

LANDSPÍTALI
HÁSKÓLASJÚKRAHÚS



**Skýrsla frá
Fæðingaskráningunni
fyrir árið 2005**

**Kvennadeild og Barnspítali Hringisins
Landspítali - háskólasjúkrahús 2006**

SKÝRSLA FRÁ FÆÐINGASKRÁNINGUNNI

FYRIR ÁRIÐ
2005

KVENNAEILD OG VÖKUEILD BARNSPÍTALA HRINGSINS
LANDSPÍTALI - HÁSKÓLASJÚKRAHÚS
VIÐ HRINGBRAUT
101 REYKJAVÍK

RITSTJÓRAR:
RAGNHEIÐUR I. BJARNADÓTTIR
GUÐRÚN GARÐARSDÓTTIR
GESTUR PÁLSSON
ALEXANDER K. SMÁRASON

KVENNASVIÐ OG BARNASVIÐ
LANDSPÍTALI - HÁSKÓLASJÚKRAHÚS 2006

www.landspitali.is

Efnisyfirlit

Formáli

I.	Yfirlit yfir fæðingar árið 2005	4
II.	Fjölburar	7
III.	Tæknifrjóvgun	8
IV.	Fagrýni á fæðingahjálpi	10
V.	Fæðingar á Kvennadeild Landspítala – háskólasjúkrahúss.....	18
VI.	Fæðingar á Kvennadeild FSA	23
VII.	Fæðingar á fæðingardeild Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja	26
VIII.	Fæðingar á Heilbrigðisstofnun Suðurlands, Selfossi.	27
IX.	Fæðingar á fæðinga- og kvensjúkdómadeild Sjúkrahúss Akraness.	27
X.	Fæðingar á Fjórðungssjúkrahúsinu á Neskaupstað.	27
XI.	Fæðingar á Heilbrigðisstofnun Vestmannaeyja.....	29
XII.	Fæðingar á Heilbrigðisstofnuninni á Sauðárkróki.....	29
XIII.	Fæðingar á Fjórðungssjúkrahúsinu á Ísafirði.....	29
XIV.	Burðarmálsdauði 2005	30
XV.	Orsakir burðarmálsdauða.	31
XVI.	Nýbura- og ungbarnadauði.....	35
XVII.	Mæðradauði.....	35
XVIII.	Fósturskimun og fósturgreining 2005.	36
XIX.	Lokaorð.....	41
XX.	Heimildir.....	42
XXI.	Ritverk frá fæðingaskráningunni 2005.....	42
XXII.	English summary	43

FORMÁLI: Um árið 2005

Fæðingaskráningin á Íslandi birtir ársskýrslu um fæðingar og burðarmálsdauða á Íslandi í ellefta sinn. Fram kemur fjöldi fæðinga á einstökum fæðingastöðum og landinu öllu, auk upplýsinga um fæðingamáta og inngríp í fæðingar. Fjallað er um burðarmáls-, ungbarna- og mæðradauða, gefið yfirlit yfir fósturgreiningar og upplýsingar um tæknifrjövgun. Gögnin eru sýnd í texta og töflum og fylgir inngangur og umræða þar sem við á. Umfjöllun um burðarmálsdauða er byggð á samnorrænni flokkun. Líkt og á hinum Norðurlöndunum eru dánartilvik barna á fyrsta mánuði (nýburadauði) og til eins árs aldurs (ungbarnadauði) tekin með í skýrslunni. Ítarlegur kafli um fagrýni í fæðingarhjálp samkvæmt tíu-flokka kerfi, sem kennt er við Robson¹, fylgir eins og á sl. ári.

Nauðsynlegt er að allar skráningar um mæðravernd og fæðingahjálp verði sem nákvæmastar fyrir allt landið. Vanda þarf til verka og samhæfa greiningarskilmærki. Alþjóðlega heilbrigðisatburðaskráningin ICD 10 er notuð t.þ.a. skrá atburði og/eða sjúkdóma á burðarmálsstíma. Úrvinnsla úr gögnum fæðingaskráningarinnar hefur smám saman aukist og mun skráning fæðinga og fæðinga- og meðgöngutegndra atburða flytjast inn í Sögukerfið, sem verið er að taka upp á öllu landinu. Fæðingaskráningin er nú orðin rafræn og mun það vonandi auðvelda úrvinnslu gagna. Tilkynningar um fæðingar til Hagstofunnar eru rafrænar á Kvennasviði LSH. Í ungbarnaefirliti verða samskipti gegnum Sögukerfið beint á einstakar heilsugæslustöðvar og fæðingastofnanir.

Ragnheiður I. Bjarnadóttir fæðinga- og kvensjúkdómalæknir tók á árinu 2006 við af Reyni T. Geirssyni sem umsjónarlæknir fæðingaskráningarinnar og þar með við ritstjórn og útgáfu hinnar árlegu skýrslu. Hún hefur síðustu 10 ár haft faglegt eftirlit með burðarmálsdauðatilvikum og skráningu og flokkun þeirra samkvæmt samnorrænu kerfi. Alexander K. Smáráson, yfirlæknir á fæðingardeild FSA hefur flokkað allar fæðingar á Íslandi eftir 10 hópa kerfi sem kennt er við Robson og er víða notað við fagrýni í fæðingarhjálp. Í kafla IV. er flokkunin sýnd og lagt út frá henni. Gestur Pálsson barnalæknir hefur áfram umsjón með skráningu vandamála á nýburaskeiði svo og nýbura og ungbarnadauða, eins og hann hefur gert frá árinu 1994. Skráningin verður nú undir yfirumsjón Landlæknisembættisins, en áfram staðsett á Kvennasviði Landspítala-háskólasjúkrahúss (LSH), þar sem öll frumgögn eru einnig geymd. Guðrún Garðarsdóttir er ritari skráningarinnar og sér um daglegan rekstur. Þá er Gróa Margrét Jónsdóttir, ljósmóðir einnig í umsjónarteyminu, en hún hefur undanfarið unnið að rafrænu umbreytingunni. Meginhöfundar texta eru tilgreindir við hvern kafla, eins og við á. Upplýsingar voru að auki fengnar frá eftirtöldum: Jóhanni H. Jóhannssyni og Þóru Steffensen, læknum á Rannsóknarstofu Háskólans í meinafræði (um krufningar og litningagalla), Tönju Þorsteinsson, lækni í Art Medica (kafli III) og Guðrúnu Eggertsdóttur, yfirljósmóður á LSH (kafli VI). Anna B. Haukdal og Ingibjörg Richter, kerfisfræðingar á Upplýsingatækni- og heilbrigðisviði LSH, veittu mikilsverða aðstoð við vinnslu gagna. Hagstofan veitti upplýsingar um ungbarnadauða. Með beinni

upplýsingaöflun frá einstökum fæðingastöðum bættust við mikilvægar upplýsingar um hvernig staðið er að umönnun kvenna í fæðingu á Íslandi.

Reynir Tómas Geirsson veitti sem fyrr góð ráð um efni og uppsetningu skýrslunnar og í yfirllestri.

Í lok skýrslunnar er rætt um nokkra meginþætti varðandi fæðingar í landinu. Yfirlit á ensku fylgir í lok skýrslunnar auk þess sem allar töflur eru með fyrirsögnum á ensku. Skýrslan verður nú í fjórða sinn birt á vef Landspítala-háskólasjúkrahúss eftir að hafa verið send til allra fæðingastaða á landinu, mæðraverndar á heilsugæslustöðvum og heilbrigðisyfirvalda, auk norrænu fæðingaskráninganna. Samskiptin við norrænu fæðingaskráningarnar opna möguleika á samanburði og samvinnu auk þess að veita innsýn í vinnu annarra við skráningu og úrvinnslu gagna um fæðingar.

I. YFIRLIT YFIR FÆÐINGAR ÁRIÐ 2005.

Ragnheiður Ingibjörg Bjarnadóttir.

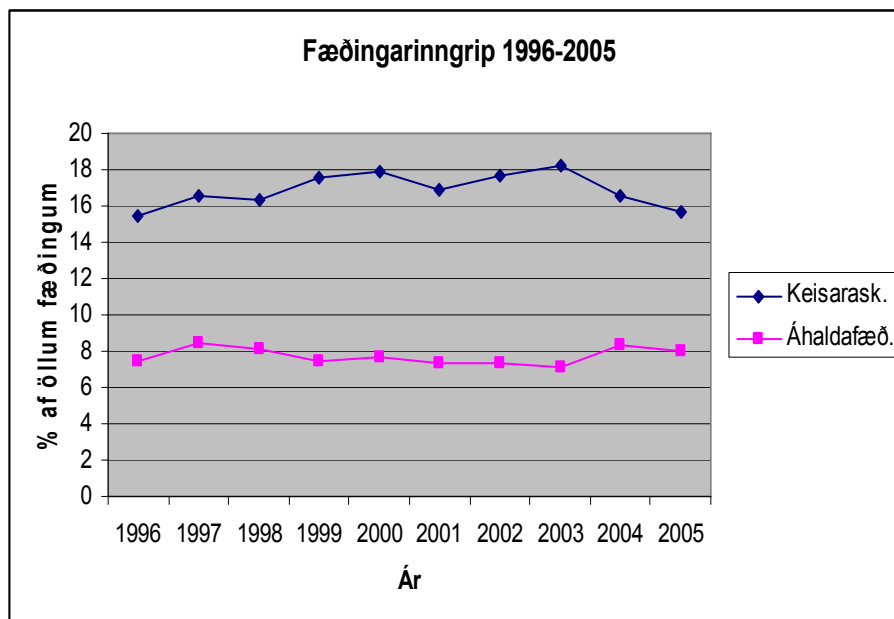
Fæðingar voru alls 4241 á landinu öllu og fæddust 4316 börn á Íslandi á árinu 2005. Meðaltal síðusta áratugar (1996-2005) er 4138 fæðingar á ári en fæstar voru fæðingar árið 2002 eða 3977 (tafla 1). Fæðingum hefur fjölgað lítilsháttar (1.3-2.6%) milli ára frá 2002. Af töflu 1 og mynd 1 sjást breytingar á tíðni keisaraskurða og áhaldafæðinga á síðastliðnum áratug. Í töflu 2 er sýnt yfirlit yfir fæðingar eftir fæðingastöðum á landinu.

Tafla 1. Fæðingar, burðarmálsdauði (BMD), keisaraskurðir og áhaldafæðingar á Íslandi 1996-2005. (Overview of deliveries, perinatal mortality, caesarean sections and instrumental deliveries in Iceland 1996-2005).

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Fjöldi fæðinga	4292	4091	4143	4054	4269	4043	3977	4080	4187	4241
Fædd börn	4365	4184	4227	4145	4351	4114	4070	4160	4266	4316
BMD-fjöldi	40	30	24	30	29	23	18	15	25	27
BMD-tíðni/1000	9.2	7.2	5.7	7.2	6.7	5.6	4.4	3.6	5.9	6.3
BMD-tíðni/1000*	6.4	5.3	3.3	6.0	5.3	3.7	2.5	2.9	4.5	2.8
Keisaraskurðir %	5.4	16.6	16.3	17.6	17.9	16.9	17.7	18.2	16.6	15.7
Áhaldafæðingar %	7.4	8.5	8.1	7.5	7.7	7.3	7.3	7.1	8.0	8.0

*Miðað við meðgöngulengd ≥ 28 vikur eða fæðingarþyngd ≥ 1000 g

Mynd 1. Fæðingainngrip á landinu, 1996 - 2005 (keisaraskurðir og áhaldafæðingar). (Interventional deliveries in Iceland, 1996 – 2005 (caesarean sections \blacklozenge ; instrumental deliveries \blacksquare)).



Tafla 2. **FÆÐINGAR Á ÍSLANDI 2005**. Yfirlit eftir fæðingastað og útkomu fæðinga. (Table 2. Overview of deliveries and newborns, stillbirths and first week deaths by place of delivery in 2003).

Fæðingastaðir <i>Place of delivery</i>	Fjöldi fæð.		Fjölburafæð.	Börn alls	Andv. Dáin á 1.v.	Dáin á 1.v.
	<i>No. of births</i>		<i>Multiple pregn.</i>	<i>No. of children</i>	<i>SB**</i>	<i>1st week deaths</i>
	n	(%)	n	n	n	n
1 Kvennadeild LSH	3026	71,4	60+1/2 tvíb.*** 3 þrív.	3093	14	4
2 Fj.sjúkrah. Akureyri	424	10,0	6+1/2 tvíb.***	430	3	1
3 Heilbrigðisst. Akraness	227	5,4		227	2	
4 -- Keflavík	177	4,2	2 tvíb.	179	1	
5 -- Selfoss	153	3,6		153		
6 Fj.sjúkrah. Ísafirði	53	1,2		53		
7 -- Neskaupst.	62	1,5		62	1	
8 Heilbrigðisst. Vestm.eyja	34	0,8		34		
9 -- Sauðárkróks	29	0,7		29		
10 -- Húsavíkur	1	0,02		1		
11 -- Höfn Hornaf.	9	0,2		9		
12 -- Siglufjarðar	2	0,04		2		1
13 Heilsug.st. Ólafsvík	1	0,02		1		
14 Heimafæðingar	43	1,0		43		
Reykjavík og nágr. (n= 30)						
Akureyri (n= 3)						
Höfn í Hornafirði (n= 3)						
Þórshöfn (n= 1)						
Eyrarbakki (n=1)						
Grindavík (n=1)						
Reykjanesbær (n=2)						
Bolungarvík (=1)						
Laugardalshreppur (n=1)						
SAMTALS	4241		72*	4316	21	6

*Börn =146 SB**= stillbirths

*** Hjá einu tvíburapari fæddist tvíb. A á FSA og tvíb. B á LSH

UMRÆÐA:

Dreifing fæðinga á landinu var mjög áþekk því sem var á síðasta ári og verið hefur undanfarin ár. Hlutfall fæðinga í Reykjavík (Kvennasviði LSH) var sem fyrr um 71% allra fæðinga á landinu. Á Kvennadeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri (FSA) fæddust um 10% barnanna, svipað og á síðasta ári, og er fjöldi fæðinga þar í réttu hlutfalli við íbúafjölda á svæðinu. Utan þessara staða dreifast tæp 19% fæðinga á 11 fæðingastaði, auk heimafæðinga. Þrír aðrir fæðingastaðir teljast nokkuð stórir miðað við aðstæður á Íslandi, þ.e.a.s. Akranes, Keflavík og Selfoss (samtals 13,2% fæðinga á árinu 2005). Á þessum stöðum hefur fjöldi fæðinga verið nokkuð svipaður undanfarin ár. Á Akranesi fjölgaði fæðingum nokkuð, en 5.6% barna fæddust þar. Aðeins fækkaði fæðingum í Keflavík þar sem rúmlega 4% barna fæddust. Um 3,6% barna fæddust á Selfossi, sem er svipað og verið hefur. Þau rúm 9%, sem þá eru eftir, dreifðust á 8 staði. Þar af voru flestar fæðingar á fjórum stöðum: Neskaupstað, Ísafirði, Vestmannaeyjum og Sauðárkróki, en þar fæddust samanlagt um 4% barna. Fæðingum fækkaði á Ísafirði og í Vestmannaeyjum en fjölgaði aðeins á Neskaupstað, en fæðingar sem áður voru á Egilsstöðum hafa m.a. flust þangað. Aðeins ein fæðing var á Húsavík og engin á Blönduósi enda fara konur þaðan nú til Akureyrar til þess að fæða. Á öðrum stöðum voru fæðingar mjög fáar þ.e. færri en 10 á ári, flestar þó (9) á Höfn.

