er að umönnun kvenna í fæðingu á Íslandi. Hagstofan veitti upplýsingar um ungbarnadauða.

Umræðan í lok skýrslunnar tekur á nokkrum meginþáttum varðandi fæðingar í landinu, sem viðbót við aðra umræðu framar. Í yfirliti á ensku í lok skýrslunnar er nokkru meiri samantekt á öllu efni skýrslunnar. Tölur eru einnig með fyrsögnum á ensku. Skýrslan verður nú í annað sinn birt á vef Landspítala-háskólasjúkrahúss eftir að hafa verið send til m.a. allra fæðingastaða í landinu, mæðraverndar á heilsugæslustöðvum og heilbrigðisyfirvalda, auk norrænu fæðingaskráninganna.

Fæðingaskráningin mun færast formlega í umsjá Landlæknisembættisins frá ársbyrjun 2005, en verður áfram staðsett á Kvennadeild LSH. Til viðbótar læknunum sem hafa haft daglega umsjón með höndum mun ljósmóðir verða hluti umsjónarteymisins.

Frá og með 1.1. 2005 er áformað að hefja skráningu með forriti sem verður hluti Sögu-kerfisins, sem nú er á svo til öllum heilbrigðisstofnunum landsins. Haft verður samband við alla fæðingastaði og þeir beðnir að skrá fæðingar með þessum nýja hætti og senda annað hvort útprentuð eyðublöð eða nota rafræna sendingu til Fæðingaskráningarinnar á LSH. Þar verða blöðin sem fyrr yfirfarin og skráningin öll samræmd. Talsverð vinna er fyrir höndum við að koma þessu um kring og fá alla til góðs samstarfs um nýtt fyrirkomulag.

I. YFIRLIT UM FÆÐINGAR ÁRIÐ 2003

Fæðingar voru alls 4079 á landinu öllu (4051 árið 1999, 4269 árið 2000, 4043 árið 2001 og 3977 árið 2002). Fædd börn voru alls 4159 (4145 árið 1999, 4351 árið 2000, 4114 árið 2001 og 4070 árið 2002). Meðaltal fæðinga fyrir fimm síðustu árin 1999-2003 var 4084 sem er 9% fækkun miðað við fimm ára tímabilið 1991-1995, þegar meðaltalið var tiltölulega hátt eða 4452 fæðingar.

Meðalfjöldi barna/ár árin 1999-2003 var 4152, en 1991-1995 var talan 4531 (9,1% lækkun á fjölda fæddra barna). Samanborið við hærri tölur fyrir áratug hefur fæddum börnum þannig enn fækkað, en sveiflur milli ára hafa samt oft verið talsvert miklar. Í Töflu 1 er sýnt yfirlit um fæðingar eftir fæðingastaðum á landinu.

Tafla 1. FÆÐINGAR Á ÍSLANDI 2003. Yfirlit eftir fæðingastað og útkomu fæðinga
(Table 1. Overview of deliveries and newborns, stillbirths and first week deaths by place of delivery in 2003).

Fæðingastaðir Place of delivery	Fjöldi fæð. No. of births n	Fjölburafæð. Multiple pregn. (%) n	Börn alls No. of children n	Andv. SB** n	Dáin á 1.v. 1 st week deaths n	
1 Kvennadeild LSH	2865	70,2	65 tvíb. 2 þrúb.	2934	6	6
2 Fj.sjúkrah. Akureyri	430	10,5	5 tvíb.	435	1	
3 Heilbrigðisst. Keflavík	223	5,5	2 tvíb.	225		2
4 -- Akraness	204	5,0	4 tvíb.	208		
5 -- Selfoss	149	3,7		149		
6 Fj.sjúkrah. Ísafirði	49	1,2		49		
7 Heilbrigðisst. Vestm.eyja	33	0,8		33		
8 -- Sauðárkróks	16	0,4		16		
9 Fj.sjúkrah. Neskaupst.	50	1,2		50		
10 Heilbrigðisst. Húsavíkur	10	0,2		10		
11 -- Siglufjarðar	6	0,1		6		
12 -- Patreksfjarðar	2	0,04		2		
13 -- Blönduóss	7	0,2		7		
14 -- Höfn Hornaf.	8	0,2		8		
15 Heilsug.st.Vopnaf.	1	0,02		1		
16 Heilsug.st. Ólafsvík	1	0,02		1		
17 Heimafæðingar	25	0,6		25		
Reykjavík og nágr. (n= 19)						
Akureyri (n= 1)						
Egilsstaðir (n= 1)						
Vestmannaeyjar (n= 1)						
Reyðarfirði (n= 1)						
Kolbeinst.hr. (n= 1)						
Hveragerði (n= 1)						
SAMTALS	4079		78*	4159	7	8

- Börn =158
- **= stillbirths

UMRÆÐA:

Dreifing fæðinga á landinu var mjög áþekkt því sem var á síðasta ári og verið hefur undanfarin ár. Fæðingar í Reykjavík (Kvennadeild LSH) voru rúmlega 2/3 allra fæðinga á landinu (70,2%). Á Kvennadeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri (FSA) fæddust 10,5% barnanna, eins og á síðasta ári. Hlutfall fæðinga á Kvennadeild LSH, miðað við landið allt, hélst óbreytt. Á Kvennadeild FSA var fjöldi fæðinga í réttu hlutfalli við íbúafjölda á svæðinu. Utan þessara staða dreifast rúm 19% fæðinga á 12 fæðingastaði, auk nokkurra áformaðra eða óvæntra heimafæðinga og einstaka fæðinga á öðrum heilsugæslustöðvum með löngu millibili. Þrjú fæðingastaðir teljast nokkuð stórir miðað við aðstæður á Íslandi, þ.e.a.s. Akranes, Keflavík og Selfoss (samtals 14,2% fæðinga nú). Á þessum stöðum hefur fjöldi fæðinga verið svipaður síðastliðin ár með dálitlum sveiflum milli ára. Á Akranesi fjölgaði fæðingum enn frá því sem var nokkur undanfarin ár. Um 5% barna fæddust þar og önnur 5,5% fæddust í Keflavík. Um 3-4% barna fæðast jafnan á Selfossi. Þau rúm 5%, sem þá eru eftir, dreifðust á 9 staði. Þar af má telja fæðingafjölda viðunandi á þrem stöðum, þ.e.a.s. Ísafirði, Neskaupstað og Vestmannaeyjum. Þar fæðast samanlagt um 3,2% barna. Hæg fækkun hefur orðið á Ísafirði og Vestmannaeyjum frá því sem áður var, en fæðingar á Neskaupstað voru nokkru fleiri en á fyrra ári (50 í stað 34), sennilega mest vegna þess að fæðingum var hætt á Egilsstöðum. Á Sauðárkróki var rúmlega ein fæðing á mánuði. Fæðingar á Húsavík og Sauðárkróki hafa flust til Akureyrar að miklu leyti. Á öðrum stöðum voru fæðingar mjög fáar. Færri fæðingar voru á Patreksfirði og Höfn, en fleiri á Blönduósi, miðað við árið áður.

Fæðingum á hverja konu hefur fækkað hægt á Íslandi eins og annars staðar á Vesturlöndum og reiknast fjöldi fæðinga/konu nú samkvæmt tölum Hagstofunnar á bilinu 1,9 – 2,0, þ.e.a.s. minna en þau 2 börn á konu sem þarf til að viðhalda sömu þjóðfélagsstærð. Fyrir um 20-30 árum var talan milli 3 og 4 börn á hverja konu, enda þótt færri úrræði þekktust þá varðandi ófrjósemi. Eitt af hverjum 30 börnum verður nú til hér á landi við tæknifrjövgun. Sama þróun hefur orðið og í nágrennalöndum okkar, þar sem konur seinka barneignum meira en áður. Það kallar m.a. á aukningu í tæknifrjövgun og breytir áherslum í mæðravernd. Á móti kemur að þjóðinni hefur almennt fjölgað talsvert á umliðnum árum og nýbúum hefur fjölgað hér eins og annarsstaðar á Vesturlöndum. Þetta hefur með bættu heilsufari og langlífi áhrif á fólksfjöldgunina. Íslendingar verða væntanlega 300.000 innan örfárra ára.

Þegar tölurnar í Töflu 1 eru skoðaðar vaknar enn spurningin um ljósmæðra- og lækniþjónustu á þeim stöðum þar sem fæðingar eru fáar. Fulla vaktþjónustu hlýtur að vera erfitt að réttlæta þar. Þó mæðra- og ungbarnaeftirliti sé einnig sinnt í dagvinnu af ljósmæðrum á þessum stöðum, m.a. vegna kvenna og barna sem fæða/fæðast annars staðar, þá má sennilega víða gera þjónustuna hagkvæmari en hún kann að vera nú. Þá hafa samgöngur breyst mikið, þannig að nú tekur skamman tíma að fara frá sjúkrahúsunum í nágrenni Reykjavíkur á Kvennadeildina og gildir hið sama í nokkrum öðrum landshlutum. Störfin sem ljósmæður og læknar sinna geta því þurft að taka breytingum. Sums staðar sinna ljósmæðurnar einnig öðrum störfum á heilsugæslustöðvum, sjúkradeildum, skurðstofum og í annarri sérhæfðri vinnu. Vaktþjónustu fæðingarlækna á minni stöðunum hlýtur líka að þurfa að endurskoða. Spyrja má hvort taka eigi mið af góðri reynslu af einingum sem byggjast fyrst og fremst á þjónustu ljósmæðra við umönnun eðlilegra fæðinga (sbr. MFS-einingu Kvennadeildar LSH), og reka fæðingabjónustuna á þannig grunni að viðbættum fæðingaaðgerðum (einkum valkeisarafæðingum) í dagvinnutíma á þessum stöðum. Kröfur um öryggi og viðbúnað á fæðingastöðum eru auk þess meiri en áður var, bæði frá fagfólki og skjólstæðingunum.

Vaktaviðbúnaði fylgir mikill kostnaður og eðlilegt að dregið sé úr slíku þar sem atburðir sem krefjast aðgerða utan dagvinnutíma gerast sjaldan, sérlega þegar fullkomnar aðstæður eru til staðar í hæfilegri fjarlægð og samgöngur góðar. Daglegar bundnar vaktir ljósmæðra, fæðinga- og svæfingalækna, skurðstofu- og svæfingahjúkrunarfræðinga getur ekki verið unnt að réttlæta vegna 2-3 útkalla í mánuði. Dreifing þeirra fjármuna sem eru ætlaðir til að sinna þessum málaflokki í landinu þarfnast því endurskoðunar sem fyrst.

Fæðingar virðast með breyttum þjóðfélagsaðstæðum vera að færast til mestu þéttbýlisstaðanna. Uppbygging og fjármagn til þjónustunnar þarf þá að fylgja notendum hennar. Enda þótt æskilegt sé að konur utan stærstu staðanna eigi kost á að fæða í heimabyggð sinni, þá eru fæðingar sums staðar það fáar, að ljósmæður og læknar fá ekki næga viðhaldsþjálfun. Þetta hlýtur að hafa áhrif á öryggi í fæðingum þegar til lengdar lætur, enda þótt vandað sé til vals á því hvaða konur fæða á minni stöðunum og hverjum er beint annað í tíma. Reynslan frá nágrannalöndunum, einkum Noregi, þar sem aðstæður eru um margt svipaðar og hér, hefur sýnt að fæðingar á minni stöðum ganga oftast vel, en slysa- og inngripatíðni er þó síst lægri en á stærri stöðum. Fæðingum hefur því í auknum mæli verið beint á stærri fæðingastaði og þeim minni lokað (Egilsstaðir og Stykkishólmur eru dæmi um það hér á landi) eða vinnufyrirkomulagi og vaktþjónustu breytt. Því getur fylgt óhagræði, einkum ef kona er komin vel áleiðis í fæðingu þegar flutningur á sér stað við misjöfn skilyrði veðurs og færðar. Forval og tímanlegur flutningur skipta þá öllu máli. Auðvelt þarf hins vegar að vera fyrir konuna að flytjast til baka til sængurlegu heima, með heimaþjónustu ljósmóður eða á heilbrigðisstofnun í heimabyggð. Sængurlega á heilbrigðisstofnunum hefur þó styst það mikið undanfarin ár, að vart er lengur hægt að tala um „sængurlegu“ eins og áður. Sængurlegan hefur að verulegu leyti flutst í heimahús þar sem konur njóta umönnunar ljósmæðra fyrstu dagana eftir eðlilega fæðingu. Konur fara einnig fyrr heim eftir aðgerðafæðingar. Það bætir nýtingu sængurleguaðstöðu á heilbrigðisstofnunum, en breytir jafnframt álagi þar. Með fyrri heimferðum léttir að vissu marki álagi af fæðingastofnunum auk þess sem margir kostir fylgja því að konan og barnið komist sem fyrst heim. Til að þetta sé framkvæmanlegt verður heimaþjónusta ljósmæðra að vera tiltæk þar til hefðbundið ungbarnaeftirlit kemur til skjalanna og jafnvel lengur.

Sem fyrr er nauðsynlegt að starfsfólk á smærri stöðunum fari reglulega í viðhaldsþjálfun á Kvennadeildir LSH eða FSA, eins og nokkrar ljósmæður hafa lagt sig fram um að gera. Með því móti, ásamt góðu forvali, má víða viðhalda fæðingum í heimahéraði fyrir konur sem þess óska. Læknar þurfa aðra viðhaldsþjálfun en ljósmæður. Á smærri fæðingastöðunum getur skortur á símenntun í fæðinga- og meðgöngufræðum og fáar fæðingar orðið vandamál, sem lítið hefur verið skoðað hér á landi.

Annað mikilvægt atriði til að halda þjónustu í heimahéraði er að skapa skilyrði fyrir persónulegri samfelli í þjónustu með því að ljósmæður frá minni stöðum fylgi konunum til fæðingar á stærri heilbrigðisstofnun með samkomulagi milli hlutaðeigandi stofnana. Þessu hefur of lítill gaumur verið gefinn þegar ljóst er að breytingar á starfsemi, tímabundið eða til frambúðar, eru að verða nauðsynlegar. Stuðla þyrfti að þessu með samningum milli heilsugæslu og stofnana.

Ljósmæður og fæðingalækningar hafa sem fyrr unnið að því í orði, verki og með upplýsingum til almennings að sem flestar fæðingar fari eðlilega fram og að verkjalyfjanotkun og inngrip séu ekki meiri en þörf er á. Ákveðin umræða í þjóðfélaginu, hér sem annarsstaðar í Evrópu, vinnur þó gegn því markmiði og jafnvel fagfólkið sjálfst verður fyrir áhrifum af henni. Keisaraskurðir eru gjarnan í huga fólks allsherjarlausn á því

hvernig best sé að barn fæðist. Þetta hefur stuðlað að aukningu á fæðingarmáta sem í senn er hættulegri en eðlileg fæðing, hefur innbyggðan hvata til enn fleiri aðgerða og er þrisvar sinnum dýrari fyrir þjóðfélagið. Nauðsynlegt er að markmiðið “eðlileg fæðing” sé leiðarljós fagfólksins í allri viðræðu við skjólstæðinga og að það sýni virka forystu í þjóðfélaginu í því skyni. Margt annað getur stuðlað að því að viðhalda hæfilega lágu hlutfalli keisarafæðinga, þ.m.t. valkostir varðandi meðgöngueftirlit og fæðingar. Valkostirnir hafa orðið fjölbreyttari á síðari árum, þrátt fyrir að fæðingastöðum hafi fækkað.

Vatnsbaðsmeðferð til að lina hríðarverki og stoðkerfisverki í fæðingunni er í boði á stærri fæðingastöðunum. Notkun vatnsbaðs á fyrsta stigi fæðingar gagnast mörgum konum vel og leiðir til minni verkjalyfjagjafa í fæðingunni. Nokkrar rannsóknir, m.a. með hendingarvalssniði, styðja þetta. Á þrem stöðum hafa fæðingar verið leyfðar ofan í vatnsbaði (Selfoss, Keflavík, Akranes) og auk þess við fæðingar í heimahúsi. Fæðingar í vatnsbaði hafa orðið “óvart” annars staðar, þ.á.m. á Kvennadeild LSH, þó ekki þar á árinu 2003. Alls voru fæðingar í vatnsbaði 42 (1,0% allra fæðinga). Langflestar urðu í Keflavík (23; 10% fæðinga þar), þar næst á Selfossi (11; 7,5% fæðinga þar), svo og í heimahúsi (7). Ein fæðing varð óvart í vatni á Húsavík. Engin fæðing var í vatni á Akranesi. Almennt fækkaði því vatnsfæðingum enn frá fyrri árum. Fæðing ofan í vatnsbaði hefur verið umdeild og hefur viðhorfið gagnvart vatnsfæðingum á Kvennadeild LSH áfram markast af nauðsyn þess að aðstæður væru réttar og að niðurstöður vel unninna, framvirkra rannsókna liggi fyrir (evidence-based medicine; gagnreynd læknisfræði). Þetta á ekki síst við um nýburana. Mælt er með þannig afstöðu á alþjóðlegum vettvangi, s.s. í Cochrane gagnagrunninum. Fari fæðingar fram í vatni, þarf að vera annað hvort til staðar virkt gæðaeftirlit (fagrýni, audit) eða að fæðingarnar fari fram í framvirkri og vel skipulagðri hendingarvalsránsókn (sbr. Cochrane gagnagrunninn). Önnur leið til verkjadeyfinga, sem tekin var upp í kjölfar námskeiða á árinu 2002, eru nálarstungur sem allmargar ljósmæður hafa kynnt sér, en ekki er vitað nákvæmlega enn í hversu miklum mæli þær hafa verið notaðar. Nokkuð er til af upplýsingum um gagnsemi þeirrar aðferðar, sem sennilega nýtist sama hópi kvenna og vatnsböðin.

Heimafæðingar (25 = 0,6% fæðinga) voru jafn margar og á árinu áður. Ein ljósmóðir tók á móti nær öllum börnunum í ráðgerðum heimafæðingum á höfuðborgarsvæðinu og næsta nágrenni (17 fæðingar, þar af 7 í vatnsbaði). Önnur ljósmóðir sá um eina heimafæðingu til viðbótar. Faðir barnsins hjálpaði konu sinni í einu tilviki heima þar sem barn fæddist mjög skjótt á Reykjavíkursvæðinu. Sjúkraflutningsmenn aðstoðuðu konur í tveim tilvikum, öðru í Reykjavík og hinu í Fjarðabyggð. Ljósmóðir aðstoðaði við fæðingu í sjúkrabifreið á Snæfellsnesi. Ein fæðing varð óvart heima á Egilsstöðum, þar sem fjölskyldumeðlimir aðstoðuðu konuna, en ljósmóðir kom rétt eftir fæðinguna. Ein fyrirfram ráðgerð heimafæðing varð á hvorum stað, Akureyri og Vestmannaeyjum. Á fyrri staðnum varð að kveðja til vaktlækni í bænum vegna barnsins og spurningar vöknudu um hvort rétt hefði verið staðið að forvali og viðbúnaði fyrir fæðinguna. Í fæðingum, sem áformaðar eru heima, er nauðsynlegt að forval, undirbúningur, starfsþjálfun, útbúnaður og tilvísunarleiðir séu í góðum farvegi og fylgi þeim stöðlum, sem mælt er með í nágrannalöndum okkar. Verið er að vinna að gerð leiðbeininga um þetta á vegum Landlæknisembættisins.

