



Pohjoismaiset perinataalitilastot 2014

Nordisk perinatal statistik 2014
Perinatal statistics in the Nordic countries 2014

Anna Heino
+358 29 524 7177
anna.heino@thl.fi

Mika Gissler
+358 29 524 7279
mika.gissler@thl.fi

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
PL 30 (Mannerheimintie 166, Helsinki)
00271 Helsinki
Puhelin: +358 29 524 6000
www.thl.fi

Pohjoismaiset perinataalitilastot 2014

14.3.2016

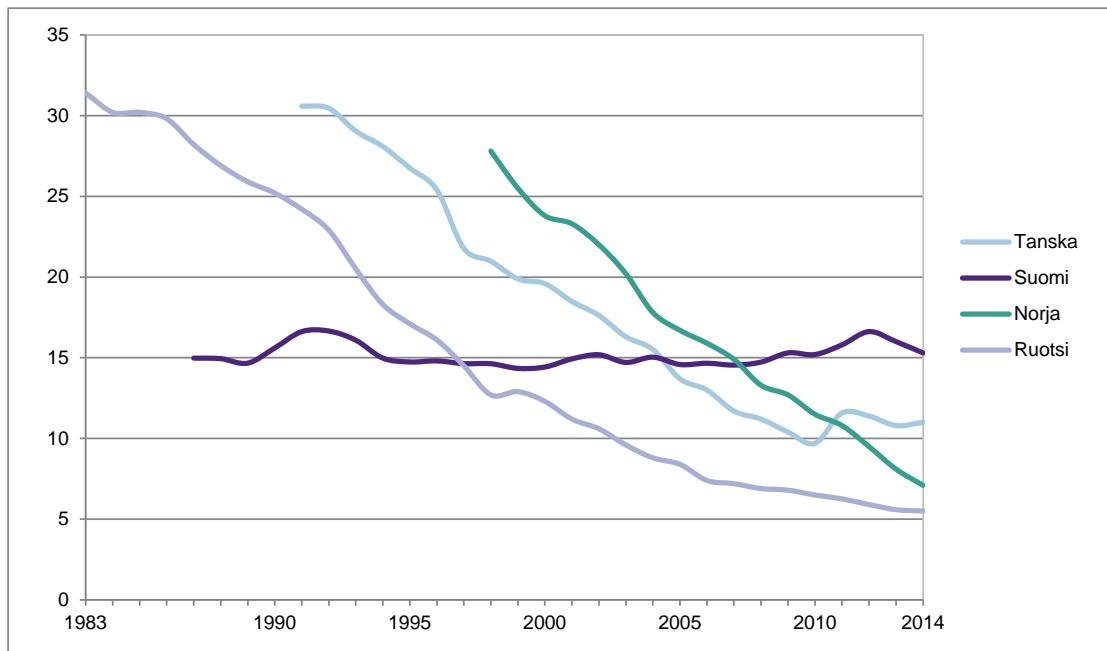
Pohjoismaissa syntyi vuonna 2014 elävänä noin 295 000 lasta, mikä on hieman enemmän kuin vuonna 2013 (+1,0 %). Ruotsi ja Tanska olivat kuitenkin ainoat Pohjoismaat, jossa syntyyvys nousi: muissa Pohjoismaissa syntyneiden lasten määrä joko laski tai pysyi edellisvuoden tasolla. Muutaman vuoden takainen syntyyvyyden nousu onkin tasoittunut kaikissa Pohjoismaissa. Huolimatta kokonaishedelmällisyuden laskusta, hedelmällisyys on kaikissa Pohjoismaissa kuitenkin yhä korkea muihin Euroopan maihin verrattuna.

Tupakointi raskauden alkuvaiheessa on vähentynyt Suomea lukuun ottamatta kaikissa Pohjoismaissa. Erityisesti osuus on laskenut Ruotsissa, jossa 1980-luvun alkupuolella tupakoi raskauden alkuvaiheessa vielä yli 30 prosenttia synnyttäjistä ja vuonna 2014 enää vajaat 6 prosenttia. Suomessa alkuraskauden aikana tupakoivien osuus on pysynyt lähes ennallaan 1990-luvun puolesta välistä saakka, ja oli 15 prosenttia vuonna 2014.

Yhä useampi raskauden alussa tupakoiva nainen lopettaa tupakoinnin raskauden aikana, ja raskauden lopussa tupakoivien osuus on laskenut kaikissa Pohjoismaissa. Osuus oli alhaisin Ruotsissa (4,0 %). Vaikka raskauden aikana tupakoinnin lopettavien osuus on noussut myös Suomessa, on osuus yhä Pohjoismaiden korkein: 8,2 prosenttia synnyttäjistä tupakoi.

Synnytyssairaalojen lukumäärä on vuosikymmenen aikana laskenut kaikissa Pohjoismaissa. Prosentuaalisesti suurinta lasku on ollut Tanskassa, jossa vuonna 2006 oli 28 synnytyssairaala ja vuonna 2014 enää 18. Myös Norjassa ja Suomessa synnytyssairaalojen lukumäärä on vähentyt selkeästi. Islannissa ja Ruotsissa lukumäärä on säilynyt tasaisempana.

Kuva 1. Synnyttäjien alkuraskauden aikainen tupakointi 1983–2014, %

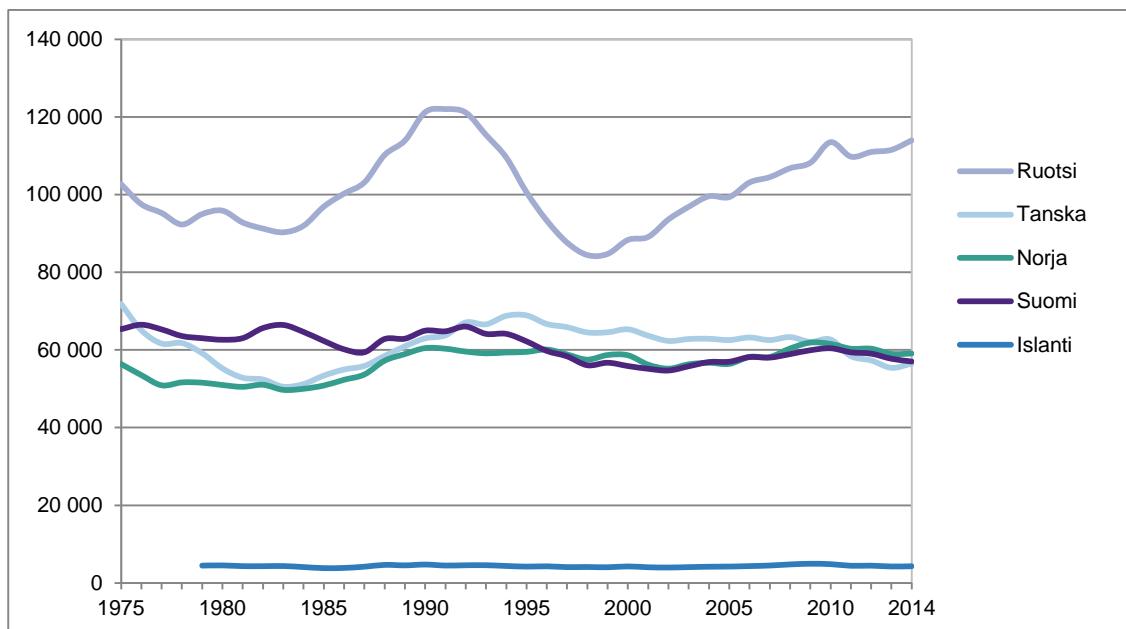


* Islannista ei ole saatavilla tietoja tupakoivien osuudesta.

Syntyvyys

Pohjoismaissa syntyi vuonna 2014 elävänä noin 295 000 lasta, mikä on hieman enemmän kuin edellisenä vuonna (+1,0 %). Ruotsi oli kuitenkin ainoa Pohjoismaa, jossa syntyvyys nousi merkittävästi (+2,3 %): muissa Pohjoismaissa syntyvyys joko laski tai pysyi edellisvuoden tasolla. Muutaman vuoden takainen syntyvyyden nousu onkin tasoittunut kaikissa muissa maissa. (Liitetaulukko 2.)

Kuvio 2. Synnytysten lukumäärä Pohjoismaissa 1975–2014



Vuonna 2014 pohjoismaisista lapsista useampi kuin joka kolmas syntyi Ruotsissa (115 200), kun Suomen, Tanskan ja Norjan vastaavat osuudet olivat 19–20 prosenttia (57 300–59 800). Islannissa lapsia syntyi noin 4 400 eli 1,5 prosenttia Pohjoismaiden kaikista vastasyntyneistä. (Liitetaulukko 2.)

Islannissa on perinteisesti ollut Pohjoismaiden korkein hedelmällisyys, mutta vuosina 2013–2014 kokonaishedelmällisyysluku laski siellä alle väestön uusiutumistason ensimmäistä kertaa vuosikymmeneen (1,93). Myös muissa Pohjoismaissa hedelmällisyys laski. Vuoden 2014 kokonaishedelmällisyysluvut vaihtelivat niissä 1,69 ja 1,88 välillä. (Liitetaulukko 3.) Kokonaishedelmällisyys on laskenut myös muualla Euroopassa. Muihin Euroopan maihin nähden Pohjoismaiden hedelmällisyys on yhä korkea. Ainoastaan Ranskan, Irlannin ja Ison-Britannian kokonaishedelmällisyysluvut ovat pohjoismaista keskiarvoa korkeammat. Euroopan alhaisimmat kokonaishedelmällisyysluvut ovat Portugalissa (1,21) ja Espanjassa (1,27).¹

Monisikiöiset synnytykset yleistyivät kaikissa Pohjoismaissa 1980-luvulta lähtien. Tärkein syy tähän oli hedelmällisyshoitojen lisääntynyt käyttö. Erityisesti tämä koskee koeputkihedelmöityshoitoja, joissa on merkittävästi kohonnut monisikiöisen raskauden riski. Tanskassa on enemmän monisikiöisiä synnytyksiä (19,5/1 000 synnytystä) kuin muissa Pohjoismaissa, vaikka sielläkin niiden määrä on viime vuosina laskenut hieman. Vähiten monisikiöisiä synnytyksiä on Suomessa (13,6/1 000 synnytystä). (Liitetaulukko 4.)

Eroa monisikiöisten synnytysten osuudessa selittävät osittain hedelmöityshoitokäytännöt ja hedelmöityshoitojen käytön laajuus: yhden alkion siirtojen osuus on Ruotsissa (73,3 % alkion siirroista) ja Suomessa (67,5 %) merkittävästi suurempi kuin esimerkiksi Tanskassa (45,2 %), mutta myös

¹ Uusimmat saatavilla olevat tiedot Euroopan tasolla ovat vuodelta 2013. Eurostat Statistics Database (Population - Fertility - Total Fertility Rate): <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (Sellaisena kuin 16.2.2016)

aloitettujen hoitojen määrissä on eroja. Tanskassa aloitetaan väestöön suhteutettuna enemmän hedelmöityshoitoja kuin missään muussa Pohjoismaassa.²

Synnytyssairaaloiden lukumäärä on vuosikymmenen aikana laskenut kaikissa Pohjoismaissa. Prosentuaalisesti suurinta lasku on ollut Tanskassa, jossa vuonna 2006 oli 28 synnytyssairaala ja vuonna 2014 enää 18. Myös Norjassa ja Suomessa synnytyssairaaloiden lukumäärä on vähentynyt selkeästi, Islannissa ja Ruotsissa lukumäärä on säilynyt tasaisempana.

Taulukko 1. Synnytyssairaaloiden lukumäärä Pohjoismaissa 2006–2014

	2006	2007	2008	2009	2010	2013	2014
Suomi	34	33	33	32	32	30	29
Norja	60	60	57	56	55	52	51
Islanti	12	13	11	11	11	10	11
Ruotsi	47	47	46	46	45	45	46
Tanska	28	27	27	25	23	21	18

Lakkautettujen synnytyssairaaloiden koko vaihtelee maittain: Suomessa on vähentynyt erityisesti hieman alle 1 000 vuosittaisen synnytyksen sairaaloiden lukumäärä, Norjassa alle 300 vuosittaisen synnytyksen sairaaloiden lukumäärä ja Tanskassa erityisesti 2000–2 999 synnytyksen sairaaloiden lukumäärä. Kaikissa Pohjoismaissa painopiste näyttää olevan kohti suurempia synnytysyksiköitä.