Fæðingum utan sjúkrastofnana fjölgaði verulega, úr 25 árið 2004 í 43 árið 2005, sem er 1% allra fæðinga á landinu. Langflestar voru áformaðar heimafæðingar eða 38 (88%) en 4 börn fæddust óvænt heima og eitt í sjúkrabíl. Alls fæddust 30 börn heima á höfuðborgarsvæðinu, aðeins eitt af þeim óvænt. Ein ljósmóðir tók á móti langflestum þeim börnum sem fæddust í Reykjavík og næsta nágrenni. Af þeim 30 konum sem áformuðu heimafæðingu með hennar hjálp, fæddu 24 heima, þar af helmingurinn í vatnsbaði. Hjá tveimur konum var hætt við heimafæðingu vegna sitjandastöðu barns, fór önnur í valkeisara en hin fæddi um leggöng á Kvennadeild LSH. Fjórar konur (13%) voru fluttar á Kvennadeildina þar sem gefist var upp við heimafæðingu, tvær þeirra (báðar fjölbyrjur) fengu utanbastdeytingu og fæddu svo eðlilega en tvær frumbyrjur fæddu með bráðakeisaraskurði stór börn; 5220 og 4425 g (*upplýsingar frá Áslaugu Hauksdóttur ljósmóður*). Tvær ljósmæður sáu um fimm heimafæðingar til viðbótar í Reykjavík. Á Akureyri voru þrjár heimafæðingar og aðrar þrjár á Höfn í Hornafirði, sem er fjórðungur fæðinga á því svæði. Ein áformuð heimafæðing var í Reykjanesbæ, ein í Þórshöfn og ein í Laugardalshrepp. Unnið er að gerð leiðbeininga um heimafæðingar á vegum Landlæknisembættisins.

Sem fyrr verður að túlka varlega 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, eins og getið er um í umfjöllun um einstaka staði. Fjöldi fæðinga/konu reiknast á árinu 2005 samkvæmt tölum Hagstofunnar rétt undir 2.1, en það er sú fæðingartíðni sem þarf til að viðhalda sömu þjóðfélagsstærð. Á móti kemur að þjóðinni hefur fjölgað talsvert á liðnum árum, m.a. vegna fólks sem flust hefur til landsins eins og annars staðar á

Vesturlöndum. Á árinu 2005 bættust 36 kjörbörn af erlendum uppruna við þau börn sem fæddust í landinu. Íslendingar urðu 300.000 í janúar 2006.

Fæðingar virðast með breyttum þjóðfélagsaðstæðum vera að færast til mestu þéttbýlisstaðanna (tafla 2) þar sem auðveldara er að halda uppi víðtækri og fjölbreyttri þjónustu. Margir kostir fylgja því að konur utan stærstu staðanna eigi kost á að fæða í heimabyggð sinni, en taka verður mið af faglegum sjónarmiðum sem varða öryggi móður og barns. Sama viðbúnað er augljóslega ekki hægt að hafa til staðar hvarvetna í fámennu en stóru landi. Ljósmeður og lækningar verða að fá næga viðhaldsþjálfun og tilvísunarleiðir og verklagsreglur verða að vera skýrar. Forval og tímanlegur flutningur skipta miklu máli varðandi val á fæðingastað, en einnig þarf að vera auðvelt fyrir konuna að flytjast til baka í sængurlegu á heimaslóð, með heimaþjónustu ljósmóður eða á heilbrigðisstofnun.

II. FJÖLBURAR.

Ragnheiður Ingibjörg Bjarnadóttir

Fjölbura-fæðingar voru aðeins færri og en fyrra ári, eða 72 (77 árið 2004). Börnin voru 147; þar af þrennir þríburar á þessu ári. Hlutfall fjölbura-fæðinga af öllum fæðingum hefur verið um 2% síðastliðin 5 ár (1.7-2.2%) og er nú 1.6 % (Tafla 3). Sextíu tvíburapör fæddust í Reykjavík, 6 á Akureyri og tvö í Keflavík. Þar að auki fæddi ein kona fyrri tvíburann andvana á FSA löngu fyrir tímann og var flutt á LSH þar sem seinna tvíburinn fæddist síðar, sjá kafla XV. Þrennir þríburar fæddust á LSH, þar af einir um leggöng.

Hlutfallið milli fjölbura- og einbura-fæðinga var í heildina 1:59 á árinu og er það óbreytt frá árinu 2004. Talan sem að jafnaði er gefin upp fyrir náttúrulegar tvíburafæðingar er talin vera um 1:88². Af 72 fjölbura-pörum sem fæddust á árinu voru 21 getnir með aðstoð tæknifrjóvgunar (IVF/ICSI/FET) eða þriðjungur (29%), sem er svipað hlutfall og 2004. Hlutfall fjölbura af börnum sem eru getin eftir tæknifrjóvgun hefur á Íslandi verið milli 1:2,4 og 1:5 á undanförunum árum. Nú var hlutfallið mjög hátt eða 1:1,4 eftir tæknifrjóvgun (Tafla 2), þ.e. nær helmingur (47%) barna sem fæddust eftir tæknifrjóvgun á árinu 2005 eru fjölburar.

Fjölbura-meðgöngum og -fæðingum fylgir margföld áhætta miðað við það ef kona gengur með einbura, einkum vegna mun hærri tíðni fyrirbura-fæðinga (Tafla 3). Aukinn fjöldi fjölbura eftir tæknifrjóvgun hefur því verið áhyggjuefni alls staðar í heiminum. Unnið er að fækkun fjölbura eftir tæknifrjóvgun hér á landi. Með frýstingu fósturvísa hafa forsendur skapast fyrir að setja oftast aðeins upp einn fósturvísi í senn. Þá má minna á að meðferð með frjósemilyfjum eins og klómifeni fimmfaldr hættu á fjölbura-fæðingum, en sú lyfjagjöf er oft ekki skráð í mæðraskrá og heldur ekki í fæðingaskráningunni.

Keisaraskurðir voru alls gerðir í 36% allra fleirburafæðinga (26 af 72; sama hlutfall og 2004) sem er mun lægri tíðni en árið 2003 þegar tíðnin var 53% . Valkeisaraskurðir voru 8 (15 árið 2004) og 18 mæður fæddu með bráðakeisaraskurði, þar af tvisvar sinnum með neyðarkeisaraskurði til að ná seinni tvíbura eftir eðlilega fæðingu þess fyrri. Framdráttur á sitjanda hjá seinni tvíbura var gerður einu sinni og var það á FSA. Framköllun fæðinga var í 32% fjölburafæðinga, sem er aukning frá fyrra ári en þá voru 23,3% tvíburafæðinga framkallaðar. Alls var sogklukka notuð við 13 tvíburafæðingar eða 18% allra fjölburafæðinga, þar af var í tveimur fæðingum lögð sogklukka hjá báðum tvíburanna, í 4 tilvikum aðeins hjá fyrra barninu en í sjö tilvikum aðeins hjá því seinna.

Tafla 3. Yfirlit yfir fjölda fjölburafæðinga árin 1995-2005. (Overview of twin and triplet deliveries and perinatal mortality 1995-2005).

Ár	Fjöldi fæðinga	Tvíburafæðingar n (%)	Þríburafæðingar n	Fjölburabörn sem fæddust andvana/dóu á 1. viku (% af fjölburabörnum)	BMD/1000
1995	4227	83 (2,0)	2	11 (64/1000)	8,3
1996	4292	69 (1,6)	2	4 (28/1000))	9,2
1997	4091	85 (2,1)	4	9 (50/1000)	7,2
1998	4142	76 (1,8)	4	3 (18/1000)	5,7
1999	4054	83 (2,0)	4	4 (22/1000)	7,2
2000	4269	79 (1,9)	2	8 (49/1000)	6,7
2001	4043	69 (1,7)	1	3 (21/1000)	5,6
2002	3977	85 (2,1)	4	3 (16/1000)	4,4
2003	4079	76 (1,9)	2	6 (38/1000)	3,6
2004	4187	77 (1,8)	0	2 (14/1000)	5,9
2005	4241	69 (1,6)	3	8 (54/1000)	6,3

III. TÆKNIFRJÓVGUN.

Ragnheiður Ingibjörg Bjarnadóttir, Hilmar Björgvinsson (ART Medica, Kópavogi).

Tæknifrjóvgun er samheiti yfir glasafrjóvgun (in-vitro fertilisation, IVF), smásjárfrjóvgun (intracytoplasmic sperm injection, ICSI), uppsetningu frystra fósturvísa (frozen embryo transfer, FET) og tæknisæðingu (intrauterine insemination, IUI). Ýmist er sæði maka eða gjafasæði notað við IUI. Eggjagjöf (ovum donation) er einnig framkvæmd og má þá nota sæði maka eða gjafasæði. „Glasafrjóvgun“ er samheiti yfir allt ofantalið nema tæknisæðingu (IUI). Tæknisæðingar eru hjá Evrópusamtökum um tæknifrjóvgun (ESHRE) ekki taldar með tæknifrjóvgunaraðgerðum. Tæknifrjóvgun eða tæknisæðingar eru ekki tilkynningarskyldar til mæðraverndar eða fæðingaskráningar hér á landi.

Fjöldi barna sem fædd eru eftir tæknifrjövgun árið 2005 er sýndur í Töflu 4 (fæðingar eftir tæknisæðingar undanskildar). Fimm börn fæddust andvana, þar af tvennir tvíburar.

Tafla 4. Yfirlit yfir fæðingar eftir tæknifrjövgun árið 2005. (Table 4: Deliveries/infants after assisted reproductive technologies)

<i>Fæðingar 2005:</i>			
		Fjöldi (n)	Börn (n)
Einburafæðingar (singletons)		48	48
Tvíburafæðingar (twins)		21	42
Fæðingar alls * (total deliveries)		69	90
Þar af andvana** (stillbirths)		3	5
Drengir (male)			56
Stúlkur (female)			34
<i>Fæðingar eftir ICSI</i>			
Einburafæðingar		17	17
Tvíburafæðingar		9	18
<i>Fæðingar eftir IVF</i>			
Einburafæðingar		26	26
Tvíburafæðingar		9	18
Fæðingar eftir FET			
Einburafæðingar		5	5
Tvíburafæðingar		3	6
<i>Aldur móður í árum (mat. age)</i>	<25	26-35	>35
Fjöldi	3	41	25
<i>Meðferðir 2005 ***(treatments)</i>			
		IVF + ICSI	FET
Byrjuð meðferð (initiated cycles)		462	203
Eggheimtur (oocyte retrieval)		416	
Fósturfærslur (embryo transfer)		353	161
Klínískar þunganir (clinical pregnancies)		135	38
<i>Fósturlát (aborted)</i>			
Biochemical (ekki talið með klíniskum þungunum)		11	7
Abortions		15	2
Blighted ovum		16	3
Ectopic pregnancies		3	0
Fæðingar (Deliveries)		101	33
Þar af andvana**		4	0
<i>Tæknisæðingar 2005 (Artificial insemination)</i>			
Fjöldi meðferða (no. of treatments)		505	
Þunganir (Pregnancies)		72	

* Vantar upplýsingar um afdrif tveggja þungana er væntu fæðingar 2005 (1 IVF og 1 FET)

** Andvana fæðing skv. Skilgreiningu WHO –meðgöngulengd 22 vikur eða fæðingarþyngd 500 grömm eða meira.

*** Vantar upplýsingar um afdrif sex meðferða (3 IVF/ICSI og 3 FET) para búsettra erlendis.

Hlutfall fjölbura eftir tæknifrjóvgun var hátt á árinu eða 47% barna sem fæddust eftir tæknifrjóvgun. Drengir voru 56 og stúlkur 34 (male/female ratio 1,65). Af mæðrunum voru þrjár undir 25 ára aldurs, 41 (56%) voru á aldursbilinu 26-35 ára og 25 (34%) yfir 35 ára aldri, sem eru svipaðar tölur og á fyrra ári. Hlutfall barna, sem urðu til við tæknifrjóvgun, hefur lækkað nokkuð á undanförunum árum og var 2,1% á árinu 2005 (Tafla 5).

Tafla 5. Fjöldi fæðinga og barna sem fædd eru eftir glasafríjvöngunir (IVF, ICSI, FET) í ART Medica Kópavog. (Table 5. Number of deliveries and newborns after IVF, ICSI and FET treatment in the assisted reproduction unit ART Medica, Kópavogur, Iceland).

	2001	2002	2003	2004	2005
Einburafæðingar (singleton births)	69	76	82	66	48
Tvíburafæðingar (twin births)	28	30	25	24	21
Þríburafæðingar (triplet births)	0	1	1	0	0
Fædd börn alls (total delivered babies)	126	139	135	114	90
Hlutfall (%) af fæddum börnum (% of all babies)	3,0	3,4	3,2	2,7	2,1

IV. FAGRÝNI Á FÆÐINGARHJÁLP

Alexander Kr. Smáráson

Fjöldi keisaraskurða hefur undanfarin ár verið sýndur sem hlutfall (%) af fjölda fæðandi kvenna og síðan skráðar bráða- og valkeisaraaðgerðir og er það í samræmi við alþjóðahefðir. Fagrýni á keisaraskurðum samkvæmt aðferð Robson (midwifery audit) er notuð í vaxandi mæli erlendis. Í síðustu ársskýrslu var útkoma úr fæðingum á Íslandi í fyrsta skipti sett fram á þann hátt.

Í Töflu 6 er yfirlit yfir fjölda og hlutfall fæðingaraðgerða á landinu öllu. Valkeisaraskurður er aðgerð sem er ákveðin fyrirfram, gerð á venjulegum vinnutíma og skulu hið minnsta 8 klukkustundir líða frá ákvörðun um aðgerð þar til hún er framkvæmd. Ef flýta þarf aðgerð vegna þess að konan er komin í sótt telst aðgerðin ekki lengur valkeisaraskurður. Ef flýta þarf aðgerð af öðrum ástæðum gildir 8 klukkustunda reglan. Allir aðrir keisaraskurðir teljast bráðaaðgerðir.

Tafla 6. Yfirlit yfir fæðingaraðgerðir fyrir allt landið og helstu fæðingastaði árið 2005. Hlutfallstölur miðaðar við heildarfjölda fæðinga á hverjum stað. (Table 6. Operative deliveries, emergency and elective cesarean section, vacuum extraction and forceps deliveries by place of delivery).