Sem fyrr verður að túlka með varúð breytingar á fæðingatölum frá stöðum með innan við 100 fæðingar á ári. Annars staðar höfðu sumarlokanir og flutningur fæðandi kvenna á stærstu fæðingadeildirnar áhrif á heildartöluna. Frá Keflavík komu þannig 50

konur (22% þungaðra kvenna á svæðinu) til að fæða í Reykjavík, þar af 16 vegna sumarlokana á deildinni í Keflavík. Þetta á við um fleiri staði, samanber umfjöllun um þá.

II. FLEIRBURAR

Fleirburafæðingum fækkaði frá fyrra ári, úr 89 árið 2002, í 78 (12% fækkun). Börnin voru 158. Hlutfall fleirburafæðinga af öllum fæðingum hefur verið um 2% síðastliðin 5 ár (1.7-2.2%) og var nú aðeins lægra en árin þar á undan, eða 1.9%¹. Tvennir þríburar fæddust í Reykjavík. Tvíburapör voru 65 í Reykjavík, fimm á Akureyri, tvö í Keflavík og fjögur á Akranesi.

Hlutfallið milli fleirbura- og einburafæðinga var í heildina 1:51 á árinu. Þetta hlutfall fjölburafæðinga er nokkru minna en á síðasta ári, þegar hlutfallið var það mesta eftir að tæknifrjógungun kom til. Ef tæknifrjógungun og notkun frjósemilyfja er ekki talin með, er talan sem að jafnaði er gefin upp fyrir náttúrulegar tvíburafæðingar talin vera um 1:88¹. Fjöldi fleirburafæðinga eftir náttúrulegan getnað var 49 tvíburapör (1:82) á árinu 2003, en inni í þeirri tölu eru tvíburar sem urða til eftir gjöf frjósemislyfja og tæknisæðingu. Nokkrar aukafleirburafæðingar geta breytt hlutfallinu verulega í litlu þjóðfélagi eins og hér. Frjósemislyf, eins og klómífen, eru gefin um 20 konum í hverjum mánuði samkvæmt sölutölum. Þessi meðferð er oft ekki skráð í mæðraskrár og ekki í fæðingaskráninguna, en hefur áhrif til aukningar fleirbura.

Fleirburameðgöngur og -fæðingar eru margfalt áhættumeiri en hjá einburum, einkum vegna mun hærri tíðni fyrirburafæðinga. Kostnaður samfélagsins vegna þeirra er einnig margfalt meiri í heildina. Aukinn fjöldi fleirbura eftir tæknifrjógungun er því áhyggjuefni alls staðar í heiminum. Víða er tíðni fjölburafæðinga enn hærri en hér, en á Norðurlöndum hefur einna best tekist til við að fækka fleirburapungunum eftir tæknifrjógungun hin síðari ár. Með frystingu fósturvísa hafa forsendur tæknifrjógungunar batnað og ætti að vera unnt að fækka uppsettum fósturvísunum hér, eins og annars staðar.

Af tvíburafæðingunum urðu alls 53,8% (alls 42 af 78) með keisaraskurði, 18 með val- og 24 með bráðakeisaraskurði, þar af fjórum sinnum til að ná seinni tvíbura eftir eðlilega fæðingu þess fyrri. Þetta er sama hlutfall og á fyrra ári. Framdráttur á sitjanda hjá seinni tvíbura var í 6 tilvikum, í þrem var fyrri tvíburi tekinn með sogklukku og sá seinni fæddist í eðlilegri höfuðstöðu og í 5 tilvikum fæddist fyrri tvíburinn eðlilega og sá seinni með sogklukku. Framköllun fæðinga var í 28,3% tvíburafæðinga (17 af 60, þar af 10 með prostaglandínum og 7 með belgjarofi), sem var talsvert minna en á fyrra ári. Báðar þríburafæðingarnar voru með valkeisaraskurði.

Á Kvennadeild LSH fæddust 12 tvíburar í valkeisarafæðingu (18,4%) og 17 í bráðakeisarafæðingu (26,1%), en 55,5% um leggöng. Á Akureyri fæddust 2 tvíburapör í valkeisarafæðingu, eitt með bráðakeisarafæðingu og tvö í eðlilegri fæðingu. Í Keflavík fæddist annað parið með valkeisaraskurði og hitt með bráðakeisaraskurði og á Akranesi fæddust sömuleiðis allir tvíburarnir með keisaraskurði (1 bráðakeisarafæðing, 3 valkeisarafæðingar).

Þríburafæðingarnar voru til komnar eftir hormónagjöf og tæknisæðingu í einu tilviki (sennilega tvö egglos), en eftir glasafrjógungun erlendis í öðru (3 egg sett upp, sennilega eitt barn úr hverju). Alls voru 30 fleirburafæðingar (37,5% fleirburafæðinga) til komnar eftir

tæknifrjóvgun, sem er sama hlutfall og á síðasta ári. Af fleirburabörnunum urðu 38,6% (61 börn) til eftir tæknifrjóvgun sem er sama hlutfall og árið 2002. Tíðni fjölburafæðinga eftir tæknifrjóvganir (glasafrrjóvganir og skyldar aðgerðir) hefur á Íslandi verið um 1:5 og allt niður í 1:2,4 á undanförunum árum. Nú var hlutfallið 1:3 eftir tæknifrjóvgun (Tafla 2). Í þessum tölum eru þrjú tvíburapör, sem urðu til eftir gjöf sæðis frá eiginmanni eða sæðisgjafa, talin með náttúrulega getnum tvíburum (sjá kafla III og Töflu 3).

III. TÆKNIFRJÓVGUN

Tæknifrjóvgun er samheiti yfir glasafrrjóvgun (in-vitro fertilisation, IVF), smásjárfrjóvgun (intracytoplasmic sperm injection, ICSI), uppsetningu frystra fósturvísa (frozen embryo transfer, FET, fósturfærslu) og tæknisæðingu (intrauterine insemination, IUI). IUI getur orðið með sæði eiginmanns eða gjafasæði. Eggjagjöf (ovum donation) er einnig gerð og má þá nota sæði eiginmanns eða gjafasæði. „Glasafrrjóvgun“ er samheiti yfir allt ofantalið nema tæknisæðingu (IUI). Tæknisæðingar eru hjá Evrópusamtökum um tæknifrjóvgun (ESHRE) ekki taldar með tæknifrjóvgunaraðgerðum. Tæknifrjóvgun er ekki tilkynningaskyld til mæðraverndar eða fæðingaskráningar hér á landi, en svo er víða í nágrannalöndunum og þá einnig tæknisæðingar. Svo þyrfti einnig að vera á Íslandi.

Hlutfall barna, sem urðu til við tæknifrjóvgun, hefur vaxið úr um 2% fæddra barna í landinu á fyrstu árum eftir að slíkar aðgerðir hófust hér á landi í 3-4% og var á árinu 2003 samtals 3.2%. Ef börn eftir tæknisæðingu væru talin með yrði hlutfallið 4,2%. Hlutfall fæðinga eftir glasafrrjóvgun var 2,6% (108 af 4079) (3,5% ef fæðingar eftir tæknisæðingu eru taldar með). Þetta eru svo til sömu tölur og á fyrra ári. Hlutfallið er eins og fyrr hærra en í nágrannalöndunum í norðvestur Evrópu og meira en helmingi hærra en í Bandaríkjum Norður-Ameríku. Hlutfall fjölbura eftir tækni-/glasafrrjóvgun (40.5%) hefur einnig verið hátt hér og talsvert hærra en á sumum Norðurlandanna, þó það sé lægra en víða erlendis.

Tafla 2. Fjöldi fæðinga og barna sem fædd eru eftir glasafrrjóvganir (IVF, ICSI, FET) á Kvennadeild Landspítalans (Table 2. Number of deliveries and newborns after IVF, ICSI and FET treatment in the Assisted Reproduction Unit, Womens' Clinic at Landspítali University Hospital (LUH)).

	1999	2000	2001	2002	2003
Einburafæðingar (singleton births)	100	95	69	76	82
Tvíburafæðingar (twin births)	27	23	28	30	25
Þríburafæðingar (triplet births)	3	1	0	1	1
Fædd börn alls (total delivered babies)	163	144	126	139	135
Hlutfall% af öllum fæddum börnum (% of all babies)	3,9	3,3	3,0	3,4	3,2

Fjöldi barna sem fædd eru eftir tæknifrjövgun á tæknifrjövgunardeild Kvennasviðs LSH, á síðustu árum er sýndur í Töflu 2 (fæðingar eftir tæknisæðingar undanskildar, ein þekkt tæknifrjövgun gerð erlendis meðtalin). Af börnunum sem fæddust 2003 var eitt andvana (tvíburi eftir IVF) en ekkert vóg minna en 1000 g við fæðingu. Drengir voru 71 og stúlkur 64 (male/female ratio 1,10). Af mæðrunum voru tvær innan við 25 ára aldur, 67 (63%) voru á aldursbilinu 26-35 ára og 38 (35%) voru yfir 35 ára aldri.

Í Töflu 3 eru upplýsingar um tegundir og fjölda meðferðarforma á tæknifrjövgunardeildinni á LSH. Eftir glasafrjövgun (IVF) fæddust 62 börn, eftir smásjárfrjövgun (ICSI) 48 börn, eftir fósturfærslu frystra fósturvísa 22 börn og eftir tæknisæðingu 38 börn. Gefnar eru upplýsingar um frysta/þídda fósturvísa, svo og meðferð með gjafaeggjum og gjafasæði.

Af konum sem hófu meðferð á tæknifrjövgunardeildinni tókust eggheimtur í 96,2% tilfella og fósturfærslur voru gerðar hjá 92,1% kvenna sem fóru í eggheimtu. Greind (klínísk) þungun (= sást við ómskoðun) varð eftir 41% af fósturfærslum, sem er mjög góður árangur. Hjá 34% kvenna var gerð fósturvísafrysting og hjá 86 af þeim þörum voru einn eða tveir frystir og þíddir fósturvísar settir upp á árinu (sum þörin eiga frysta fósturvísa í geymslu). Þungun tókst í 28 tilvikum eða 32,6% af færslu frystra fósturvísa. Þetta er einnig góður árangur. Um 38% af þörum sem fóru í eggheimtumeðferð á deildinni þurftu smásjárfrjövgun. Gjafaegg voru heimt í 5,6% af eggheimtunum og gjafasæði notað í tæplega 2% tilvika (aðeins með eggjum konunnar sjálfar). Í um 6% tilvika voru sæðisfrumur sóttar úr eistum, annaðhvort með lítilli opinni sýnitöku úr eistavefnum eða með sýnitökunál sem stungið er í eistalyppuna. Séraðgerðir svo sem ZIFT (zygote intrafallopian transfer) og “assisted hatching”, þar sem fósturvísi er auðvelduð bólfesta í legholi (gert hjá 40 þörum), tókust vel.

Tafla 3. Yfirlit um meðferðarform tæknifrjövguna á Kvennadeild LSH 2002 (Table 3. Assisted reproduction by different treatment forms).

Meðferð <i>Treatment</i>	Fjöldi n	IVF*	ICSI** n	FET*** n	IUI# n
Byrjuð meðferð (þör) (initiated cycles)	314			94	309
Eggheimtur (ovum retrieval)	302	150	143		
Fósturfærslur (embryo transfer)	278			86	
Klínísk þungun eftir fósturfærslu	114				
Þungun m. frystum/þíddum fósturvísimum				28	
Gjafaeggja-meðferð (ovum donation)	17				
Gjafasæðis-meðferð (sperm donation)	6				
Vefjasýni/ástunga á eista (þör)			18		
Assisted hatching (þör)	40				
Tæknisæðingar	317				
Einburafæðingar (singleton deliveries)		26	32	18	28
Tvíburafæðingar (twin deliveries)		10	15	5	4
Þríburafæðingar (triplet deliveries)		1			1

IVF* = glasafrjövgun (in vitro fertilization).

ICSI** = intracytoplasmic sperm injection, smásjárfrjövgun.

FET*** = frozen embryo transfer, fósturfærsla frystra fósturvísa.

IUI# = intrauterine insemination (sæði frá eiginmanni eða gjafa (husband or donor)).

Eftir glasafriðgun, smásjárfríðgun eða flutning frystra fósturvísa urðu þrjú fósturlát, níu sinnum var þungunarpróf jákvætt en fóstursekkur sást ekki við ómun (biochemical pregnancy) og 17 sinnum varð fósturvísun (fósturlát þar sem fósturvísir myndaðist ekki eða vöxtur hans stöðvaðist fljótt). Í fjórum tilvikum varð utanlegspungun.

Tæknisæðing, þar sem sæði frá eiginmanni (eða gjafasæði) er meðhöndlað sérstaklega og sett upp í leghol á egglostíma, leiddi til 33 fæðinga og 38 barna, næstum eins og var á fyrra ári, en einnig urðu sjö fósturlát og ein utanlegsþykkt vegna þannig meðferða. Þrennir tvíburar og einir þríburar fæddust. Í umfjöllun um fleirburafæðingar (kafli II) voru þessar fæðingar/börn taldar með þeim náttúrulega getnu.

Aðgerðir og þar með fæðingar barna, voru í heild álíka margar og árið áður, og árangur sem fyrr með því sem best gerist. Fleirburafæðingar þó enn of margar og þeim þarf að fækka verulega með því að setja ekki fleiri en einn fósturvísi upp þar sem því verður við komið. Fremur ætti að fjölga heimiluðum fósturfærslum frystra fósturvísa, enda virðist árangur slíkra breytinga skila sér annars staðar og ekki vera marktækt verri.

IV. HEIMAPJÓNUSTA OG MFS-HEIMAEFTIRLIT.

Heimajónusta ljósmæðra samkvæmt samningi ljósmæðra við Tryggingastofnun, jókst enn (um 7 %) á höfuðborgarsvæðinu, úr 44,8% fæðandi kvenna árið 2002 í 46,8% árið 2003 (Tafla 4). MFS-kerfið var nú sameinað í eina einingu og þar voru álíka margar konur og árið áður eða alls 369. Ef MFS-einingin er talin með, þá valdi rúmlega helmingur kvenna á höfuðborgarsvæðinu (58.7%) heimferð á fyrstu 2 sólarhringum eftir fæðingu. Vitjanir ljósmæðra til sængurkvenna heima eftir MFS-fæðingu eru hluti af þjónustu Kvennadeildar LSH og eru ekki greiddar sérstaklega af Tryggingastofnun.

Tafla 4. Breytingar á notkun heimajónustu og hlutfalli MFS-fæðinga á Kvennadeild LSH (Table 4. Changes in the use of early discharge including the Birthing Unit (MFS) at LUH).

	Fæðingar	Heimaj.		MFS		Samtals total %
	n	n	%	n	%	
1999	2787	473	17,0	255	9,1	26,1
2000	2980	920	30,9	274	9,2	40,1
2001	2819	1187	42,1	377	13,4	55,5
2002	2791	1249	44,8	381	13,7	58,4
2003	2865	1342	46,8	342	11,9	58,7

Heimaþjónusta með snemmútskrift var í boði í Reykjavík (58,7% af heildarfjölda kvenna sem fæddu þar), Akureyri og nærsveitum (20,9%=svipað og áður), Selfossi (9,4%=svipað og áður), Keflavík (3%=fækkun), Vestmannaeyjum (21%=svipað og árið áður), Húsavík, Sauðárkróki, Blönduósi. Yfirlit um heimaþjónustu og MFS-fæðingar á Kvennadeild LSH er sýnt í Töflu 4. Áformuðum heimaþjónungum fylgir að sjálfsögðu sængurlega heima.

UMRÆÐA:

Á síðustu 10 árum hefur heimaþjónusta ljósmæðra unnið sér sess í heilbrigðisþjónustunni, einkum út frá Kvennadeild Landspítalans, en í misjöfnum mæli utan höfuðborgarsvæðisins. Þar er enn oft kosið að nota frekar aðstöðuna á viðkomandi heilbrigðisstofnun, en heimaþjónusta minna notuð, þó hún geti verið í boði. Að hluta til geta aðstæður í dreifðari byggðum ráðið þar nokkru. Aukning á snemmheimferð eftir fæðingu hefur minnkað þörf fyrir sængurleguþláss á heilbrigðisstofnunum og hugsanlega dregið úr nýburasýkingum svo sem blöðrusótt í húð af völdum klasakokka (pemphigus neonatorum) eða öndunarvegasýkingum (RS-veirur). Heimaþjónustan stuðlar að aukinni samveru fjölskyldunnar og aukinni þátttöku feðra í umönnun barna sinna fyrstu daga og vikur eftir fæðingu. Kostnaður sjúkráhusanna minnkar og aukið rými skapast á sængurlegudeildum. Á móti kemur, að kostnaður Tryggingastofnunar eykst, en heildarútkoman verður sparnaður fyrir þjóðfélagið (um fjórfalt minni kostnaður miðað við 7 daga sængurlegu á stofnun). Ef til vill er þó komið nálægt hámarki í þessarri jákvæðu þróun.

Algengt er orðið að konur útskrifist heim á 4. - 5. degi og jafnvel þriðja degi eftir keisarafæðingu, ef ferill eftir aðgerð er eðlilegur. Góð tengsl við heilsugæslu og heimilislækna eru nauðsynleg í þessu ferli. Þá þarf einnig að gæta þess að velja ekki konur til snemmútskriftar sem ekki eru heppilegar til slíks, bæði vegna fyrirverandi sjúkdóma eða vandamála sem koma upp við fæðinguna, t.d. eftir bráðkeisaraskurð eða ef talsvert blóðtap hefur orðið við fæðinguna. Hjá þeim þarf að leggja áherslu á góða og persónulega þjónustu inni á fæðingarstofnuninni og nauðsynlegri eftirfylgd þar, þangað til ungbarnavernd og heilsugæsla taka við.

Eitt af því sem gæti örvað snemmheimferð eftir fæðingar er að lágmarka blóðtap í fæðingum. Blóðtap í fæðingum (postpartum hemorrhage) er á heimsvísu ein meginorsök mæðradauða og langvarandi veikinda eftir fæðingu. Margar konur fara tiltölulega blóðlitlar heim eftir fæðingu og eru þreyttari og verr færar um að annast barnið, auk þess sem þeim er hættara við sýkingum. Á árinu var kynnt sameiginlegt átak Alþjóðasamtaka ljósmæðra (ICM) og Alþjóðasambands fæðinga- og kvensjúkdómalækna (FIGO) um aðgerðir til að draga úr þessum vanda. Verið er að þýða þessar klínísku leiðbeiningar og koma þeim á framfæri á Íslandi.

V. FÆÐINGARAÐGERÐIR.

Í Töflu 5 er yfirlit yfir fjölda og hlutfall fæðingaraðgerða á landinu öllu. Valkeisaraskurður er aðgerð sem er fyrirfram ákveðin og gerð án þess að konan sé komin í fæðingu. Sé konan í fæðingu og gera þarf keisaraskurð, t.d. vegna yfirvofandi fósturköfnunar eða misræmis milli fósturs og grindar, þá er um bráðakeisaraskurð að ræða. Ef kona, sem ætlunin var að fari í valkeisaraskurð, kemur inn í sótt og flýta verður keisaraskurðinum, telst það bráðakeisaraskurður. Sé kona ekki í sótt og valkeisaraskurði

flýtt, skal miða við að meira en 8 klukkustundir séu liðnar frá upphaflegri ákvörðun um keisaraskurð og þar til hann er gerður, til að flokka megi aðgerðina sem valkeisaraskurð. Annars er aðgerðin skráð sem bráðakeisaraskurður. Þetta eru sömu skilgreiningar og á hinum Norðurlöndunum.

