



Dødfødte barn		
1. Definisjon	Antall dødfødte barn per 1000 fødte barn	
2. Sektor	Spesialisthelsetjeneste	
3. Fagområde	Somatisk helse	
4. Type	Resultat	
5. Primær dimensjon av kvalitet (Velg en)	Virkningsfulle	
6. Evt. sekundær dimensjon av kvalitet		
7. Fokusområde	Overlevelse	
Godkjenning		
8. Godkjent dato først gang	Saksnr i 360 – 13/10392	
9. Godkjent av	HelseDirektoratet	
10. Revisjonshistorikk	1.0- juni 2016 etablert som ny nasjonal kvalitetsindikator	
Faglig begrunnelse/målsetning		
11. Begrunnelse for valg	<p>Dødfødte barn er barn som dør før fødselen kommer i gang, eller som dør under fødselen. Andelen dødfødte barn i Norge er lavt sammenliknet med mange andre land. I 2014 var det 263 dødfødte av 60026 fødte i følge Medisinsk fødselsregister (1). Norge regnes som et av de mest privilegerte landene i verden når det gjelder helse for gravide og fødende.</p> <p>Fortsatt er det mangelfull kunnskap om hvorfor et barn dør i svangerskapet. Vi vet imidlertid at ca halvparten av barna er veksthemmet ved fødsel (2). Morkakesvikt, morkakeløsning, infeksjoner, misdannelser, kromosomfeil, komplikasjoner med navlestreng og alvorlig sykdom hos mor utgjør de viktigste årsakene til dødfødsel (3). Flere gutter enn jenter fødes døde.</p> <p>Kvinner i alderen 35 år og eldre har økt risiko for dødfødsel, sammenliknet med yngre kvinner (4). I tillegg til alder er også røyking og fedme hos mor kjente risikofaktorer for dødfødsel. Overvåking og regelmessige svangerskapskontroller for tidlig deteksjon av avvik og kjente risikofaktorer kan bidra til å redusere risiko for dødfødsler.</p>	
12. Målsetning	Redusere forekomst av dødfødsler	
13. Målgruppe for denne indikatoren (Beskriv formål med denne indikatoren per aktuell målgruppe)	13.1. Politiske aktører	Politiske aktører blir varslet på et overordnet nivå om det er store variasjoner mellom helseregioner, helseforetak og sykehus.
	132. Ledelse i sektor	Ledelsen i helsesektoren har sørget for ansvaret innen fødselsomsorgen, og kan styre og evt omprioritere ressurser for å sikre at helsetjenesten innen fødselsomsorgen har god kvalitet og pasientsikkerhet.
	13.3. Helsepersonell	Helsepersonell kan benytte resultatet for å forbedre sin praksis innen fødselsomsorgen og gjennomføre lokalt forbedringsarbeid.
	13.4. Innbygger/pasient/bruker/pårørende/media	Brukere og pårørende får informasjon om hvorvidt helsetjenesten utøves med god kvalitet og pasientsikkerhet og kan benytte dette for å ta informerte og kvalifiserte valg på helsetjenester av god kvalitet. Offentligheten får innsikt i kvaliteten på helsetjenestene, og kan sikre at pasientsikkerheten i helsetjenestene ikke innehar uønsket variasjon.
14. Begrepsavklaringer	<b>Dødfødsel</b> defineres som fødsel av et barn som ikke viser livstegn (hjerateaktivitet, puste- eller muskelaktivitet) fra og med svangerskapsuke 22 eller over 500 gram (Verdens helseorganisasjon, WHO). Dersom barnet fødes dødt før dette, kalles det senabort.	
Beregning		
15. Utvalg i fokus (teller)	Alle dødfødte barn mer enn 22 +0 uker eller mer enn 500 gram	
16. Sammenligningsgrunnlag (nevner)	Alle fødte barn mer enn 22 +0 uker eller mer enn 500 gram	
17. Hovedmåltall	Antall dødfødte barn per 1000 fødte barn	
18. Andre måltall	Antall dødfødte barn	

<b>19. Presiseringer rundt utvalg</b>	Ekskluderer institusjoner med færre enn 20 fødsler det aktuelle året.
<b>20. Manglende rapportering</b>	Medisinsk fødselsregister er basert på meldeplikt og omfatter blant annet rapportering på dødfødsler.
<b>21. Teknisk beregning av indikator</b>	Se punkt 15-19.