	Allir keisaraskurðir		Valkeisarar		Bráðakeisarar		Sogklukkufæð.		Tangarfæð.	
	All CS		Elective CS		Emergency CS		Vac. extractions		Forceps	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Reykjavík	497	16,4	154	5,1	343	11,3	235	7,7	53	1,2
Akureyri	62	14,6	32	7,5	30	7,1	28	6,6	0	-
Akranes	44	19,4	18	7,9	26	11,5	5	2,0	0	-
Keflavík	24	13,6	14	7,9	10	5,6	14	7,9	0	-
Selfoss	19	12,4	12	7,8	7	5,6	4	2,6	0	-
Neskaupstaður	9	14,5	7	11,3	2	3,2	2	3,2	0	-
Ísafjörður	9	16,7	1	1,9	8	15,1	0	0	0	-
Vestmannaeyjar	2	5,9	2	5,9	0	0	1	2,9	0	-
Allt landið	666	15,7	240	5,6	426	10,0	289	6,8	53	1,2

Í skýrslu frá Fæðingaskráningunni árið 2001 var fyrst kynnt 10 hópa flokkun Robsons og notkun hennar við fagrýni á fæðingum. Flokkunin er ekki einungis gagnleg við að skoða keisaraskurði og áhaldafæðingar heldur einnig aðra mikilvæga þætti, svo sem spangarskurði, spangarrifur, epidural og svæfingar við keisaraskurði (sjá Töflu 13 frá FSA). Ef tiltekin útkoma er ekki talin ásættanleg á fæðingastofnun má beita fagrýni á þennan hátt til að greina vandamálið og síðan til að meta árangur af aðgerðum til úrbóta. Meta má breytingar yfir tíma og afleiðingar af breytingum á starfsemi. Erfitt er stundum að bera saman útkomu á ólíkum fæðingastofnunum því munur getur verið á starfsemi stofnana og í samsetningu hópanna sem þangað leita. Við þannig aðstæður getur verið gagnlegt að bera saman útkomuna í tilteknum hópi fæðandi kvenna. Til dæmis má búast við að inngrip í fæðingu kvenna í hópi 3 (fjölbyrjur í sjálfkrafa sótt) séu álíka sjaldgæf á flestum stöðum. Fagrýni samkvæmt þessari flokkun hefur verið stunduð á FSA síðan 1999 og er talin hafa stuðlað að fækkun á keisaraskurðum og fjölgun eðlilegra fæðinga undanfarið ár.

Í skýrslu Fæðingaskráningarinnar 2001 var mælt til þess að fæðingarstaðir á Íslandi settu fram útkomu fæðinga samkvæmt 10 hópa kerfinu. Reynslan sýnir að gagnaöflun verður áreiðanlegri ef þeir sem safna upplýsingunum vinna einnig niðurstöðuna. Fæðingardeild FSA hefur verið í fararbroddi varðandi þetta. Með innleiðingu Sögukerfisins á LSH verður útkoma samkvæmt 10 hópa kerfinu tiltæk reglulega frá og með árinu 2006 enda er það frumskilyrði til að kerfið gagnist fæðingadeildum í daglegu starfi. Skráning samkvæmt 10 hópa kerfisins hefur einnig verið notuð á Akranesi.

Eins og fyrir árið 2004 var gagnagrunnur Fæðingaskráningarinnar notaður til að flokka allar fæðingar á Íslandi samkvæmt 10 hópa kerfi Robson's og hlutfall keisaraskurða, áhaldafæðinga og eðlilegra fæðinga skráð fyrir hvern fæðingastað. Í gagnagrunninum eiga að vera allar nauðsynlegar upplýsingar, en því miður virðist

skráningin stundum vera ófullnægjandi. Sérlega hefur komið í ljós hérlendis, eins og erlendis, að oft gleymist að skrá greininguna “mæðrahjálp vegna fyrri keisaraskurðar”(O34.2), sérlega ef konan fæðir eðlilega og hefur áður bæði farið í keisaraskurð og fætt eðlilega. Einnig er líklegt að stundum gleymist að skrá greiningarnúmer fyrir framköllun fæðingar. Hlutfallslega hefur fjölgað töluvert í hópum 2 og 4 milli áranna 2004 og 2005, þó svo að talning á framköllun fæðinga sýni aðeins lítilsháttar aukningu (<2%). Bendir það til þess að skráning í gagnagrunnin sé nákvæmari árið 2005 borið saman við árið 2004. Niðurstöður sem koma fram í Töflu 7 eru fengnar úr gagnagrunni Fæðingaskráningarinnar nema tölurnar frá Akureyri og Akranesi, sem eru samkvæmt upplýsingum þaðan.

Niðurstöðurnar í Töflu 7 sýna útkomu fæðinga á Íslandi árið 2005 samkvæmt flokkun Robsons. Flokkunin gefur grunnupplýsingar um hina mismunandi fæðingastaði og felur ekki í sér gagnrýni á mismunandi útkomu. Ekki er t.d. hægt að tala um eina “réttu” tíðni keisaraskurða. Tíðnin ræðst af aðstæðum á hverjum stað og sérstaklega fæðingarsögu þeirra kvenna sem þar fæða. Það hlýtur hinsvegar að vera gagnlegt fyrir fagfólk á hverjum stað að vita hver útkoman er og hvernig hún er í samanburði við aðra staði. Fagfólk getur skoðað niðurstöðurnar og tekið afstöðu til hvort útkoman er ásættanleg eða hvort umbóta sé þörf. Niðurstöðurnar geta einnig haft þýðingu fyrir barnshafandi konur og fjölskyldur þeirra, þegar kemur að því að velja fæðingarstað og einnig fyrir stjórnvöld við skipulagningu á heilbrigðisþjónustu.

Undanfarna áratugi hefur orðið stöðug fjölgun keisaraskurða á í nágrannalöndunum okkar. Eins og við er að búast í litlu þjóðfélagi sem okkar, verða töluverðar sveiflur á milli ára. Það er athyglisvert að annað árið í röð fækkaði keisaraskurðum milli ára, voru nú 15.7% sem er 2.5% lægra en árið 2003, þegar tíðnin var hæst (18.2%). Heildarniðurstöður fyrir Ísland endurspeglar einkum útkomuna á kvennasviði LSH, enda fæða 71% kvenna þar. Búast má við að útkoman á smærri stöðunum sveiflist enn meira milli ára vegna smæðar staðanna.

Sem fyrr mátti búast við hærri tíðni keisaraskurða á LSH en á landsvísu vegna fleiri áhættumeðgangna og fyrirburafæðinga. Keisaraskurðum fækkaði á kvennadeildinni annað árið í röð, voru 497 eða 16,4% og hefur fækkað úr 17,1% árið 2004 og 19,3% árið 2003.

Eins og áður er hópur 1 til tölulega stór á LSH samanborið við aðra staði. Á þessu gætu verið nokkrar skýringar, svo sem að frumbyrjur með áhættuþætti á suðvestur horni landsins fæði frekar á LSH, að konur á svæðinu fæði færri börn en kynsystur þeirra annars staðar eða að á svæðinu séu hlutfallslega séu fleiri yngri konur að eiga sitt fyrsta barn. Tíðni keisaraskurða í hópi 1 var 12,2%, sem er fremur hátt miðað við aðra staði á Íslandi, sem skýrist væntanlega af fleiri áhættumeðgöngum. Það gæti skipt máli í þessu samhengi, að fæðing er framkölluð hjá tiltölulega fáum konum á Íslandi. Ef útkoman á LSH er borin saman við útkomuna á National Maternity Hospital í Dublin 2004 kemur eftirfarandi í ljós: Frumbyrjur í hópum 1 og 2 eru 36% af öllum konum á LSH en 40% í Dublin, sem

gæti endurspeglað að íslenskar konur eignast fleiri börn en konur á Írlandi. Ef borin er saman stærð hópa 1 og 2 eru hlutföllin gjörólík, því ein af hverjum sex er í hópi 2 á LSH en ein af hverjum þrem í Dublin, sem endurspeglar að fæðing er framkölluð hjá fleiri frumbyrjum í Dublin. Sama mismun má sjá, þegar tölur yfir fjölbyrjur eru skoðaðar. Með fyrirvara um öryggi skráningar á framköllun fæðingar er líklegt að hér sé um raunverulegan mun að ræða. Þessi mismunur í stærð hópa gæti skýrt að einhverju leiti fleiri keisaraskurði, 12,2% í hópi 1 á LSH samanborið við 6,6% í Dublin. Með tiltölulega færri framkölluðum fæðingum má búast við “erfiðari” fæðingum í hópi 1. Hinsvegar er tíðni keisaraskurða svipuð hjá frumbyrjum í framkallaðri fæðingu á báðum stöðum.

Mikilvægt er að tíðni keisaraskurða sé sem lægst hjá frumbyrjum vegna margfeldisáhrifa á keisaratíðni í framtíðinni. Konur sem þurfa keisaraskurð í fyrstu fæðingu lenda næst í hópi 5 (konur með fyrri keisaraskurð) og eru þá líklegar til að þurfa keisaraskurð á ný. Keisaratíðnin í hópi 5 var 55%, sem telst vel viðunandi (51,2% á NMH Dublin 2004). Ef frumbyrjur ná hinsvegar að fæða eðlilega eða með hjálp áhalda, lenda flestar í hópi 3 í næstu fæðingu, þar sem keisaratíðnin var 2,7% á LSH. Á LSH eins og annarsstaðar á landinu fæðast langflest börn í sitjandi stöðu með keisaraskurði. Eins og við er að búast er hópur 10 (fyrirburar í höfuðstöðu) mun stærri á LSH en á öðrum stöðum á landinu, vegna þess að þar er eina sérhæfða deildin sem sinnir fyrirburum undir 34 vikum. Tíðni keisaraskurða í þessum hópi er há, því oft er um alvarlega meðgöngusjúkdóma að ræða, sem valda því að ljúka þarf meðgöngu fyrir tímann, oft með keisaraskurði.

Á Akureyri var tíðni keisaraskurða lengi mjög há (hæst 24.9% árið 1999) en hefur síðan farið hratt lækkandi (sjá Töflu 11 í kafla frá FSA). Nú eru vísbendingar um að ekki verði frekari lækkun því tíðnin var 14,6% árið 2005, sem er nákvæmlega sama tala og árið áður. Athyglisvert er að á Akureyri er hlutfall frumbyrja í hópum 1 og 2 undir landsmeðaltali þrátt fyrir að engar frumbyrjur fæði nú á Sauðárkróki. Lýðfræðileg skýring þessa er óljós. Tíðni keisaraskurða í hópi 1 er lág og einnig fæða margar konur í hópi 5 um leggöng. Á landinu er hópur 5 hlutfallslega stór á Akureyri, enda var keisaratíðni frumbyrja mjög há 6 árum áður. Hópur 2 er lítill, þ.e. fáar frumbyrjur fara í framköllun fæðingar og kemur það því á óvart, hve fáar þessara kvenna þurfa keisaraskurð. Keisaratíðni í þessum hóp hefur farið lækkandi undanfarin ár og verður athyglisvert að sjá hvort svo lág tíðni helst áfram í þessum yfirleitt erfiða hópi, sem er fámennur og því líklegt að útkoman sveiflist mikið milli ára.

Í Keflavík hefur fæðingum heldur fækkað. Tíðni keisaraskurða er svipuð og áður og er sem fyrr lág í hópi 1 og er sá hópur minni en landsmeðaltal. Hugsanleg skýring er að frumbyrjur með áhættuþætti séu fluttar í fæðingu á LSH vegna skertrar þjónustu svæfinga- eða fæðingalækna, þegar fæðingarsótt hefst. Samkvæmt skráningu fæða allar konur í hópi 5 með keisaraskurði og þyrfti að skoða sérstaklega hvort sú skráning er rétt.

Á Selfossi er keisaratiðni lág sem fyrr og sérlega í hópi 1 eins og í Keflavík. Sömuleiðis er hópur 1 lítill. Svipaðar skýringar gætu átt við og nefndar eru hér að ofan varðandi Keflavík, þ.e. að konur frá Suðurlandi leiti á LSH til að fæða.

Akranes er í nálægð við Reykjavík líkt og Keflavík og Selfoss, en með ólíka útkomu. Eins og á hinum tveimur “kragasjúkrahúsunum” við Reykjavík eru konur í áhættumeðgöngum sendar á LSH. Árið 2005 var hæsta keisaratiðni á Íslandi á Akranesi (19,4%), sem er þó veruleg lækkun frá fyrra ári, þegar tíðnin var 25,4%. Tíðni eðlilegra fæðinga er þó há þrátt fyrir háa keisaratiðni því sogklukkufæðingar eru fáar. Hópur 1 er að stærð ofan við landsmeðaltal og í þeim hópi er keisaratiðnin enn há eða 15,3% sem er áhyggjuefni vegna margfeldisáhrifa í framtíðinni eins og áður hefur komið fram. Keisaraskurðum hefur fækkað í hópi 3, en eru hlutfallslega fleiri en landsmeðaltal. Hópur 5 hefur stækkað og er nú 12,3% miðað við 7,6% árið áður og er líklegur til að stækka enn frekar. Með sama áframhaldi mun keisaratiðni á Akranesi hækka enn frekar með stækkun á hópi 5. Á móti kemur þó að miðað við árið áður fæða nú fleiri konur í hópi 5 um leggöng.

Fæðingar á Ísafirði, Neskaupsstað og Vestmanneyjum eru fáar, þannig að útkoman getur sveiflast mikið milli ára. Fæðingum á Ísafirði fækkaði úr 61 í 53 og virðist fækkunin vera hjá frumbyrjum, sem vekur spurningu um hvort þær leiti annað til að fæða. Keisaraskurðum fjölgaði þó úr sex í níu, sem endurspeglast í 17,0% keisaratiðni. Fæðingar á Neskaupsstað voru álíka margar og árið áður eða 62 með 14,5% keisaratiðni. Munurinn liggur í því að 2004 voru sjö konur í hópi 5 sem fæddu með keisaraskurði en aðeins tvær 2005. Í Vestmanneyjum fækkaði fæðingum úr 43 í 34 og þar af voru aðeins sex frumbyrjur, sem bendir til þess að frumbyrjur leiti annað til fæða. Aðeins voru gerðir tveir valkeisaraskurðir, annar í hópi 5 og hinn í hópi 7. Fæðingum á Sauðárkróki fjölgaði úr 17 í 29 og fæddu þar eingöngu fjölbyrjur sem allar fæddu eðlilega.

Áhaldafæðingar með töng eða sogklukku voru svipaðar og áður, þ.e. 8,0%. Tíðnin var óbreytt á LSH en lækkaði úr 9,5% í 6,0% á Akureyri. Árið 2005 var LSH eini staðurinn þar sem töng var notuð við fæðingar. Af 291 áhaldafæðingum á LSH var töng notuð við 53 fæðingar eða 1,7% sem er svipað og áður. Í þessum fæðingum var sogklukka og töng notuð við 17 fæðingar.