Tafla 5. Yfirlit yfir fæðingaraðgerðir fyrir allt landið og helstu fæðingastaði árið 2003. Hlutfallstölur miðaðar við heildarfjölda fæðinga á hverjum stað (Table 5. Operative deliveries, emergency and elective cesarean section, vacuum extraction and forceps deliveries by place of delivery).

	Valkeisarafæð.		Bráðakeisarafæð.		Sogklukkufæð.		Tangarfæð.	
	Elective CS		Emergency CS		Vac. extractions		Forceps	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Allt landið	309	7,6	433	10,6	257	6,3	31	0,8
Reykjavík	213	7,4	340	11,9	204	7,1	31	1,0
Akureyri	42	9,8	39	9,1	33	7,7	0	-
Keflavík	20	9,0	12	5,4	6	2,7	0	-
Akranes	19	9,3	29	14,2	10	5,0	0	-
Selfoss	4	2,7	4	2,7	1	0,7	0	-
Ísafjörður	1	2,0	3	6,1	1	2,0	0	-
Neskaupstaður	6	12,0	2	4,0	1	2,0	0	-
Vestmannaeyjar	4	12,1	4	12,1	1	3,0	0	-
Húsavík	0	-	0	-	0	-	0	-
Sauðárkrúkur	0	-	0	-	0	-	0	-

UMRÆÐA:

Tíðni keisaraskurða hefur víðast hvar á Vesturlöndum og í mörgum ríkjum öðrum en þeim vanþróuðustu haldið áfram að aukast í um 20-25% fæðinga á undanförunum árum. Hér hefur orðið hæg aukning á heildartíðninni frá fyrri árum. Tölurnar voru 16,3% 1998, 17,6% 1999, 17,9% 2000, 16,9% 2001, 17,7% 2002. Nú hækkaði heildartalan enn eða í 18,2% árið 2003. Nýleg athugun sem enn er óbirt bendir til þess að fjölgunin sé einkum vegna þess að fleiri fæðingum frumbyrja líkur nú með keisaraskurði. Eftir einn keisaraskurð er líklegra en ella að næsta fæðing endi með sama hætti, annaðhvort í val- eða bráðaaðstæðum. Fæðingalæknar og ljósmæður verða að bregðast við þessari óheppilegu og kostnaðarsömu þróun, m.a. með bættum leiðbeiningum um örvun sóttar til að forðast langdregnar fæðingar, aðhaldi í framköllun fæðinga og leiðbeiningum um málsmeðferð þegar kona óskar eftir keisarafæðingu án þessa að læknisfræðilegar ábendingar séu fyrir hendi.

Sem fyrr mátti búast við hærri tíðni keisaraskurða á Kvennadeild LSH en annars staðar vegna fleiri afbrigðilegri fæðinga og fyrirburafæðinga, sem þar fara fram, svo og vegna sumarlokana skurðstofustarfsemi á öðrum sjúkrahúsum. Á Kvennadeild LSH var fjöldi keisaraskurða 491 árið 1999, 553 árið 2000, 510 (18,1% fæðinga) árið 2001 og 516 (18,5%) árið 2002. Nú fór talan alls upp í 553 aðgerðir (19,3%). Aukningin varð fyrst og fremst vegna fleiri valkeisarafæðinga (úr 6,4% í 7,4%), en hlutfall bráðakeisarafæðinga hefur verið svipað síðustu árin. Verið er að skoða nánar í hverju aukningin hefur falist síðastliðinn áratug. Framkallanir fæðinga voru á ný aðeins fleiri á þessu ári en árin áður. Vanda þarf til

læknisfræðilegra ábendinga fyrir framköllun á fæðingum og einnig þarf að beita markvisst ytri vendingu á sitjandistöðu, þar sem nær öll börn sem þannig ber að fæðast nú með keisaraskurði. Sitjandifæðing getur engu að síður komið til greina, ef allar aðstæður eru réttar samkvæmt því forvali sem notað var áður á Íslandi með góðum árangri (sbr. nýlega rannsókn Þóru Steingrímsdóttur, læknis og Margrétar Guðjónsdóttur læknanema) og eftir góða umræðu við foreldrana. Augljóst er af umræðu á Norðurlöndum, að læknar og ljósmæður eru í miklum mæli ekki sátt við það að sitjandifæðingar leggist af, enda fyrst og fremst byggt á einni hendingarvalsathugun, sem hefur verið gagnrýnd. Þá þarf að forðast keisaraskurði vegna sitjandiaðkomu í fleirburafæðingunum. Fæðingalæknir á að hafa full tök á að ná seinna barninu niður með viðeigandi fæðingaraðgerðum, ef það ber að með fyrirsætan sitjanda. Rætt hefur verið um að gera átak til að sérþjálfa lækna og ljósmæður, sem taka að sér umsjón með sitjandi- og fleirburafæðingum.

Á Akureyri var tíðni keisaraskurða um alllangt skeið mjög há og var t.d. 23,9% árið 1997, sem var með því hæsta sem hafði sést á landinu. Árið 1998 var tíðnin lægri eða 18,1%, en var aftur mjög há 1999, eða 24,9%, 22,4% árið 2000, lækkaði í 18,6% 2001, einkum vegna færri valkeisaraskurða, en fór í 20,8% árið 2002. Nú lækkaði tíðnin aftur í 18,9% og átti það við um bæði val- og bráðaskurði. Valkeisarafæðingar voru þó enn algengari en í Reykjavík. Bráðakeisarafæðingar voru færri en árið áður og færri en í Reykjavík, eins og vænta mátti. Alls voru 88 keisaraskurðir á Norðurlandi af 470 fæðingum, eða 17,2%, sem er fækkun frá því sem var. Norðurland er þar með komið niður fyrir Vesturland, Suðurland og Suðvesturhornið, þar sem keisaraskurðahlutfallið var samtals 641/3460 eða 18,4%.

Keisaratíðnin í Keflavík var 14,4%, svipuð og oft fyrr. Um fjórðungur kvenna af Suðurnesjum fæðir í Reykjavík, sem hefur áhrif á fjölda keisaraskurða á báðum stöðum. Á Akranesi hækkaði keisaratíðnin hinsvegar verulega, úr 16,4% í 23,5% sem er nærfellt helmings hækkun (43%) á hlutfallinu sem þar hefur verið undanfarin ár. Um það bil fjórar val- og bráðakeisarafæðingar og ein sogklukkufæðing eru á Akranesi í mánuði, en í Keflavík er hlutfallið tæplega tvær keisarafæðingar og ein sogklukkufæðing annan hvern mánuð. Þessar tölur sýna að á minni stöðum þar sem flestar fæðingar ættu að vera eðlilegar, er alls ekki tryggt að inngripatíðni sé lág, jafnvel þó fyrirburafæðingar frá þessum stöðum fari yfirleitt fram í Reykjavík, a.m.k. fyrir 35 vikna meðgöngu. Skoða þarf nánar í hverju þessi munur felst.

Á Selfossi lækkaði keisaratíðnin verulega, en þaðan er algengt að senda konur vegna vandamála í fæðingu til Reykjavíkur. Á Ísafirði voru nú aðeins gerðir þrjú bráðakeisaraskurðir og einn valkeisaraskurður og tíðnin tiltölulega lág (8,1%). Á Neskaupstað voru átta keisaraskurðir, flestir valkeisaraskurðir og tíðnin í hærra lagi (16,0%), en hafði þó lækkað verulega frá fyrra ári. Í Vestmannaeyjum var tíðnin 22,2% og augljóslega of há.

Fjöldi inngripa með töng eða sogklukku var svipaður og árið áður. Hlutfallið lækkaði í 7,1% í Reykjavík en hækkaði í 7,7% á Akureyri. Þetta eru þó hóflegar tölur. Í Töflu 5 kemur fram hvar annarsstaðar var á stundum gerð framhjálp með sogklukku. Ný einnota gerð sogklukkna ("Kiwi"-klukkan) gaf áfram allgóða raun á Kvennadeild LSH. Sérstök gerð hennar fyrir afturhnakkastöðu er til og þurfa fæðingalæknar að notfæra sér það. Þar sem líkur eru á að nokkuð átak þurfi, t.d. við fæðingu þar sem höfuð er í miðgrind, þarf samt sem áður hefðbundna sogklukku með nægilega stórri Malmström eða Byrd sogskál. Mæling á sýrustigi fósturbloðs (pH) í fæðingu (úr höfuðleðri fósturs) og strax eftir fæðingu barns (úr naflastreng) jókst enn.

Fæðingartöng hefur á síðustu árum einungis verið beitt á Kvennadeild LSH. Ekki getur talist jákvætt ef þekking á notkun fæðingartangar minnkar. Af og til eiga sér stað fæðingar þar sem tangarnotkun við réttar aðstæður er árangursrík en sogklukka er verri kostur og keisaraskurður við fulla útvíkkun gæti reynst konu og jafnvel barni hættulegur.

Heildartala inngripa á þeim fæðingarstöðum þar sem fæðinga- og kvensjúkdómalæknar starfa var 27,4% í Reykjavík (hækkaði úr 25,3%), 26,6% á Akureyri, 28,5% á Akranesi, 17,1% í Keflavík og aðeins 6,1% á Selfossi (allir staðirnir eins og á fyrra ári). Á Neskaupstað var talan 18,0 % og 25,2% í Vestmannaeyjum, en aðeins 10,1% á Ísafirði, en á þessum stöðum starfa skurðlæknar.

Ekki er enn byrjað að skrá skipulega tilvísanir frá minni sjúkrahúsunum á aðal tilvísunarstaðina tvo, Reykjavík og Akureyri, en slíkt er nauðsynlegt til að fá betri heildarmynd af því hvernig konur flytjast milli fæðingastaða. Meirihluti kvenna fæðir í eða nálægt sinni heimabyggð, sem er æskilegt. Þó er takmörkunum háð, hversu víða er unnt að hafa til staðar allan nauðsynlegan viðbúnað til viðameiri fæðingaaðgerða, s.s. keisaraskurða. Þegar komið er niður í tiltölulega fáar aðgerðir á ári eins og nú er víða utan Reykjavíkur og Akureyrar, er hætt við að þjálfun starfsfólks og aðstæður við aðgerðirnar verði ekki eins og best verður á kosið, einkum þegar þörf verður á bráðaaðgerð.

VI. FÆÐINGAR Á KVENNADEILD LANDSPÍTALA - HÁSKÓLASJÚKRAHÚSS

Í Töflu 6 er sýnt yfirlit um fæðingar í á Kvennadeildinni í Reykjavík 1972-2003 og fyrir árið 2003 í Töflu 7. Meðalfjöldi fæðinga var um 240 ± 30 á mánuði. Fæðingatalan hafði sem fyrr tilhneigingu til að vera ívið hærri yfir sumarmánuðina og fram eftir hausti. Flestar urðu fæðingar í ágúst, 280, en færstar í janúar, 212. Skýringuna á auknum fjölda yfir sumarið er að hluta til að finna í sumarlokunum nágrannasjúkrahúsa, sem leiða til aukningar á starfsemi. Fæðingar í Hreiðrinu voru tæp 11% fæðinga á deildinni yfir allt árið, - aðeins lægra hlutfall en árið áður. Hlutfallið sveiflaðist frá 7,7% í 16,5%. Fæðingar kvenna sem byrjuðu í fæðingu í MFS kerfinu er sýndur, en 55 af 364 (15%) þeirra fluttust yfir á Fæðingagang og fæddu ekki í Hreiðrinu. Tvær af hverjum þrem fæðingum voru eðlilegar og hlutfallið aðeins hærra en á árinu áður. Fyrirburafæðingatíðnin (< 37 vikur) var lægri en árið áður, eða 5,5%, - svipuð og á sambærilegum stofnunum á Norðurlöndum.

Tíðni framköllunar á fæðingum hækkaði lítillega frá fyrra ári, úr 14,2% í 15,1% að meðaltali. Hlutfallið var frá 10,8% - 19,9% eftir mánuðum, næstum eins og á tveim fyrri árum. Hæstu tíðnitölur voru í apríl, september, október og nóvember, sem er frábrugðið því sem var á fyrra ári. Ekki virðist því vera nein árstíðabundin tilhneiging til hærri framköllunar. Hluti framkallana er afleiðing vaxandi greiningar á meðgöngusykursýki og í þeim tilvikum ætti að vera hægt með nýjum vinnureglum að draga úr framköllun fæðinga. Markmiðið er að hafa framkallanir fæðinga samtals á bilinu 10-12% og tölurnar suma mánuði ársins sýna að það ætti að vera hægt.

Börn sem fæddust með sitjandi aðkomu voru 116 (4,0%), en hlutfall þeirra sem fæddust í vaginal sitjandifæðingu svipað og á fyrra ári, 0,5%, þ.e.a.s. 13 börn. Langflest börn í sitjandi aðkomu voru tekin með keisaraskurði. Af 13 sitjandifæðingum sem skráðar eru í töflunni voru sex börn fædd við < 37 vikna meðgöngulengd, en sjö fæddust eftir 37 vikur. Af þessum börnum voru átta seinni tvíburar. Fimm einburar fæddust í sitjandi fæðingu, þar af tvö börn með framdrætti og tangarfæðingu við 40.5 og 42 vikur, 3920 og

3594 g að þyngd. Hin þrjú börnin voru fyrirburar sem fæddust í sjálfkrafa sitjandifæðingum, þar af tvö andvana við 22,5 og við 28,5 vikur, en eitt var lifandi fætt við 36 vikur og var 2580 g að þyngd. Þannig fæddust nú þrjú lifandi einburar nálægt eða við fulla meðgöngulengd í vaginal sitjandifæðingu. Tvö börn af seinni tvíburunum fæddust sjálfkrafa (annað var fyrirburi), en hin sex með framdrætti á sitjanda (einn í fótstöðu við 31 viku), allt lifandi börn og flest yfir 2500 g þyngdarmarkinu (minnst tæp 1600 g).

Tíðni utanbastsdeyfinga (epidural-deyfing) í fæðingu var 25,2%, aðeins lægra en á árinu 2002, en tíðnin hefur verið um 25% s.l. ár. Mænudeyfing (spinal-deyfing) var fyrst og fremst notuð við keisaraskurði og þar með í 11% allra fæðinga. Að meðtöldum þeim tilvikum, þar sem utanbastsdeyfing var notuð við keisaraskurði, voru utanbastsdeyfingar gefnar í 31% fæðinga. Af keisaraskurðum voru 480 af 553 eða 86.8%, gerðir í mænu- eða utanbastsdeyfingu. Hlutfall svæfinga var svipað eða aðeins lægra en næstu þrjú ár á undan, en ætti helst að vera enn lægra. Aðrir þættir töflunnar, s.s. um sogklukku- og tangarfæðingar, þarfnast ekki skýringa.

MFS-einingin á Kvennadeild LSH var staðsett í Hreiðrinu, en mæðraeftirlitið fór fram í Miðstöð Mæðraverndar á Heilsuverndarstöð Reykjavíkur og í mæðraverndinni í Kópavogi. Nær allar fæðingar í Hreiðrinu voru eðlilegar, en fyrir kemur að þar er hjálpað til með útgangstöng eða sogklukku.

Í MFS byrjuðu 418 konur í eftirliti. Frumbyrjur voru 38,5 % kvennanna. Konurnar komu að meðaltali 8 sinnum í mæðraskoðun, sem er minna en á síðasta ári. Alls fæddu 337 (93,6%) með sjálfkrafa hvirfilfæðingu, sem er sama hlutfall og á fyrra ári. Þrettán konur (3,6%) þurftu fæðingaraðstoð með sogklukku eða töng. Keisaraskurðir urðu 19 (5,3%), þar af 10 bráðaaðgerðir (ein vegna fósturstreitu, ein vegna andlitsstöðu sem fannst í fæðingu og átta vegna teppts framgangs). Valaðgerðir voru níu, þar af átta vegna sitjandistöðu og ein vegna sýkingar fósturs. Ástæður flutnings úr MFS kerfinu á meðgöngu (alls 58 eða 14%) voru 19 vegna búferlaflutnings eða heimaþæðingar, 14 vegna meðgönguháþrýstings eða meðgöngueitrunar, fjórar vegna meðgöngusýki, tvær vegna fyrirburafæðingar og tvær vegna tvíburameðgöngu. Í sex tilvikum þurfti örvun sóttar á fæðingagangi eftir að vatn hafði farið og í sjö tilvikum þurfti framköllun fæðingar vegna meðgöngulengdar. Aðrar ástæður voru mismunandi. Í sængurlegu fluttust 16 konur úr MFS kerfinu (4,6%), í níu tilvikum vegna sjúkleika hjá barninu, í þrem vegna fylgikvilla hjá móður og í fjórum að ósk móður. Samtals fluttust því 18,6% kvenna frá MFS. Meðal sængurlegutími í Hreiðrinu var 22 klst..

Engin deyfing var notuð af 11,7% kvenna (mun lægra hlutfall en á fyrra ári), 35,3 % notuðu vatnsbað (aðeins hærra en á fyrra ári), 19,7% fengu nálarstungumeðferð (mun hærra hlutfall en á síðasta ári), 36,9% notuðu glaðloft, 3,3% vatnsbólumeðferð, 11,7% petídín (færri en á síðasta ári) og 12,5% fengu utanbastsdeyfingu (svipað og á síðasta ári). Heil spöng var hjá 113 konum (32,3%), þriðju gráðu spangarrifa hjá 15 (4,3%), en spangarskurður var aðeins gerður hjá 28 konum (8,0%). Aðrar spangarrifur voru minniháttar og tölurnar í heild líktust því sem var á fyrra ári.

Tafla 6. Fæðingar á Kvinnadeild LSH frá 1972-2003 sem hlutfall af öllum fæðingum í landinu (Table 6. Number of deliveries at Landspítalinn University Hospital as a percentage of all deliveries 1972-2003).

Ár	Fæðingar á Íslandi	Fæðingar á Kvinnadeild LSH	Hlutfall %	
1972	4585	1476	32,2	
1973	4503	1615	35,9	
1974	4199	1516	36,1	
1975	4278	1538	36	
1976	4237	1708	40,3	Ný fæðingad. opnuð
1977	3925	1870	47,6	
1978	4085	1909	46,7	
1979	4450	2174	48,9	
1980	4505	2248	49,9	
1981	4329	2274	52,5	
1982	4312	2421	56,1	
1983	4331	2289	52,9	
1984	4066	2209	54,3	
1985	3796	2093	55,1	
1986	3853	2122	55,1	
1987	4150	2362	56,9	
1988	4613	2800	60,7	
1989	4505	2732	60,6	
1990	4752	2784	58,6	
1991	4486	2558	57,0	
1992	4578	2913	63,6	FHR flutt til LSP.
1993	4578	3129	68,3	
1994	4392	2883	65,6	
1995	4227	2847	67,4	
1996	4292	2871	66,9	
1997	4091	2748	67,1	
1998	4143	2822	68,1	
1999	4054	2787	68,7	
2000	4269	2980	69,8	
2001	4043	2819	69,7	
2002	3977	2791	70,2	
2003	4079	2865	70,2	

Tafla 7. Fæðingar á Kvennadeild LSH árið 2003 (Table 7. Deliveries at LSH in 2003).