Suhteutettuna vuosittaisen synnytysten määrään, Islannissa on Pohjoismaista selkeästi eniten synnytyssairaalaita (2,6/1 000 synnytystä). Muissa Pohjoismaissa tämä suhteutettu luku on hieman laskenut viimeisen kymmenen vuoden aikana ja oli vuonna 2014 Norjassa 0,9, Suomessa 0,5, Ruotsissa 0,4 ja Tanskassa 0,3.

Synnyttäjät

Pohjoismaiset naiset hankkivat lapsia vanhempana kuin aiemmin. Vuonna 2014 ensisynnyttäjien keski-ikä oli 27,0–28,7 vuotta kun se vielä neljä vuosikymmentä aikaisemmin oli 21,8–24,9 vuotta. Kaikkien synnyttäjien keski-ikä oli 30,0–30,5 vuotta. Nuorimmat synnyttäjät ovat Islannissa, jossa sekä ensisynnyttäjien ja kaikkien synnyttäjien keski-ikä oli Pohjoismaiden matalin (27,0 vuotta ja 30,0 vuotta). (Liitetaulukko 5.)

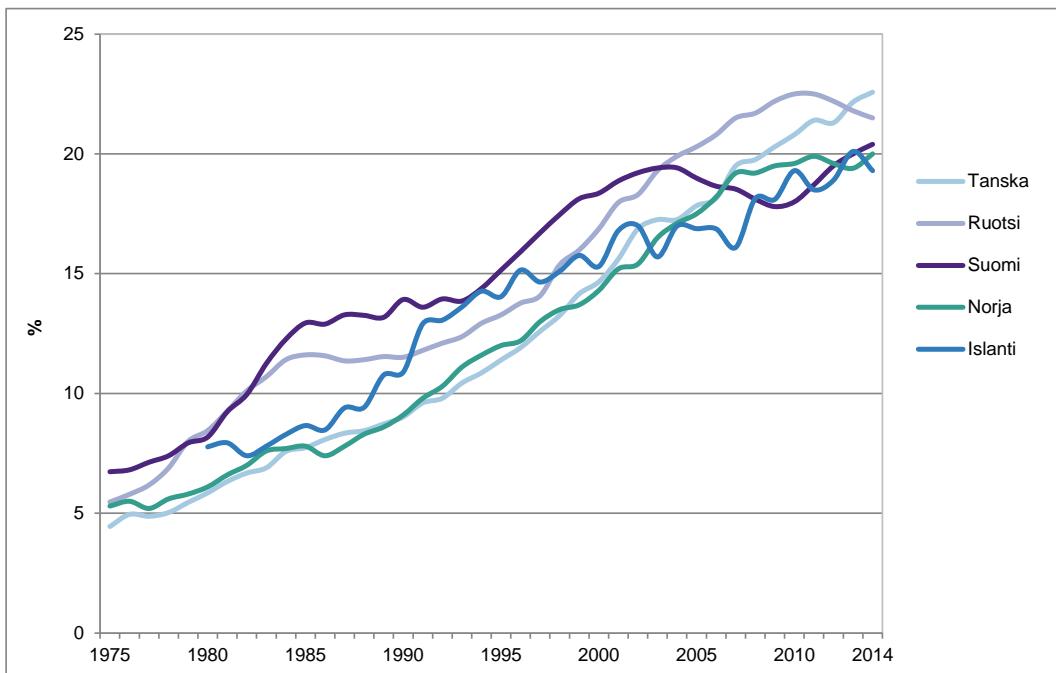
35 vuotta täyttäneiden synnyttäjien osuus on kasvanut merkittävästi kaikissa Pohjoismaissa 1980-alusta lähtien, jolloin osuus oli selkeästi alle 10 prosenttia kaikissa maissa. Vuonna 2014 vastaava osuus oli yli 20 prosenttia kaikissa Pohjoismaissa Islantia (19,3 %) lukuun ottamatta. Korkein osuus oli Tanskassa (22,6 %).

Teini-ikäisten synnyttäjien osuus kaikista synnyttäjistä on laskenut. Osuus on kaikissa Pohjoismaissa laskenut alle 2 prosentin – viimeisenä Suomessa ja Islannissa. Nopeinta vastaavan osuuden lasku on ollut Islannissa, jossa 1970-luvun puolessa välissä vielä yli 15 prosenttia synnyttäjistä oli alle 20-vuotiaita.

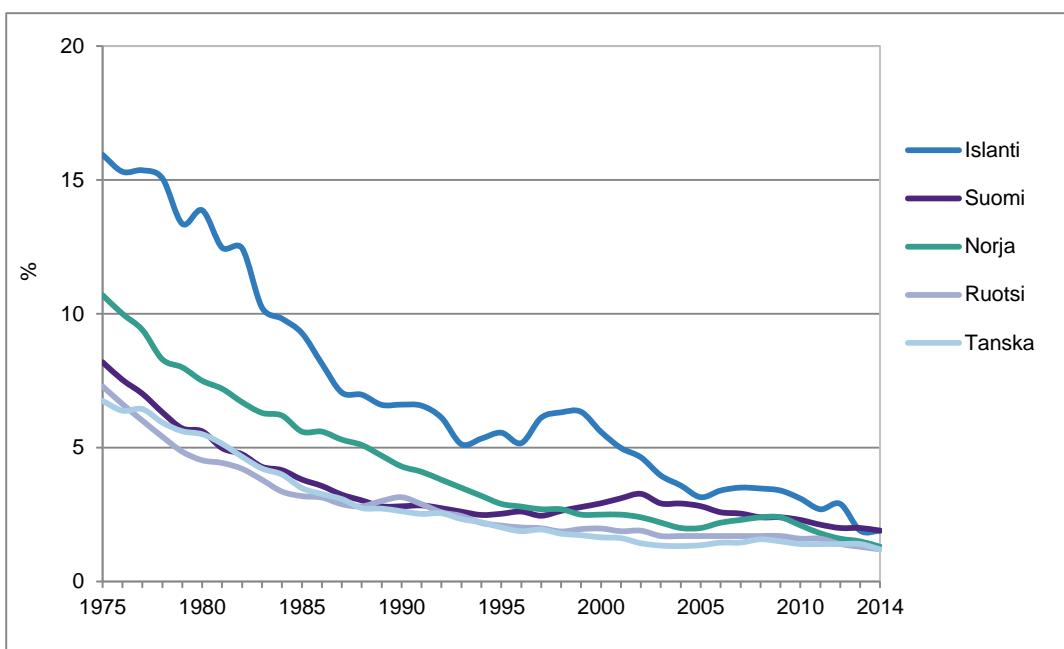
Synnyttäjien keski-ikä on kaikissa Pohjoismaissa lähellä eurooppalaista keskiarvoa (30,3). Alhaisin synnyttäjien keski-ikä on Bulgariassa (27,1 vuotta) ja korkein Espanjassa ja Liechtensteinissa (molemmissa 31,7 vuotta).¹

² Kupka MS, Ferraretti AP, de Mouzon J, Erb K, D'Hooghe T, Castilla JA, et al. Assisted reproductive technology in Europe, 2010: results generated from European registers by ESHRE. Hum Reprod 2014; 29 (10):2099–113.

Kuvio 3. 35 vuotta täyttäneet synnyttäjät 1975–2014, %



Kuvio 4. Alle 20-vuotiaat synnyttäjät 1975–2014, %

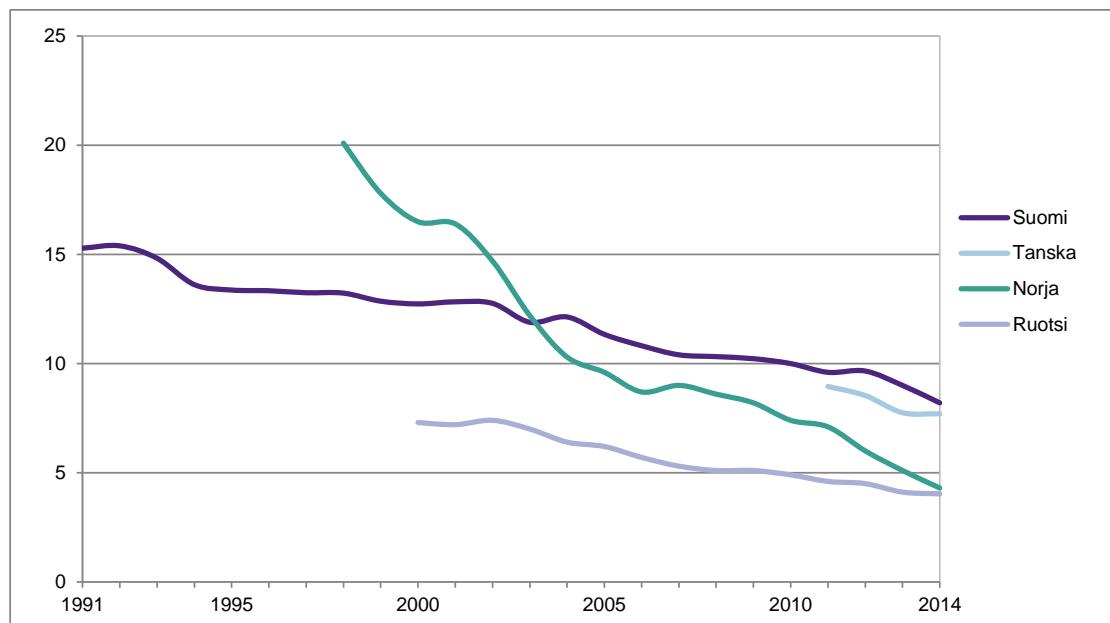


Ensisynnyttäjien osuus kaikista synnyttäjistä oli vuonna 2014 korkein Ruotsissa (46 %) ja matalin Islannissa (40 %). Suomessa, Norjassa ja Tanskassa osuus oli 41–43 prosenttia. Suomi poikkeaa muista Pohjoismaista siinä, että vähintään kolme aikaisempaa synnytystä on jopa 10 prosentilla synnyttäjistä. Neljässä muussa Pohjoismaassa vastaava osuus vaihteli neljän ja kuuden prosentin välillä. (Liitetaulukko 6.)

Alkuraskaudenaikeinen tupakointi on vähentynyt kaikissa Pohjoismaissa paitsi Suomessa. Erityisen jyrkkä lasku on ollut Ruotsissa, jossa 1980-luvun alkupuolella raskauden alussa tupakoi vielä yli 30 prosenttia synnyttäjistä ja vuonna 2014 enää vajaat 6 prosenttia. Suomessa alkuraskaudessa tupakoivien osuus on pysynyt melko vakaana 1990-luvun puolesta välistä saakka (15 % vuonna 2014).

Yhä useampi raskauden alussa tupakoiva nainen lopettaa tupakoinnin raskauden aikana, ja raskauden lopussa tupakoivien osuus on laskenut kaikissa Pohjoismaissa. Eniten raskauden lopussa tupakoivien määrä on vähentynyt Norjassa, jossa pari vuosikymmentä sitten vielä 20,1 prosenttia synnyttäjistä tupakoi ja vuonna 2014 vastaava osuus oli 4,3. Vaikka raskauden lopussa tupakoivien määrä on laskenut myös Suomessa, on osuus yhä Pohjoismaiden korkein: 8,2 prosenttia synnyttäjistä tupakoi. (Liitetaulukko 7.)

Kuvio 5. Raskauden lopussa tupakoivat synnyttäjät 1991–2014, %



* Islannista ei ole saatavilla tietoja tupakoivien osuudesta.

Synnytystoimenpiteet

Keisarileikkaukset ovat yleistyneet kaikissa Pohjoismaissa viimeisen neljän vuosikymmenen aikana. Erityisen voimakasta osuuden nousu on ollut Tanskassa ja Norjassa. Suomessa kasvu on ollut rauhallisempaa, mutta toisaalta lähtötaso on ollut korkeampi. Suomi oli ainoa Pohjoismaa, jossa keisarileikkausten osuus laski vuonna 2014. Korkein osuus oli Tanskassa (22,4 %) ja matalin Islannissa (15,6 %). (Liitetaulukko 8.)