Tafla 7. Yfirlit yfir fæðingaraðgerðir og eðlilegar fæðingar fyrir allt landið eftir fæðingastöðum 2005 samkvæmt flokkun Robsons. (Table 7. Operative deliveries and normal deliveries in Iceland 2005, Robson classification).

2005	Allt landið			LSH Reykjavík			FSA Akureyri			SHA Akranesi			HS Keflavík			HS Selfossi								
	Konur í hóp	keisarask.	eðlilegar fæð.	Konur í hóp	keisarask.	eðlilegar fæð.	Konur í hóp	keisarask.	eðlilegar fæð.	Konur í hóp	keisarask.	eðlilegar fæð.	Konur í hóp	keisarask.	eðlilegar fæð.	Konur í hóp	keisarask.	eðlilegar fæð.						
Samtals prósent	4240	666	3277	3025,5	487	291	2280	423,5	62	26	338	227	44	5	178	177	24	14	140	153	19	4	130	
	15,7%	8,0%	76,0%	16,4%	9,4%	73,8%	14,6%	6,1%	78,7%	19,4%	2,2%	78,4%	13,6%	7,8%	82,2%	13,6%	7,8%	78,2%	12,4%	2,6%	85,0%			
1 Fimbylga, einburt, höfuðstáa á tíma, sjálfkrafa sett	1247	136	192	919	843	115	161	667	117	6	16	95	3	58	45	2	7	36	37	2	4	31		
	29,4%	10,9%	15,4%	73,7%	31,2%	17,1%	70,7%	27,8%	5,1%	13,7%	81,2%	30,8%	12,9%	4,3%	82,9%	25,4%	4,4%	15,6%	80,0%	24,2%	5,4%	10,8%	83,8%	
2a Fimbylga, einb., höfuðst. á tíma framkolluð fæðing	244	58	38	146	181	45	33	103	19	1	1	15	4	0	13	14	3	3	8	5	2	0	3	
	5,8%	23,8%	15,5%	59,8%	8,0%	24,9%	18,2%	56,9%	4,5%	5,3%	78,9%	7,5%	0,0%	76,5%	7,9%	21,4%	21,4%	57,1%	3,3%	40,0%	0,0%	60,0%		
2b Keisaraskurður ekki í fæðingu	15	15			7	7			3	3			3							2	2			
	0,4%			0,2%	0,7%			0,7%	0,7%				0,7%							0,0%	1,3%			
3 Fjölbýja, einburt, höfuðstáa á tíma, sjálfkrafa sett	1704	38	39	1627	1131	30	30	1071	169	1	5	163	76	3	1	72	81	0	3	78	87	2	0	85
	40,2%	2,2%	2,3%	95,5%	37,4%	2,7%	2,7%	94,7%	39,8%	0,6%	3,0%	96,4%	33,5%	3,9%	1,3%	94,7%	45,8%	0,0%	3,7%	96,3%	56,9%	2,3%	0,0%	97,7%
4a Fjölbýja, einb., höfuðst. á tíma framkolluð fæðing	286	18	15	253	193	11	14	168	36	2	1	33	3	0	19	15	2	0	13	9	0	0	0	9
	6,7%	6,3%	5,2%	88,5%	8,4%	5,7%	7,3%	87,0%	8,5%	5,6%	2,8%	91,7%	13,6%	0,0%	86,4%	8,5%	13,3%	0,0%	86,7%	5,9%	0,0%	0,0%	100%	
4b Keisaraskurður ekki í fæðingu	27	27			17	17			3	3			1	1						3	3			1
	0,6%			0,6%	0,6%			0,7%	0,7%				0,4%							1,7%	0,7%			0,7%
5 Eymri keisaraskurður, einburt höfuðstáa, á tíma	347	191	31	125	253	133	27	93	45	27	2	16	28	14	1	13	6	0	0	7	6	0	0	1
	8,2%	55,0%	8,9%	38,0%	8,4%	52,6%	10,7%	36,8%	10,6%	80,0%	4,4%	35,6%	12,3%	60,0%	3,6%	46,4%	3,4%	100%	0,0%	4,6%	86,7%	0,0%	14,3%	
6 Allar fimbýjur með sitlandi einbura	61	54	0	7	47	40	0	7	6	6	0	0	1	0	0	0	3	0	0	2	2	0	0	0
	1,4%	88,5%	0,0%	11,5%	1,8%	85,1%	0,0%	14,9%	1,4%	100%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	100%	0,0%	1,3%	100%	0,0%	0,0%	
7 Allar fjölbýjur með sitlandi einbura	57	53	0	4	42	38	0	4	5	5	0	0	2	0	0	0	3	0	0	2	2	0	0	0
	1,3%	93,0%	0,0%	7,0%	1,4%	90,5%	0,0%	9,5%	1,2%	100%	0,0%	0,9%	100%	0,0%	0,0%	1,7%	100%	0,0%	1,3%	100%	0,0%	0,0%	0,0%	
8 Allar konur með fjölbura	72	25	15	80	63,5	22	15	69	6,5	2	0	9	0	0	0	0	2	1	0	2	0	0	0	0
	1,7%	34,7%	10,2%	54,4%	2,1%	34,6%	11,5%	53,1%	1,5%	30,8%	0,0%	69,2%	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%	50%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
9 Allar eðlilegar legur, einburt	14	14	0	0	8	8	0	4	4	4	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	0,3%	100%	0,0%	0,0%	0,3%	100%	0,0%	0,0%	0,9%	100%	0,0%	0,4%	100%	0,0%	0,0%	0,6%	100%	0,0%	100%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	
10 Allir fimbýjur <37 vikur höfuðstáa	186	37	13	116	140	31	11	98	10	2	1	7	6	3	0	3	4	0	1	3	1	0	0	1
	3,9%	22,3%	7,8%	68,9%	4,8%	22,1%	7,9%	70,0%	2,4%	20,0%	10,0%	70,0%	2,6%	60,0%	0,0%	50%	2,3%	0%	25,0%	0,7%	0%	0%	100%	

(4) tvær konur fæddu fyrsta barn um leggöng en seinna barn var fædd með keisaraskurði

(5) þær af 12 stjandá fæðingar

(6) kona með tvíbura fæddi annan a FSA og hinn a LSH

(1) fjórir kvemna sem féru í keisaraskurð í hverjum hóp og tóku í hóp miðað við fjölda kvenna

(2) fjórir aðalafæðinga (sokluukka, tóng) í hverjum hóp og tóku í hóp miðað við fjölda barna

(3) fjórir eðlilegra fæðinga í hverjum hóp og tóku í hóp miðað við fjölda barna

2005	FSI Isafjörði			FSN Neskaupstað			HV Vestmannaeyjum			HS Sauðárkrúki		Aðrir staðir		Heimafæðingar	
	konur í hóp	keisarask.	þahaldafæð.	keisarask.	þahaldafæð.	keisarask.	keisarask.	þahaldafæð.	keisarask.	keisarask.	þahaldafæð.	keisarask.	þahaldafæð.	keisarask.	þahaldafæð.
Samtals prosent	53 17,0%	9 0,0%	44 83,0%	62 14,5%	9 3,2%	51 82,3%	34 5,9%	2 2,9%	31 91,2%	29 100,0%	13 100,0%	43 100,0%	43 100,0%	6 100,0%	0
1 Frumbyrja, einburi, höfuðstaða á tíma, sjálfkrafa sótt	10 18,9%	3 20,0%	8 80,0%	13 21,0%	0 0,0%	1 7,7%	6 17,6%	0 0,0%	6 100%	0	0	6	6	0	0
2a Frumbyrja, emb., höfuðst. á tíma; framkalluð fæðing	5 9,4%	2 40,0%	3 60%	3 4,8%	1 33,3%	1 33,3%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0	0	0	0	0	0
2b keisaraskurður ekkí í fæðingu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3 Fjölbýrja, einburi, höfuðstaða á tíma, sjálfkrafa sótt	29 54,7%	1 3,4%	28 97%	35 56,5%	1 2,9%	0 0,0%	20 58,8%	0 0,0%	20 100%	29 100%	12	35	35	0	0
4a Framkalluð fæðing	3 5,7%	0 0,0%	3 100%	3 4,8%	0 0,0%	0 0,0%	5 14,7%	0 0,0%	5 100%	0	0	0	0	0	0
4b keisaraskurður ekkí í fæðingu	0	0	0	2 3,2%	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 Fyrr keisaraskurður, einburi höfuðstaða, á tíma	3 5,7%	2 66,7%	1 33,3%	2 3,2%	2 100%	0 0,0%	2 5,9%	1 50,0%	1 50,0%	0	0	1	1	0	0
6 Allar frumbyrjur með stíjandi einbura	1 1,9%	1 100%	0 0,0%	1 1,6%	1 100%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0	0	0	0	0	0	0
7 Allar fjölbýrjur með stíjandi einbura	0	0	0	2 3,2%	2 100%	0 0,0%	1 2,9%	1 100%	0	0	0	0	0	0	0
8 Allar konur með fjölbura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9 Allar óeðlilegar legur, einburi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 Allir fyrriburur, <37 vikur, höfuðstaða	2 3,8%	1 50,0%	1 50,0%	1 1,6%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0	0	1 7,7%	1	1	0	100%

Viðauki 1. Leiðbeiningar um skráningu á fæðingum í 10 hópa kerfi.

Hér að neðan er leitast við að skýra nánar hvaða konur lenda í hvaða hóp og nefna helstu spurningarnar / villurnar sem koma upp við skipan í hópa.

Hópur 1. Frumbyrja, einburi í höfuðstöðu, full meðganga (≥37vikur), sjálfkrafa sótt.

Algengasta vandamálið við flokkun er óvissa í greiningu á sjálfkrafa sótt/fæðingu áður en gefið er oxýtósín til að flyta framgangi fæðingar eða að gerður er bráða keisaraskurður af einhverjum orsökum. Meðgöngulengd er samkvæmt ómun, ef hefur verið gerð fyrir 22 vikur, annars samkvæmt síðustu tíðum ef þekktar.

Hópur 2. Frumbyrja, einburi í höfuðstöðu, full meðganga (≥37vikur), framkölluð fæðing eða keisaraskurður fyrir upphaf fæðingar.

Helstu röksemdirnar fyrir þessum hóp eru að bundinn er endi á meðgöngu áður en konan fer í sjálfkrafa sótt. Á sumum deildum færi kona sem er óhagstæð til framköllunar á fæðingu í keisaraskurð í stað þess að framköllun væri reynd. Margir halda þessum hópum aðskildum þannig að skoða megi niðurstöður með þetta í huga. Kona með farið vatn sem er ekki í fæðingu en fær oxýtósín telst í framkallaðri fæðingu.

Hópur 3. Fjölbyrja, einburi í höfuðstöðu, full meðganga (≥37vikur), sjálfkrafa sótt.

Hér er mikilvægt að skrá ekki konur sem áður hafa farið í keisaraskurð.

Hópur 4. Fjölbyrja, einburi í höfuðstöðu, full meðganga (≥37vikur), framkölluð fæðing eða keisaraskurður fyrir upphaf fæðingar.

Skilmerki skýr en sjá athugasemdir að ofan. Mikilvægt að upphaf fæðingar sé rétt og útiloka konur sem áður hafa farið í keisaraskurð.

Hópur 5. Fyrri keisaraskurður, einburi í höfuðstöðu, full meðganga (≥37vikur).

Í þennan hóp lenda allar konur sem hafa farið áður í keisaraskurð og eru með einbura í höfuðstöðu við fulla meðgöngu. Ekki skiptir máli hvort konan hefur áður einnig fætt eðlilega en við frekari skoðun á þessum hóp eru þær konur oft skoðaðar sérstaklega.

Hópur 6. Allar frumbyrjur með einbura í sitjandi stöðu.

Hér er ekki tekið tillit til meðgöngulengdar því líklegt er að sitjandi staðan sé mikilvægust þegar ákvarða á frekari meðferð.

Hópur 7. Allar fjölbyrjur með einbura í sitjandi stöðu.

Konur sem hafa farið í fyrri keisaraskurð teljast hér með ef barnið er í sitjandi stöðu.

Hópur 8. Allar konur með fjölbura.

Allar konur með fjölbura án tillits til meðgöngulengdar eða stöðu. Við tölfræðiuppgjör er mikilvægt að skilgreint sé hvort taldar séu fæðandi konur eða fjöldi fæðinga þ.e. hvort samnefnarinn er fjöldi fæðandi kvenna eða fjöldi fæðinga.

Hópur 9. Allar óeðlilegar legur og einburi.

Þetta er lítil hópur kvenna þar sem barnið hefur óvenjulega legu (miðað við langás), s.s. þverlegu eða skálegu.

Hópur 10. Allir fyrirburar í höfuðstöðu <37 vikur.

Í þennan hóp falla allir fyrirburar í höfuðstöðu innan við 37 vikur. Sitjandistaða telst ekki með hér.

V. FÆÐINGAR Á KVENNASVIÐI LANDSPÍTALA - HÁSKÓLASJÚKRAHÚSS *Ragnheiður Ingibjörg Bjarnadóttir*

Í Töflu 8 er sýnt yfirlit yfir hlutfall fæðinga á Kvennadeildinni af öllum fæðingum á landinu á árabílinu 1972-2005, en eins og sjá má hefur hlutfallið áfram aukist jafnt og þétt.

Fæðingar og fæðingarinngríp á Kvennadeild LSH árið 2005 eru sýndar í Töflu 9. Meðalfjöldi fæðinga var um 252 á mánuði. Fjöldi fæðinga hafði sem fyrr tilhneigingu til að vera nokkru hærri yfir sumarmánuðina og fram eftir hausti. Skýringuna á auknum fjölda yfir sumarið er að hluta til að finna í sumarlokunum nágrannasjúkrahúsa, sem leiða til aukningar á starfsemi LSH. Fæðingar í Hreiðrinu voru tæp 12% fæðinga á deildinni yfir allt árið, svipað og árið áður. Næstum þrjár fæðingar af hverjum fjórum (74%) voru eðlilegar og hlutfallið aðeins hærra en á árinu áður. Fyrirburafæðingatiðnin (< 37 vikur) var 6,2% svipuð og árið áður þegar hún var 6,4%. Hins vegar fjölgaði börnum sem fæddust áður en lífvænlegum þroska var náð sbr. kafla um burðarmálsdauða. Tíðni framköllunar á fæðingum jókst lítillega frá fyrra ári, úr 13% í 14,8%. Þrátt fyrir þetta fækkaði keisaraskurðum enn nokkuð, úr 17.1% í 16.4%. Börn í sitjandastöðu við fæðingu voru 110 (3.9% allra meðgangna), en 19 þeirra fæddust um leggöng eða 17% allra barna í sitjandastöðu og er það umtalsverð aukning. Þó fæddust langflest börn í sitjandi aðkomu með keisaraskurði. Utanbastsdeyfing (epidural-deyfing) var lögð hjá 33% allra fæðandi kvenna, en þá eru fæðingar taldar með sem enduðu í bráðakeisaraskurði. Þessi tala er óbreytt frá því í fyrra. Mænudeyfing (spinal-deyfing) var lögð hjá 8,5% allra mæðra, fyrst og fremst vegna valkeisaraskurða. Allur þorri keisaraskurða eða 92% voru gerðir í mænu- eða utanbastsdeyfingu. Um aðra þætti töflunnar, s.s. um sogklukku- og tangarfæðingar, hefur þegar verið fjallað.