	Janúar	Febrúar	Mars	Apríl	Maí	Júní	Júlí	Agúst	September	Október	Nóvember	Desember	Samtals	Hlutf. fall
FG.	177	200	226	204	191	221	235	254	213	245	200	190	2556	89,2%
Hreiðrið	35	20	33	22	25	21	18	26	26	26	33	24	309	10,8%
MFS	46	34	40	41	32	21	17	22	26	24	36	25	364	12,7%
Fj. barna	218	223	262	228	222	249	259	284	243	281	247	218	2934	
Tvib.	6	3	3	2	6	7	6	2	4	10	12	4	65	2,3%
Þrib.	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	0,1%
Fyrirb. fæð.	12	12	12	13	12	14	8	23	15	16	15	7	159	5,5%
Fj. fyrirb.	14	13	13	15	15	17	9	27	18	19	25	7	192	6,5%
Andvana fæð.	2	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1	0	6	0,2%
Eðl. fæð. alls	150	136	162	127	136	158	164	201	144	163	172	154	1867	65,2%
Eðl. fæð. á Fg.	115	116	130	105	111	139	147	177	120	138	141	133	1572	61,5%
Frk. fæðing	23	31	34	44	31	34	28	38	40	54	44	32	433	15,1%
Frk. fæðing + p	18	17	23	24	27	24	17	30	31	39	31	23	304	10,6%
Keisarar	33	52	53	57	38	43	51	49	51	56	34	36	553	19,3%
El. keis.	11	16	18	18	17	19	27	14	22	21	13	17	213	7,4%
Sitjandi fæð.	9	7	9	1	9	12	12	9	9	15	12	12	116	4,0%
Vag. sitj. fæð.	2	0	0	0	1	2	2	1	1	0	3	1	13	0,5%
Þverl.	0	3	0	2	0	1	1	0	1	0	0	1	9	0,3%
Sogkl.	12	14	22	19	16	24	18	19	11	14	19	16	204	7,1%
Tangir	1	2	4	2	2	3	3	1	2	6	2	3	31	1,1%
Spinal	18	32	31	37	17	27	32	24	29	32	15	21	315	11,0%
Fæð. epid.	47	55	62	67	67	75	77	65	52	61	46	49	723	25,2%
Keis. epid.	7	16	17	15	12	10	12	21	19	13	12	11	165	5,8%

Heildarfjöldi fæðinga	2865
Flöldi fæðinga 2002	2791
Fjöldi fæðinga 2001	2819
Fjöldi fæðinga 2000	2980
Fjöldi fæðinga 1999	2787
Fjöldi fæðinga 1998	2822
Fjöldi fæðinga 1997	2748
Fjöldi fæðinga 1996	2871

VII. FÆÐINGAR Á KVENNADEILD FSA *Alexander Smáráson, Ingibjörg Jónsdóttir.*

Yfirlit um fæðingar á Kvennadeild FSA eru sýnd í Töflu 8 og 9. Töflurnar eru gerðar með sama hætti og á þrem síðustu árum. Unnið er að því að þær megi nota alls staðar á stærri fæðingastöðum landsins og fyrir landið allt, sem einskonar sameiginlegan gæðastaðal. Frekari greinargerð um 10 hópna kerfið var í ársskýrslu 2001 ásamt leiðbeiningum um flokkunina og fæðingarritið, sem aðlagð hefur verið kerfinu. Tafla 8 er vandamiðuð og er gerð að breskri fyrirmynd til að auka eftirlit (fagrýni, audit) með þeim atriðum sem mestu varða um fjölda eðlilegra fæðinga og notkun fæðingaraðgerða hjá mismunandi hópum kvenna.

Fæðingar á Akureyri (alls 430) voru heldur fleiri (um 2.8%) en á árinu 2002 og svipaðar að fjölda og árin þar næst á undan. Fæðingum hefur ekki fjölgað mikið á FSA, þó færri fæðingar hafi átt sér stað í nágrennabyggðum á Norðurlandi. Hlutfall eðlilegra fæðinga var hátt, 73,5 %, eins og á síðustu fjórum árum þar á undan, en hlutfall keisaraskurða var 18,8%, sem var 2 prósentustigum lægra en árið áður og það er lægsta tala sem hefur sést á FSA síðan 1996. Eðlilegar fæðingar hjá fullgengnum frumbyrjum með einbura, barn í höfuðstöðu og með sjálfkrafa byrjun sóttar voru 75% (Hópur 1) og 97,5% ef um var að ræða fjölbyrju. Hlutfall frumbyrja lækkaði aðeins frá 2002, en í heildina var um að ræða framhald jákvæðrar þróunar á FSA. Ef kona hafði fætt áður með keisaraskurði, en var með einbura í höfuðstöðu og fullgengin (hópur 5), þá fæddu rúm 37% um leggöng, en hinar (62,5%), fóru aftur í keisaraskurð, heldur hagstæðara hlutfall en á fyrra ári, þó lítt munur sé á rauntölum milli ára. Fjöldi framkallaðra fæðinga var svipaður og áður.

Um 32% fullgenginna frumbyrja og 18% fjölbyrja fengu petíðín í fæðingu. Fleiri konur fengu epidural deyfingu í fæðingu en áður og fleiri en í Reykjavík, sérlega af frumbyrjum í eðlilegri fæðingu (hópur 1). Engin sérstök skýring er á þessari fjölgun. Svæfingar við keisaraskurði voru álíka margar og áður og er hlutfallið svipað og á LSH. Vatnsbað til verkjameðferðar notuðu 96 konur (41% í hóp 1 og 21% í hóp 3), en engin fæddi í vatni. Svæfingar við keisaraskurði voru álíka margar og áður. Spangarskurðum fækkaði verulega, en hinsvegar fjölgaði slæmum spangarrifum og þá sérlega í hópi 1. Af 14 þriðju gráðu rifum urðu níu í eðlilegum fæðingum þar sem ekki var gerður spangarskurður.

Á meðgöngu voru gerðar 11 legvatnsástungur og 33 konur fóru í skimpróf með lífefnavísium til að meta líkur á þrístæðu 21. Hjá 15 konum var reynd ytri vending vegna sitjandistöðu og tókst hún í 10 tilvikum. Af þeim konum fæddu níu um leggöng. Heimaþjónustu eftir fæðingu fengu 90 konur (20,9%). Þar af voru níu á Ólafsfirði og Dalvík og fjórar á Sauðárkróki.

Tafla 8. Yfirlit um fæðingar á FSA 2003 (mæður og börn; % innan sviga) (Table 8. Deliveries at Akureyri Regional Hospital (mothers and children) in 2003).

		Framkallaðar fæðingar
Frumbyrjur	162 (37,7)	27 (16,7)
Fjölbyrjur	268 (62,3)	32 (11,9)
Samtals	430	59 (13,7)
Bráða keisaraskurðir	39	
Fyrirhugaðir/valkeisaraskurðir	42	
Meðal aldur móður	29,1 ár (16-43)	
Meðal fæðingarþyngd	3.762g (606-4880)	
Fæddir fyrirb.<34 vikur	2 (0,46)	
Fæddir fyrirb. <37 vikur	13 (4,14)	
Apgar<7 við 5 min (lifandi fædd)	8	

Tafla 9. Yfirlit um fæðingar á Kvennadeild FSA 2003 (Table 9. Deliveries at Akureyri Regional Hospital in 2003).

	Hópur	Allar Mæður í hóp		Eðlilegar fæðingar**		Keisara-skurðir		Sogklukkur		Spangar-skurðir		3 gráðu spangarrifur		Pethidin í fæðingu		Epidural í fæðingu		Svæfingar við keisaraskurði	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	n	%	N	%
1	Frb,einb, hst,>37v, sjs	120	27,9	90	75,0	11	9,2	19	15,8	26	21,7	10	8,3	38	31,7	61	50,8	5	45,5
2	Frb, einb, hst, >37v, frk fæð, ks ekki í fæð	28	6,5	16	57,1	9	32,1	3	10,7	3	10,7	1	3,6	6	21,7	18	64,3	1	11,1
3	Fjb,einb, hst,>37v, sjs	161	37,4	157	97,5	1	0,6	3	1,9	3	1,9	3	1,9	29	18,0	21	13,0	0	0,0
4	Fjb, einb, hst, >37v, frk fæð, ks ekki í fæð	33	7,7	23	69,7	8	24,2	2	6,1	0	0,0	0	0,0	3	9,1	6	18,2	1	12,5
5	Fyrri ks, einb, hst, >37v	56	13,0	17	30,4	35	62,5	4	7,1	4	7,1	0	0,0	9	16,1	13	23,2	3	8,6
6	Frb sitj	6	1,4	1	16,7	5	83,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
7	Fjb sitj	8	1,9	0	0,0	8	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	25,0
8*	Fjölburar*	5 (10)	1,2	2 (4)	40,0	3 (6)	60,0	0 (0)	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
9	Afbrigðil.lega, einb	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10	<37v, einb, hst	13	3,0	10	76,9	1	7,7	2	15,4	2	15,4	0	0,0	0	0,0	3	23,1	0	0,0
	Samtals mæður	430		316	73,5	81	18,8	33	7,7	38	8,8	14	3,3	85	19,8	122	28,4	12	14,3
	Börn	435		318	73,1	84	19,3	33	7,6										

*Hópur 8- mæður með fjölbura: Fjöldi barna er í sviga skammstafanir: frb = frumbyrja, fjb = fjölbyrja, hst,= höfuðstaða, einb = einburi, sjs = sjálfkrafa sótt, framk = framkölluð fæðing, sitj = sitjandistaða, >37 = full meðganga (37 vikur og meira), <37 = fyrirburi.

** hlutfall miðað við fjöldi fæddra barna

VIII. FÆÐINGAR Á FÆÐINGAÐEILD HEILBRIGÐISSTOFNUNAR SUÐURNESJA.

Guðrún Guðbjartsdóttir, Anna Rut Sverrisdóttir, Konráð Lúðvíksson

Yfirlit yfir fæðingar á fæðingadeildinni í Reykjanesbæ er með sama sniði og á fyrra ári (Tafla 10). Fæðingum kvenna af Suðurnesjum fækkaði lítillega milli ára. Alls fæddu 50 konur (22%) frá Suðurnesjum í Reykjavík, sem er svipað og var í fyrra. Þetta var m.a. vegna sumarleyfislokana skurðstofu, en á þeim tíma hefur önnur hver kona fætt í Reykjavík. Umræður hafa orðið um þetta á Suðurnesjum. Sérstaða deildarinnar hefur ekki verið eins skýr og áður varðandi fæðingaraferðir og fæðingarumhverfi. Utansvæðiskonur, sem fæddu í Keflavík, voru 24 eða 11% af heildarfjölda fæðinga þar, sem er aukning frá fyrra ári.

Heildartíðni inngripa í fæðingu (sogklukkur og keisaraskurðir) var 17% og hefur farið lækkandi síðastliðin ár. Keisaraskurðatíðnin (14%) var aðeins lægri en á fyrra ári. Framköllunum fæðinga fjölgaði aðeins, úr 9% í 13%. Þetíðin hefur verið lítið notað til verkjadyfingar um langt árabíl, en paracervical blokkdeyfing í legháls meira. Lítil breyting varð frá fyrra ári í heildina, en dauðsfall barns á árinu sem rekja mátti til notkunar paracervical deyfingar varð til þess að hætt var að gefa deyfingarnar. Nálastungumeðferð hefur hinsvegar verið hafin. Utanbastsdeyfingar voru gefnar í 23 tilvikum (10%), sem er svipað og á fyrra ári.

Notkun vatnsbaðs til verkjameðferðar í fæðingu hefur verið notuð í verulegum mæli á Suðurnesjum. Færri konur (35%) notuðu vatnsbað nú miðað við árið 1998-2002, þegar 44-54% notuðu vatnsbaðið. Af þeim voru 7 frumbyrjur og 16 fjölbyrjur. Fæðingum í vatnsbaðinu fækkaði enn, í 23 (10%), en var mest 27% árið 2000. Útkoma úr vatnsfæðingunum var áfram almennt góð fyrir mæður og börn. Heil spöng eða minniháttar spangaráverki var hjá 13 af konunum, og ekkert 4. gráðu spangarrof í vatnsfæðingu eins og á fyrra ári. Í öðrum fæðingum var tíðni spangarskurða lág (5%) og 3. og 4. gráðu spangarrof varð aðeins hjá 5% fæðandi kvenna. Tvennir tvíburar fæddust. Axlaklemmutilvik voru 11. Tvö börn þurftu að senda á Vökudeild Barnaspítala Hringins. Aðeins 6 konur (3%) nýttu sér heimaþjónustu, enda áhersla lögð á góða sængurleguþjónustu.

IX. FÆÐINGAR Á HEILBRIGÐISSTOFNUN SUÐURLANDS, SELFOSSI

Svanborg Egilsdóttir

Yfirlit um fæðingar á Selfossi er sýnt í Töflu 11. Langflestar fæðingar þar, eða rúm 93%, voru eðlilegar og keisaraskurða- og sogklukkutíðnin hefur verið tiltölulega lág, eins og vænta má. Flestar konur með alvarleg vandamál á meðgöngu og í fæðingu eru sendar tímanlega til Kvennadeildar LSH. Vatnsbað til verkjadyfingar í fæðingu var viðhaft í um þriðjung fæðinga (55 konur) og 11 konur eða 7,4% fæddu í vatnsbaðinu, sem var svipað og árið áður. Tíðni spangarskurða var mjög lág. Tvær af hverjum þrem konum fengu engan eða litla áverka á spöng. Aðeins tvær konur fengu 3. gráðu spangarrof og engin 4. gráðu rof. Hjá einni konu varð axlaklemma. Utansvæðiskonur voru nú 26 (17%), flestar af höfuðborgarsvæðinu, svipað og á síðasta ári, en 21% kvenna af svæðinu fæddu og lágu sængurlegu í Reykjavík, sem er nánast sama hlutfall og á fyrra ári.

Tafla 10. Yfirlit yfir fæðingar á Fæðingardeild Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja (Keflavík) 2003. (Table 10. Deliveries at Keflavik Regional Hospital in 2003.)

	Fyrri hluti	Hundraðs-hluti	Selnni hluti	Hundraðs-hluti	Allt árið	Hundraðs-hluti
Fjöldi fæðinga á HSS	115		108		223	
Fjöldi fæðinga í Rvk frá Suðurnesj. *(1)					50	22%
Utansvæðiskonur	13	11%	11	10%	24	11%
Tvíbruar	2		0		2	
Fjöldi barna	117		108		225	
Fjöldi stúlkna	47		53		100	45%
Fjöldi drengja	70		55		125	56%
Tíðni sogklukku	3	3%	3	3%	6	3%
Tíðni P.C.B.	14	12%	7	6%	21	9%
Tíðni mænurótardeyfinga	16	14%	7	6%	23	10%
Tíðni pedhidin	4	3%	10	9%	14	6%
Nálarstungur	21	18%	24	22%	45	20%
Tíðni keisara	20	17%	12	11%	32	14%
þar af valkeisari	14	12%	8	7%	20	9%
þar af bráðakeisari	6	5%	4	4%	12	5%
Tíðni vatnsfæðinga	11	10%	12	11%	23	10%
Notuðu baðid	40	35%	39	36%	79	35%
Tíðni gangsetninga	18	16%	15	14%	30	13%
Tíðni spangarskurðs	8	7%	4	4%	12	5%
Tíðni 1° Spangarrofs	20	17%	23	21%	43	19%
Tíðni 2° Spangarrofs	30	26%	29	27%	59	26%
Tíðni 3° Spangarrofs	4	3%	4	4%	8	4%
Tíðni 4° Spangarrofs	0	0%	2	2%	2	1%
Tíðni andvana	0	0%	0	0%	0	0%
Dáinn á fyrsta sólarhring	0	0%	2	2%	2	1%
Tíðni axlarklemma	5	4%	6	6%	11	5%
Tíðni tangarfæðinga	0	0%	0	0%	0	0%
Tíðni bráða fylgjulos	0	0%	0	0%	0	0%
Börn á vökudeild	0	0%	2	2%	2	1%
Heimaþjónusta	3	3%	3	3%	6	3%
Göngudeildarþjónusta					537	
Heildarfjöldi innlagna					831	
Frumbyrjur					84	
Fjölbyrjur					139	

* (1) Þar af 16 á sumarlokunartíma skurðstofu

Tafla 11. Yfirlit yfir fæðingar á Fæðingardeild Heilbrigðisstofnunarinnar Selfossi 2003
(Table 11. Deliveries at the Southland Regional Hospital at Selfoss in 2003).

	Allt árið	%
Fjöldi fæðinga	149	
Fjöldi fæðinga í Rvík (sængurlega á HSS)	33	
Utansvæðiskonur	26	17,4%
Fjöldi barna	149	
Fjöldi stúlkna	76	51,0%
Fjöldi drengja	73	49,0%
Pudental block	3	2,0%
Spinaldeyfi	3	2,0%
Tíðni mænurótardeyf.	9	6,0%
Svæfi	1	0,7%
Tíðni Pethidin	13	8,7%
Nudd	8	5,4%
Nálarstungur (frá 1.sept. '03, 49 fæðingar)	34	69,3%
Glaðloft	39	26,2%
Spangardeyfi	52	34,9%
Vatnsbólur	4	2,7%
Tíðni eðlilegra fæðinga	139	93,3%
Tíðni keisara	8	5,4%
þar af valkeisari	4	2,7%
þar af bráðakeisari	4	2,7%
Tíðni vatnsfæðinga	11	7,4%
Notuðu baðið	55	36,9%
Tíðni gangsetninga	8	5,4%
Tíðni sogklukku	1	3,50%
Tíðni spangarskurðs	5	3,4%
Tíðni 1°spangarrofs	43	30,6%
Tíðni 2°spangarrofs	40	26,8%
Tíðni 3°spangarrofs	2	1,3%
Tíðni leghálstætingar (O71.5/O71,7)	4	2,7%
Annar tilgreindur áverki (O71.8)	2	1,3%
Blæðing strax e.fæðingu (O72,0,1,2)	6	4,0%
Tafin og síðkomin blæðing e.fæð.	1	0,7%
Föst fylgja án blæðingar	3	2,0%
Fastur hluta fylgju án blæðingar	0	0,0%
Höfuðverkur v.mænudeyfingar	0	0,0%
Tíðni andvana	0	0,0%
Tíðni axlarklemma	1	0,7%
Tíðni tangarfæðinga	0	0,0%
Tíðni bráðra fylgjulosa	0	0,0%
Heimþjónusta	14	9,4%
Börn á vökudeild	6	4%
Göngudeildarþjónusta (þarf af 136 utansvæðis)	718	
Heildarfjöldi innlagna	407	
Samtals	1125	

X. FÆÐINGAR Á FÆÐINGA- OG KVENSJÚKDÓMADEILD SJÚKRAHÚSS AKRANESS

Fæðingum fjölgaði á ný frá því sem var á fyrra ári og voru nú alls 204. Talsverðar sveiflur hafa verið á fæðingatölunni á Akranesi hin síðari ár. Af fæðingunum nú voru 136 (66,7%) eðlilegar, sem er lægra hlutfall en á síðasta ári. Keisaraskurðatíðnin var há, 23,5%. Tíðnin var lægri á síðasta ári, en var iðulega nokkuð há árin þar á undan. Bráðakeisarafæðingar voru 60%. Í tæplega 5% fæðinga var gripið til sogklukku. Tíðni framköllunar á fæðingu var 10,3% eins og á fyrra ári. Spangarskurðir voru gerðir í 14,7% fæðinga. Nú notuðu aðeins fjórar konur vatnsbað til verkjameðferðar (2% af konum sem reyndu fæðingu) og ekkert barn fæddist í vatnsbaði. Tíðni utanbastsdeyfinga í fæðingu var 24,5%. Fernir fleirburar fæddust. Petíðin notkun var lítil (8,6% fæðandi kvenna).