Ensisynnyttäjillä keisarileikkausten osuus on kaikissa Pohjoismaissa korkeampi kuin uudelleensynnyttäjillä. Matalin osuus oli Islannissa (16,4 %) ja korkein Tanskassa (23,6 %). Muissa Pohjoismaissa osuus oli hieman alle tai yli 20 prosenttia.

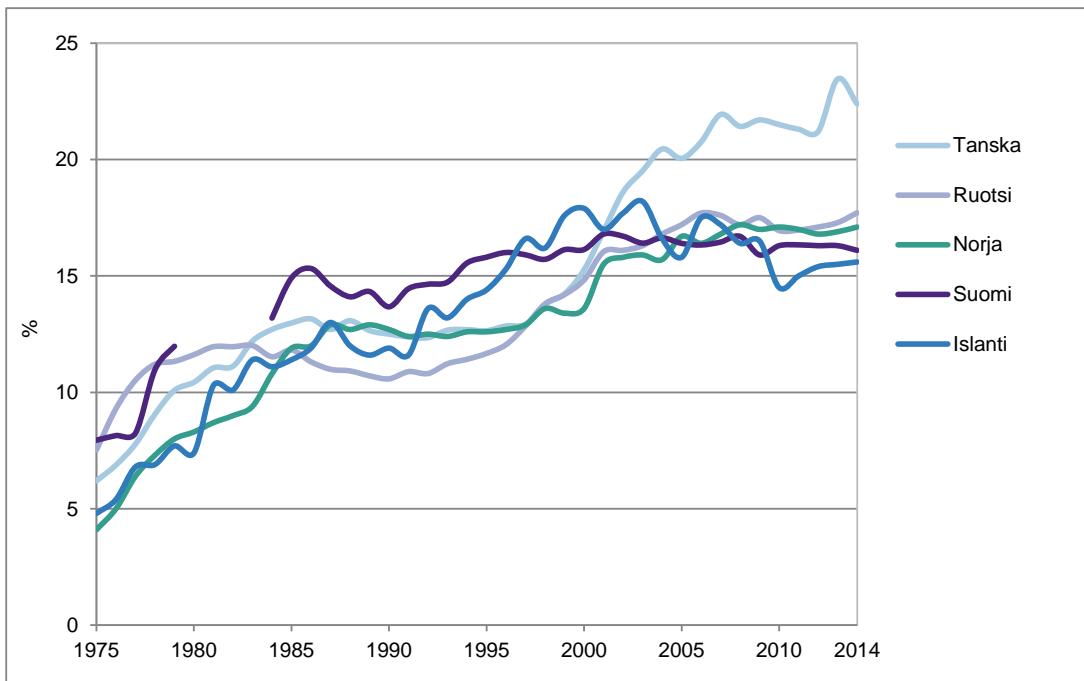
Yksisikiöissä täysiaikaisissa raskauksissa päädyttiin Tanskassa keisarileikkauksiin muita Pohjoismaita useammin. Synnytyksissä, joissa sikiö ei ollut takaraivotarjonnassa, päädyttiin Tanskassa vuonna 2014 keisarileikkaukseen 17,4 prosentissa synnytyksistä (muut Pohjoismaat 13,1–14,1 %).

Monisikiöstä synnytyksistä keisarileikkaukseen päädyttiin Pohjoismaissa 35,2–61,6 prosentissa. Korkein osuus oli Tanskassa ja matalin Islannissa. Tanskassa ja Ruotsissa sikiön perätila tai muu tarjontapoikkeama johti keisarileikkaukseen 90 prosentissa synnytyksistä. Islannissa vastaava osuus oli 10 prosenttiyksikköä matalampi ja Suomessa ja Norjassa 15–20 prosenttiyksikköä matalampi.

Keisarileikkausten osuuden kasvun taustalla ovat mm. synnyttäjien ikääntyminen, synnyttäjien painon nousu ja perätilalasten alatiessynnytsten väheneminen. Muihin Euroopan maihin verrattuna

keisarileikkausten osuus on Pohjoismaissa alhainen, ja ainostaan Kyproksella, Kroatiassa ja Virossa keisarileikkausten osuus on samalla tasolla kuin Pohjoismaissa.³

Kuvio 6. Keisarileikkauskien osuus kaikista synnytyksistä 1975–2014, %



Imukuppisynnytysten määrä on kasvanut viime vuosikymmeninä ja oli vuonna 2014 Pohjoismassa 7,1–8,9 prosenttia. Imukuppisynnytysten osuus kaikista synnytyksistä oli matalin Tanskassa, mutta samalla niiden osuus ensisynnyttäjillä on selkeästi Pohjoismaiden korkein (26,4 % vuonna 2014). Pihtisynnytykset ovat kaikissa Pohjoismaissa hyvin harvinaisia (kaikista synnytyksistä 0,0–1,5 %) (Liitetaulukko 9.)

3. ja 4. asteen repeämiä raportoidaan 1,1–3,6 prosentissa kaikista synnytyksistä Pohjoismaissa. Alhaisin osuus on Suomessa ja korkein Islannissa. Repeämiens osuus on Islannissa kuitenkin laskenut kansallisten toimenpiteiden myötä – samoin Norjassa ja Ruotsissa. Toimenpiteellisten synnytysten (imukuppi- ja pihtisynnytykset) yhteydessä repeämiens osuus on Ruotsissa ja Islannissa kuitenkin yhä muita Pohjoismaita suurempi. (Liitetaulukko 10.)

Riskitekijöitä vakavimmille alatiesynnytysten repeämiille eli 3. ja 4. asteen repeämiille ovat imukuppi- ja pihtisynnytykset sekä vastasyntyneiden suuri koko (syntymäpaino yli 4 kg). Näiden vaikutus repeämiin on nähtävissä kaikissa Pohjoismaissa. Esimerkiksi Ruotsissa riski repeämiille toimenpiteellisten synnytysten yhteydessä oli merkittävästi suurempi kuin spontaaneissa alatiesynnytyksissä: 2,7 prosentissa spontaaneista alatiesynnytyksistä esiintyi vakava repeämä, kun vastaava osuus toimenpiteellisissä synnytyksissä oli 12,2 prosenttia.

Lapsen syntymäpainon vaikutus repeämiin on myös selkeä, vaikkakaan ei yhtä merkittävä. Esimerkiksi Norjassa repeämiä esiintyi 1,7 prosentissa synnytyksistä, joissa lapsen syntymäpaino oli alle 4 kilogrammaa. Vastaava osuus oli 2,8 prosenttia, jos lapsen syntymäpaino oli neljä kilogrammaa tai enemmän.

³ Uusimmat saatavilla olevat tiedot Euroopan tasolla ovat vuodelta 2013. WHO Health for all database (Maternal and Child health – Caeserean section per 1000 live births) <http://data.euro.who.int/hfadb/>. (Sellaisena kuin 17.2.2016)

Vastasyntyneet

Ennenaikaisten synnytysten (alle 37 raskausviikkoa) osuus kaikista synnytyksistä oli vuonna 2014 kaikissa Pohjoismaissa 5,1–5,8 prosenttia eikä merkittävä eroja maiden välillä ole. Yliaikaisten raskauksien (42 raskausviikkoja tai enemmän) osuus vaihtelee maiden välillä kuitenkin Tanskan 1,9 prosentista Ruotsin 7,1 prosenttiin, mikä kertoo hoitokäytäntöjen (synnytysten käynnistäminen) eroista Pohjoismaissa. (Liitetaulukko 11.)

Pienipainoisia lapsia eli syntyessään alle 2500 grammaa painaneita lapsia oli vuonna 2014 eniten Tanskassa (5,7 % kaikista elävänä syntyneistä) ja vähiten Ruotsissa (3,7 %). (Liitetaulukko 12.) Keskimääräinen syntymäpaino on pienentynyt kaikissa Pohjoismaissa 2000-luvulla. Islannissa lapset syntyvät kuitenkin yhä keskimäärin muita Pohjoismaita painavampina. (Liitetaulukko 13.)

Perinataali- ja neonataalikuolleisuus on vähentynyt kaikissa Pohjoismaissa, ja maiden väliset erot ovat lähes kadonneet. Vähintään 1 000 grammaa syntyessään painavista lapsista 1–3 lasta tuhannesta syntyy kuolleena ja 1 lapsi tuhannesta kuolee ensimmäisen elinviikkonsa aikana. Nämä luvut ovat maailman pienimpiä.³ (Liitetaulukko 14.)

Käsitteet ja määritelmät

Elävänä syntynyt: Vastasyntynyt, joka raskauden kestosta riippumatta synnytyyän hengittää tai osoittaa muita elonmerkkejä, kuten sydämenlyöntejä, napanuoran sykintää tai tahdonalaisten lihasten liikkeitä riippumatta siitä, onko istukka irtaatunut tai napanuora katkaistu.

Kokonaishedelmällisyysluku: Laskennallinen elävänä syntyneiden määrä, jonka nainen synnyttää koko hedelmällisyyskautenaan edellyttäen, ettei kukaan heistä kuole ennen tämän kauden päättymistä ja että kyseisen vuoden vuosittaiset hedelmällisyysluvut ovat voimassa.

Kuolleena syntynyt: Sikiö tai vastasyntynyt, jolla syntyessään ei todeta elävänä syntyneen elonmerkkejä ja jonka syntymätapahtuma täytyy synnytyksen määritelmän ($\geq 22+0$ vrk tai ≥ 500 g). Rekisteröintirajana on 12+0 raskausviikkoja Norjassa ja 22+0 viikkoa Islannissa, Suomessa, Ruotsissa ja Tanskassa. Suomessa rinnakkaisena rekisteröitymisrajana pidetään 500 gramman syntymäpainoa.

Neonataalikuolleisuus: Alle 28 vuorokauden (syntymästä 0–27 vrk tai lapsen ikä < 28 vrk) ikäisenä kuolleet lapset 1000 elävänä syntynytä kohti. Erilaisten määritelmien vuoksi kuolleisuusluvut esitetään erikseen sekä vähintään 1 000 grammaa painavien lasten osalta että raskauksien, joiden kesto on ollut vähintään 22 viikkoa.

Perinataalikuolleisuus: Kuolleena syntyneiden ja ensimmäisen elinvuikon aikana (syntymästä 0–6 vrk tai lapsen ikä < 7 vrk) kuolleiden lasten määrä 1 000 syntynytä lasta (elävänä ja kuolleena syntyneet) kohti. Erilaisten määritelmien vuoksi kuolleisuusluvut esitetään erikseen sekä vähintään 1 000 grammaa painavien lasten osalta että raskauksien, joiden kesto on ollut vähintään 22 viikkoa.

Perinataliterveys: Perinataliterveys kattaa laajasti sikiön/lapsen terveydentilan perinataalivaiheen aikana. Tässä tilastossa siihen liittyen kerätään tietoja raskauden kestosta, syntymäpainosta sekä Apgar-pisteistä.

Perinatalivaihe: Perinatalivaihe alkaa kun raskaus on kestänyt vähintään 22+0 raskausviikkoa (raskauden kesto $\geq 22+0$ vrk, jolloin sikiön/lapsen paino on tavallisesti noin 500 g) ja päättyy, kun syntymästä on kulunut enintään seitsemän täyttä vuorokautta (syntymästä 0–6 vrk tai lapsen ikä < 7 vrk).

Synnytys: Synnytysten määritelmä vaihtelee maittain (vrt. kuolleena syntynyt). Suomessa vähintään 22+0 raskausviikon ikäisen tai vähintään 500 grammaa painoisen yhden tai useamman sikiön tai lapsen alateitse tai keisarileikkaussella syntymiseen johtava tapahtuma. Elävänä syntyneen lapsen synnymä on aina synnytys.

Uusiutumistaso: Uusiutumislukujen avulla arvioidaan väestön tuleva kehitystä. Perusajatuksena on, että jos jokainen johonkin kohorttiin syntynyt nainen synnyttää vähintään yhden tyttären, väestö uusiutuu. Väestön uusiutumistaso on noin 2,1 lasta naista kohden.

Lisätietoja lisääntymisterveyteen liittyvistä määritelmistä Suomen osalta *Suomalaisesta tautien kirjaamisen ohjekirjasta* (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012, s. 82–92) <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-511-6>.