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 374 konur í eftirliti en 308 luku fæðingu eða rúm 82%. Frumbyrjur voru 32 % kvennanna. Tólf konur (3,9%) þurftu fæðingaraðstoð með sogklukku. Keisaraskurðir urðu 11 (3,6%), þ.e.a.s. bráðaaðgerðir. Engin deyfing var notuð af 16,9% kvenna í MFS (svipað hlutfall og á fyrra ári), 43,2 % notuðu vatnsbað (aðeins hærra en á fyrra ári), 34,7% fengu nálarstungumeðferð (mun hærra hlutfall en á síðasta ári), 28,0% notuðu glaðloft, 5,2% vatnsbólumeðferð, 11,4% petidín og 12,3% fengu utanbastsdeyfingu (svipað og á síðasta ári). Fjórar konur fæddu í vatnsbaðinu. Nær þriðjungur kvenna var með heila spöng eða 86 konur (27,9%), helmingur fékk fyrstu eða annarar gráðu spangarrifu eða 171 (55,6%) en átta konur þriðju gráðu spangarrifu (2,6%) og engin hlaut fjórðu gráðu spangarrifu. Spangarskurður var aðeins gerður hjá 20 konum (6,5%).

Um helmingur fæðandi kvenna (50,2%) á höfuðborgarsvæðinu nýttir sér heimaþjónusta ljósmæðra (Tafla 10), heldur færri en árið áður. Konur í MFS-kerfinu voru um 10% kvenna sem fæddu á Kvennadeildinni, svipaður fjöldi og árið áður. Alls fóru því nær tveir þriðju kvenna (60,4%) sem fæddu á Kvennadeildinni heim á öðrum sólarhring eftir fæðinguna (innan 36 klst) og er það heldur lægra hlutfall en árið á undan. Á móti kemur að heima-fæðingum, sem eru 1.4% allra fæðinga á höfuðborgarsvæðu, fjölgaði á árinu en þeim fylgir að sjálfsgöðu sængurlega heima. Vitjanir ljósmæðra til sængurkvenna heima eftir MFS-fæðingu eru hluti af þjónustu Kvennadeildar LSH. Yfirlit yfir heimaþjónustu og MFS-fæðingar á Kvennadeild LSH er sýnt í Töflu 10.

Tafla 8. Fæðingar á Kvennadeild LSH frá 1972-2005 sem hlutfall af öllum fæðingum á landinu. (Table 8. Number of deliveries at Landspítalinn University Hospital (LUH) as a percentage of all deliveries 1972-2005).

Ár	Fæðingar á Íslandi	Fæðingar á Kvennadeild LSH	Hlutfall af heild %
1972	4585	1476	32,2
1973	4503	1615	35,9
1974	4199	1516	36,1
1975	4278	1538	36
1976	4237	1708	40,3
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
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
2004	4187	2973	71,0
2005	4241	3026	71,4

Ný fæðingadeild Lsp. opnuð

FHR flutt til Lsp.

Tafla 9. Fæðingar á Kvennadeild LSH árið 2005. (Table 9. Deliveries at LUH in 2005).

	Samtals	Hlutfall
Fjöldi fæðinga alls	3026	100%
Fjöldi fæðinga á 23A	2711	89,60%
Fjöldi fæðinga í Hreiðri	315	10,40%
Fjöldi barna	3093	
Fjöldi tvíburafæðinga	61	2,00%
Fjöldi þrúbura	3	0,10%
Vaginal fæðingar	2532	83,70%
Fyrirburafæðingar	187	6,20%
Fjöldi fyrirbura	220	7,30%
Andvana fæðingar	14	0,50%
Gangsetning allar	445	14,80%
Gangsetning + eðlileg fæðing	297	9,80%
Valkeisarar	154	5,10%
Bráðakeisarar	343	11,30%
Keisarar alls	497	16,40%
Vaginal sitjandin fæðing - börn	19	0,40%
Sitjandi fæðingar	110	3,90%
Þverlega	11	3,40%
Fæðing með sogklukku	235	7,70%
Fæðing með töng	53	1,20%
Spinal deyfing alls	256	8,50%
Epidural deyfing alls	999	33,00%
Bráðakeisari í svæfingu	32	1,10%
Valkeisari í svæfingu	2	0,10%
Epidural deyfing /vag. fæðingar	818	27,00%
Keisaraskurður í deyfingu	457	92,00%

Tafla 10. Breytingar á notkun heimaþjónustu og hlutfalli MFS-fæðinga á Kvennadeild LSH. (Table 10. Changes in the use of early discharge including the Birthing Unit (MFS) at LUH).

	Fæðingar n	Heimaþj. n	%	MFS n	%	Samtals total %
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
2004	2973	1590	53,5	316	10,6	64,1
2005	3026	1518	50,2	308	10,2	60,4

UMRÆÐA:

Á síðustu 10 árum hefur heimaþjónusta ljósmæðra unnið sér sess á höfuðborgarsvæðinu. Enn er vinsælt að liggja sængurlega á sjúkrastofnunum utan Reykjavíkur en erfitt getur verið að koma heimaþjónustu við í dreifbýli. Heimaþjónustan stuðlar að aukinni samveru fjölskyldunnar og aukinni þátttöku feðra í umönnun barna sinna fyrstu daga og vikur eftir fæðingu. Kostnaður sjúkrahúsanna 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). Algengt er orðið að konur útskrifist heim á 4. - 5. degi og jafnvel þriðja degi eftir keisarafæðingu, ef ferill eftir aðgerð er eðlilegur.

VI. FÆÐINGAR Á KVENNADEILD FSA ***Alexander Kr. Smáráson, Ingibjörg Jónsdóttir***

Fjöldi fæðinga á Akureyri var svipaður og undanfarin ár eða 424 og fæddust 430 börn. Fæðingum hefur ekki fjölgað þrátt fyrir að ekki séu lengur skipulagðar fæðingar á Húsavík og fæðingum hafi mikið fækkað á Sauðárkróki.

Yfirlit yfir fæðingar á Kvennadeild FSA eru sýnd í Töflum 11 og 12. Töflurnar eru gerðar með sama hætti og á síðustu fimm árum og er útkoma fæðinga sett fram samkvæmt fagrýniskerfi Robsons eða 10 hópa kerfi Robsons.

Í heildina var áfram jákvæð þróun á FSA varðandi útkomu fæðinga, þ.e. færri inngrip og fleiri eðlilegar fæðingar. Þannig var hlutfall eðlilegra fæðinga enn hærra en á árinu áður eða 78,6% og hlutfall keisaraskurða 14,6%, sem er óbreytt frá fyrra ári. Keisaraskurðir hafa ekki verið jafn fáir hlutfallslega síðan 1984 (Tafla 11). Tíðni sogklukkufæðinga var 6,1%, sem er innan marka miðað við tíðni undanfarinna ára. Tíðni eðlilegra fæðinga hjá fullgengnum frumbyrjum með einbura í höfuðstöðu og í sjálfkrafa fæðingu (hópur 1) var 81,2% , sem er hærra hlutfall heldur en á síðasta ári og 96,4% ef um fjölbyrju er að ræða (hópur 3). Hópur 5, (kona sem áður hefur farið í keisaraskurð en er nú með barn í höfuðstöðu), var jafn stór og á síðasta ári en af þeim fóru 60% aftur í keisaraskurð en 40% fæddu um leggöng, sem er aðeins lægra hlutfall en árið áður en samt ásættanlegt. Fjöldi framkallaðra fæðinga var svipaður og undanfarin ár. Athyglisvert er að sjá hve fáir keisaraskurðir voru gerðir í hópi 2 (frumbyrjur í framkallaðri fæðingu) og verður fróðlegt að sjá hvort svo verður áfram í þessum hóp, sem yfirléitt er með háa keisaratíðni. Fjöldi fyrirburafæðinga var svipaður og áður en reynt er að flytja konur, sem eru líklegar til að fæða fyrir 32-34 vikur, til Reykjavíkur til að börnin fái meðferð á vökudeild LSH. Þrátt fyrir fáa keisaraskurði var útkoma barna góð og voru aðeins þrjú börn með Apgar undir 7 við 5 mínútur.

Færri konur fengu petíðín í fæðingu, en svipaður fjöldi fékk epiduraldeyfingu. Nálarstungur fengu 96 konur í fæðingu og má vera að það sé ástæða minni notkunar á petíðíni. Vatnsbað til verkjameðferðar notuðu 78 konur. Svæfingar við keisaraskurði voru færri en árið áður eða 10,9%. Spangarskurðir og spangarrifur voru svipaðar og árið áður. Þriðju gráðu rifur urðu eins og vænta mátti mest hjá frumbyrjum.

Áhættumæðravernd hefur verið starfrækt á FSA undanfarin ár með mjög góðum árangri, en þar hitta konur ljósmóður og fæðingalækni og voru skráðar 1183 komur í áhættumæðraverndina. Hjá níu konum var reynd ytri vending og tókst hún í sex tilfellum og þrjár þeirra fæddu um leggöng. Heimaþjónustu ljósmæðra nýttu sér 113 konur og 44 konur fóru í sængurlegu á aðrar heilbrigðisstofnanir en það eru heldur fleiri konur en árið á undan.

Tafla 11. Fæðingar og keisaraskurðir á FSA 1980 - 2005. (Table 11. Deliveries at Akureyri Regional Hospital 1980-2005).

Ár	Fæðingar	Keisaraskurðir	
		fjöldi	%
1980	432	50	11,6
1981	399	72	18,0
1982	370	50	13,5
1983	393	46	11,7
1984	298	33	11,1
1985	303	49	16,2
1986	362	55	15,2
1987	363	77	21,2
1988	398	79	19,8
1989	398	82	20,6
1990	461	94	20,4
1991	435	68	15,6
1992	423	89	21,0
1993	384	71	18,5
1994	407	79	19,4
1995	388	73	18,8
1996	418	62	14,8
1997	410	98	23,9
1998	449	86	19,2
1999	397	99	24,9
2000	441	98	22,2
2001	443	84	19,0
2002	418	87	20,8
2003	430	81	18,8
2004	410	60	14,6
2005	424	62	14,6

Tafla 12. Yfirlit yfir fæðingar á kvennadeild FSA 2005 (mæður og börn; % innan sviga). (Table 12. Deliveries at Akureyri Regional Hospital in 2005).

		Framkallaðar fæðingar
Frumbyrjur	150 (35,3%)	19 (12,7%)
Fjölbyrjur	274 (64,7%)	43 (15,7%)
Samtals mæður	424	62
Samtals börn	430	(14,6%)
Bráðakeisaraskurðir	30	
Fyrirhugaðir/valkeisaraskurðir	32	
Meðal aldur móður	28,5 ár (16-43)	
Meðal fæðingarþyngd	3.676g (450-5580)	
Fæddir fyrirb.<34 vikur	4 (0,93%)	
Fæddir fyrirb. <37 vikur	19 (4,42%)	
Apgar<7 við 5 min (lifandi fædd)	3	
Andvana fædd)	3	
Dáinn á fyrsta sólarhring	1	

Tafla 13. Yfirlit yfir fæðingar á Kvennadeild FSA 2005 (Table 13. Deliveries at Akureyri Regional Hospital in 2005, Robson classification).

	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	117	27,6	95	81,2	6	5,1	16	13,7	21	17,9	12	10,3	24	20,5	50	42,7	1	20,0
2	Frb, einb, hst, >37v, frk fæð, ks ekki í fæð	22	5,2	15	68,2	4	18,2	3	13,6	4	18,2	1	4,5	0	0,0	15	68,2	0	0,0
3	Fjb, einb, hst,>37v, sjs	169	39,9	163	96,4	1	0,6	5	3,0	8	4,7	4	2,4	19	11,2	29	17,2	1	100
4	Fjb, einb, hst, >37v, frk fæð, ks ekki í fæð	39	9,2	33	84,6	5	12,8	1	2,6	1	2,6	0	0,0	6	15,4	8	20,5	1	20,0
5	Fyrri ks, einb, hst, >37v	45	10,6	16	35,6	27	60,0	2	4,4	2	4,4	2	4,4	6	13,3	11	24,4	3	11,1
6	Frb sitj	6	1,4	0	0,0	6	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7
7	Fjb sitj	5	1,2	0	0,0	5	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
8*	Fjölburar*	7(13)	1,6	5(9)	69,2	2(4)	28,6	0	0	0	0,0	0	0,0	1	14,3	3	27,3	0	0,0
9	Afbrigðil.lega, einb	4	0,9	0	0,0	4	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10	<37v, einb, hst	10	2,4	7	70,0	2	20,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0	1	10,0	2	20,0	0	0,0
	Samtals mæður	424		334	78,8	62	14,6	28	6,6	37	8,7	19	4,5	57	13,4	115	27,1	7	10,9
	Börn	430		338	78,6	64	14,9	28	6,5										

*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 fjölda fæddra barna

VII. FÆÐINGAR Á FÆÐINGAÐEILD HEILBRIGÐISSTOFNUNAR SUÐURNESJA.

Guðrún Guðbjartsdóttir, Konráð Lúðvíksson

Yfirlit yfir fæðingar á fæðingadeildinni í Reykjanesbæ er nú með nýju sniði þar sem sýndar eru tölur frá síðust þremur árum (Tafla 14). Fæðingum kvenna af Suðurnesjum fækkaði aftur á milli ára. Alls fæddu 41 konur (23%) frá Suðurnesjum í Reykjavík, sem er svipað og verið hefur. Þetta var m.a. vegna sumarleyfislokana skurðstofu (8 konur). Deildin hefur markað sér nokkra sérstöðu varðandi fæðingaaðferðir og fæðingaumhverfi, en hún hefur verið með flestar vatnsfæðingar (26 eða 15% fæðinga) á árinu. Utansvæðiskonur, sem fæddu í Keflavík, voru 13 eða 7% af heildarfjölda fæðinga, sem er þó lækkun frá því á fyrra ári.

Heildartíðni keisaraskurða var tæplega 14%. Framköllunum fæðinga fjölgaði talsvert og voru 18.7%. Tvennir tvíburar fæddust eins og síðustu ár. Axlarklemmutilvik voru þrjú. Fáar konur nýttu sér heimaþjónustu enda hefur áherslan verið á góða sængurleguþjónustu, þar sem feðrum er boðið að gista hjá konu sinni og barni.