XI. FÆÐINGAR Á FJÓRÐUNGSSJÚKRAHÚSINU Á NESKAUPSTAÐ

Á Fjórðungssjúkrahúsinu á Neskaupstað voru fæðingar á síðustu tveim áratugum fyrri aldar á bilinu 40-70 á ári, en hefur fækkað hin síðari ári. Fæðingaþjónustu var hins vegar hætt á Egilsstöðum á miðju ári 2002 og fæðingum fjölgaði þess vegna talsvert aftur á Neskaupstað, í 50 alls. Átta keisaraskurðir voru gerðir, sex val- og tveir bráðaskurðir og ein sogklukka lögð. Fjórar fæðingar voru framkallaðar. Verkjameðferð í vatni var veitt 14 konum, en engin kona fæddi í vatni.

XII. FÆÐINGAR Á HEILBRIGÐISSTOFNUN VESTMANNAEYJA *Guðný Bjarnadóttir*

Í Vestmannaeyjum fæddu 33 konur á heilbrigðisstofnuninni, sem er um það bil fjórðungi færra en s.l. þrjú ár. Frumbyrjur voru 5 og fjölbyrjur 28. Eðlilegar fæðingar voru 24 (72,7%), þ.e. lægra hlutfall en á fyrri tveim árum. Framkallaðar fæðingar voru þrjár (9%). Keisaraskurðir voru átta (24,2%): Fjórar bráðaaðgerðir og jafn margar valaðgerðir, þar af þrjár í utanbasts- og fimm í mænudeyfingu. Sogklukkufæðing var reynd í tvígang og tókst í annað skiptið. Án verkjalyfja fæddu 16 konur (55%), 10 fengu nálarstungumeðferð og tvær en fengu utanbastsdeyfingu í fæðingu. Engin kona fékk slæma rifnun í fæðingu og tíðni spangarskurða var 13,8%. Ein axlarklemma varð og eina fasta fylgju varð að sækja. Tólf konur fæddu á LSH (26,7% fæðandi kvenna í Vestmannaeyjum), þar af fimm vegna þess að ekki var unnt að bjóða skurðaðgerð á skurðstofunni þá og sjö voru sendar vegna læknisfræðilegra ástæðna, s.s. meðgöngueitrunar (n=1), sykursýki (n=3), tvíburameðgöngu (n=1), lifrarraskana (n=1) og að eigin ósk (n=1). Þrjár þeirra fóru í valkeisaraskurð og ein í bráðakeisaraskurð á LSH, fjórar framkallanir þurfti og sogklukkuhjálpu hjá tveim. Farin voru tvö önnur sjúkraflug: Annað vegna háþrýstings móður eftir fæðingu og hitt vegna fósturköfnunarástands nýburans. Sjö konur fengu heimaþjónustu.

Læknir var alls kallaður út níu sinnum á árinu vegna fæðinga, að valkeisarafæðingunum fjórum frátöldum.

XIII. FÆÐINGAR Á HEILBRIGÐISSTOFNUNINNI SAUÐÁRKRÓKI *Birgitta Pálsdóttir*

Á Heilbrigðisstofnuninni á Sauðárkróki fæddust 16 börn, aðeins færri en árið áður og hefur fæðingum fækkað um meira en helming frá því sem var fyrir fáum árum. Engin af 10 frumbyrjum fæddi á stofnuninni. Alls voru 46 konur í mæðravernd í héraðinu, sem var fækkun frá síðasta ári. Því fæddu 30 annars staðar, flestar (28) á Akureyri en tvær á LSH, Reykjavík. Engin aðgerðafæðing var á árinu. Einn spangarskurður var gerður og engin kona rifnaði illa. Sumarlokun stóð í þrjá mánuði en tvær konur fæddu samt á stofnuninni á þeim tíma. Þrettán konum var fylgt til Akureyrar. Af þeim voru tvær með bráða blæðingu og tókst naumlega að bjarga barni annarar með bráðakeisaraskurði þar. Hin var innlögð á FSA fram að skurði um þrem vikum síðar. Af frumbyrjum fæddu aðeins sex eðlilega og ellefu af fjölbyrjunum. Af 46 fæðingum kvenna sem búa í héraðinu voru 72% eðlilegar, en meðal kvenna sem fæddu annars staðar var tíðni keisaraskurða 19%. Af konum sem fæddu á FSA fóru 14 í sængurlegu á Heilbrigðisstofnuninni. Heimþjónusta var veitt og sængurlega oftast stutt á stofnuninni.

Heilbrigðisstarfsfólkið hefur haft áhyggjur af erfiðum fæðingaferðum, sem farnar hafa verið úr héraðinu.

XIV. FÆÐINGAR Á FJÓRÐUNGSSJÚKRAHÚSINU Á ÍSAFIRÐI

Á FSÍ fæddu aðeins 49 konur, um fimmtungi færri árið áður. Þar af voru 16 frumbyrjur (32,6%). Framköllun fæðingar var hjá 13 konum. Eðlilegar fæðingar voru 51 (82,3%). Ein kona fékk 3. gráðu rifnun í fæðingu og tveir spangarskurðir voru gerðir (4%). Keisaraskurðir voru fjórir (8,2%), þar af þrjár bráðaaðgerðir (eitt fylgjulos) og ein valaðgerð. Ein sogklukkuframhjálpi var gerð. Tvö axlarklemmutilvik urðu. Í tveim tilvikum fæddu konurnar barnið fyrir komu á FSÍ, en fylgjan fæddist þar. Eitt barn var flutt á Vökudeild Barnaspítala Hringins.

Alls fæddu níu erlendar konur á FSÍ, allar ættaðar frá Austur-Evrópu.

XV. FÆÐINGAR Á HEILBRIGISSTOFNUNINNI BLÖNDUÓSI

Á Blönduósi er ágæt fæðingaaðstaða og þar fæddu nú sjö konur og 12 lágu sængurleguna þar, af alls 20 konum sem voru í mæðraeftirlitinu. Fimm konur þáðu heimþjónustu ljósmóðurinnar, sem fylgdi fimmm konum á FSA og tók á móti börnunum þar. Vatnsbað til verkjameðferðar notuðu þrjár konur.

XVI. FJÖLDI FÆÐINGA EFTIR ALDRI MÓÐUR OG FJÖLDI FORSKOÐANA Reynir Tómas Geirsson

Á síðustu árum hefur fæðingum á hverja konu fækkað hægt í rétt tæplega tvær fæðingar á hverja konu. Fæðingatalan á Íslandi er engu að síður með því hæsta sem þekktist í Evrópu. Fram undir allra síðustu ár var áhyggjuefni hversu unglingsþunganir (oft miðað við <18 ára eða < 20 ára) voru hlutfallslega margar á Íslandi miðað við Norðurlöndin⁶, eða nálægt helmingi fleiri. Þetta átti bæði við um ungar konur sem fóru í fóstureyðingu og þær sem fæddu börn. Á síðustu 4-5 árum hefur hins vegar orðið umtalsverð fækkun í tölu sem líkist því sem er á hinum Norðurlöndunum. Tvennt hefur að líkindum haft áhrif í þessa átt: Aðgengi að neyðargetnaðarvarna-pillum í apótekum og skólum og öflugt fræðslustarf læknanema við Háskóla Íslands til unglinga í landinu á grunni jafningjafræðslu að erlendri fyrirmynd (www.forvarnir.com). Fjöldi fæðinga á árunum 1999 og 2003 er borinn saman í Töflu 11, en þau árin voru fæðingar álíka margar og neyðargetnaðarvörn enn ekki vel kynnt né hafði fræðslustarf læknanema hafist. Augljós fækkun er í aldurshópnum undir 25 ára aldri, en fæðingarnar hafa færst upp í aldurshópnum 25-35 ára og svo í aldurshópinum yfir fertugu, væntanlega að talsverðu leyti vegna tæknifrjóvgunar. Meðalaldur mæðra hefur því hækkað og barneignir færst meira yfir á aldursbil þar sem konur hafa lokið menntun og er í fastari foreldrasamböndum og iðulega þroskaðri einstaklingar. Í elsta hópnum eru tölur hér hærri en á Norðurlöndum og hafa verið svo í á annan áratug. Það er ekki endilega æskileg þróun, því barneignir á þeim árum eru líklegri til að hafa áhrif á og verða fyrir áhrifum af heilsufari móðurinnar.

Tafla 12. Fjöldi fæðinga og hlutfallstölur hvers aldursflokks árin 1999 og 2003. (Table 12. Number and percentage of deliveries by age groups for the years 1999 and 2003).

Aldur	1999		2003	
	n	%	n	%
=<14	1	0,03	0	
15-19	264	6,5	167	4,0
20-24	910	22,2	842	20,2
25-29	1250	30,3	1333	32,0
30-34	1064	25,9	1166	28,0
35-39	572	12,8	523	12,6
40-44	84	2,1	126	3,1
45-49	0		2	0,05
Samtals	4145		4159	

Fjöldi mæðraskoðana hefur lítið breytst s.l. 2-3 áratugi. Samanburður er gerður á árunum 1999 og 2003 í Töflu 12. Í fáeinum tilvikum hefur þessi liður ekki verið skráður í fæðingaskráninguna. Á báðum árum er örllítt hluti kvenna sem ekki kemur til forskoðana eða kemur innan við þrisvar sinnum. Sumar þessarra kvenna hafa verið í skoðunum erlendis áður og einstaka kona hefur leynt þungun eða að sögn ekki orðið hennar var.

Flestar konur koma um 9-12 sinnum í skoðun en rúmur fjórðungur kemur oftast en það, þ.m.t. þær yngri. Þar er oft um konur í svonefndri áhættumeðgöngu að ræða, en margar konur koma líka oftast en þyrfti vegna kvíða eða óöryggis þeirra sjálfra eða þeirra heilbrigðisstarfsmanna sem annast þær. Nauðsynlegt er að draga úr fjölda mæðraskoðana með markvissum hætti þannig að ekki sé verið að ofskoða heilbrigðar konur án áhættuþátta. Konur sem hafa haft áfallalaus meðgöngu ættu ekki að þurfa nema 6-7 skoðanir að meðtöldri 19-20 vikna ómun og frumbyrjur á bilinu 9-12 skoðanir. Hinsvegar væri rétt að hafa fyrstu skoðun heldur fyrr en nú er vani, þ.e. við 7-10 vikna meðgöngu, enda eru þungunarpróf mun betri og aðgengilegri en fyrr og ekki ástæða til að tefja aðgerðir eins og vítamingjöf, leiðréttingu á skjaldkirtilshormónum, snemmt mat á sykurpoli og upplýsingagjöf um snemmskimun sem valkost. Mæling blóðþrýstings snemma í meðgöngu er líka jákvæð og gefur betri mynd af raunverulegum upphafsblóðþrýstingi en fæst við t.d. 12-16 vikur þegar lækkun á miðþriðjungi meðgöngu í kjölfar fylgjumyndunar er þegar komin til.

Tafla 13. Fjöldi mæðraskoðana eftir aldri árin 1999 og 2003. (Table 13. Number of antenatal clinic visits by age groups comparing the years 1999 and 2003).

Ár 1999										
	Ekki skráð	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 8	9 - 10	11 - 12	13+	Alls
14 ára						1				1
15 - 19 ára		2	1	3	7	36	55	72	88	264
20 - 24 ára	1	2		7	13	76	239	303	269	910
25 - 29 ára		2	2	7	38	115	317	456	313	1250
30 - 34 ára			4	15	23	91	282	362	287	1064
35 - 39 ára	1	1	1	5	30	61	150	191	132	572
40 - 44 ára		1			6	10	18	27	22	84
45 - 49 ára										0
Alls	2	8	8	37	117	390	1061	1411	1111	4145
Ár 2003										
		0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 8	9 - 10	11 - 12	13+	Alls
14 ára										0
15 - 19 ára	1				6	16	50	52	42	167
20 - 24 ára	2	4	1	4	8	68	200	306	249	842
25 - 29 ára	1	1	3	10	36	99	318	462	403	1333
30 - 34 ára	1		1	9	16	85	345	400	309	1166
35 - 39 ára	4		1	3	15	49	121	174	156	523
40 - 44 ára		1	1	1	3	11	36	26	47	126
45 - 49 ára							1	1		2
Alls	9	6	7	27	84	328	1071	1421	1206	4159

XVII. BURÐARMÁLSDAUÐI 2003. Ragnheiður I. Bjarnadóttir

Í Töflu 14 er sýndar hlutfallstölur yfir andvana fæðingar (alls 7) og fæðingar lifandi barna sem dóu á fyrstu viku (alls 8). Samtals dóu því aðeins 15 börn burðarmálsdauða á landinu árið 2003 og hefur sú tala aldrei verið lægri. Tölurnar eru gefnar samkvæmt eldri og nýrri skilgreiningum miðað við annarsvegar 28 vikur og 1000 g eða lifandi fætt (eldri skilgreining), en hinsvegar 22 vikur og 500 g eða lifandi fætt barn (núverandi WHO skilgreining).

Tafla 14. Burðarmálsdauði á Íslandi 2003 fyrir landið allt og fæðingastaði sem við á (Table 14. Perinatal death rates in 2003 for the whole country and by place of occurrence).

	Börn dáiin á fyrstu viku og andvana fædd börn 22 v. eða 500 g /1000 fædd börn <i>First week deaths and stillbirths by 22 weeks and 500 g/1000 newborns</i>	Börn dáiin á fyrstu viku og andvana fædd börn 28 v. eða 1000 g /1000 fædd börn <i>First week deaths and stillbirths by 28 weeks and 1000 g/1000 newborns</i>
Landið allt	3.6	2.9
-- einb.	2.2 (9 börn)	1.0 (4 börn)
-- fleirb	25.3 (6 börn; 2+2+1+1 barn)	12.7 (2 börn)
Reykjavík	4.1 (12 börn)	2.4 (7 börn)
Fj.sjúkrah. Akureyri	(1 barn)	
Heilbrigðisst. Suðurnesja	(2 börn)	-
Aðrir staðir (<i>other places</i>)	0	0

UMRÆÐA:

Burðarmálsdauði var ennþá lægri árið 2003 en undanfarin ár, þ.e.a.s. 1999 (7.2/1000), 2000 (6.7/1000), 2001 (5.6/1000) og 2002 (4.4/1000). Burðarmálsdauðatíðnin 3.6/1000 er sú lægsta sem verið hefur hér á landi síðan byrjað var að reikna í samræmi við ýtrustu skilgreiningu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar og miða við fulla 22ja vikna meðgöngu og 500 g fæðingarþyngd sem skil milli barns og fósturs. Talan sem miðast við 28 vikur og er oft notuð í alþjóðlegum viðmiðum, 2.9/1000, er með því allra lægsta sem nokkurs staðar þekkist fyrir heila þjóð eða samfélag.

Í fámennu samfélagi sem okkar má búast við talsverðum sveiflum á tíðni burðarmálsdauða milli ára. Þróunin undanfarin ár er þó gleðileg því dánur börnum hefur fækkað um nær helming frá árabílinu 1994-1998 en þá var meðaltal burðarmálsstíðni 7.3 miðað við skilgreiningu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar. Gjarnan hefur verið talið erfitt að komast niður fyrir hlutfallið 5/1000. Langflest tilvikin urðu á aðal tilvísunarstofnun landsins, LSH í Reykjavík, eins og við var að búast. Þó vandkvæði yrðu í fæðingum á

minni stöðunum, var þó yfirleitt unnt að koma konunni á tilvísunarstofnun fyrir fæðinguna eða nýburanum mjög fljótt eftir fæðinguna. Þrjú börn sem létust voru frá öðrum stöðum en Kvennadeild LSH eða Vökudeild Barnaspítala Hringins. Þar af létust tvö börn eftir fæðingu í Keflavík, annað eftir alvarlega fósturköfnun í fæðingu en hitt vegna meðfædds galla. Bæði þessi börn létust á Vökudeildinni. Eitt barn fæddist andvana á FSA (dauðsfall í móðurkviði greint við 27 vikna meðgöngu).

Þar sem langflestar áhættufæðingar fara fram á Kvennadeildinni er eðlilegt að tíðni burðarmálsdauða sé hærri þar en fyrir landið í heild. Við útreikning burðarmálsdauða er miðað við fæðingarstað, jafnvel þó kona/börn séu send frá öðrum stöðum vegna þess að fósturdauði hefur greinst eða vegna yfirvofandi fæðingar. Samt var tíðnin lægri en áður í Reykjavík. Burðarmálsdauðatíðni hjá fjölburum var hlutfallslega há eins og áður, eða 10 sinnum hærri en fyrir einbura. Allir fjölburarnir nema einn, sem dó í móðurkviði við 34 vikur vegna naflastrengsflækju, voru örburar sem fæddust lifandi eftir 24-26 vikna meðgöngu en dóu innan viku frá fæðingu.

XVIII. ORSAKIR BURÐARMÁLSDAUÐA.

Ragnheiður I. Bjarnadóttir

Við könnun á atburðum að baki tölum um burðarmálsdauða á árinu 2003 var sem fyrr stuðst við skilgreiningu Alþjóða heilbrigðismálastofnunarinnar (ICD 10) þar sem miðað er við 500 g þyngd og 22 vikna meðgöngulengd. Öll þessi tilvik voru flokkuð samkvæmt samnorræna kerfinu "Nordic Perinatal Death Classification" (NPDC)², bæði andvana og lifandi fædd börn, sem síðan deyja. Flokkunin byggist á eftirfarandi breytum sem hér eru gefnar á ensku og þýddar með nánari skýringum að neðan, en voru jafnframt kynntar í Læknablaðinu 1999³.

Nordic Perinatal Death Classification:

Byggt er á eftirfarandi breytum:

1. Malformation (vanskapnaðir)
2. Time of death in relation to delivery (dauðsfall fyrir, í eða eftir fæðingu).
3. Growth-retardation (vaxtarseinkun fósturs)
4. Gestational age (meðgöngulengd)
5. Apgar score (Apgar stig)

Síðan eru myndaðir 13 flokkar sem byggjast á ofantöldum breytum:

- I. Malformation
- II. Antenatal death. Singleton growth-retarded fetus after (\geq) 28 weeks of gestation.
- III. Antenatal death. Singleton after (\geq) 28 weeks of gestation.
- IV. Antenatal death. Before ($<$) 28 weeks of gestation.
- V. Antenatal death. Multiple pregnancy.
- VI. Death during delivery. After (\geq) 28 weeks of gestation.
- VII. Death during delivery. Before ($<$) 28 weeks of gestation.
- VIII. Neonatal death. Preterm ($<$ 34 weeks) and Apgar score ≥ 7 after 5 min.
- IX. Neonatal death. Preterm ($<$ 34 weeks) and Apgar score ≤ 6 after 5 min.
- X. Neonatal death. After (\geq)34 weeks and Apgar score ≥ 7 after 5 min.
- XI. Neonatal death. After (\geq)34 weeks and Apgar score ≤ 6 after 5 min.
- XII. Neonatal death. Before ($<$) 28 weeks of gestation.
- XIII. Unclassified.