Nordisk perinatalstatistik 2014

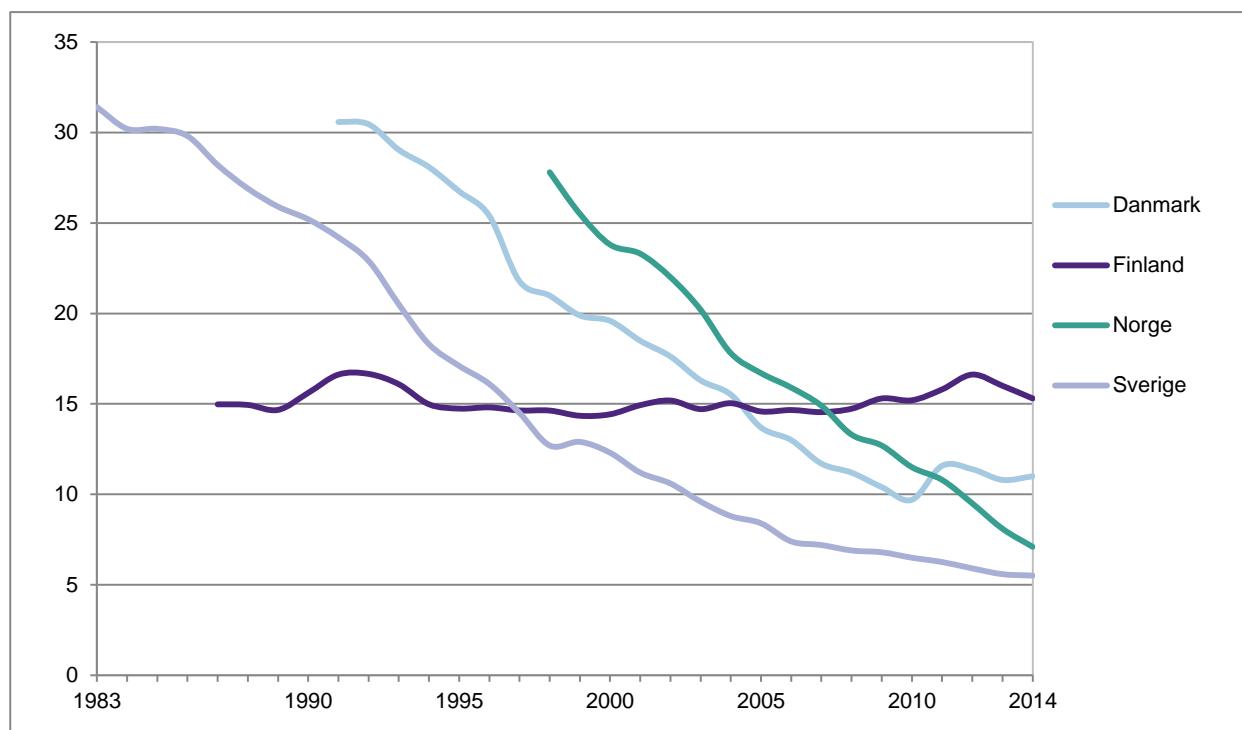
År 2014 föddes cirka 295 000 levande barn i Norden, vilket är något fler än år 2013 (+1,0 %). Sverige och Norge var de enda nordiska länder där nativiteten steg: i de övriga nordiska länderna antingen sjönk nativiteten eller hölls den på samma nivå som föregående år. Den förhöjda nativiteten sedan några år tillbaka har jämnats ut i alla nordiska länderna. Även om det summerade fruktsamhetstalet har sjunkit i alla de nordiska länderna, är den nordiska fertiliteten fortfarande hög jämfört med andra europeiska länder.

Med undantag av Finland har rökning i början av graviditeten minskat i alla de nordiska länderna. I Sverige har minskningen varit särskilt kraftig, där mer än 30 procent av föderskorna rökte i början av graviditeten ännu i början av 1980-talet, medan bara knappt 6 procent gjorde det år 2014. I Finland har andelen kvinnor som röker i början av graviditeten varit relativt stabil sedan mitten av 1990-talet (15 % år 2014).

Allt fler av de kvinnor som röker i början av graviditeten slutar röka under graviditeten, och andelen kvinnor som röker under graviditetens slutskede har minskat i alla de nordiska länderna. Andelen var lägst i Sverige (4,0 %). Även om andelen kvinnor som röker under graviditetens slutskede har minskat också i Finland, är den fortfarande störst i Norden: 8,2 procent av föderskorna röker.

Antalet förlossningssjukhus har minskat i alla de nordiska länderna under det senaste årtiondet. Procentuellt har minskningen varit kraftigast i Danmark, där det fanns 28 förlossningssjukhus år 2006, men endast 18 förlossningssjukhus år 2014. Även i Norge och i Finland har antalet förlossningssjukhus klart minskat, på Island och i Sverige är antalet rätt oförändrat.

Figur 1. Andelen föderskor som rökte under graviditeten 1983–2014, %

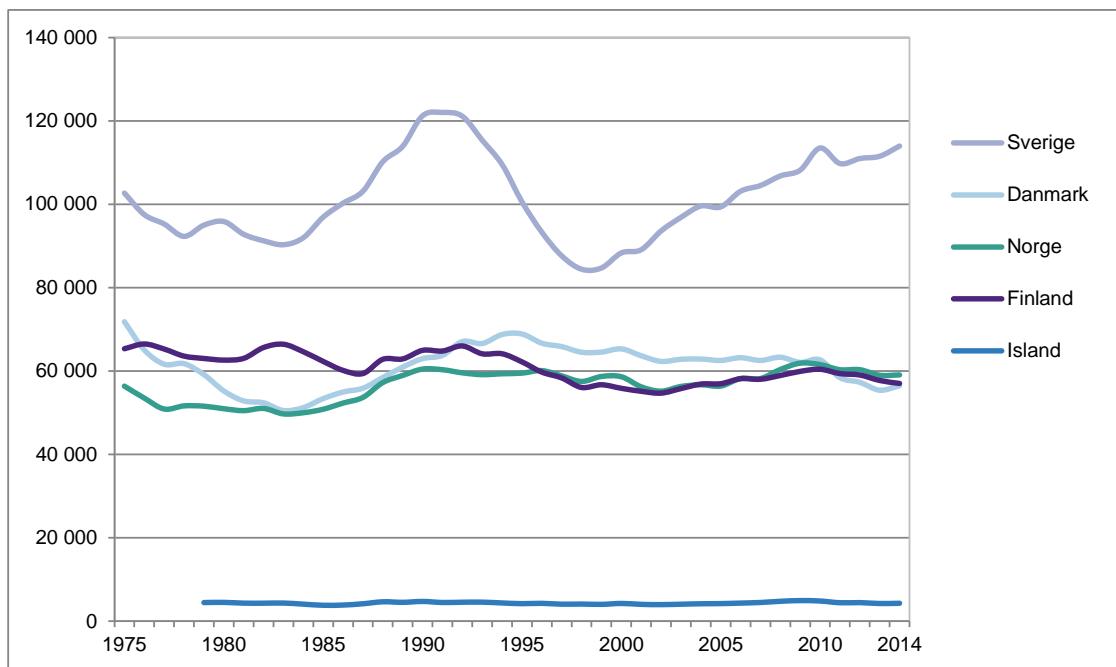


* Det finns ingen information om rökning under graviditet på Island.

Nativitet

År 2014 föddes cirka 295 000 levande barn i Norden, vilket är något fler än föregående år (+1,0 %). Sverige är emellertid det enda nordiska landet där nativiteten steg avsevärt (+2,3 %): i de övriga nordiska länderna antingen sjönk nativiteten eller hölls den på samma nivå som föregående år. Den förhöjda nativiteten sedan några år tillbaka har jämnats ut i de övriga länderna. (Tabellbilaga 2.)

Figur 2. Antalet förlossningar i Norden 1975–2014



År 2014 föddes mer än vart tredje nordiskt barn i Sverige (115 200). I Finland, Danmark och Norge var andelarna 19–20 procent (57 300–59 800). På Island föddes cirka 4 400 barn, vilket motsvarar 1,5 procent av alla nyfödda i Norden. (Tabellbilaga 2.)

Island har sedan länge haft de högsta fertilitetstalen, men år 2013–2014 sjönk det summerade fruktsamhetstalet för första gången på ett årtionde under reproduktionsnivån (1,93). Även i de övriga nordiska länderna sjönk fertiliteten, och det summerade fruktsamhetstalet år 2010 varierade mellan 1,69 och 1,88. (Tabellbilaga 3.) Det summerade fruktsamhetstalet har sjunkit också i andra delar av Europa, och jämfört med andra europeiska länder är den nordiska fertiliteten fortfarande hög. Endast i Irland, Frankrike och Storbritannien är det summerade fruktsamhetstalet högre än det nordiska genomsnittet. Det summerade fruktsamhetstalet är lägst i Portugal (1,21) och Spanien (1,27).⁴

Flerbördsförlossningar har blivit allt vanligare i alla de nordiska länderna sedan 1980-talet. Den viktigaste orsaken är ökad användning av assisterad befruktningsmedicin. Detta gäller i synnerhet provrörsbefruktning, som medför en klart förhöjd risk för flerbördsgaviditet. I Danmark är flerbördsförlossningar vanligare (19,5/1 000 förlossningar) än i de övriga nordiska länderna, även om antalet minskat något också i Danmark under de senaste åren. Minst flerbördsförlossningar har Finland (13,6/1 000 förlossningar). (Tabellbilaga 4.)

Skillnaden kan delvis förklaras med praxis för assisterad befruktning och behandlingarnas omfattning: andelen överföringar av ett embryo i Sverige (73,3 % av embryoöverföringarna) och i Finland (67,5 %) är avsevärt större än till exempel i Danmark (45,2 %), men det finns också

⁴ De nyaste tillgängliga uppgifterna på europeisk nivå är från 2013. Eurostat Statistics Database (Population - Fertility - Total Fertility Rate): <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (Såsom 16.2.2016)

skillnader i antalet påbörjade behandlingar. I Danmark påbörjas i relation till befolkningen fler assisterade befruktnings än i något annat nordiskt land.⁵

Antalet förlossningssjukhus har minskat i alla de nordiska länderna under det senaste årtiondet. Procentuellt har minskningen varit kraftigast i Danmark, där det fanns 28 förlossningssjukhus år 2006, men endast 18 förlossningssjukhus år 2014. Även i Norge och i Finland har antalet förlossningssjukhus klart minskat, på Island och i Sverige är antalet rätt oförändrat.

Tabell 1. Antalet förlossningssjukhus i Norden 2006–2014

	2006	2007	2008	2009	2010	2013	2014
Finland	34	33	33	32	32	30	29
Norge	60	60	57	56	55	52	51
Island	12	13	11	11	11	10	11
Sverige	47	47	46	46	45	45	46
Danmark	28	27	27	25	23	21	18

Storleken på de nedlagda förlossningssjukhusen varierar från land till land: I Finland gäller minskningen framför allt antalet sjukhus med något mindre än 1 000 förlossningar per år, i Norge antalet sjukhus med mindre än 300 förlossningar per år och i Danmark framför allt antalet sjukhus med 2 000–2 999 förlossningar per år. I alla nordiska länder verkar tyngdpunkten ligga på allt större förlossningsenheter.

I relation till antalet förlossningar per år finns det klart flest förlossningssjukhus på Island (2,6/1 000 förlossningar). I de övriga nordiska länderna har detta relativa antal sjunkit något under de senaste tio åren. I Norge är antalet 0,9, i Finland 0,5, i Sverige 0,4 och i Danmark 0,3.

Föderskor

Nordiska kvinnor föder barn vid högre ålder än tidigare. År 2014 var förstföderskornas medelålder 27,0–28,7 år, medan den fyra årtionden tidigare var 21,8–24,9 år. Medelåldern bland alla föderskor var 30,0–30,5 år. De yngsta föderskorna finns på Island, där medelåldern bland både förstföderskor och alla föderskor var lägst i Norden (27,9 år och 30,0 år). (Tabellbilaga 5.)