Tafla 14. Yfirlit yfir fæðingar á Fæðingardeild Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja (Keflavík) 2003 - 2005. (Table 11. Deliveries at Keflavik Regional Hospital in 2003 - 2005.)

	2003	2004	2005
Fæðingar	223	209	177
Vatnsfæðingar	23	24	26
Nýburar	Stúlkur: 100 Drengir: 125	Stúlkur: 105 Drengir: 106	Stúlkur: 90 Drengir: 89
Tvíburafæðingar	2	2	2
Keisaraskurðir	32 (14% af öllum fæðingum) þar af 12 bráðakeisarar	26 (12% af öllum fæðingum) þar af 10 bráðakeisarar	24 (tæpl. 14 % af öllum fæðingum) þar af 10 bráðakeisarar
Gangsetningar	30	23	33
Epidural (mænurótardeyfing)	23	30	21
Sogklukkur	6	10	14
Episitomia (spangarskurður)	12	15	11
Axlarklemma	11	1	3
Fjöldi fæðinga Suðurnesjabúa í Reykjavík	50 þar af 16 á sumarlokunartíma skurðstofu	49 þar af 15 á sumarlokunartíma skurðstofu	41 þar af 8 á sumarlokunartíma skurðstofu
Utansvæðiskonur	24 (11%)	23 (11%)	13 (7%)

VIII. FÆÐINGAR Á HEILBRIGÐISSTOFNUN SUÐURLANDS, SELFOSSI *Svanborg Egilsdóttir*

Yfirlit yfir fæðingar á Selfossi er sýnt í Töflu 15. Flestar fæðingar þar, eða 88%, voru eðlilegar og keisaraskurða- og sogklukkutíðnin hefur verið tiltölulega lág. Tíðni keisaraskurða var 13% (19 aðgerðir) eins og árið áður, en sogklukkufæðingar voru aðeins fjórar (3%). Flestar konur með alvarleg vandamál á meðgöngu og í fæðingu eru sendar tímanlega til Kvennadeildar LSH og voru það samtals 35 konur (23%). Alls fæddu 39 utansvæðiskonur á Selfossi. Vatnsbað til verkjameðferðar í fæðingu var viðhaft í um þriðjung fæðinga eins og áður (48 kona, 33%) og ellefu konur eða 7% fæddu í vatnsbaðinu, svipað og árið áður. Tíðni spangarskurða var lág sem fyrr (3%). Nærri tvær af hverjum þrem konum fengu engan eða litla áverka á spöng. Sex konur fengu 3. gráðu spangarrof og engin 4. gráðu rof.

IX. FÆÐINGAR Á FÆÐINGA- OG KVENSJÚKDÓMADEILD SJÚKRAHÚSS **AKRANESS**

Upplýsingar úr ársskýrslu SHA/Vilhjálmur Andrésson

Fjöldi fæðinga var svipaður og á fyrra ári og voru nú alls 227, þar af ein tvíburafæðing. Nokkrar sveiflur hafa verið á fæðingatölunni á Akranesi hin síðari ár. Keisaraskurðatíðnin lækkaði hinsvegar verulega og var nú 19,4%, en hafði verið 25,4% á árinu 2003. Af þeim voru bráðakeisarafæðingar 62%. Við það bætast 5 sogklukkufæðingar (2% fæðinga) og inngripatíðni því um 20% en hafði verið nær 30% árið á undan. Fjögur börn fæddust fyrir 37 vikur, en flestar væntanlegar fyrirburafæðingar eru sendar á LSH, einkum fyrir um 35 vikur. Tíðni framköllunar á fæðingu var 14,1%, svipuð og á fyrra ári. Spangarskurðir voru gerðir í 15,4% fæðinga. Nú notuðu 29 konur vatnsbað til verkjameðferðar (13% af konum sem reyndu fæðingu) og ekkert barn fæddist í vatnsbaði. Tíðni utanbastsdeyfinga í fæðingu var 37% og hefur aukist talsvert. Engir tvíburar fæddust. Petíðin notkun var mjög lítil (3,5% fæðandi kvenna). Tíu-hópa flokkun Robsons var notuð og birtist í Ársskýrslu 2005 frá SHA og er notuð í kafla IV. Eins og áður voru um 20% fæðinga hjá konum af Reykjavíkursvæðinu.

X. FÆÐINGAR Á FJÓRÐUNGSSJÚKRAHÚSINU Á NESKAUPSTAÐ *Guðrún Sigurðardóttir*

Á Fjórðungssjúkrahúsinu á Neskaupstað voru aftur fleiri fæðingar á síðasta ári, alls 62. Níu keisaraskurðir voru gerðir (14,5%), sjö val- og tveir bráðaskurðir og tvær sogklukkur lagðar. Sex fæðingar (9,7%) voru framkallaðar, þar af þrjár með prostaglandíni (ein endaði með keisaraskurði) og þrjár með belgjarofi. Verkjameðferð í vatni var veitt 15 konum, þar af fæddu þrjár konur í vatni. Petíðin var notað í 15 tilvikum. Engin 3. gráðu spangarrifa varð.

Tafla 15. Yfirlit yfir fæðingar á Fæðingardeild Heilbrigðisstofnunarinnar Selfossi 2005 (Table 15. Deliveries at the Southland Regional Hospital at Selfoss in 2005).

	Allt árið	%
Fjöldi fæðinga	153	
Fjöldi fæðinga í Reykjavík (sængurlega á HSu)	35	
Utansvæðiskonur sem fæða á HSu	39	
Fjöldi barna	153	
Fjöldi stúlkna	75	51%
Fjöldi drengja	78	53%
Pudental block	0	0%
Spinaldeyfing	12	8%
Tíðni mænurótardeyfinga	6	4%
Svæfing	1	1%
Tíðni Pethidin	10	7%
Nudd	8	5%
Nálarstungur	60	41%
Glaðloft	19	13%
Spangardeyfing	64	44%
Vatnsbólur	2	1%
Tíðni eðlilegra fæðinga	130	88%
Tíðni keisara	19	13%
Þar af valkeisari	12	8%
Þar af bráðakeisari	7	5%
Tíðni vatnsfæðinga	11	7%
Notuðu baðið	48	33%
Tíðni gangsetninga	14	10%
Tíðni sogklukku	4	3%
Tíðni spangarskurðs	5	3%
Tíðni 1°spangarrofs	42	29%
Tíðni 2°spangarrofs	45	31%
Tíðni 3°spangarrofs	6	4%
Tíðni leghálstætinga (O71,5/O71,7)	0	0%
Annar tilgreindur áverki (O71,8)	0	0%
Blæðing strax e.fæðingu (O72,0,1,2)	3	2%
Tafin og síðkomin blæðing eftir fæðingu	0	0%
Föst fylgja án blæðingar	1	1%
Fastur hluti fylgju án blæðingar	0	0%
Höfuðverkur v. mænudeyfingar	0	0%
Tíðni andvana	0	0%
Tíðni axlarklemma	0	0%
Tíðni tangarfæðinga	0	0%
Tíðni bráðra fylgjulosa	0	0%
Heimþjónusta	15	10%
Börn á vökudeild	4	3%
Göngudeildarþjónusta	751	
Heildarfjöldi innlagna	448	
Samtals	1199	
Símaþjónusta	943	

XI. FÆÐINGAR Á HEILBRIGÐISSTOFNUN VESTMANNAEYJA *Guðný Bjarnadóttir*

Í Vestmannaeyjum hefur orðið fækkun ungs fólks á barneignaraldri og helst það í hendur við fækkun fæðinga. Alls fæddu 34 konur á Heilbrigðisstofnuninni, sem er færri en á fyrra ári (43). Frumbyrjur vorusex6 og fjölbyrjur 28. Framkallaðar fæðingar voru fimm (14.7%). Keisaraskurðir voru tveir (5,9%, mun lægra en á fyrra ári); báðar voru valaðgerðir í mænudeyfingu. Eitt barn fæddist með sogklukku. Engin kona fékk slæma rifnun í fæðingu og aðeins voru gerðir þrír spangarskurðir. Fimm konur fæddu á LSH (15%) vegna vandamála á meðgöngu, þar af var ein kona flutt með sjúkraflugi. Tíu konur fengu heimaþjónustu.

XII. FÆÐINGAR Á HEILBRIGÐISSTOFNUNINNI SAUÐÁRKRÓKI *Birgitta Pálsdóttir*

Á Heilbrigðisstofnuninni á Sauðárkróki fæddu 29 konur, allar fjölbyrjur, sem er aukning frá því árið áður. Engin aðgerðafæðing var á árinu en tvær axlarklemmur urðu í fæðingu og ein kona fékk blæðingu tengda fylgjufæðingu og þurfti að flytja konu og barn á FSA. Tveir spangarskurður voru gerður, en engin kona fékk 3. gráðu rifnun. Sex konur fengu petíðín en mest var notast við nálastungur, nudd, og slökun til verkjastillingar. Sjö konur notuðu vatnsbað til verkjameðferðar og ein fæddi í vatni. Alls var 71 kona í mæðravernd í héraðinu, sem var fleira en á síðasta ári, og 42 konur fæddu annars staðar, flestar (34) á Akureyri. Átta konum var fylgt til Akureyrar í sjúkrahúsi. Í tveim tilvikum tók ljósmóðir frá Sauðárkróki á móti barninu á FSA. Af konum sem fæddu á FSA fóru 20 í sængurlegu á Heilbrigðisstofnun Sauðárkróks. Sjö konur fengu heimaþjónustu.

XIII. FÆÐINGAR Á FJÓRÐUNGSSJÚKRAHÚSINU Á ÍSAFIRÐI *Margrét Á. Bjarnadóttir*

Á FSÍ fæddi alls 53 kona, heldur færri en árið áður. Þar af voru 17 frumbyrjur (32%). Framköllun fæðingar var hjá sjö konum (13,2%). Nítján konur notuðu ekki deyfingu (32%) en 27 notuðu glaðloft (51%). Fimm fengu petíðín og nálarstunga var notuð í sjö tilvikum. Keisaraskurðir voru níu (16,9%), þar af átta bráðaaðgerðir og ein valaðgerð. Engin sogklukkufrámhjálp var gerð. Níu konur voru sendar til LSH vegna vandamála á meðgöngu og fæddu þar. Tvö börn voru flutt á Vökudeild Barnaspítala Hringinsins á LSH eftir fæðingu.

XIV. BURÐARMÁLSDAUÐI 2005. Ragnheiður Ingibjörg Bjarnadóttir

Í Töflu 16 er sýndar hlutfallstölur yfir andvana fæðingar (alls 21) og fæðingar lifandi barna sem dóu á fyrstu viku (alls 6). Samtals dóu 27 börn á burðarmáls tíma á landinu árið 2005. Tölurnar eru gefnar samkvæmt eldri og nýrri skilgreiningum miðað við annarsvegar 28 vikur og 1000 g eða lifandi fætt barn (eldri skilgreining), en hinsvegar 22 vikur og 500 g eða lifandi fætt barn (núverandi WHO skilgreining).

Tafla 16. Burðarmálsdauði á Íslandi 2005 fyrir landið allt og fæðingastaði. (Table 16. Perinatal death rates in 2005 for the whole country and by place of occurrence).

	Börn dáið á fyrstu viku og andvana fædd born \geq 22 v. eða 500 g /1000 fædd börn <i>First week deaths and stillbirths by 22 weeks and 500 g/1000 newborns</i>	Börn dáið á fyrstu viku og andvana fædd born \geq 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	6.3 (27 börn)	2.8 (12 börn)
-- einb.	(18 börn)	(9 börn)
-- fleirb	54.0 (9 börn)	(3 börn)
LSH	5.8 (18 börn)	1.9 (6 börn)
Fj.sjúkrah. Akureyri	7.0 (4 börn)	
Heilbrigðisst. Akraness	4.4 (2 börn)	
Heilbrigðisst. Suðurnesja	5.6 (1 barn)	-
Aðrir staðir (<i>other places</i>)	0	0

UMRÆÐA:

Tíðni burðarmálsdauða (BMT) var hærri árið 2005 en undanfarin ár, þ.e.a.s. 2001 (5.6/1000), 2002 (4.4/1000) og 2003 (3.6/1000). Hún er þó lægri en árin 1999 (7.2/1000) og 2000 (6.7/1000). Einnig er tíðnin lægri en á árunum 1994 -1998, en þá var meðaltals BMT 7.3/1000 miðað við skilgreiningu Alþjóða heilbrigðismálastofnunarinnar. Gjarnan hefur verið talið erfitt að komast niður fyrir hlutfallið 5/1000. Í fámennu samfélagi með lágri tíðni burðarmálsdauða má búast við talsverðum sveiflum á milli ára, þar sem vægi hvers dauðsfalls er mikið. Þannig vega þungt fernir tvíburar, fæddir við 22-23 vikna meðgöngu, sem dóu á burðarmálskeiði á árinu. Óvenjulega mikill munur er á burðarmálsdauðatíðni ársins 2005 eftir því hvort miðað er við 22 vikur (6.3) eða 28 vikur (2.8), enda voru 15 af alls 21 barni, sem fæddust andvana, gengin skemur en 28 viku.

Flest tilvikin urðu á aðal tilvísunarstofnun landsins, LSH í Reykjavík. Níu börn fæddust þó andvana eða dóu á 1. viku utan Kvinnadeildar LSH. Þó að langflestar

áhættufæðingar fari fram á Kvinnadeildinni var tíðni burðarmálsdauða nú lægri 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.

Burðarmálsdauðatíðni hjá fjölburum var hlutfallslega mjög há á árinu 2005 eða 9 sinnum hærrí en fyrir einbura. Sem fyrr segir dóu fjögur þör af tvíburum og í einni meðgöngum dó annar tvíbura sem var mikill fyrirburi en hinn fæddist seinna og lifði af. Öll þessara 9 barna fæddust löngu fyrir tímann, eftir 22-24 vikna meðgöngulengd, og voru því ekki lífvænleg.

XV. ORSAKIR BURÐARMÁLSDAUÐA. ***Ragnheiður Ingibjörg Bjarnadóttir***

Við könnun á atburðum að baki tölum um burðarmálsdauða á árinu 2005 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)³, 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 1999⁴.

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 17 og 18) um burðarmálsdauðatilvik á landinu öllu, þar sem NPDC flokkun var beitt.