NPDC flokkunin miðast við að finna “vandamál” (“problem-orientated”) og nýtist því vel í samanburði á burðarmálsdauða milli þjóða. Með því að skoða hvaða flokkar eru stærstir má ráða í hvar úrbóta er þörf, þ.e.a.s. hvernig lækka má burðarmálsdauða með því að bæta mæðravernd, fæðingarhjálp og/eða umönnun nýbura.

Hér að neðan eru birtar tvær töflur (Töflur 15 og 16) um burðarmálsdauðatilvik á landinu öllu, þar sem NPDC flokkun var beitt.

Andvana fædd börn.

Í Töflu 15 er sýnt yfirlit yfir hin samtals 7 andvana fæddu börn á árinu 2003 eftir fæðingastöðum.

Tafla 15. Yfirlit um andvana börn frá árinu 2003. Tvíburapör eru merkt A og B
(Table 15. Stillbirths in 2003, overview by NPDC classification, twins marked A and B)

Kyn	Einburi /Fleirburi	Þyngd (g)	Meðgöngul. (vikur)	Orsök	NPDC flokkun
Gender	Single/multiplex	Weight	Gest. Age	Cause	Class
<i>Reykjavík</i>					
1. Meybarn*	einburi	2734	37	Fylgjulos	III
2. Meybarn	einburi	970	28	Naflastrengsslys	III
3. Sveinbarn	einburi	4095	39	Naflastrengsslys	III
4. Meybarn	einburi	255	23	Óútskýrt	IV
5. Sveinbarn	einburi	474	22	Naflastrengsslys	IV
6. Sveinbarn	einburi	606	27	Fylgjuþurrð	IV
7. Sveinbarn	tvíburi B	3875	40	Naflastrengsslys	V

*Meybarn = female

**Sveinbarn = male

PPROM = Preterm Premature rupture of membranes.

IUD = Intrauterine death.

NPDC flokkun: Börn sem fæðast andvana féllu í eftirfarandi flokka III-V eins og segir hér að neðan:

Flokkur III. (andvana fæddur einburi \geq 28 vikur): 3 börn
 Flokkur IV. (andvana fæddur einburi $<$ 28 vikur): 3 börn
 Flokkur V. (andvana fæddur fjölburi): 1 barn

UMRÆÐA:

Alls voru 7 börn fædd andvana, þ.e.a.s. mun færri en á árinu áður (12 börn). Þar af voru þrjú börn undir 1000 g og/eða 28 vikum og væru því ekki talin með í mörgum nágrannalöndunum.

Undanfarin ár hefur *flokkur III* verið stærstur (3 börn), þ.e.a.s. andvana fædd börn sem voru ekki vaxtarskert né vansköpuð og fæddust eftir meðgöngu sem nam 28 vikum

eða meira. Þetta eru því börn, sem hefðu vegna meðgöngulengdar getað átt góða möguleika á að lifa. Í þjóðfélögum þar sem sem heilsufar verðandi mæðra er gott og mæðravernd og fæðingarhjálp með ágætum verður þetta stærsti hópurinn. Oft er um að ræða slys, svo sem klemmu á naflastreng, en stundum finnst engin skýring. Þetta eru yfirleitt tilfelli sem erfitt eða illmögulegt hefði verið að sjá fyrir eða afstýra (“unavoidable deaths”). Í einu tilfelli varð skyndilegt fylgjulos án undirliggjandi áhættuþátta s.s. meðgöngueitrunar eða reykinga móður. Á árinu 2003 var flokkur *IV* (3 börn; andvana fæðing einbura fyrir 28 vikna meðgöngu) jafnstór og flokkur *III* en þetta eru sömuleiðis dauðsföll sem er erfitt að varna. Þessi dauðsföll eru víða talin fósturlát. Hérlandis hefur verið farið eftir skilgreiningu Alþjóða heilbrigðismálastofnunarinnar, þar sem miðað er við 22 vikur eða 500 g þyngd, ef meðgöngulengdin er ekki þekkt. Ekkert barnanna sem dó í móðurkviði eftir 34 vikna meðgöngu var vaxtarskert (*flokkur II*), en það eru dauðsföll sem ætti oftast að vera hægt að fyrirbyggja með árvekni í mæðravernd, bættri greiningu á ástandi fósturs og inngripum, þegar fylgjuþurrð er yfirvofandi. Ekkert barn dó í fæðingu á árinu í *flokki VI*, þ.e.a.s. dauðsföll sem oftast er unnt að afstýra með árvekni í fæðingunni (“avoidable deaths”). Hins vegar dó eitt barn eftir fæðingu sem hafði orðið fyrir skyndilegum alvarlegum súrefnissskorti í fæðingunni (sjá *Börn dáin á 1. viku*). Dauðsföll fullburða, “heilbrigðra” barna í fæðingu hafa öfuga fylgni við gæði fæðingarhjálpur í samfélaginu og eru þessi tilfelli fátíð nú orðið í vestrænum löndum.

Börn dáin á 1. viku.

Hér er lýst tilvikum þar sem börn fæddust lifandi en dóu síðan á 1. viku (Tafla 16). Alls dóu átta börn á fyrstu viku eftir fæðingu, öll á Vökudeild Barnaspítala Hringins, LSH en tvö þeirra höfðu flust eftir fæðinguna frá Heilbrigðisst. Suðurnesja.

Tafla 16. Yfirlit um börn sem fæddust lifandi, en dóu á fyrstu viku, tvíburar merktir A eða B (Table 16. Overview of deaths during the first week by NPDC classification, twins marked A and B, for legend see also Table 12.).

Kyn	Einburi /Fleirburi	Þyngd (g)	Meðgöngul. (vikur)	Orsök	NPDC
<i>Reykjavík</i>					
1. Sveinbarn	tvíburi A	600	24	Chorioamnionitis	XII
2. Sveinbarn	tvíburi B	680	24	Chorioamnionitis	XII
3. Meybarn	tvíburi A	720	25	Leghálabilun	XII
4. Meybarn	tvíburi B	800	25	Leghálabilun	XII
5. Meybarn	einburi	742	29	Blæðing frá fylgju	VIII
6. Meybarn	tvíburi B	1009	26	Fylgjulos	XII
7. Meybarn	einburi	3585	40	Asphyxia í fæðingu	XI
8. Sveinbarn	einburi	2885	39	Osteochondrodysplasia, lungnahypoplasia	I

NPDC flokkun: Þau 8 börn sem dóu á 1. viku voru í eftirfarandi flokkum:

Flokkur I (Meðfæddur galli.)	1 barn
Flokkur VIII (eftir < 34 vikna meðgöngu og Apgar stig ≥ 7 v. 5 mín.)	1 barn
Flokkur XI (eftir ≥ 34 vikna meðgöngu og Apgar stig ≤ 6 v. 5 mín.)	1 barn
Flokkur XII (Nýburadauði eftir < 28 vikna meðgöngu)	5 börn

UMRÆÐA:

Á árinu 2003 dóu átta börn á 1. viku. Undanfarin ár hafa það verið 5-10 börn á ári. Algengasta orsök þess að börn deyja á fyrstu viku er afar mikill vanþroski barna sem fæðast löngu fyrir tímann, en á árinu fæddust fimm börn (allt tvíburabörn) eftir aðeins 24-26 vikna meðgöngu (flokkur *XI*) og voru leghálsbilun og/eða fæða-og fellibelgsbólga (chorioamnionitis) samverkandi orsakavaldar fæðingar löngu fyrir tímann í tveimur tilvikum (tvennir tvíburar), en fylgjulos í þriðja tilfallinu þar sem annar tvíburanna dó á 1. viku eftir fæðinguna. Helst væri hægt að fækka í þessum flokki með fyrirbyggjandi aðgerðum, þ.e.a.s. bættri greiningu og meðferð á sýkingum í kynfærum konunnar á meðgöngu.

Eitt barn, fyrirburi við 29 vikur án merkja um fósturköfnun (flokkur *VIII*), dó á fyrstu viku eftir fæðingu. Eitt barn dó vegna vanþroska lungna (pulmonal hypoplasia) sem tengdist undirliggjandi fósturgalla. Loks dó eitt barn af fylgikvillum alvarlegs súrefnisskorts sem var talinn stafa af leghálsdeyfingu sem móðirin fékk í fæðingunni.

XIX. NÝBURA- OG UNGBARNADAUÐI 2003 **Gestur I. Pálsson**

Á tímabilinu 8 – 28 dögum eftir fæðingu, að báðum dögum meðtöldum, dó einungis eitt barn á árinu.

Yfirlit yfir dauðsföll, sem urðu á fyrsta ári eftir fæðingu fer hér á eftir: Nýburadauði (neonatal mortality, öll börn dáið á fyrsta mánuði, þ.m.t. fyrstu vikuna/heildarfjölda barna x 1000) var því 2,2/1000, sem er lág tala. Á tímabilinu 29 – 365 dögum eftir fæðingu dóu 2 sveinbörn. Ungbarnadauði (infant mortality, dauðsföll á fyrsta ári/heildarfjölda fæddra barna x 1000) var átta börn sem dóu á fyrstu viku, eitt barn sem dó á tímabilinu 8 – 28 dögum eftir fæðingu og 2 börn sem dóu eftir 28 daga eða 11/4152 lifandi fædd börn x 1000 = 2,6/1000, sem allt eru svipaðar tölur og árið áður.

Dánarorsakir barnanna voru eftirfarandi:

Börn dáið 8 – 28 dögum eftir fæðingu:

1. Sveinbarn með alvarlegan, meðfæddan vöðva- og taugasjúkdóm (myotonic dystrophy), sem lést 8 dögum eftir fæðingu.

Börn dáið 29 – 365 dögum eftir fæðingu:

1. Sveinbarn, sem varð fyrir alvarlegri fósturköfnun (hnútur á naflastreng) og hlaut heilaskaða. Dó tæplega 2ja mánaða.
2. Sveinbarn, vöggudauði, dó tæplega 5 mánaða.

XX. MÆÐRADAUÐI

Til mæðradauða teljast öll dauðsföll þungaðra kvenna allt að 42 dögum eftir fæðingu. Mæðradauði hefur verið fátíður á Íslandi. Á fyrri hluta ársins lést 26 ára kona sem fyrir átti eitt barn en var nú gengin um 12 vikur. Um var að ræða skyndidauða, að líkindum vegna arfgengrar hjartsláttartruflunar, sem hugsanlegt er að hafi versnað vegna þungunarinnar (indirect maternal death, skv. alþjóðlegum skilgreiningum).

XXI. FÓSTURGREINING á Landspítala-háskólasjúkrahúsi 2003 *Guðlaug Torfadóttir, Hildur Harðardóttir, Jóhann Heiðar Jóhannsson, Jón Jóhannes Jónsson, Kristín Rut Haraldsdóttir, María Hreinsdóttir*

Á kvennadeild/kvennasviði LSH er miðstöð fyrir fósturgreiningu (prenatal diagnosis) í landinu. Þar er bæði um að ræða fjölbreyttar ómskoðanir með skimun fyrir sköpulags- og litningagöllum sem greinanlegir eru á fósturskeiði, mat á vexti og heilbrigði fósturs, aðgerðir til greininga á litningaafbrigðum og ýmsar aðrar aðgerðir sem gerðar eru til greiningar og meðferðar á fósturskeiði. Samvinna er við innlenda og erlenda aðila. Eftirfarandi upplýsingar eru fengnar frá fósturgreiningadeild kvennasviðs LSH, erfða- og sameindalækisfræðideild Rannsóknastofnunar LSH og frá litningarannsóknadeild, Rannsóknastofu í meinafræði, en nán samvinna er milli þessarar eininga LSH.

Á árinu 2003 var gerð snemmómskoðun hjá 869 konum, oftast vegna óvissrar meðgöngulengdar eða blæðingar snemma í þungun. Samþætt líkindamat var gert hjá 1827 konum og 367 komu í ómskoðun og hnakkabykktarmælingu, án mælingar lífefnavísa. Ómskoðun við 19-20 vikur var gerð hjá 3054 konum og vaxtarmat var framkvæmt 2395 sinnum, en búast má við að sama konan hafi komið oftast en einu sinni í vaxtarmat. Fjöldi inngrípa var 173; þar af 66 fylgjuvefsástungur og 107 legvatnsástungur. Eldri konur (>35 ára) hafa í auknum mæli kosið að nýta sér samþætt líkindamat þar sem reiknaðar eru líkur á litningagalla út frá fleiri þáttum en aldri í stað þess að fara beint í greiningarpróf (fyrst og fremst legvatnsástungu), eins og áður tíðkaðist.

Snemmskimun með samþættu líkindamati (skimpróf)

Fósturgreiningadeild og erfða- og sameindalækisfræðideild voru eins og áður með skimun á forni samþætts líkindamats fyrir þungaðar konur til að meta líkur á litningagalla hjá fósturi. Með ómskoðun er metin meðgöngulengd, skoðað útlit fósturs og hnakkabykkt mæld. Í sermi verðandi móður er mælt frítt β -hCG (frítt beta human chorionic gonadotropin) og PAPP-A (pregnancy associated plasma protein A). Samþætt líkindamat stendur öllum þunguðum konum til boða, óháð aldri, en mismunandi er hvernig prófið er kynnt fyrir konum í heilsugæslu. Nokkuð er um að konur hafi samband beint við fósturgreiningadeild. Samþætt líkindamat kostar 6.221 krónur samkvæmt ákvörðun heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins. Alls var samþætt líkindamat framkvæmt hjá 1827 konum og voru 83 eða 4,5% yfir skimmörkum (skimjávæðar) m.t.t. litningagalla fósturs. Af þeim fóru 68 konur eða 82% í greiningarpróf (litningarannsókn eftir legvatns- eða fylgjuvefsástungu) og greindust átta litningagallar (Mynd 1). Í öllum tilvikum valdi konan/parið að binda endi á meðgönguna. Til viðbótar var ein sýnataka gerð frá fósturi eftir framkallað fósturlát, þar sem líkur á litningagalla voru yfir mörkum og ómskoðun óeðlileg.

Meðal þeirra 14 sem afþökkuðu greiningarpróf var ein andvana fæðing, en litningagerð fósturs var eðlileg. Hjá 1744 konum voru niðurstöður úr samþættu líkindamati undir skimmörkum (skimneikvæðar), en í þeim hópi fæddist eitt barn með tíglun (mosaic) fyrir þrístæðu 21. Ekki má búast við að skimun greini slíka tíglun. Auk þess völdu 24 konur greiningarpróf þrátt fyrir samþætt líkindamat undir skimmörkum (ein var við mörkin með 1:301). Litningagerð fósturs var eðlileg hjá þeim öllum (Mynd 1).

Ekkert fósturlát varð í kjölfar ástungna sem gerðar voru vegna samþættrar skimunar. Næmi (sensitivity) skimunarinnar fyrir litningagöllum var 90%, neikvætt forspárgildi 99,9% og jákvætt forspárgildi 10,8% (Mynd 1), en fjöldi tilvika á þessu ári einu sér er of lítill til að hægt sé að draga víðtækar tölfræðilegar ályktanir um skimhæfnina.

Aðrir fósturgallar sem greindust við snemmskimun (litningagerð fósturs eðlileg).

Í ómskoðun við 11-13 vikur greindist eitt tilfelli af heilaleysi (*anencephaly*), eitt tilfelli af óskiptum framheila (*holoprosencephaly*) og eitt tilfelli af kviðarklofa (*gastroschisis*). Í öllum tilvikum var líkindamat undir skimmörkum og litningagerð eðlileg. Meðal þeirra sem voru með líkur yfir skimmörkum og eðlilega litninga fannst eitt tilfelli af beinstökkva (*osteogenesis imperfecta, lethal form*) og eitt tilfelli af alvarlegum þvagfæragegalla. Í öllum tilfellum utan einu með kviðarklofa, var fóstureyðing valin. Barn með kviðarklofa fæddist eftir fulla meðgöngu, fór í skurðaðgerð og tókst aðgerðin vel. Búast má við að þessi tilfelli hefðu annars greinst síðar á meðgöngu, við 19-20 vikna ómun.

Önnur skimpróf

Í ómskoðun og hnakkabykktarmælingu án samhliða mælingar lífefnavísa komu 367 konur. Hnakkabykkt mældist aukin hjá níu börnum átta kvemma (ein tvíburafungun, bæði föstrin með aukna hnakkabykkt). Í þessum hópi reyndist eitt fóstur vera með þrístæðu 21. Móðirin hafði ekki hugsað sér fósturgreiningu, en þegar við ómskoðunina sást aukin hnakkabykkt og fleiri vísbendingar voru til staðar við ómskoðun sem gáfu til kynna auknar líkur á litningagalla, skipti hún um skoðun og kaus greiningarpróf. Hún missti fóstrið nokkrum vikum síðar. Í einu tilfelli kom móðirin í greiningarpróf (legvatnsástungu og litningarannsókn) vegna aldurs, án undangenginnar skimunar, og sást þá aukin hnakkabykkt fósturs. Fóstrið reyndist með þrístæðu 18. Tvö fóstur voru með hjartagalla, annar alvarlegur og var valin fóstureyðing. Hinn greindist eftir fæðingu. Um var að ræða víxlun á stóru æðunum frá hjartanu (transposition) og fór barnið í aðgerð á nýburaskeiði og heilsast vel. Eitt fóstur var með alvarlegan nýrnagegalla og var valin fóstureyðing. Eitt barn fæddist með vanvaxinn þumalfingur sem greindust eftir fæðingu. Þrjú barnanna voru heilbrigð við fæðingu.

Ein kona fór í lífefnalíkindamat á fyrsta þriðjungi meðgöngu (frítt β -hCG og PAPP-A, án hnakkabykktarmælingar) og var niðurstaða undir skimmörkum. Sex fóru í lífefnaskimun í byrjun annars þriðjungs meðgöngu; fimm fyrir litningagöllum og göllum í miðtaugakerfi með AFP og fríu β -hCG og ein fyrir miðtaugakerfisgöllum með AFP mælingu eingöngu. Allar fengu niðurstöðu undir skimmörkum. Lífefnaskimunin var unnin í samvinnu LSH og Harold Wood Hospital í Bretlandi. Vitað er um tvær konur sem fóru í skimpróf annars staðar. Hjá annarri var þrípróf gert í Póllandi (AFP, β -hCG og estríól) og

voru líkur yfir skimmörkum, en litningarannsókn sýndi eðlilega litningagerð fósturs. Hjá hinni var sýni í fjórpróf sent frá Íslandi til Bretlands og var niðurstaðan yfir skimmörkum. Legvatnsástunga með litningarannsókn leiddi í ljós þrístæðu 21.