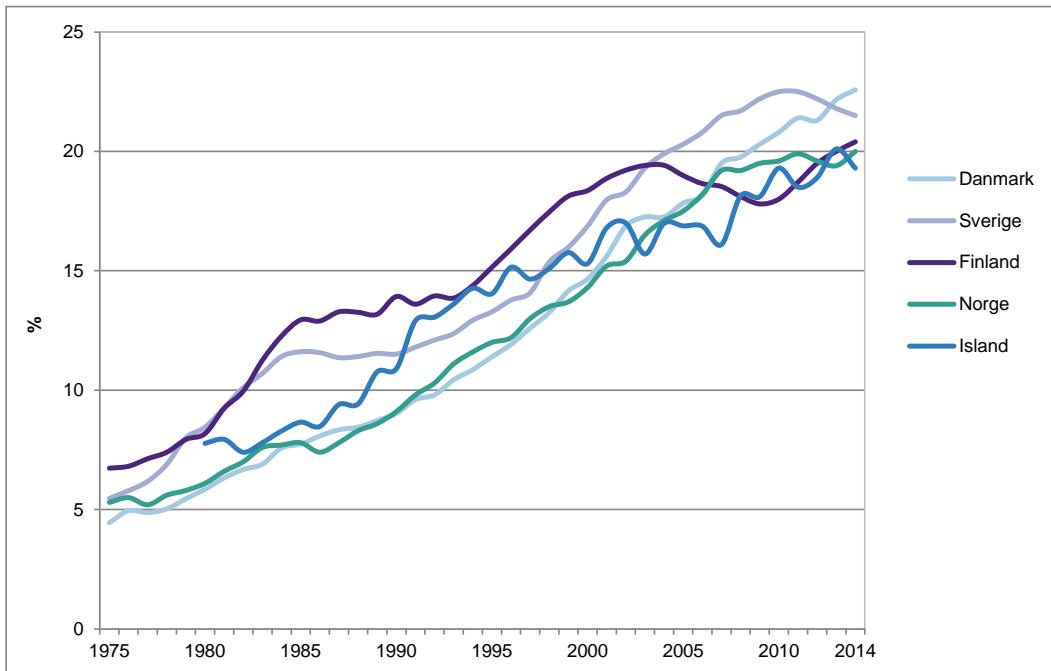
Andelen föderskor som har fyllt 35 år har vuxit avsevärt i alla nordiska länder sedan början av 1980-talet, då den låg klart under 10 procent i alla länder. År 2014 översteg motsvarande andel 20 procent i alla nordiska länder, med undantag av Island (19,3 %). Störst var andelen i Danmark (22,6 %).

Samtidigt har andelen tonårsmödrar av alla föderskor minskat. Andelen har minskat till mindre än 2 procent i alla nordiska länder – till sist i Finland och på Island. På Island har minskningen skett snabbast, där mer än 15 procent av föderskorna var yngre än 20 år ännu i mitten av 1970-talet.

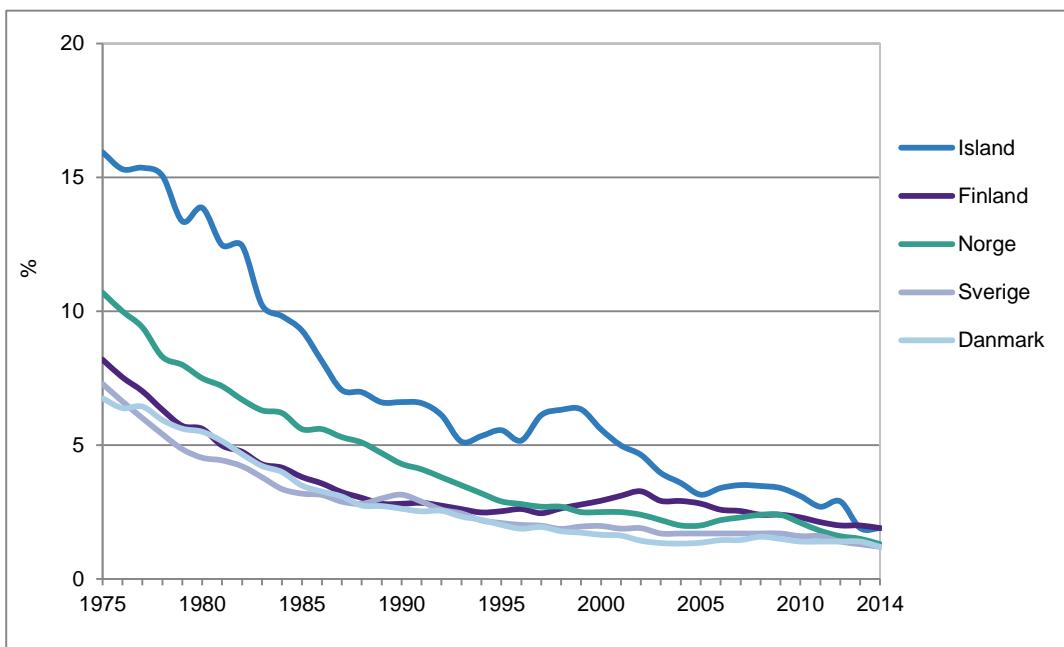
Medelåldern bland föderskor är i alla nordiska länder nära det europeiska genomsnittet (30,3). Lägst är medelåldern bland föderskorna i Bulgarien (27,1 år) och Rumänien (27,4) och högst i Spanien och Liechtenstein (31,7 år i bågge länder) samt i Schweiz och Irland (31,6 i bågge länder).¹

⁵ Kupka MS, Ferraretti AP, de Mouzon J, Erb K, D'Hooghe T, Castilla JA, et al. Assisted reproductive technology in Europe, 2010: results generated from European registers by ESHRE. Hum Reprod 2014; 29 (10):2099–113.

Figur 3. Andelen föderskor som fyllt 35 år 1975–2014, %



Figur 4. Andelen föderskor yngre än 20 år 1975–2014, %

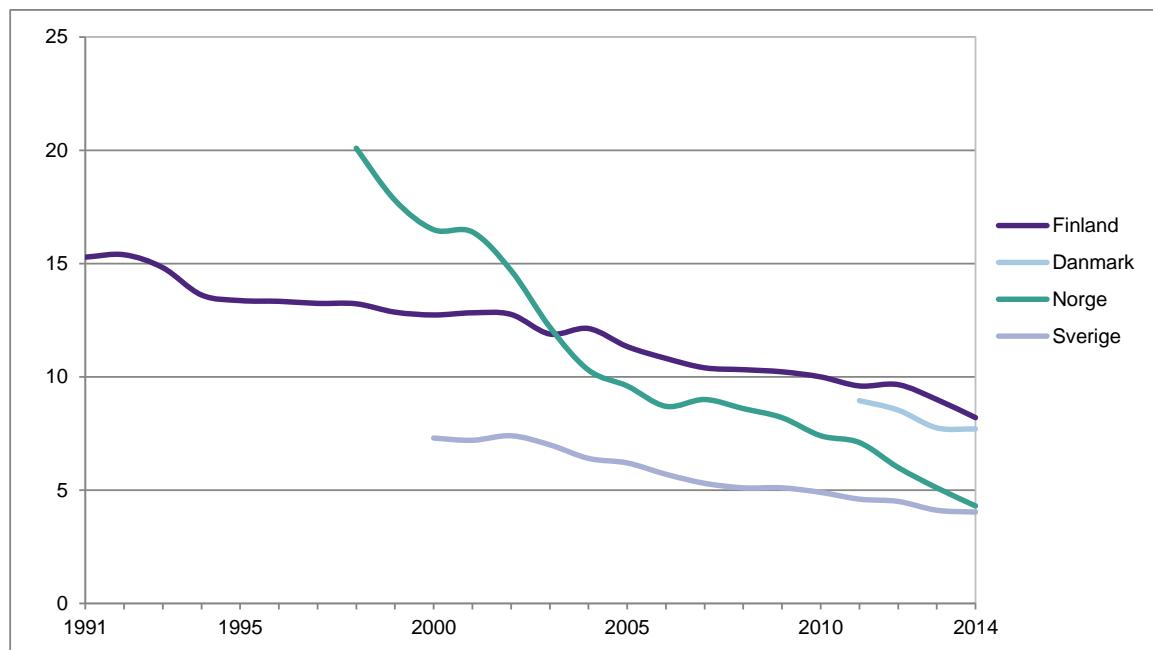


Andelen förstföderskor av samtliga föderskor år 2014 var störst i Sverige (46 %) och minst på Island (40 %). I Finland, Norge och Danmark var andelen 41–43 procent. Finland avviker från de övriga nordiska länderna i och med att andelen föderskor med minst tre tidigare förlossningar är nästan 10 procent, medan motsvarande andel varierar mellan 4 och 6 procent i de övriga fyra nordiska länderna. (Tabellbilaga 6.)

Med undantag av Finland har rökning i början av graviditeten minskat i alla de nordiska länderna. I Sverige har minskningen varit särskilt kraftig, där mer än 30 procent av föderskorna rökte i början av graviditeten ännu i början av 1980-talet, medan bara knappt 6 procent gjorde det år 2014. I Finland har andelen kvinnor som röker i början av graviditeten varit relativt stabil sedan mitten av 1990-talet (15 % år 2014).

Allt fler av de kvinnor som röker i början av graviditeten slutar röka under graviditeten, och andelen kvinnor som röker under graviditetens slutskede har minskat i alla de nordiska länderna. Mest har antalet kvinnor som röker under graviditetens slutskede minskat i Norge, där 20,1 procent av föderskorna rökte ännu några årtionden sedan och där motsvarande andel var 4,3 procent år 2014. Även om andelen kvinnor som röker under graviditetens slutskede minskat också i Finland, är andelen fortfarande störst i Norden: 8,2 procent av föderskorna röker. (Tabellbilaga 7.)

Figur 5. Andelen föderskor som rökt under graviditetens slutskede 1991–2014, %



* Det finns ingen information om rökning under graviditet på Island.

Åtgärder i samband med förlossningen

Kejsarsnitt har blivit vanligare i alla de nordiska länderna under de senaste fyra årtiondena. Ökningen har varit särskilt kraftig i Danmark och i Norge. I Finland har ökningen av andelen kejsarsnitt varit längsammare, men å andra sidan har utgångsvärldet varit högre i Finland än i de andra nordiska länderna. Finland är det enda landet i Norden där andelen kejsarsnitt minskade år 2014. Andelen var störst i Danmark (22,4 %) och minst på Island (15,6 %). (Tabellbilaga 8.)

Andelen kejsarsnitt var större bland förstföderskorna än bland omföderskorna i alla de nordiska länderna. Minst var andelen på Island (16,4 %) och störst i Danmark (23,6 %). I de övriga nordiska länderna var andelen något under eller över 20 procent.

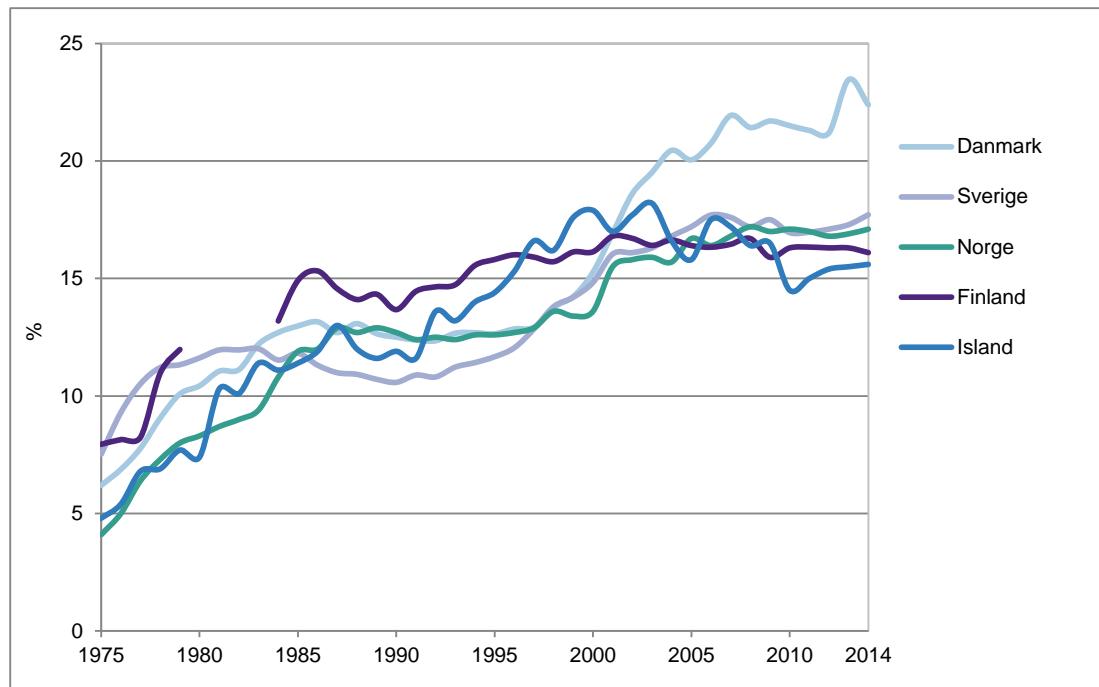
I Danmark beslöt man oftare att göra ett kejsarsnitt vid fullgångna enkelböärdsgraviditer än i de övriga nordiska länderna. Förlossningar där fostret inte var i nackbjudning ledde till kejsarsnitt i 17,4 procent av fallen i Danmark år 2014 (övriga nordiska länder 13,1–14,1 %).