Tafla 17. Yfirlit um andvana börn frá árinu 2005. Tvíburaþör eru merkt A og B
(Table 17. Stillbirths in 2005, overview by NPDC classification, twins marked A and B)

Kyn <i>Gender</i>	Einburi /Fleirburi <i>Single/multiplex</i>	Þyngd (g) <i>Weight</i>	Meðgöngul. (vikur) <i>Gest. Age</i>	Orsök <i>Cause</i>	NPDC flokkun <i>Class</i>
<i>Reykjavík</i>					
1. Meybarn*	einburi	2070	36	Naflastrengsframfall	II
2. Sveinbarn**	einburi	1065	29	IUFD	III
3. Sveinbarn	einburi	464	22	Sýking	IV
4. Sveinbarn	einburi	525	22	Leghálabilun	IV
5. Meybarn	einburi	620	26	IUFD	IV
6. Meybarn	tvíburi A	425	22	Leghálabilun	V
7. Meybarn	tvíburi B	475	22	II	V
8. Sveinbarn	tvíburi A	520	23	Leghálabilun	V
9. Sveinbarn	tvíburi B	535	23	II	V
10. Sveinbarn	einburi	675	22	Leghálabilun	IV
11. Meybarn	einburi	450	22	PPROM	IV
12. Sveinbarn	einburi	535	24	IUFD	IV
13. Meybarn	einburi	500	22	Leghálabilun	IV
14. Sveinbarn	einburi	905	27	IUGR, pre-ecl.	IV
<i>Akranes</i>					
1. Meybarn	einburi	1655	33	Fylgjulos	III
2. Meybarn	einburi	4075	38	Naflastrengsslys	III
<i>Akureyri</i>					
1. Sveinbarn	einburi	1045	29	IUFD	III
2. Meybarn	tvíburi A	514	22***	Leghálabilun	V
3. Meybarn	tvíburi A	450	22****	Leghálabilun	V
<i>Keflavík</i>					
1. Sveinbarn	einburi	4075	40	IUFD	III
<i>Neskaupstaður</i>					
1. Sveinbarn	einburi	350	22	Blæðing/sýking	IV

*Meybarn = female, **Sveinbarn = male

tvíburi B fæddist á LSH og dó á 1.viku *tvíburi B fæddist á FSA og dó á 1.viku

Andvana fædd börn.

Í Töflu 17 er sýnt yfirlit yfir andvana fæddu börn á árinu 2005 eftir fæðingastöðum. Börn sem fæddust andvana féllu í eftirfarandi NPDC flokka III-V eins og segir hér að neðan:

Flokkur III. (andvana fæddur einburi \geq 28 vikur)	5 börn
Flokkur IV. (andvana fæddur einburi $<$ 28 vikur)	9 börn
Flokkur V. (andvana fæddur fjölburi)	6 börn
Flokkur VI (dauðsfall í fæðingu \geq 28v)	1 barn

Alls fæddist 21 barn andvana, jafnmörg og á árinu áður. Þar af voru 15 börn ($>$ 70%) undir 1000 g og/eða 28 vikum og væru því ekki talin til fæðinga í mörgum nágrannalöndum okkar. Undanfarin ár hefur fjöldi andvana fæddra barna verið á bilinu 7-25 á ári en meðalfjöldi andvana fæddra barni eru 17 á ári á árabílinu 1999-2004. Hlutfall andvana fæðingar af burðarmálsdauðatilfellum hefur aukist undanfarin 10 ár þar sem dauðsföllum á 1. viku hefur farið fækkandi. Á tímabilinu 1994 -1998 urðu um 2/3 allra dauðsfalla á burðarmálsskeiði áður en fæðing hófst (3), en á síðasta ári var hlutfall andvana fæðinga nærri 4/5 (78%).

Á árinu 2005 var *flokkur IV* (9 börn) þ.e. andvana fæðing einbura fyrir 28 vikna meðgöngu stærstur. 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. Tvö þessara barna dóu í móðurkviði löngu fyrir tímann en í hinum 6 tilvikum fæddust börnin andvana eftir að fæðing hafði hafist áður en börnin höfðu náð lífvænlegum þroska (22-23 v.). Í þessum tilvikum var undirliggjandi orsök leghálsbilun og/eða sýking í belgjum (chorioamnionitis).

Næststærsti hópurinn var *flokkur V*; andvana fæddur fjölburi. Öll börnin voru miklir fyrirburar með sömu undirliggjandi orsakir og í flokki IV (leghálsbilun/sýking) en við bætist áhættuþátturinn sem fjölburameðganga er.

Undanfarin ár hefur *flokkur III* verið stærstur en nú voru aðeins 5 börn sem tilheyrðu þessum flokki. Þetta eru andvana fædd börn sem hvorki voru 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”).

Eitt barn dó vegna naflastrengsframfalls eftir að legvatn hafði farið við 36 vikna meðgöngu og flokkast því sem dauðsfall í fæðingu, *flokkur VI*, en það eru dauðsföll sem ætti oftast að vera hægt að fyrirbyggja með árvekni. Í þessu tilviki

varð að flytja konuna milli sjúkrastofnanna til að gera keisaraskurð og tókst ekki að bjarga barninu. Dauðsföll fullburða, “heilbrigðra” barna í fæðingu hafa öfuga fylgni við gæði fæðingarhjálpur í samfélaginu og eru nú orðið fátíð í vestrænum löndum.

Börn dáið á 1. viku.

Hér er lýst tilvikum þar sem börn fæddust lifandi en dóu síðan á 1. viku (Tafla 18). Alls dóu sex börn á fyrstu viku eftir fæðingu.

Tafla 18. Yfirlit yfir börn sem fæddust lifandi, en dóu á fyrstu viku, tvíburar merktir A eða B (Table 18. Overview of deaths during the first week by NPDC classification).

Kyn	Einburi /Fleirburi	Þyngd (g)	Meðgöngul. (vikur)	Orsök	NPDC
<i>Reykjavík</i>					
1. Sveinbarn	einburi	1705	35	Þristæða 18	I
2. Sveinbarn	tvíburi A	790	25	Örburi, heilablæðing	XII
3. Meybarn	tvíburi B	700	24	Örburi	XII
4. Sveinbarn	einburi	3600	39	Diaphragma hernia	I
<i>Síglufjörður</i>					
1. Meybarn	einburi	580	23	Örburi	XII
<i>Akureyri</i>					
1. Meybarn	tvíburi B	495	22	Örburi	XII

Þau 6 börn sem dóu á 1. viku voru í tveimur NPDC flokkum:

Flokkur I (Meðfæddur galli)	2 börn
Flokkur XII (Dauði nýbura fyrir (<)28 vikur meðgöngu)	4 börn

Á árinu 2005 dóu sex börn á 1. viku. Undanfarin ár hafa það verið 5-10 börn á ári, en þeim hefur farið fækkandi. Fjögur barnanna dóu vegna mikils vanþroska (flokkur XII) en eins og undanfarin ár er það algengasta orsök þess að börn deyi á fyrstu viku. Eins og við andvanafæðingar langt fyrir tímann voru undirliggjandi orsakir leghálsbilun og / eða sýking í belgjum, auk fjölburameðgangna. Tvö barnanna sem dóu eftir fæðingu voru fjölburar, í öðru tilvikunni lifði hinn tvíburinn en í hinu hafði hinn tvíburinn fæðst andvana. Þrjú barnanna voru fædd eftir 22-24 vikna meðgöngu og því ekki lífvænleg. Eitt barn, sem fæddist eftir 25 vikna meðgöngu, dó af fylgikvilla þess að fæðast svo löngu fyrir tímann.

Tvö fullburða börn dóu vegna undirliggjandi fósturgalla. Annað hafði alvarlegan litningagalla, en hitt mjög vanþroskuð (hypoplastísk) lungu vegna meðfædds þindarhvals.

XVI. NÝBURA- OG UNGBARNADAUÐI 2005

Gestur I. Pálsson

Hér á eftir fer yfirlit yfir dauðsföll sem urðu á fyrsta ári eftir fæðingu. Aðeins eitt barn dó á tímabilinu 8 – 28 dögum eftir fæðingu (að báðum dögum meðtöldum). Nýburadauði (*Neonatal mortality: Öll börn dáin á fyrsta mánuði, þ.m.t. fyrstu vikuna/heildarfjölda lifandi fæddra barna x 1000*) var því 1,6. Á tímabilinu 29 – 365 dögum eftir fæðingu létust 3 sveinbörn. Ungbarnadauði (*Infant mortality: Dauðsföll á fyrsta ári/heildarfjölda lifandi fæddra barna x 1000*): 6 börn sem dóu á fyrstu viku, 1 barn sem lést á tímabilinu 8 – 28 dögum eftir fæðingu og 3 börn sem dóu eftir 28 daga eða $10/4295$ lifandi fædd börn $\times 1000 = 2,3/1000$, sem er mjög lág tala og svipuð og á undanförunum árum.

Dánarorsakir barnanna voru eftirfarandi:

Börn dáin 8 – 28 dögum eftir fæðingu:

1. Sveinbarn, 24 vikna fyrirburi með slæman glærhimnusjúkdóm og öndunarbílun, sem lést 10 dögum eftir fæðingu.

Börn dáin 29 – 365 dögum eftir fæðingu:

1. Sveinbarn með alvarlegan lifrarsjúkdóm og lifrabílun af óþekktri orsök á nýburaskeiði (neonatal hepatitis). Lést liðlega 2ja mánaða.
2. Sveinbarn, vöggudauði, dó liðlega 2ja mánaða.
3. Sveinbarn, vöggudauði, dó liðlega 2ja mánaða.

XVII. MÆÐRADAUÐI

Til mæðradauða teljast öll dauðsföll þungaðra kvenna allt að 42 dögum eftir fæðingu. Mæðradauði hefur verið fátíður á Íslandi. Engin kona lést í tengslum við þungun eða fæðingu á árinu 2005.

XVIII. FÓSTURSKIMUN OG FÓSTURGREINING

Fósturgreiningardeild kvennasviðs¹, erfða- og sameindalæknisfræðideild rannsóknarsviðs² LSH og kvennadeild FSA³ 2006

Hulda Hjartardóttir¹, Guðlaug Torfadóttir², Jón Jóhannes Jónsson², Vigdís Stefánsdóttir², María Hreinsdóttir¹, Kristín Rut Haraldsdóttir¹, Ragnheiður Baldursdóttir³

Hér er birt yfirlit um fósturskimun og fósturgreiningu (prenatal screening and diagnosis) á LSH og FSA, sem tekur til meirihluta þessarar starfsemi í landinu. Miðstöð fósturgreiningar er á kvennasviði LSH en aukin sérhæfð starfsemi hefur byggst upp á FSA. Samvinna er við innlenda og erlenda aðila. Upplýsingarnar koma frá fósturgreiningardeild kvennasviðs LSH, erfða- og sameindalæknisfræðideild rannsóknarsviðs LSH og kvennadeild FSA. Náin samvinna er á milli þessara eininga.

I. Fósturskimun með samþættu líkindamati við meðgöngulengd (11v 1d – 13v 6d)

Á árinu 2005 fóru 2663 konur í fósturskimun við 11-14 vikna meðgöngulengd (11vikur + 1 dag til og með 13 vikur + 6 dagar) með samþættu líkindamati með mælingu á hnakkabykkt fósturs og lífefnavísunum í blóði móður (fritt beta-hCG og PAPP-A) til skimunar fyrir litningaprístæðum 13, 18 og 21 (T13, T18, T21).

Samþætt líkindamat, líkur yfir settum mörkum

Alls voru 54 konur með skimjávæða niðurstöðu ($54/2663=2\%$) þar af 37 skimjávæðar fyrir T21 (mörk fyrir greiningarpróf sett við líkur $\geq 1:300$) og 7 fyrir T13 og T18 (mörk fyrir greiningarpróf sett við líkur $\geq 1:100$). 11 voru skimjávæðar fyrir öllum þremur þrístæðunum. Meðal skimjávæðra voru greind 13 tilfelli af litningagöllum ($13/54=24\%$).

Samþætt líkindamat, líkur undir settum mörkum

Tvö fóstur greindust með litningagalla hjá skimneikvæðum konum í samþættu líkindamati árið 2005. Lágir lífefnavísar og vaxta seinkun skv. ómskoðun leiddi til boðs um litningarannsókn þrátt fyrir að samþætta líkindamatið væri hagstætt. Greining var þrílitnun + aukalitningur nr. 20. Í hinu tilfallinu var vegna sögu verðandi móður um erfðagalla var boðin litningarannsókn sem leiddi í ljós jafna yfirfærslu á litningum 2 og 12.

Tafla 19. Yfirlit yfir konur með auknar líkur í samþættri skimun fyrir litningagöllum á Íslandi 2005. (Overview of the number of women at increased risk for chromosomal anomalies at 11 – 14 weeks with combined ultrasound and biochemical screening in Iceland 2005).

Staður <i>Place</i>	Auknar líkur á T21 (<i>Suggestive of Trisomy 21</i>)	Auknar líkur á T13 og T18 (<i>Suggestive of Trisomies 13 and 18</i>)	Auknar líkur á öllum þrem – T21, T13 og T18 (<i>Suggestive of Trisomies 13, 18 and 21</i>)
LSH <i>Reykjavík</i>	32	5	11
FSA <i>Akureyri</i>	5	1	0
Alls <i>Total</i>	37	6	11

Greiningarpróf

Greiningarpróf með sýnatöku frá fylgju eða legvatni, til greiningar á litningagerð fósturs, var boðið konum með skimjákvæða niðurstöðu, konum með aldurstengda aukna áhættu á litningagöllum, ef ómskoðun gaf vísbendingar um fósturgalla og ef fyrir hendi var fyrri saga um gena- eða litningagalla.

Alls voru gerðar 92 ástungur, 62 sýni voru tekin úr fylgjuvef og 30 úr legvatni. 14 litningagallar greindust, þar af 11 úr fylgjuvef og 3 úr legvatni.

Einn litningagalli greindist að auki hjá skimneikvæðri konu eftir fæðingu barns. Ekki var um þrístæðugalla að ræða, heldur litningafrávik sem ekki er reiknað með að gefi vísbendingar í skimuprófi. Auk þess voru gerð fleiri greiningarpróf vegna annarra ábendinga (sjá Töflur 19 og 20).

Byggingargallar

Níu tilvik af byggingagöllum fósturs greindust með ómskoðun við 11v1d-13v6d (16/2663=0,3%) öll á LSH. Þar af var eitt einnig með auknar líkur á litningagalla samkvæmt samþætту líkindamati, en litningagerð var eðlileg. Annað fóstur var með auknar líkur á litningagalla auk fósturbjúgs og cystic hygroma og fór sú kona í fóstureyðingu, en sýni náðist ekki til litningarannsóknar. Tvö fóstur voru með heilaleysi (*anencephaly*), eitt með holoprosencephaly, eitt með fjölþætta galla (*body stalk anomaly*), eitt með alvarlegan þvagfæragalla, eitt með alvarlegan galla í beinagrind (*skeletal dysplasia*), eitt með gastroschisis og tvö fóstur voru með útlimagalla.

Hnakkabykkt mældist $\geq 3,0$ mm hjá 27 fósturum. Hjá þeim greindust 9 litningagallar og eitt fóstur var með vessabelg (*cystic hygroma*) en litningarannsókn fékkst ekki. Við ómskoðun 4-8 vikum síðar komu auk þess í ljós eitt tilvik þindarslit, einn hjartagalli og einn galli þar sem sáust miklar líffærastækkningar og fósturbjúgur (krufningarniðurstaða sýndi að líklegast væri um efnaskiptasjúkdóm að ræða sem ekki tókst að greina með vissu). Hjá einu fósturi vaknaði grunur um litningagalla við

ómskoðun við 20 vikur vegna víkkaðra heilahólfa og óeðlilegs útlits nýrna, en litningarannsókn var afþökkuð. Við fæðingu kom í ljós litningagalli, sleglaskiptagalli og hydronephrosis. Að auki fannst eitt tilvik þindarslit hjá fóstri í þessum hópi við 28 vikur en þar hafði aðeins sést stækkaður magi og hliðrun á hjarta við 20 vikur.