Ómskoðun við 19-20 vikur

Alls komu 3054 konur í ómskoðun við 19-20 vikna meðgöngulengd og 37 tilvik greindust af fósturgöllum (Tafla 17). Í 11 tilvikum var um alvarlegan fósturgalla að ræða og foreldrar óskuðu eftir að binda endi á meðgönguna. Hinar 26 luku meðgöngu og undirbúningur var gerður fyrir fæðingu í samvinnu við Vökudeild Barnaspítala Hringins, LSH. Í tíu tilvikum fannst frávik við ómskoðun sem benti til litningagalla hjá fóstri og var því gerð litningarannsókn. Í einu tilfalli var um þrístæðu 21 að ræða, en í öðrum tilvikum var litningagerð fósturs eðlileg.

Hjartagallar

Samstarf fósturgreiningardeildar og barnahjartalækna leiddi til greiningar á tíu hjartagöllum á fósturskeiði, þar af fimm alvarlegra. Fimm voru greindir í kjölfar ómskoðunar snemma í meðgöngu og aðrir fimm í kjölfar óeðlilegrar ómskoðunar við 19-20 vikur.

Litningarannsókn (greiningarpróf)

Skimun með líkindamati gefur til kynna tölulegar líkur á litningagalla, en litningarannsókn á sýni úr legvatni eða fylgjuvef staðfestir eða útilokar litningagalla. Sýni eru unnin á litningarannsóknadeild LSH. Heildarfjöldi á árinu 2003 var 173, þar af 66 fylgjuvefssýni og 107 legvatnssýni. Alls greindust 13 litningagallar í kjölfar skimunar, þar af níu vegna samþættrar skimunar og fjórir vegna annarrar skimunar (í einu tilviki í kjölfar fjórprófs, í tveim tilvikum vegna aldurskimmunar og einu vegna óeðlilegrar ómskoðunar við 19-20 vikur).

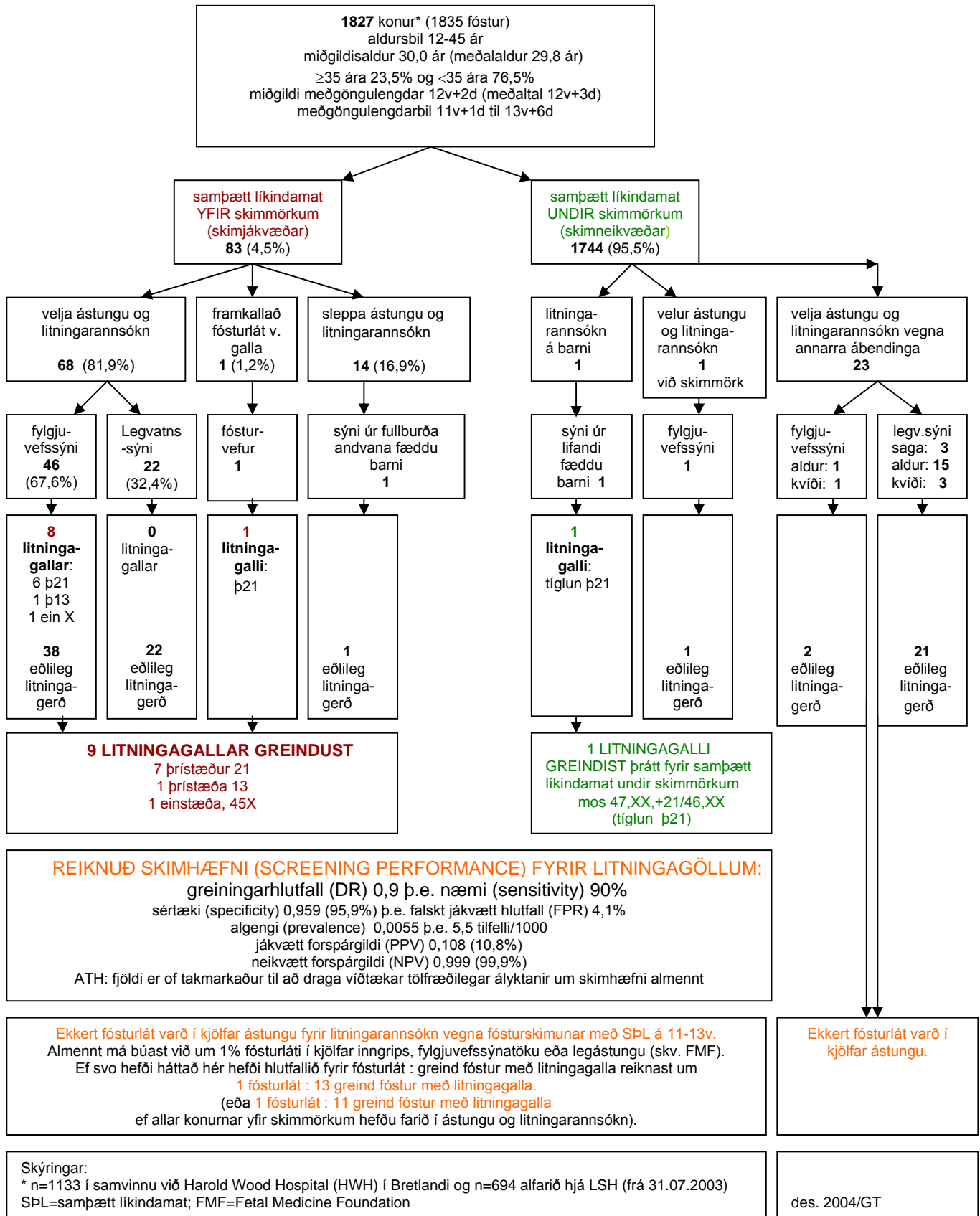
Fylgjuvefssýni og legvatnssýni.

Í kjölfar samþætts líkindamats voru tekin 46 fylgjuvefssýni (44 árið 2003 og tvö árið 2004*) þar sem líkur voru yfir skimmörkum. Önnur 22 sýni voru tekin af öðrum ástæðum, oftast vegna aldurs móður, en þar á meðal voru sjö sýni vegna sögu um genagalla (vöðvarýrnun, brotjarnt-X og beinstökkva)

Í kjölfar samþætts líkindamats voru tekin 22 legvatnssýni þar sem líkur voru yfir skimmörkum. Önnur 88 sýni* voru tekin af öðrum ástæðum; flest vegna aldurs (>35 ára) án annarrar skimunar. Sjö konur komu frá Keflavíkurflugvelli í legvatnsástungu, ýmist vegna aldurs (>35 ára) eða vegna þess að líkur á litningagalla voru auknar samkvæmt þríprófi. Legvatnsástungur vegna lungnaþroska sem framkvæmdar voru á síðasta þriðjungi meðgöngu eru ekki meðtaldar.

** misræmis gætir vegna þess að skimun sem gerð var í árslok 2002 fylgdi greiningarpróf sem gert var í ársbyrjun 2003 og vegna skimunar í árslok 2003 voru greiningarpróf gerð í janúar 2004.*

Mynd 1. Fósturskimun með samþættu líkindamati við 11-13 vikur - skimun fyrir litningagöllum - á LSH 2003. (Screening for chromosomal anomalies at 11-13 weeks gestation using maternal age, nuchal translucency, free β -hCG and PAPP-A at LUH 2003).



Fósturgallar

Þeir fósturgallar sem fundust við ómskoðun/fósturgreiningu á Kvennadeild Landspítalans á árinu 2003 eru sýndir í Töflu 17.

Tafla 17. Yfirlit yfir fósturgalla sem greindust við 19-20 vikna skoðun á Fósturgreiningadeild Kvennadeildar LSH. (Table 21. Overview of the malformations/anomalies diagnosed at 19-20 weeks in the Prenatal Diagnosis Unit at the Womens' Clinic, LUH).

Heilaleysi (anencephaly)	1
Aðrir miðtaugakerfisgallar (other anomalies of the neural system)	2
Augngallar (congenital anomalies of eye)	1
Hjartagallar (congenital anomalies of the heart)	5
Klofinn gómur og vör (cleft palate and cleft lip)	1
Þvagvegagallar (congenital urinary tract anomalies)	11
Útlimagallar/klumbufætur (congenital anomalies of limbs)	5
Litningagallar (chromosomal anomalies)	1
Brjóstholsgallar (thoracal anomalies)	3
Kviðveggsrof/þindargalli (abdominal wall defects/diaphragmatic hernia)	2
Meltingarfæragallar (congenital anomalies of the upper digestive system)	3
Aðrir fósturgallar (other congenital anomalies)	2
<i>Samtals (total)</i>	<i>37</i>

Alls greindist fósturgalli hjá 37 konum við 19-20 vikur eða síðar. Af þeim völdu 26 að ganga með barnið, en 11 völdu fóstureyðingu.

Aldursskipting.

Aldursskipting kvenna sem greindust með fósturgalla (sköpulagsgalla og litningagalla var sú að tvær voru < 19 ára, átta á aldrinum 20-24 ára, 12 voru 25-29 ára, 11 30-34 ára, þrjár 35-39 ára og ein 40-44 ára.

XXII. LOKAORÐ

Megin tíðindi ársins 2003 eru hinar lágu burðarmálsdauðatölur sem hafa haldist frá fyrra ári. Ungbarnadauði er einnig mjög lágur. Aldrei áður hafa andvana fædd börn eða börn dáið á fyrstu viku eftir fæðingu verið jafn fá á Íslandi. Á þessu þarf þó að hafa þann fyrirvara, að í fámennu þjóðfélagi eins og á Íslandi geta talsverðar breytingar orðið á burðarmálsdauða milli ára. Á aldamótaárinu 2000 var talan aðeins lægri en á fimm ára bilinu þar áður, þegar miðað er við eldri skilgreiningu á burðarmálsdauða (28 vikna meðgöngulengd og 1000 g) og lækkaði enn árin 2001, 2002 og 2003.

Fæðingar eru ekki fleiri en svo hér á landi, að venja hefur verið að reikna burðarmálsdauða sem meðaltal fimm ára tímabila. Tölur um burðarmálsdauða fyrir 1995-1999 voru 7,5/1000 m.v. skilgreiningu frá 22 vikum og 500 g og 5,4/1000 ef miðað var við 28 vikur og 1000 g, en þá er nefnarinn 20.807 fæðingar alls. Samsvarandi tölur fyrir 2001 voru 5,6/1000 og 3,7/1000. Fyrir árið 2002 voru tölurnar 4,4/1000 og 2,2/1000 og nú voru þær 3,6/1000 og 2,9/1000. Hafa því enn sem komið er nær helmingi færri börn dáið í móðurkviði eða á fyrstu viku eftir fæðingu eftir að ný öld gekk í garð. Nýbura- og ungbarnadauði stefnir í sömu átt. Endanlegt mat verður gert með því að bera saman árin 1995-1999 og 2000-2004, þegar þar að kemur.

Andvana fæðingar hafa oftast verið fleiri en nýburadauðsföll, einkum hvað varðar fæðingar á bilinu 22-28 vikur. Nú var talan jöfn, sem sennilega er óvanalegt. Ef börn fædd eftir 22 - 28 vikur eru talin með, eins og gera á samkvæmt skilgreiningum Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar, hækkar tíðni burðarmálsdauða, en helst samt með því lægsta sem nokkurs staðar sést, þegar litið er til talna úr heilum (og mun stærri) þjóðfélögum. Hið sama á við um nýburadauða. Með auknum lífslíkum hefur hlutfall fyrirburabarna sem lifa af með fötlun heldur ekki aukist. Burðarmálsdauði, samkvæmt bæði eldri og nýrri skilgreiningunni, hefur verið lágur og hægt lækkandi síðustu 15-20 árin og það endurspeglar að talsverðu leyti góðar almennar þjóðfélagsaðstæður og hátt menntunarstig í íslensku þjóðfélagi. Það er þó ekki síður að þakka góðu starfi þeirra sem vinna að mæðravernd, fæðingarhjálp og meðferð nýbura. Þar koma saman árvekni, góð grunn- og símenntun og einnig góð og rétt nýting á tækni, sem er samt háð því, að starfsfólk haldi vöku sinni og endurmeti sífellt hvað er að gerst hjá hverri konu og barni.

Þótt langflest börn lifi af veikindi hjá móður og andstæðar aðstæður í móðurkviði og í fæðingu án þess að skaðast, á það ekki við um þau öll. Nýleg umræða á innlendum og alþjóðlegum vettvangi hnígur líka í þessa átt. Bent hefur verið á samspil sýkinga í fæðingu og fósturköfnunar (asphyxíu, súrefnisskorts) í fæðingu. Þar getur samlegð óhagstæðra skilyrða gert útkomuna fyrir barnið verri enn ella, s.s. langdregnar fæðingar með sýkingaummerkjum. Viðhafa þarf virkar aðgerðir til að gera fæðingarferlið enn öruggara og markvissara til að lágmarka líkur á að börn skaðist við fæðinguna, þó aldrei verði hægt að koma í veg fyrir öll dauðsföll, örkuml og fötlun eða slys.

Hluta af lækkun burðarmálsdauða undanfarin ár má rekja til stöðugt batnandi fósturgreininga á alvarlegum sköpulagsgöllum. Fæðingum andvana barna með slíka galla og fæðingum lifandi, alvarlega fatlaðra barna hefur fækkað. Samt verður að benda á að í langflestum tilvikum, þar sem fóstur greinast með einhverja sköpulagsgalla, er meðgangur ekki rofin og börnin fæðast við þannig aðstæður að hægt er að taka á vanda þeirra án

tafar, ef þarf. Allir sem að vandamálinu koma eru sammála um kosti þess að vita fyrirfram um t.d. hjartagalla eða kviðveggshaul hjá föstrinu.

Nú lætur nærri að um 3/4 kvenna á höfuðborgarsvæðinu og á Norðausturlandi nýti sér tilboð um snemmskimun, sem er hærra hlutfall en á fyrra ári. Þessi nýja skimun hefur augsýnilega fest rætur og upplýsingar um hana hafa náð til þorra þungaðra kvenna, hvort sem þær þiggja tilboðið eða ekki. Nauðsynlegt er að heilbrigðisstarfsfólk, einkum í heilsugæslunni, kynni nýja greiningarmöguleika fyrir almenningi, þannig að foreldrum gefist raunhæfur kostur á að nýta tilboð um snemmgreiningu, ef þeir svo óska.

Eitt dauðsfall vegna fósturköfnunar (asphyxiu) varð á þessu ári vegna afleiðingar leghálsdeyfingar, þar sem deyfingarefnið barst hugsanlega í barnið og olli truflun á hjartastarfsemi þess. Hér varð fæðingaraðgerð, sem átti að hjálpa konunni, til þess að sjaldséður en þekktur fylgikvilli kom upp og skaðaði barnið. Dauðsföll nýbura eftir fyrstu vikuna og að fyrsta aldursári hafa verið fá á Íslandi undanfarin ár. Svo var enn árið 2003.

Ung móðir lést skyndidauða um 12 vikur gengin, að líkindum vegna arfgengs hjartasjúkdóms. Þetta telst óbeinn mæðradauði, þar sem þungunin er aukalegur orsakavaldur. Sem betur fer varð ekki beinn mæðradauði á árinu, en í allmörgum tilvikum varð móðirin alvarlega veik þó vel færi að lokum. Þar er fyrst og fremst um að ræða alvarlega meðgöngueitrun, alvarlegar blæðingar eftir fæðingar, m.a. bráðakeisaraskurði og slæmar sýkingar. Meðgöngueitrun er hættuleg veikindi, sem ber að taka alvarlega og keisaraskurður er meiriháttar skurðaðgerð. Í því felst að fylgikvillar geta orðið, bæði vegna blóðtaps og sýkinga. Muna þarf að blæðingar frá fylgju og fylgjubeð fyrir, í og eftir fæðingu eru ekki síður lífshættulegar nú sem á fyrri tímum. Alvarlegir áverkar á spöng og slys á börnum koma fyrir, svo sem óvænt axlarklemma, jafnvel þegar allt er varðar meðgönguna og fæðinguna sýnist vera með eðlilegum hætti. Flestöll slík vandamál leysast án varanlegs skaða, en ekki öll. Þó sumt af þessum atburðum geti tengst óaðgæslu eða yfirsjón í mæðravernd eða fæðingarhjálp, þá er oft lítið tillit tekið til þeirrar áhættu sem mæðurnar sjálfar skapa sér, t.d. með reykingum eða með ofþyngd og offitu, sem verður sífellt meira heilbrigðisvandamál hvarvetna.

Enn var tíðni keisaraskurða og framkallana á fæðingu hærri en vænta hefði mátt sums staðar á landinu. Gæta þarf aðhalds og endurskoðunar á því hvort fæðing með framköllun eða inngripi er nauðsynleg og vanda þarf læknisfræðilegt mat á því hvenær keisaraskurður er viðeigandi meðferð. Á árinu var byrjað að skoða viðbrögð heilbrigðisstarfsfólks við óskum foreldra um valkeisarafæðingu, jafnvel þegar engin læknisfræðileg ástæða er fyrir slíku inngripi. Nauðsynlegt er að gera heilbrigðisstarfsfólk og einkum foreldra meðvitað um að keisaraskurður er ekki nein "smáaðgerð" og að alvarlegir fylgikvillar geta komið fyrir hjá móður og barni við slíka aðgerð. Stefnt er að því að foreldrar verði upplýstir með markvissum hætti í þesum tilvikum og ákvörðun tekin að þeirri forsendu uppfylltri. Þá hefur verið unnið áfram að klínískum leiðbeiningum fyrir bæði mæðravernd og fæðingarhjálpina, svo og að endurskoðun mæðraskrár og fæðingatilkygningar.

Jákvæð þróun hefur haldið áfram hvað varðar fækkun spangarskurða og hóflega notkun sterkra verkjalyfja og deyfinga í fæðingu, ekki síst vegna breytts viðhorfs til verkjameðferðar í fæðingu og nýrra aðferða, s.s. vatnsbaða, við að lina hríðarverki og stoðkerfisverki í fæðingu. Sum minni sjúkrahúsanna hafa sýnt góðan árangur hvað varðar

fækkun á inngripum í fæðingar, en á öðrum stöðum hefur aðgerðunum fjölgað. Svo virðist sem áhugi á vatnsfæðingum sé minnkandi á síðustu 2-3 árum.

Erlendar rannsóknir hafa bent til að í einu af hverjum þrem tilvikum burðarmálsdauða séu þættir finnanlegir, sem hefðu átt að gefa aðvörun um mögulegan fósturdauða eða fyrirburafæðingu, en ekki er víst að svo sé nú, þegar tölurnar eru orðnar svo lágar sem raun ber vitni, þ.e.a.s. hærra hlutfall af burðarmálsdauðatilvikum verður óhjákvæmilegt ("unavoidable"). Stöðugt er nauðsynlegt að vera á verði gagnvart slíkum atriðum, ekki síst í mæðraverndinni. Mikilvægt er að reyna að finna og meðhöndla sýkingar í leggöngum og gæta að forvörnum vegna mögulegrar leghálsbilunar. Þá skiptir miklu að skima fyrir meðgöngusýki hjá öllum konum sem hafa eitthvert tilefni til slíkrar rannsóknar. Enn vantar á að það sé nægilega vel gert, þó mikið hafi batnað hin síðari ár. Þær meðgöngur eru og verða áhættumeðgöngur, m.a. vegna mögulegs skerts súrefnisflutnings frá móður til barns undir lok meðgöngu.