Motsvarande andel vid flerbörder var 35,8–61,6 procent i de nordiska länderna. Andelen var störst i Danmark och minst i Island. I Danmark och Sverige ledde sätesbjudning eller annan avvikande bjudning till kejsarsnitt i 90 procent av förlossningarna, medan motsvarande andel på Island var 10procentenheter lägre och i Finland och i Norge 15–20 procentenheter lägre.

Äldre föderskor, viktökning bland föderskorna och en minskat antal vaginala sätesförlossningar är några förklaringar till den ökade frekvensen av kejsarsnitt. Jämfört med övriga Europa är andelen

kejsarsnitt liten i Norden, och endast på Cypern, i Kroatien och i Estland är andelen kejsarsnitt på samma nivå som i de nordiska länderna.⁶

Figur 6. Andelen kejsarsnitt av alla förlossningar 1975–2014, %



Antalet förlossningar med sugklocka har ökat under de senaste årtiondena, och år 2014 var andelen 7,1–8,9 procent i de nordiska länderna. Andelen förlossningar med sugklocka av alla förlossningar är minst i Danmark, men samtidigt är motsvarande andel bland förstföderskorna klart störst i Danmark av de nordiska länderna (26,4 % år 2014). Tångförlossningar är mycket ovanliga i hela Norden (0,0–1,5 %). (Tabellbilaga 9.)

Perinealbristningar av tredje och fjärde graden rapporteras i samband med 1,1–3,6 procent av alla förlossningar i Norden. Minst är andelen i Finland och störst på Island. Andelen bristningar på Island har dock minskat i och med nationella åtgärder – likaså i Norge och Sverige. I samband med instrumentella förlossningar (förlossning med sugklocka ochstångförlossning) är andelen bristningar i Sverige och på Island dock fortfarande avsevärt större än i andra nordiska länder. (Tabellbilaga 10.)

Riskfaktorer för allvarliga perinealbristningar vid vaginal förlossning, dvs. bristningar av tredje och fjärde graden, är förlossning med sugklocka,stångförlossning och storväxthet hos nyfödda (födelsevikten överstiger 4 kg). Riskfaktorernas inverkan på bristningar är synlig i alla nordiska länder. Till exempel i Sverige är risken för bristningar vid instrumentella förlossningar betydligt större än vid spontana vaginala förlossningar: Allvarliga bristningar förekom vid 2,7 procent av alla spontana vaginala förlossningar, medan motsvarande andel av de instrumentella förlossningarna var 12,2 procent.

Också barnets födelsevikt har en klar inverkan, även om den inte är lika betydande: Till exempel i Norge förekom bristningar vid 1,7 procent av de förlossningar där barnets födelsevikt understeg 4 kilogram, medan motsvarande andel var 2,8 procent, då barnets födelsevikt var 4 kilogram eller över.

⁶ De nyaste tillgängliga uppgifterna på europeisk nivå är från 2013. WHO Health for all database (Maternal and Child health – Caesarean section per 1000 live births) <http://data.euro.who.int/hfadb/>. (Såsom 17.2.2016)

Nyfödda

Andelen prematura förlossningar (före graviditetsvecka 37) varierade mellan 5,1 och 5,8 procent i de nordiska länderna år 2014. Inga stora skillnader förekommer mellan länderna. Andelen överburna graviditeter (42 graviditetsveckor eller fler) varierar dock mellan länderna, från 2,0 procent på Island till 7,1 procent i Sverige, vilket tyder på skillnader i vårdpraxis (igångsättande av förlossning) i Norden. (Tabellbilaga 11.)

Andelen födda barn med låg födelsevikt, dvs. mindre än 2 500 gram, var år 2014 störst i Danmark (5,7 % av alla levande födda barn) och minst i Sverige (3,7 %). (Tabellbilaga 12.) Den genomsnittliga födelsevikten har minskat i alla de nordiska länderna på 2000-talet. Den genomsnittliga födelsevikten är dock fortfarande högre på Island än i övriga Norden. (Tabellbilaga 13.)

Den perinatala och neonatala dödligheten har minskat i alla de nordiska länderna och skillnaderna mellan länderna har så gott som försvunnit. Av de barn som väger 1 000 gram eller mer vid födseln är 1–3 barn per 1 000 dödfödda och avlidet 1 barn per 1 000 under sin första levnadsvecka. Dessa siffror är bland de lägsta i hela världen.³ (Tabellbilaga 14.)

Begrepp och definitioner

Dödfödd: Foster eller nyfödd som vid födseln inte uppvisar livstecken och vars födelse överensstämmer med definitionen av en förlossning ($\geq 22+0$ gv eller ≥ 500 g). Registreringsgränsen är 12+0 graviditetsveckor i Norge och 22+0 veckor i Danmark, Finland, Sverige och på Island. Finland använder även en födelsevikt på 500 gram eller mer som parallellt registreringskriterium.

Förlossning: Länderna definierar förlossning på olika sätt (se dödfödd). I Finland en process som antingen vaginalt eller genom kejsarsnitt leder till en förlossning av åtminstone ett foster eller ett barn som sker tidigast i den 22+0 graviditetsveckan eller där fostret väger minst 500 gram. Födseln av ett levande barn är alltid en förlossning.

Levande född: Nyfödd som oberoende av graviditetens längd efter födelsen andas eller uppvisar andra livstecken som att hjärtat slår, navelsträngen pulserar eller att musklerna rör sig viljemässigt, oavsett om moderkakan har lösgjort sig eller navelsträngen skurits av.

Neonatal dödlighet: Antalet levande födda barn som avlidit under de fyra första levnadsveckorna (0–27 dygn efter förlossningen eller barnets ålder < 28 dygn) per 1 000 levande födda barn. På grund av olika definitioner presenteras dödlighetstal separat för barn som väger minst 1 000 gram och för alla graviditeter som varat minst 22 veckor

Perinatal dödlighet: Antalet dödfödda och antalet levande födda barn som avlidit under den första levnadsveckan (0–6 dygn efter förlossningen eller barnets ålder < 7 dygn) per 1 000 födda (levande födda och dödfödda) barn. På grund av olika definitioner presenteras dödlighetstal separat för barn som väger minst 1 000 gram och för alla graviditeter som varat minst 22 veckor.

Perinatal hälsa: Perinatal hälsa omfattar fostrets/barnets hälsa ingående under den perinatala perioden. I fråga om den perinatala hälsan insamlas i denna statistik uppgifter om gestationsålder, födelsevikt och Apgar-poäng.

Perinatal period: Den perinatala perioden börjar när graviditeten har varat i minst 22+0 graviditetsveckor (gestationsålder $\geq 22 + 0$ graviditetsveckor, då fostrets/barnets vikt vanligtvis är cirka

500 g) och slutar senast sju hela dygn efter förlossningen (0–6 dygn efter förlossningen eller barnets ålder < 7 dygn).

Reproduktionsnivå: Med reproduktionstal uppskattas befolkningens framtida utveckling. Den grundläggande idén är att om varje till en kohort tillhörande kvinna föder åtminstone en dotter, kommer befolkningen att förnyas. Befolkningens reproduktionsnivå är cirka 2,1 barn per kvinna.

Summerad fruktsamhet: Det kalkylerade antalet levande födda som en kvinna föder under hela sin fruktsamma period förutsatt att ingen av dem dör före periodens slut och att fruktsamhetstalen efter åldersgrupp för året i fråga är kraft under hela perioden.

Mer information om finska definitioner som anknyter till reproduktiv hälsa finns i handboken *Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja* (Institutet för hälsa och välfärd 2012, s. 82–92) <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-511-6> (pdf).

Nordic perinatal statistics 2014

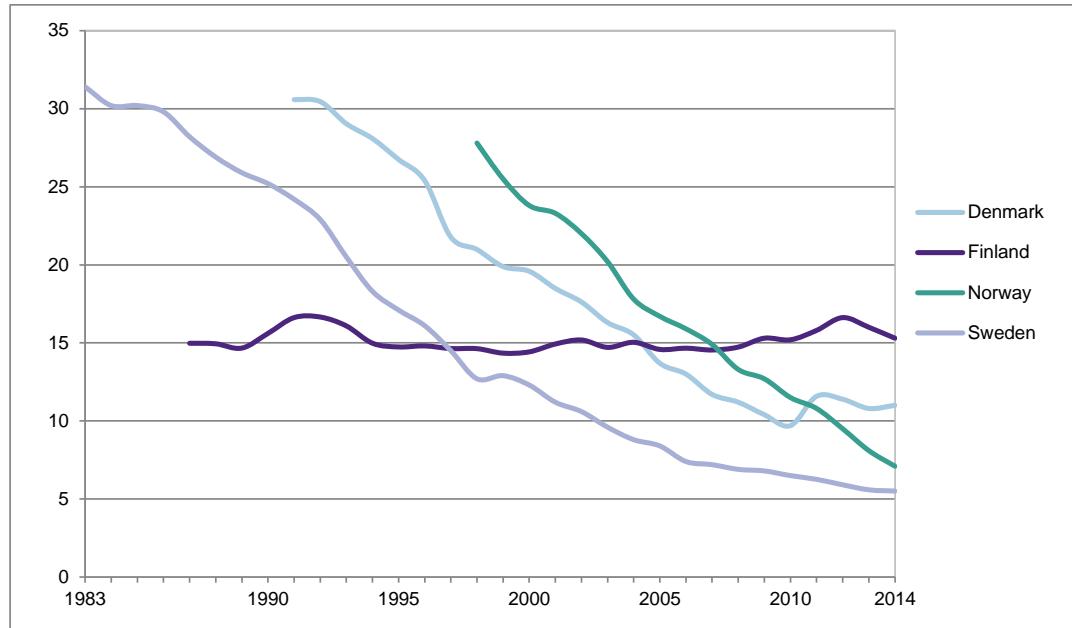
In 2014 some 295 000 children were born in the Nordic countries, showing a slight increase on 2013 (+1.0%). However, Sweden and Denmark were the only Nordic countries where the number of live born babies rose in 2014: in the other Nordic countries the number either decreased or remained unchanged compared to the previous year. The increase in fertility rates in recent years has evened out in all the Nordic countries. Despite the decline in the total fertility rate across the Nordic countries, fertility is still high in the Nordic countries compared to other European countries.

Smoking during early pregnancy has decreased in all Nordic countries except Finland. The decline has been particularly sharp in Sweden where the percentage of mothers who smoke during early pregnancy has decreased from more than 30 per cent in the early 1980s to just under 6 per cent in 2014. In Finland, the proportion of women who smoke during early pregnancy has remained relatively stable since the mid-1990s, being 15 per cent in 2014.

An increasing number of women who smoke at the start of pregnancy quit smoking, and the proportion of women who smoke at the end of pregnancy has decreased in all the Nordic countries. This proportion was the lowest in Sweden (4.0%). Despite a decreasing trend, the percentage of smokers at the end of the pregnancy remains in Finland the highest in the Nordic countries (8.2%).

The number of maternity hospitals has dropped in all Nordic countries in the past decade. Proportionally the greatest decrease took place in Denmark where only 18 hospitals remained in 2014 out of the 28 hospitals in 2006. The decrease in the number of maternity hospitals was significant in Finland and Norway and moderate in Iceland and Sweden.