Tafla 20. Yfirlit yfir byggingargalla fósturs sem greindust við eða í framhaldi af ómskoðun við 11v1d -13v6d. (Table 20. Overview of structural anomalies diagnosed at 11wks+1d -13wks - 6days).

Byggingagallar (structural anomalies)	n	Afdrif (outcome)
Fósturbjúgur (hydrops)	1	Fóstureyðing (legal abortion)
Heilaleysi (anencephaly)	2	1 Fóstureyðing (legal abortion) 1 fetocide, annar af tvíbúrum, hinn eðlilegur
Holoprosencephaly	1	Fóstureyðing (legal abortion)
Fjölpættur galli (body stalk anomaly)	1	Fóstureyðing (legal abortion)
Þvagfæragalli (urinary tract anomaly)	1	Fóstureyðing (legal abortion)
Alvarlegur galli í beinagrind (skeletal dysplasia)	1	Fóstureyðing (legal abortion)
Hjartagallar* (cardiac anomalies)	2	Lifandi fædd, 1 op á milli slegla, engin aðgerð, 1 op á milli slegla og gátta (atrioventricular defect), fór í aðgerð.
Þindarslit* (diaphragma hernia)	2	Lifandi fædd börn en annað dó skömmu eftir fæðingu
Útlimagallar (limb anomalies)	2	1 Fóstureyðing (legal abortion) 1 lifandi fætt barn, vantar hægri femur
Gastroschisis	1	1 Fósturdauði við 15 vikur
Aðrir fósturgallar (other anomalies)	1	1 Fóstureyðing v. efnaskiptagalla
Samtals (total)	15	

*Aukin hnakkabykkt við ómskoðun við 12 vikur leiddi til þess að hjartaómun var gerð við 20 vikur og þá fékkst greiningin.

II. Önnur skimpróf

a. Alls komu 96 konur í ómskoðun og mælingu á hnakkabykkt eingöngu á LSH og 1 á FSA. Þar af voru 42 konur sem gengu með tvíbura. Engin þeirra reyndist vera með auknar líkur á litningagalla.

b. Hjá 13 konum á LSH var meðganga orðin of löng fyrir sambætt líkindamat. Þeim var boðin annars þriðjungs lífefnaskimun með tvíprófi (MS-AFP og frítt beta β -hCG) fyrir T21, T18 og miðtaugakerfisgöllum (sent var til Harold Wood Hospital Bretlandi). Hjá engri þeirra voru líkur auknar á litningagalla.

c. Frá FSA var eitt blóðsýni, tekið við u.þ.b. 14v meðgöngulengd, sent til Leeds í Bretlandi í annars þriðjungs lífefnaskimun með fjórprófi (AFP, β -hCG, estradiol, inhibin-A) og reyndust líkur ekki auknar.

III. Ómskoðun við 19-20 vikur

Alls komu 3125 konur í ómskoðun við 19-20 vikna meðgöngulengd (LSH eingöngu). Byggingagallar greindust hjá 31 fósturum ($31/3125=1\%$). Þar af fóru 6 í fóstureyðingu vegna alvarlegs vandamáls/galla fósturs en 25 (80,6%) luku meðgöngu.

Tafla 21. Yfirlit yfir fósturgalla sem greindust við 20 vikna ómskoðun á fósturgreiningardeild LSH (Table 21. Overview of malformations diagnosed at 19-20 week ultrasound examination at the prenatal diagnostic unit, Landspítali University Hospital)

Fósturgallar (fetal anomalies)	Fjöldi (n)
Hjartagallar (cardiac anomalies)	3
Þvagfæragallar (urinary tract anomalies)	9
Miðtaugakerfisgallar (central nervous system anomalies)	4
Klofin vör/gómur (cleft lip/palate)	0
Útlimagallar/klumpufætur (limb anomalies)	4
Litningagallar (chromosomal anomalies)	2
Kviðveggsgallar (abdominal wall defects/diaphragma hernia)	2
Brjóstholsgallar (thoracal anomalies)	2
Aðrir fósturgallar (other anomalies)	5
Samtals (total)	31

IV. Heildarfjöldi legástunga

a. Heildarfjöldi inngripa (legástungur) á fósturgreiningardeild LSH var 92, þar af 62 fylgjuvefssýni og 30 legvatnssýni. Engin fósturlát urðu í kjölfar inngripa á árinu.

Tafla 22. Fylgjuvefssýni (Table 22. Chorionic villous sampling)

Ábending (Indication)	Fjöldi (n)	Litningagallar (chromosomal anomalies)
Aldur (engin skimun)	4	0
Auknar líkur (samþætt líkindamat)	39	11
Fósturgallar	6	0
Annað (saga)	13	0
Samtals (total)	62	11

Tafla 23. Legvatnssýni (Table 23. Amniotic fluid sampling)

Ábending (Indication)	Fjöldi (n)	Litningagallar (chromosomal anomalies)
Aldur (engin skimun)	19	0
Auknar líkur (sambætt líkindamat)	3	1
Fósturgallar	1	1
Annað (saga)	7	0
Tíglun í fylgjuvef	2	1
Jákvætt þrípróf	2	0
Samtals (total)	30	3

b. Á FSA voru gerðar fjórar legástungur. Þrjár voru gerðar eftir jákvæða skimun í fjórprófi og ein vegna aldurs. Litningagerð hjá þessum fjórum var eðlileg.

Tafla 24. Fjöldi litningagalla sem greindust á fósturskeiði árið 2005* (Table 24. Fetal chromosomal abnormalities diagnosed 2005)

	Gerð litningagalla hjá fóstri eða barni	Fjöldi	Afdrif þungana	Skimun
T21	6 fóstur með þrístæðu 21	6	Fóstureyðing	SPL-YSM
T13	2 fóstur með þrístæðu 13	2	Fóstureyðing	SPL-YSM
T18	3 fóstur með þrístæðu 18	3	Fóstureyðing	SPL-YSM
XXY	1 fóstur með auka Y-litning	1	Lifandi fætt barn	SPL-YSM
Þrílitnun	1 fóstur með þrílitnun	1	Fóstureyðing	SPL-USM
Mosaic 16	1 fóstur með tíglun, litningur 16	1	Lifandi fætt barn	SPL-YSM
Samtals (total)		14		

Eitt fóstur var greint með jafna yfirfærslu á litningum

YSM = yfir settum mörkum; USM = undir settum mörkum; SPL = sambætt líkindamat; ESS = ekki snemmskimun

XIX. LOKAORÐ

Megin tíðindi ársins 2005 eru að tíðni burðarmálsdauða (BMD) var nokkru hærri en á undanförunum 4 árum einkum vegna fleiri dauðsfalla barna sem fæddust áður en þau náðu lífvænlegum þroska eða eftir 22-24 vikna meðgöngu. Rétt er að undirstrika aukna hættu á BMD í fjölburameðgöngum en þriðjungur allra barna (9/27) sem dóu á burðarmálsskeiði voru fjölburar. Sé miðað við meðgöngulengd \geq 28 vikur eða fæðingarþyngd \geq 1000 g var tíðni BMD hins vegar lág (2.8) árið 2005 eða svipuð og á árunum 2002-2003 (tafla 1). Burðarmáls-, nýbura- og ungbarnadauði er áfram með því lægsta sem sést í heiminum fyrir heila þjóð. Ekki varð mæðradauði á Íslandi á árinu.

Hluta af lækun burðarmálsdauða undanfarin ár má rekja til stöðugt batnandi fósturgreininga og meðferð á alvarlegum sköpulagsgöllum. Fæðingum andvana barna með slíka galla og fæðingum lifandi, alvarlega fatlaðra barna hefur fækkað. Samt verður að benda á að í 2/3 tilvika, þar sem fóstur greinast með einhverja sköpulagsgalla, er meðgangan ekki rofin og börnin fæðast við þannig aðstæður að búið er að undirbúa meðferð eftir fæðinguna. Á ný er birt ítarleg umfjöllun um fósturgreiningu á Landspítalanum, þar sem sýnt er til hve víðtækra vandamála hún tekur.

Tíðni keisaraskurða lækkaði áfram annað árið í röð og er hefur ekki verið lægri síðan 1996 (Tafla 1). Mikilvægt er fyrir fagfólk á hverjum fæðingarstað að fylgjast með tíðni inngripa og útkomu fæðinga og hefur 10 hópa kerfi Robson reynst gott tæki við slíki fagrýni. Þetta hefur náð góðri formfestu á FSA og nú á SHA, en er einnig að komast í gang á LSH. Í þessari ársskýrslu er fagrýni aftur birt fyrir allt landið og gagnið af því augljóst þegar kafli IV er skoðaður.

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.

XX. HEIMILDIR (REFERENCES).

1. Robson MS, Scudamore IW, Walsh SM. Using the medical audit cycle to reduce cesarean section rates. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 199-205.
2. Vilbergsson G, Haraldsson S. Þrí – og fjórburafæðingar á Íslandi 1982 – 1998. *Læknablaðið*, 1999; 85: 975-80.
3. Andersen KV, Helweg-Larsen K, Lange A. Klassifikation af peri- og neonatale dødsfald. *Ugeskr Læger* 1991; 153: 1494-7.
4. Bjarnadóttir RI, Geirsson RT, Pálsson G. Flokkun burðarmálsdauða á Íslandi 1994 –1998. *Læknablaðið* 1999; 85: 981-6.
5. Georgsdóttir I, Dagbjartsson A. Litlir fyrirburar á Íslandi. Lífslíkur og fötlun. *Læknablaðið* 2003; 89: 299-302.

XXI. RITVERK FRÁ EÐA Í SAMVINNU VIÐ FÆÐINGASKRÁNINGUNA 2005 *(PUBLICATIONS FROM OR CONNECTED TO THE BIRTH REGISTRATION IN 2005).*

1. Geirsson RT, Pálsson G, Bjarnadóttir RI, Garðarsdóttir G. Skýrsla frá fæðingaskráningunni fyrir árið 2004. *Kvennadeild LSH*, 2005.
2. Heiðdís Valgeirsdóttir, Hildur Harðardóttir, Ragnheiður I. Bjarnadóttir. Fylgikvillar við keisaraskurði. 3. árs rannsóknarverkefni, *Læknadeild H.Í.* 2005
3. Hrafnhildur Hjaltadóttir, Hildur Harðardóttir, Ragnheiður I. Bjarnadóttir. Kjörmeðgöngulengd með tilliti til útkomu móður og barns. 3ja árs rannsóknarverkefni, *Læknadeild H.Í.* 2005

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

XXII. ENGLISH SUMMARY

The Icelandic Birth Registration presents its 11th annual report, for the year 2005. 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 reports have been successively more detailed and have presented different aspects of perinatal care each year. ICD-10 coding was instituted in 1997.

The Icelandic population numbered just under 300.000 at the end of 2005. Deliveries were 4241, similar to previous years. Delivered babies, counting all newborns of at least 22 weeks gestational age and 500 g by birthweight (WHO recommendation for registering), numbered 4316. Of the deliveries 71% were in Reykjavík, and that proportion has been slowly increasing in the last 2-3 decades. The birthrate/woman now stood at 2.1. Births/woman were high for a long time in Iceland, among the highest in Europe and even during the last decade of the twentieth century the rate was over 2.2. A large proportion of this was because of a relatively high rate of teenage deliveries and deliveries in the 20-24 year age range. This has changed in the last 5-6 years.

Pre-booked deliveries took place in 13 locations around the country and there was a slight increase in home deliveries (1% of total births) (Table 1). 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. Home service by midwives after hospital delivery has enjoyed increasing popularity. The birthing unit in the University Hospital in Reykjavik (Table 10), has been part of this programme and its existence promoted early return home after delivery. About 60% of women return home very soon after delivery in the Reykjavik area, taking a strain off postnatal wards in the University Hospital.

Multiple deliveries accounted for a total of 1.6% of all deliveries (Table 3). The proportion of multiple births after assisted reproduction techniques, was high or 30%, but continued efforts are needed to reduce this to the very low levels now prevalent in other Nordic countries. Insertion of more than two fertilised eggs is not practised in Iceland and elective single embryo transfer is gradually being introduced. There is only one assisted reproduction clinic which is privately run.

The steadily increasing rates of cesarean section in the last decades have caused concern in Iceland as elsewhere. However, the cesarean section rate has decreased over the last couple of years and stood nationwide at 15.7%, the lowest rate since 1996. In the Landspítali University Hospital in Reykjavik the figure was somewhat higher than the national average, as could be expected for the main referral hospital for complicated births in the country, i.e. 16.4%. This is also lower than in previous years. In the second largest unit in Akureyri Regional Hospital in northern Iceland the rate went even lower than the year before, to 14.6%, down

from a high of almost 25% in 1999. An ongoing audit procedure according to the Robson classification method to review deliveries in northern Iceland may have been partly instrumental in bringing this decrease about. (Tables 7 and 68.

Perinatal mortality (PNM) is registered by the ICD10 classification (22 weeks and 500 g) and by the older (28 weeks and 1000 g) reference mark. The results are shown in Table 16. PNM rates were higher again from the all time low in 2003. The figures now were at 6.3/1000 by the former and 2.8/1000 by the latter definition (Table 16). Only 27 babies were lost in the whole country, most of them intrauterine deaths (n=21). 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.

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 (NPDC)³ is used, where 5 main variables are created to produce 13 classes of death causes. There were 21 stillbirths in all (Table 17) and fifteen of these babies were less than 1000 g at delivery. Six babies were liveborn and died in the first week (Table 18). Four of these babies were extremely immature, being born at 22-25 weeks gestation. The other two had severe congenital malformations.

The report also gives figures for fetal anomalies detected at LUH at the routine 19-20 week ultrasound, the scan which virtually all women accept (Table 21). Only one neonatal death occurred this year, a preterm infant born after 275 weeks who died 7 days after delivery due to severe hyaline membrane disease. There were three deaths in infancy (29-365 days after birth). Of these two were due to sudden infant death syndrome and one due to neonatal hepatitis. The infant mortality rate was very low; 2.8/1000.

The report again contains a thorough overview of antenatal ultrasound and biochemical screening at Landspítali University Hospital (LUH). Early screening by combining maternal age, free β -hCG and PAPP-A with nuchal translucency measurements has been offered as an option which women can choose and over 3/4 of women in the Reykjavik area accept (just over 50% of all women in the country), even if it is not free (cost approx. 100 USD). The data on this are presented in chapter XIX.

In the report the data are discussed and interpreted where appropriate. 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 site (www.landspitali.is).