<b>22. Nivå for publisering eksternt</b>	Landet, helseregion, helseforetak, institusjon
<b>23. Standard klassifikasjoner</b>	<b>Bedrifts- og foretaksnummer:</b> Bedrifts- og foretaksnummer er benyttet for identifisering av enheter
<b>Datainnsamling/kilder</b>	
<b>24. Datakilder</b>	Medisinsk fødselsregister (MFR), Folkehelseinstituttet
<b>25. Bearbeiding/revisjon av data</b>	Innrapportering direkte til MFR. Tallene kvalitetssikres fortløpende gjennom året, med publisering av foreløpige tall i juni påfølgende år. MFR tar kontakt med den enkelte rapporteringsenhet i kvalitetssikringsprosessen.
<b>26. Type datakilde og lovhjemmel</b>	Elektronisk melding til MFR. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister, Medisinsk fødselsregisterforskriften (5)
<b>27. Hyppighet for innsamling av data hos datakilde</b>	Fortløpende innhenting gjennom året
<b>28. Aktualitet og hyppighet ved publisering som nasjonal kvalitetsindikator</b>	Årlig
<b>Tolkning av tallene</b>	
<b>29. Sammenlignbarhet over tid og sted</b>	Sammenlignbare mellom institusjoner med samme risikoprofil, mellom regioner, mellom land og over tid.
<b>30. Feilkilder og usikkerhet</b>	Forskjeller mellom fødeinstitusjoner kan generelt ha mange forklaringer; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilfeldigheter</li> <li>• Ulik bruk av diagnostiske kriterier</li> <li>• Risikosentralisering</li> <li>• Variasjoner i fødejournalssystemenes data</li> <li>• Variasjoner i meldepraksis og meldesvikt</li> <li>• Feil i MFR (Medisinsk fødselsregister)-rutiner</li> <li>• Reelle forskjeller i kvalitet</li> </ul> <p>Det er ofte en kombinasjon av flere av disse</p>
<b>31. Særskilt informasjon for tolkning av denne indikatoren</b>	I Norge er fødeinstitusjonene inndelt i tre nivåer: fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk. Seleksjon av fødende til ulike typer fødeinstitusjoner er basert på en risikovurdering etter gitte kriterier (6). Fødselsantallet varierer ved de ulike fødeinstitusjonene og institusjoner med et lite antall fødsler kan få store utslag i statistikken.
<b>32. Relaterte indikatorer</b>	Dødelighet i nyfødtperiode
<b>Videreutvikling</b>	
<b>33. Videre utvikling av datakilder/indikator</b>	
<b>Publisering</b>	
<b>34. Publiseringsarena</b>	<a href="http://www.helsenorge.no">www.helsenorge.no</a>
<b>35. Andre publiseringsarena</b>	<a href="http://statistikkbank.fhi.no/mfr/">http://statistikkbank.fhi.no/mfr/</a> , <a href="http://www.helsedirektoratet.no">www.helsedirektoratet.no</a>
<b>Referanser</b>	
<b>36. Referanser</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Folkehelseinstituttet. Medisinsk fødselsregisters statistikkbank, <a href="http://statistikkbank.fhi.no/mfr/">http://statistikkbank.fhi.no/mfr/</a></li> <li>2. Frøen JF, Arnestad M, Frey K, Vege A, Saugstad OD, Stray-Pedersen B. Risk factors for sudden intrauterine unexplained death: epidemiologic characteristics of singleton cases in Oslo, Norway, 1986-1995. Am J Obstet Gynecol. 2001 Mar;184(4):694-702</li> <li>3. Pettersson K., Bottinga R., Bremme K., Hofsjö A., Holm M., Holste C., Kublickas M., Norman M., Pilo C., Roos N., Sundberg A., Wolff K. &amp; Papadogiannakis N. The Stockholm classification of stillbirth. Acta Obstet Gynecol Scand 2008; 87 (11):1202-12. doi 10.1080/00016340802460271.</li> <li>4. Waldenström U., Aasheim V., et al. Adverse Pregnancy Outcomes Related to Advanced Maternal Age Compared With Smoking and Being Overweight. Obstetrics &amp; gynecology VOL. 123, NO. 1, Jan 2014</li> <li>5. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister (Medisinsk fødselsregisterforskriften). <a href="https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-21-1483?q=medisinsk%20fødselsregistre">https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-21-1483?q=medisinsk fødselsregistre</a>.</li> <li>6. Helsedirektoratet, Et trygt fødetilbud, forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner, IS-1803, Oslo 2010</li> </ol>