Figure 1. Smoking during pregnancy 1983–2014, %

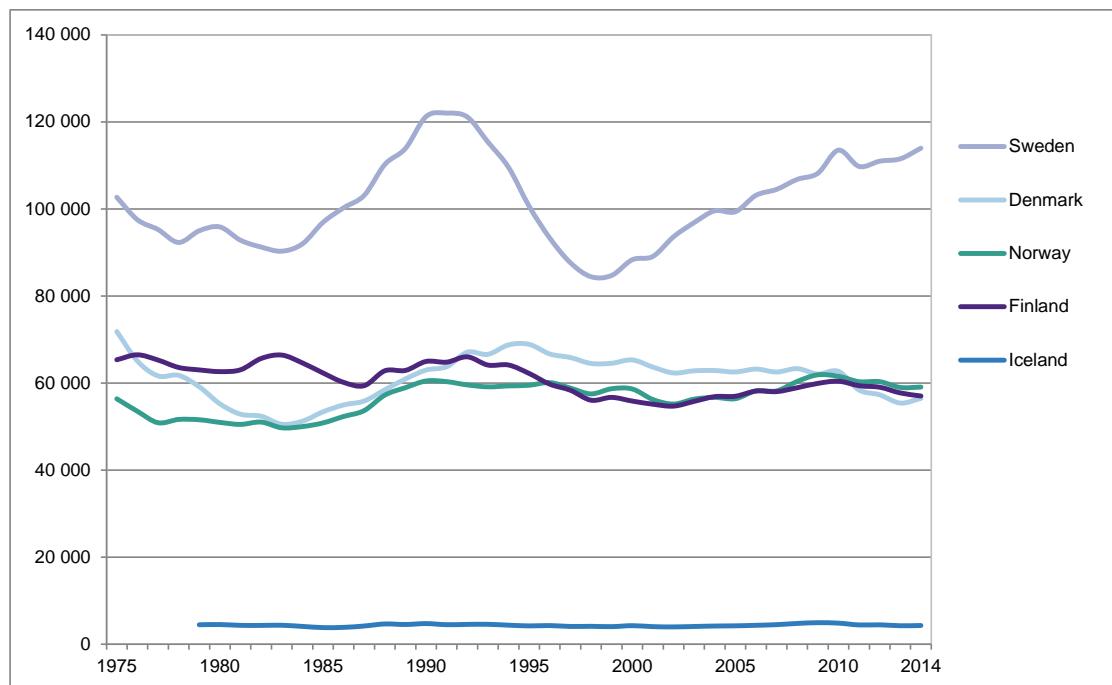


* Information not available for Iceland.

Fertility

In 2014 some 295 000 children were born in the Nordic countries, showing a slight increase on the previous year (+1.0%). However, Sweden was the only Nordic country where the fertility rate rose significantly (+2.3%): in the other Nordic countries fertility rate either decreased or remained unchanged compared to the previous year. The increase in fertility rates in recent years has evened out in all the other countries. (Appendix Table 2.)

Figure 2. Number of deliveries in the Nordic countries 1975–2014



In 2014, Sweden accounted for more than one in three births in the Nordic countries (115 200), while Finland, Denmark and Norway accounted for 19–20 per cent with 57 300–59 800 births. Iceland had around 4 400 births, representing 1.5 per cent of all births in the Nordic countries. (Appendix Table 2.)

While traditionally Iceland has had the highest fertility rate in the Nordic countries, in 2013–2014 the total fertility rate dropped below the reproduction rate (1.93) even in Iceland for the first time in a decade. The total fertility rate has decreased in recent years even in other Nordic countries, varying between 1.69 and 1.98 in 2014. (Appendix Table 3.) Since the total fertility rate has been decreasing even elsewhere in Europe, the Nordic countries have still high fertility rates in European comparison. Only France, Ireland and Great Britain had total fertility rates above the Nordic average. The lowest total fertility rates in Europe were in Portugal (1.21) and Spain (1.27).⁷

Multiple births have become more common in all Nordic countries since the 1980s. The most important reason for this is the increased use of assisted fertility treatments. This applies especially to IVF treatments (including ICSI and FET) where the risk of multiple pregnancy is significantly elevated. In the Nordic countries the highest rate of multiple births was in Denmark (19.5/1 000 deliveries), despite a slight decrease in recent years. Finland had the lowest rate at 13.6 multiple births per 1 000 deliveries. (Appendix Table 4.)

There are differences in both the practices of assisted fertility treatment and the number of started treatment cycles across the Nordic countries that partly explain the differences in multiple births. On the one hand, single-embryo transfers are significantly more common in Sweden (73.3% of all

⁷ The latest available European-level data are from 2013. Eurostat Statistics Database (Population - Fertility - Total Fertility Rate):<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (Retrieved on 16.2.2016)

embryo transfers) and Finland (67.5%) than in Denmark (45.2%), for example, while on the other hand, Denmark has the highest rate of started cycles of assisted fertility treatment in the Nordic countries.⁸

The number of maternity hospitals has dropped in all Nordic countries in the past decade. Proportionally the greatest decrease took place in Denmark where only 18 hospitals remained in 2014 out of the 28 hospitals in 2006. The decrease in the number of maternity hospitals was significant in Finland and Norway and moderate in Iceland and Sweden.

Table 1. Number of maternity hospitals in the Nordic countries 2006–2014

	2006	2007	2008	2009	2010	2013	2014
Finland	34	33	33	32	32	30	29
Norway	60	60	57	56	55	52	51
Iceland	12	13	11	11	11	10	11
Sweden	47	47	46	46	45	45	46
Denmark	28	27	27	25	23	21	18

The size of the closed maternity hospitals varies across the countries: while Finland has closed down hospitals with less than 1 000 deliveries annually, Norway has focused on hospitals with less than 300 deliveries annually and Denmark on hospitals with 2 000–2 999 deliveries annually. In all Nordic countries the focus is shifting towards larger maternity units.

In proportion to the number of deliveries a year, Iceland has clearly the highest rate of maternity hospitals (2.6/1 000 deliveries), while in the other Nordic countries the rate has slightly decreased in the past decade, being 0.9 in Norway, 0.5 in Finland, 0.4 in Sweden and 0.3 in Denmark.

Parturients

In the Nordic countries, women give birth at a higher age than previously. In 2014 the mean age of primiparas was 27.0–28.7 years when four decades earlier the mean age was 21.8–24.9 years. The mean age for all parturients was 30.0–30.5 years. The youngest primiparas are found in Iceland where the average age of both primiparas and all parturients is the lowest in the Nordic countries at 27.0 years and 30.0 years, respectively. (Appendix Table 5.)

The proportion of parturients aged 35 and over has increased considerably in all the Nordic countries since the 1980s when less than 10 per cent of parturients were aged 35 and over. In 2014 the corresponding proportion exceeded 20 per cent in all Nordic countries except Iceland (19.3%). Denmark had the highest proportion (22.6%).

At the same time the proportion of teenage mothers has decreased to below 2 per cent in all Nordic countries – Finland and Iceland being the last countries to achieve this level. Iceland has had the fastest decrease in the proportion of teenage mothers: in the mid-1970s more than 15 per cent of all parturients in Iceland were aged under 20.

The mean age of parturients is in the Nordic countries close to the European average (30.3). In Europe the lowest mean age was in Bulgaria (27.1 years) and Romania (27.4 years) and the highest in Spain and Liechtenstein (31.7 years) as well as in Switzerland and Ireland (31.6 years).¹

⁸ Kupka MS, Ferraretti AP, de Mouzon J, Erb K, D'Hooghe T, Castilla JA, et al. Assisted reproductive technology in Europe, 2010: results generated from European registers by ESHRE. Hum Reprod 2014; 29 (10):2099–113.

Figure 3. Parturients over the age of 35 in 1975–2014, %

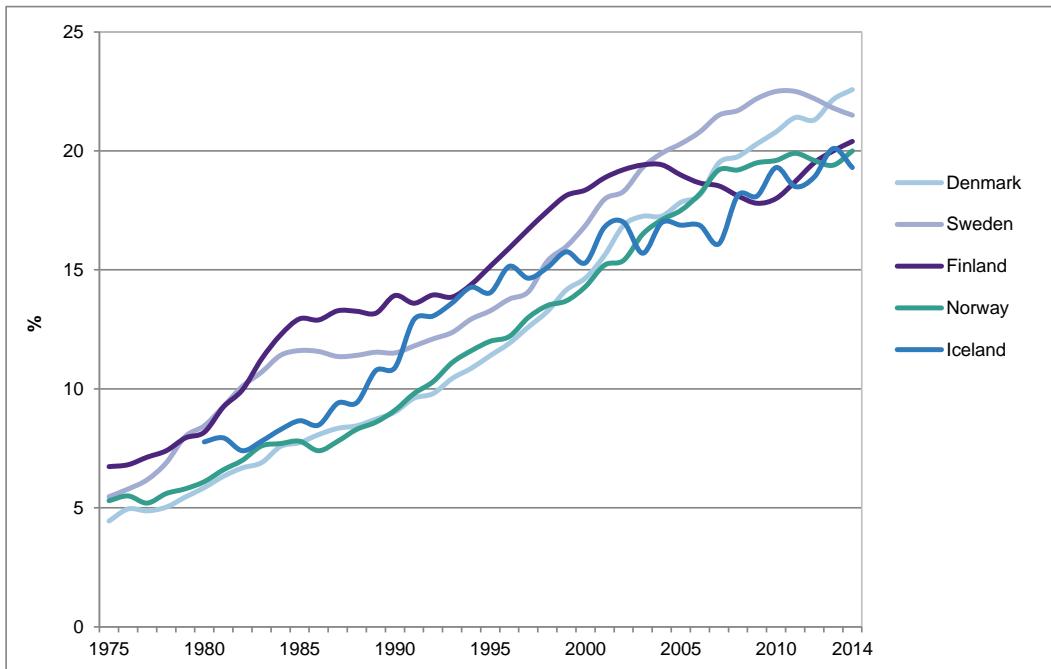
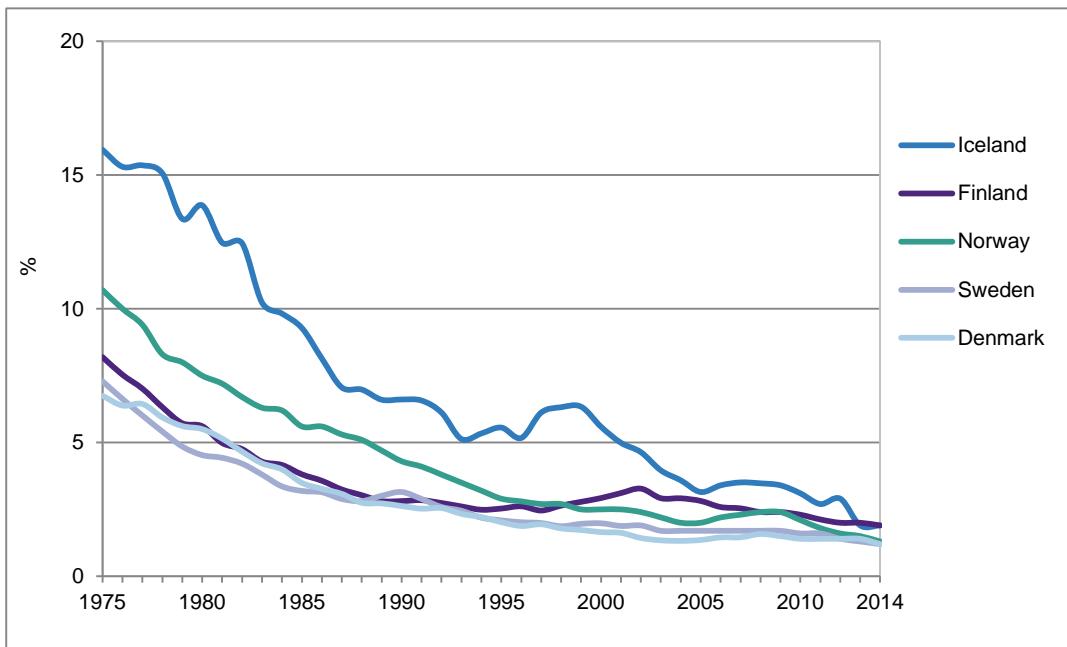