Að þessu sinni eru aukalega birtar tölur um fjölda fæðinga miðað við aldur mæðra og forskoðanir síðustu fimm árin. Fæðingum á hverja konu hefur fækkað og eru nú að meðaltali tæplega tvær á hverja konu, sem þó er talsvert hærra en víðast í Vestur- og jafnvel Austur-Evrópu, en þar hafa menn haft áhyggjur af því að fæðingatalan sé orðin of lág. Hér munar sennilega um að unglingsþunganir hafa á síðustu 4-5 árum orðið hlutfallslega talsvert færri en áður var. Fæðingar hafa færst úr yngstu aldurshópunum upp í aldurshópana 25-35 ára. Einnig hefur hlutfallsleg aukning orðið meðal kvenna sem eru komnar yfir fertugt, væntanlega vegna tæknifrjövgunar. Meðalaldur mæðra hefur því hækkað og barneignir færst á aldur þar sem konur hafa væntanlega oftast en ekki lokið menntun, eru í foreldrasamböndum til frambúðar og eru þroskaðri einstaklingar. Konur yfir fertugu eru fleiri hér en í nágrannalöndum Vestur-Evrópu, en sá aldur er ekki eins æskilegur til barneigna, þar sem heilsufar móðurinnar er þá iðulega ekki eins gott lengur og ýmsir áhættuþættir til staðar, sern geta leitt til sjúkleika hjá móður og barni. Tæknifrjövgun í þessum hópi er einnig áhyggjuefni, ekki síst vegna þess að algengt er að settir séu upp tveir fósturvísar, sem margfaldar hættuna á fleirburum og um leið fyrirburum

Fjöldi mæðraskoðana hér á landi var ákveðinn samkvæmt sænsku módeli frá sjöunda áratugnum. Á síðustu 20 árum hafa margir efast um að þær þyrftu að vera eins margar og nú er, eða um 9-12, með miðgildi um 11-12. Sumar konur fara mun oftast í mæðraskoðun. Samt hefur í heildina lítið breytst s.l. 2-3 áratugi. Gleðilegt er að sjá að það er einungis örlítil hluti kvenna sem ekki kemur til forskoðana eða kemur sjaldan. Hins vegar er ljóst, að skoðanir þyrftu að vera betur skilgreindar með tilliti til þess sem þær skila í fyrirbyggjandi skyni og sumar sérskoðanir, t.d. í ómun, ættu að teljast með, þó ekki séu gerðar venjubundnar mælingar eða skoðunaratriði þá. Oft er greinilega verið að ofskoða án þess að það skili nokkru. Konur sem hafa haft áfallalausar meðgöngu ættu ekki að þurfa nema 6-7 skoðanir að meðtaldri 19-20 vikna ómun og frumbyrjur á bilinu 9-12 skoðanir. Hins vegar þyrfti fyrsta skoðun að eiga sér stað heldur fyrr en nú er venja, þ.e. við 7-10 vikna meðgöngu, einkum til að tryggja góða vítamín inntöku og snemmathugun skjaldkirtilshormóns (TSH, frítt thyroxín), þegar við á og síðast en ekki síst til að gefa þeim sem vilja tækifæri til að fara í snemmskimun fyrir litningagöllum og meiri háttar sköpulagsgöllum. Þá verður að muna að mæling blóðþrýstings snemma í meðgöngu gefur réttari mynd af raunverulegum upphafsblóðþrýstingi en fæst eftir upphaf annars þriðjungs meðgöngu.

Reglulegir yfirlitsfundir voru haldnir ársfjórðungslega á Kvennadeild með þátttöku fæðingarlækna, ljósmæðra, barnalækna (á Vökudeild Barnaspítala Hringins) og sérfræðilæknis á sviði meinafræði barna og fóstura. Fundirnir eru yfirleitt auglýstir með nokkrum fyrirvara. Þar er farið yfir hvert eitt tilfelli burðarmálsdauða með tilliti til dánarorsaka og möguleika á að finna aðvörunarþætti, sem hefðu getað breytt gangi mála. Fundirnir eru vettvangur trúnaðarumræðu um þessi mál og er allt heilbrigðisstarfsfólk sem sinnir mæðravernd og nýburalækningum velkomið þangað. Það ætti að vera keppikefli allra sem sinna mæðravernd og fæðingum að mæta þar, sérlega þeirra sem starfa á höfuðborgarsvæðinu og nágrenni. Af umræðum um andvana fæðingar, nýburadauða og aðdraganda slíkra tilvika má læra og finna leiðir til fyrirbyggjandi aðgerða, einkum í mæðraverndinni.

Betri fagrýni um fæðingar þarf að koma á til að betur sé unnt að fylgjast á samhæfðan hátt með breytingum í fæðingaþjónustunni og hvaða áhrif þær hafa. Nauðsynlegt er að þeir sem sjá um eftirlit á meðgöngu og fæðingarhjálp kynni sér vel tillögur hvað þetta varðar í ársskýrslunni. Undirbúningur undir nýja skráningu hefur gengið hægar en vænta mátti vegna þess að meira verk hefur reynst vera að leysa vandamál í sb. við tölvufærslu en vænst var.

Á ný er birt ítarleg umfjöllun um fósturgreiningu á Landspítalanum, þar sem sýnt er til hve víðtækra vandamála hún tekur. Margir kunna að halda að greining fósturgalla þýði að meðgöngurof (fóstureyðingu) fylgi í kjölfarið, en svo er ekki. Oft er beðið átekta og séð hvort barn muni lifa og í enn öðrum tilvikum er unnt að lagfæra vandamálið með skurðaðgerð eða öðrum lækniáðgerðum eftir fæðinguna. Aðeins um þriðjungji fósstranna er eytt og meðgangan rofin og þá í tilvikum þar sem líklegt er að barn lifi ekki af eða fæðist með alvarleg örku. Í þessum kafla er gerð nákvæm grein fyrir árangri snemmskimunar á Íslandi. Snemmskimunin hefur nú fest sér sess sem valmöguleiki fyrir konur og rúmur helmingur kvenna í landinu nýtir sér þetta tilboð. Árangur hefur verið góður og einkum hefur inngrípum á borð við legvatnsástungur fækkað mikið. Í heildina sparast verulegt fé vegna þessarrar starfsemi.

Skil á fæðingatilkynningum til fæðingaskráningar hafa verið góð og samvinna milli ritara og lækna fæðingaskráningarinnar annars vegar og ljósmæðra, ritara og lækna víða um land hins vegar með besta móti. Algengt er að hringt sé í ritara fæðingaskráningarinnar og leitað ráða um greiningar og greininganúmer. Slíkt eykur á samræmingu og gildi fæðingaskráningarinnar. Enn er þörf á að áminna starfsfólk sem skráir fæðingar um að gæta vandvirkni við háþrýstingsgreiningar og við nákvæmar greiningar á ástæðum fyrir keisarafæðingum og öðrum inngrípum. Allt þarf að skrá vandlega og best að fagfólkið sjálfst geri það en ekki ritara með takmarkaða þekkingu og möguleika á að hafa skráningaratriðin rétt. Læknar og ljósmæður eiga að rita greiningar framan á mæðraskrárnar með eigin hendi, strax þegar fylgikvillar koma upp í meðgöngu og eftir fæðinguna, um leið og greiningin er fengin, en ekki bíða með að ganga frá skráningunni eða fela hana öðrum, sem ekki hefur komið nálægt fæðingunni.

XXIII. HEIMILDIR (REFERENCES).

1. Vilbergsson G, Haraldsson S. Þrí – og fjórburafæðingar á Íslandi 1982 – 1998. Læknablaðið, 1999; 85: 975-80.
2. Andersen KV, Helweg-Larsen K, Lange A. Klassifikation af peri- og neonatale dødsfald. Ugeskr Læger 1991; 153: 1494-7.
3. Bjarnadóttir RI, Geirsson RT, Pálsson G. Flokkun burðarmálsdauða á Íslandi 1994 –1998. Læknablaðið 1999; 85: 981-6.
2. Robson MS, Scudamore IW, Walsh SM. Using the medical audit cycle to reduce cesarean section rates. Am J Obstet Gynecol 1996; 174: 199-205.
3. Rasmussen OB, Pedersen BL, Wilken-Jensen C, Vejerslev LO. Stratified rates of cesarean section and spontaneous vaginal deliveries. Data from five labor wards in Denmark – 1996. Acta Obstet Gynecol Scand 2000; 79: 227-31.
4. Georgsdóttir I, Dagbjartsson A. Litlir fyrirburar á Íslandi. Líflíkur og fötlun. Læknablaðið 2003; 89: 299-302.
5. Snædal G, Biering G, Sigvaldason H, Ragnarsson J. Fæðingar á Íslandi 1972-81, 12.grein: Vaxtarrit fyrir íslenska nýbura. Læknablaðið 1986; 72: 14-8.
6. Bender SS, Geirsson RT, Kosunen E. Trends in teenage fertility, abortion and pregnancy rates in Iceland compared with other Nordic countries. Acta Obstet Gynecol Scand 2003;82:38-47.

XXIV. RITVERK FRÁ EÐA Í SAMVINNU VIÐ FÆÐINGASKRÁNINGUNA 2003

(PUBLICATIONS FROM OR CONNECTED TO THE BIRTH REGISTRATION IN 2003).

1. Geirsson RT, Pálsson G, Bjarnadóttir RI, Garðarsdóttir G. Skýrsla frá fæðingaskráningunni fyrir árið 2002. Kvinnadeild LSH, 2003.
2. Georgsdóttir I, Dagbjartsson A. Litlir fyrirburar á Íslandi. Líflíkur og fötlun. Læknablaðið 2003; 89: 299-302.
3. Georgsdóttir I, Sæmundsen E, Símonardóttir I, Halldórsson JG, Egilsson SP, Leósdóttir Þ, Ingvarsdóttir B, Sindrason E, Dagbjartsson A. Litlir fyrirburar á Íslandi. Heilsufar og þroski. Læknablaðið 2003; 89: 575-81.
4. Guðbrandsdóttir G. Gula hjá nýburum. Fjórða árs ritgerð. Læknadeild HÍ 2003.

Auk þess leita margir eftir upplýsingum úr fæðingaskráningunni, einkum vegna rannsókna, s.s. vegna fjórða árs verkefna læknanema, ýmissa erlendra og innlendra samvinnuverkefna. Krafist er tilskyldra leyfa vísindasiðanefnda og Persónuverndar, þar sem við á.

XXV. ENGLISH SUMMARY

The Icelandic Birth Registration presents its ninth annual report, for the year 2003. Until 1995 only brief reports were given, mostly in the context of Nordic perinatal reports and data were also supplied to the NOMESKO reports issued every few years. The new Icelandic reports have been successively more detailed and presented different aspects of perinatal care each year. ICD-10 coding was instituted in 1997.

The Icelandic population numbered just about 291.000 at the end of 2003. Deliveries were 4079, up from the low <4000-figure the previous year. Delivered babies, counting all newborns of at least 22 weeks gestational age and 500 g by birthweight (WHO recommendation for registering), numbered 4159. Of the deliveries 70.2% were in Reykjavík, and that proportion has been slowly increasing in the last 2-3 decades. The birthrate/woman now stood at 1.98. Births/woman were high for a long time in Iceland, some of the highest in Europe and even during the last decade of the former century the rate stood at over 2.2. A large proportion of this was because of a high rate of teenage deliveries and deliveries in the 20-24 year age range. This has changed in the last 4-5 years. The rate of deliveries in the oldest age range is still relatively higher than in the other Nordic countries, probably connected to a higher number of births after assisted fertilisation techniques.

Pre-booked deliveries took place in 14 locations around the country and there were a few home deliveries (0.6% of total births)(Table 1), a similar figure to that of last year. Singleton and multiple deliveries as a result of assisted fertilisation procedures did account for a total of 2.6% of all deliveries (3,2% of newborns), which is higher than in other Nordic countries (Tables 2 and 3). To this must be added deliveries that occurred after intrauterine insemination which would raise these figures by about a third. The proportion of multiple births after assisted reproduction techniques was high or 37.5% and efforts are needed to reduce this. One triplet birth occurred after IVF abroad, where three embryos were inserted. Insertion of more than two fertilised eggs is not practised in Iceland to any degree anymore. Another triplet birth occurred, however, after fertility drug treatment and intrauterine insemination.

During the last decade there has been a change towards more centralisation of births with a steady reduction in the use of the smallest delivery facilities in rural health centers or small regional hospitals. Better telecommunication and flight travel, but in particular an improved roadsystem has changed the situation in that both practitioners and patients alike prefer not to use the smallest delivery facilities for reasons of safety any longer. When deliveries become fewer, the midwives loose practice and doctors do not feel confident to back them up. A move towards supporting natural birth among midwives has continued, but the use of waterbaths as an adjunct to pain management in labour did not increase and birth in water, practised particularly in Keflavik and at home deliveries, has also decreased to only 1.0% of all births (there is still a high rate among the few home deliveries). At the Landspítali University Hospital in Reykjavik water delivery has not been practised because of the current lack of evidence-based scientific knowledge for this as a safe alternative. At the unit in Keflavik 10% of the women gave birth in water (Table 9) and even fewer in the other two units where waterbirth has been offered.

Home service after hospital delivery by midwives has as enjoyed increasing popularity. The birthing unit in the University Hospital in Reykjavik, the MFS unit (Table 4), has been part of this programme and its existence promoted early return home after delivery. About 59% of women do go home very soon after delivery in the Reykjavik area, taking a strain off postnatal wards in the University Hospital. Within the hospital, services for women going home early and follow-up facilities after complications of pregnancy and delivery must be improved to meet in a safe way the demand for earlier discharge, even after cesarean section. The development of early discharge has been less conspicuous outside Reykjavik, where there is a tendency to keep women longer in hospital.

Regarding mode of delivery, the steadily increasing rates of cesarean section in the last decade have caused concern. The rate for this year was again higher than before and stood nationwide at 18.2%, the highest rate recorded so far. In the Landspítalinn University Hospital in Reykjavik the figure was somewhat higher as expected for the main referral hospital for complicated births in the country, at 19.3%. The rise is though mainly due to higher rates of elective, rather than emergency cesarean sections. In the second largest unit in Akureyri Regional Hospital in northern Iceland the rate was, however, lower than the year before, at 18.9%. This pertained both to elective and emergency sections. An ongoing audit procedure to review cases of cesarean delivery in northern Iceland may have been partly instrumental in bringing this decrease about.

The section rate at most of the smaller units has been variously high, not the least because of the rate of elective sections, showing that smaller units are not a guarantee for lesser intervention (Table 5). The exception has as before been the unit at Selfoss in southern Iceland. In some of the units the section rates have at times been a cause for concern. The interventions that matter are cesarean section and induction of labour, while vacuum extraction and forceps rates have for many years remained constant. A move towards encouraging reduction of section and induction rates is necessary and the problem must be tackled from many sides as there is no single cause for the rise in section rates seen.

The only intervention that has been dramatically reduced is episiotomy, but perhaps at the cost of more frequent perineal ruptures. Severe ruptures appear nonetheless not to be all too frequent. Results on deliveries and interventions from the Landspítalinn University Hospital are shown in Table 6. Results from the Akureyri, Keflavik and Selfoss regional hospitals are shown in Tables 7-10. The need for better audit practices is also discussed. An audit system (10 point system) introduced in the 2002 report and due to be set up this year did not materialise because of technical difficulties.

The report this year contains tables and a figure showing changes number of births by maternal age and the numbers of antenatal care visits by maternal age. Compared to five years ago deliveries in the two youngest age categories have become fewer, but the rate in the oldest group is still relatively higher than in the Nordic countries. The rapid expansion of using postcoital contraception in the last 4-5 years and a drive for better teenage contraceptive and sexual health teaching lead by medical students, has contributed to this.

The number of antenatal visits has not been reduced to any degree in spite of efforts to change this and reduce visits that may not be necessary. A new national policy based on evidence-based medicine is needed.

Perinatal mortality is registered by the ICD10 recommendation (22 weeks and 500 g) and by the older (28 weeks and 1000 g) reference mark. The results are shown in Table 10. Rates have never been lower at 3.6/1000 by the former and were only 2.9/1000 (similar to last year) by the latter definition (Table 12). Only 15 babies were lost in the whole country and have never been fewer. These figures are within the variance that can be expected and seen in a small population, but nonetheless the trend has been downward for many years now. This year's figures were particularly encouraging and remarkable for a whole nation, which although small in numbers lives spread out in a large country.

An audit on the perinatal deaths is carried out and reported at meetings in the Landspítalinn University Hospital four times a year. For the audit the Nordic Perinatal Death Classification (NPCD) (4) is used, where 5 main variables are created to produce 13 classes of death causes. There was a lower number of stillbirths (7 in all) than in previous years (Table 13) and four of these babies were less than 1000 g at delivery. Only eight babies were liveborn and died in the first week (Table 14), five under 1000 g. One baby died of asphyxia after a paracervical block anesthetic with lidocaine given at a regional hospital without facilities for emergency cesarean section, while one died because of developmental/malformation problems. One death was due to abruption at a preterm stage in a twin pregnancy where the other one was saved. The other five babies (two twin pairs) were lost due to cervical insufficiency/chorioamnionitis problems and one singleton died after an antepartum hemorrhage. All were extremely preterm and premature. Most of the deaths were not avoidable nor was suboptimal care involved.

Only one neonatal death occurred this year, at eight days age and due to congenital myotonic dystrophy. Five deaths of babies under 1000 g occurred with four of these in the 500-600 g range. Three of the deaths were ascribed to cervical insufficiency in the mother. Neonatal mortality was 2.2/1000 and infant mortality 2.6/1000, which is among the lowest ever seen in the country. There were two deaths in infancy, i.e. one case of sudden infant death syndrome at five months and one subsequent to brain damage following severe intrapartum asphyxia secondary to a tight umbilical knot. This baby survived until almost two months of age.

There was one indirect maternal death, most likely due to a familial functional cardiac condition, leading to sudden death at 12 weeks gestation.

The report again contains a thorough overview of antenatal ultrasound and biochemical screening at Landspítalinn University Hospital (LUH). Early screening by combining maternal age, beta-hCG and PAPP-A with nuchal translucency measurements has been offered as an option which women can choose and almost 3/4 of women in the Reykjavik area accept, even if it is not free. The results have been encouraging with a low screen positive rate of 4.5%, a 90% detection rate (sensitivity) and 96% specificity, a 4.1% false positive rate, a 10.8% positive predictive value and a 99.9% negative predictive value. The intervention rate with chorion villus sampling or amniocentesis was consequently low with no fetal loss. The figures must though be interpreted with caution due to the as yet low yearly numbers. The data on this are presented in one major overview-figure (Fig.1). The report also gives information on fetal anomalies detected at LUH at the routine 19-20 week ultrasound scan which virtually all women accept (Table 17). In 37 cases (13/1000) an anomaly was found and 30% of these pregnancies were

terminated, while the others were delivered, usually followed by corrective surgery where applicable. Almost all women in the country attend for a 19-20 week screening scan.

In the report the data and general information items are as before discussed and interpreted. The report is sent to all delivery clinics and maternity care centers (health centers) in Iceland where it has a wide readership, to consultant obstetricians and gynecologists and to the Icelandic health authorities, as well as to the Nordic birth registrations. Lastly it is sent to the media and is made available on the Landspítali University Hospital web (www.landspitali.is).