Figure 4. Parturients under the age of 20 in 1975–2014, %

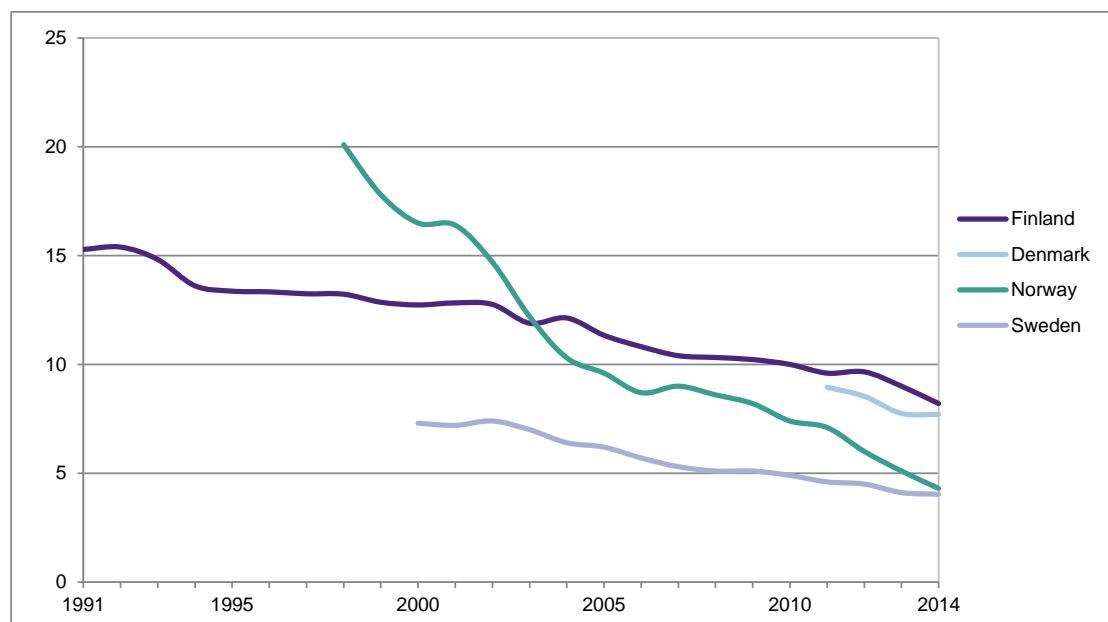


The proportion of primiparas of all parturients was the highest in Sweden (46%) and the lowest in Iceland (40%) in 2014. In Denmark, Finland and Norway the proportion varied between 41 and 43 per cent. Finland is an exception among the Nordic countries in terms of the percentage of parturients with at least three previous deliveries: it is nearly 10 per cent in Finland and 4–6 per cent in the other Nordic countries. (Appendix Table 6.)

Smoking during early pregnancy has decreased in all Nordic countries except Finland. The decline has been particularly sharp in Sweden where the percentage of mothers who smoke during early pregnancy has decreased from more than 30 per cent in the early 1980s to just under 6 per cent in 2014. In Finland, the proportion of women who smoke during early pregnancy has remained relatively stable since the mid-1990s, being 15 per cent in 2014.

An increasing number of women who smoke at the start of pregnancy quit smoking, and the proportion of women who smoke at the end of pregnancy has decreased in all the Nordic countries. Norway has had the greatest drop in the number of smokers at the end of pregnancy: two decades ago 20.1 per cent of parturients were smokers compared to only 4.3 per cent in 2014. Despite a decreasing trend, the percentage of smokers at the end pregnancy remains in Finland (8.2%) the highest in the Nordic countries. (Appendix Table 7.)

Figure 5. Parturients who smoke at the end of pregnancy 1991–2014, %



* Information not available for Iceland.

Delivery procedures

Caesarean sections have become more common in the Nordic countries over the past four decades. The growth has been strongest in Denmark and Norway, while in Finland, the growth has been more moderate, the baseline having been higher. Finland was the only Nordic country to have a decrease in the proportion of caesarean sections in 2014. Denmark (22.4%) had the highest proportion of caesarean sections and Iceland (15.6%) the lowest. (Appendix Table 8.)

In all Nordic countries the proportion of caesarean sections is higher for primiparas than for parturients with prior deliveries. It was lowest in Iceland (16.4%) and the highest in Denmark (23.6%) and slightly below or over 20 per cent in the other Nordic countries.

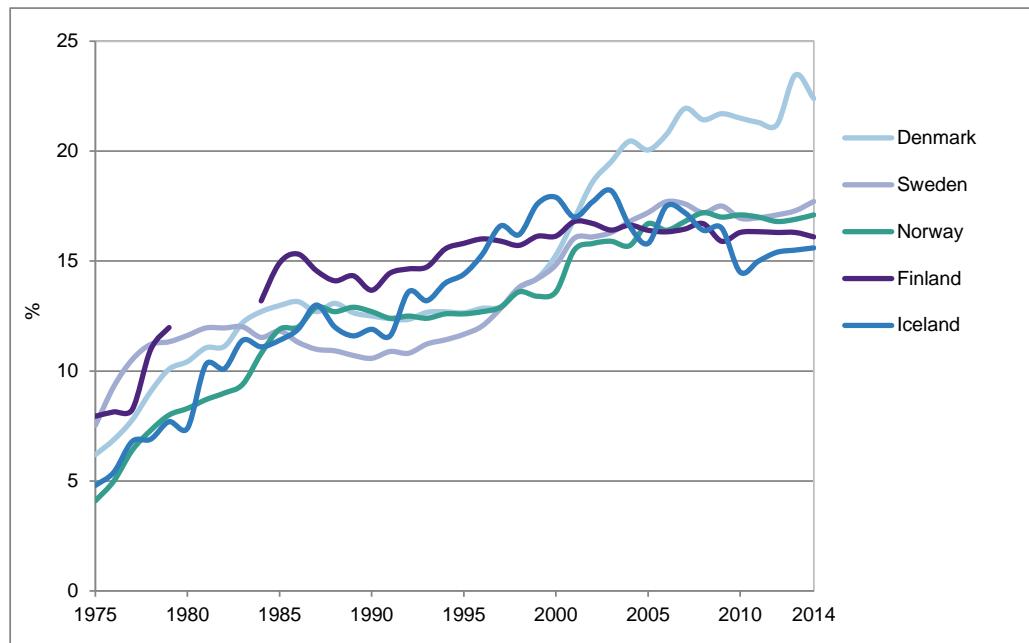
Caesarean sections in full-term singleton pregnancies were more common in Denmark than elsewhere in the Nordic countries. In Denmark a caesarean section was performed in 17.4 per cent of all pregnancies without breech presentation (compared to 13.1–14.1% in the other Nordic countries).

Caesarean section was used in 35.8–61.6 per cent of multiple deliveries in the Nordic countries, Denmark having the highest percentage and Iceland the lowest. In Denmark and Sweden the breech position or other malpresentation resulted in caesarean section in 90 per cent of deliveries, while the corresponding proportion was 10 percentage points lower in Iceland and 15–20 percentage points lower in Finland and Norway.

The increase in the proportion of caesarean sections can be attributed among other things to the higher age of parturients, the higher weight of parturients, and a decrease in vaginal breech deliveries. However, in European comparison the Nordic countries have a low proportion of

caesarean sections, only Cyprus, Croatia and Estonia being at the same level as the Nordic countries.⁹

Figure 6. Caesarean sections of all deliveries 1975–2014, %



The number of vacuum extraction deliveries has increased in the past few decades and was 7.1–8.9 per cent in the Nordic countries in 2014. While Denmark had the lowest proportion of vacuum extraction deliveries of all deliveries, it also had the highest proportion of vacuum delivery in primiparas in the Nordic countries (26.4% in 2014). Deliveries using forceps are very rare across the Nordic countries, accounting for 0.0–1.5 per cent of all deliveries. (Appendix Table 9.)

Third and fourth degree perineal lacerations are reported in 1.1–3.6 per cent of deliveries in the Nordic countries, Finland having the lowest proportion and Iceland the highest. The proportion of perineal lacerations has, however, decreased in Iceland – as well as Norway and Sweden – thanks to national action. However, in instrument-assisted deliveries, i.e. deliveries using forceps or vacuum extraction, the proportion of perineal lacerations continues to be significantly higher in Sweden and Iceland compared to other Nordic countries. (Appendix Table 10.)

Risk factors for third and fourth degree perineal lacerations in vaginal delivery are the use of forceps or vacuum extraction and the large size of newborns (birth weight over 4 kg). These are common factors for perineal lacerations in all Nordic countries. In Sweden, for example, the risk of tearing was significantly higher in instrument-assisted deliveries than in spontaneous vaginal deliveries: in spontaneous vaginal deliveries 2.7 per cent of parturients had a serious perineal laceration compared to 12.2 per cent in instrument-assisted deliveries.

The impact of birth weight is equally clear although not as significant. In Norway, for example, the proportion of perineal laceration was 1.7 per cent when the child weighed less than 4 kg and 2.8 per cent when the child weighed 4 kg or more.

Newborns

The percentage of pre-term deliveries (before the 37th week of gestation) of all deliveries was 5.1–5.8 per cent in all Nordic countries in 2014, with no significant variation between the countries. The proportion of post-term deliveries (at 42nd week of gestation or later) varies, however, between the

⁹ The latest available European-level data are from 2013. WHO Health for all database (Maternal and Child health – Caesarean section per 1000 live births) <http://data.euro.who.int/hfadb/>. (Retrieved on 17.2.2016)

countries from 2.0 per cent in Iceland to 7.1 per cent in Sweden, indicating differences in delivery practices (induction of labour) in the Nordic countries. (Appendix Table 11.)

In 2014, Denmark had the highest (5.7%) and Sweden the lowest (3.7%) percentage of live births with a birth weight less than 2 500 g. (Appendix Table 12). The average birth weight has decreased in all Nordic countries in the 2000s, although Iceland still has a higher average birth weight than the other Nordic countries. (Appendix Table 13.)

Perinatal and neonatal mortality has fallen in all Nordic countries. There are hardly any differences between the countries in this respect. Of births with a birth weight of 1 000 g or more, one to three in a thousand are stillbirths and one child in a thousand dies within the first week of life. These figures are among the lowest in the world.³ (Appendix Table 14.)

Terms and definitions

Delivery: Definition of a birth varies between the countries (see stillbirth). In Finland a process resulting in at least one fetus or child of at least 22+0 weeks of gestation or weighing at least 500 g. Live birth is always a birth.

Live birth: Birth of a child that, irrespective of the duration of the pregnancy, breathes or shows any other evidence of life, such as beating of the heart, pulsation of the umbilical cord or movement of the voluntary muscles, whether or not the placenta is attached or the umbilical cord has been cut.

Neonatal mortality: Deaths during the first four weeks of life (0–27 days after birth or child's age < 28 days) per 1000 live births. Due to different definitions, mortality figures are collected separately concerning newborns weighing 1 000 g or more and pregnancies with at least 22 gestation weeks.

Perinatal health: Perinatal health refers comprehensively to the health of the fetus/child during the perinatal period. In this statistics the perinatal health data collected include gestational age, birth weight, and Apgar score.

Perinatal mortality: Stillbirths and deaths during the first week of life (0–6 days after birth or child's age < 7 days) per 1 000 births. Due to different definitions, mortality figures are collected separately concerning newborns weighing 1 000 g or more and pregnancies with at least 22 gestation weeks.

Perinatal period: Perinatal period starts when the pregnancy has lasted at least 22+0 weeks of gestation (gestational age \geq 22 +0 weeks, when the fetus'/child's weight is usually about 500 g) and ends not longer than seven full days after birth (0–6 days, or the birth of a child age <7 days).

Reproductive level: Reproduction rates are used to estimate the future development of a population. The main idea is that if a woman belonging to a cohort gives birth to at least one daughter, the population renews. The reproductive level for a population is some 2.1 children per woman.

Stillbirth: Birth of a foetus or a child that shows no evidence of life typical of a live birth, but complying with the definition of a birth (\geq 22+0 weeks of gestation or \geq 500 g). The registration criterion is 12 gestational weeks in Norway, 22 weeks in Denmark, Finland, Iceland and Sweden. Finland uses the birth weight limit of 500 g as a parallel registration criterion.

Total fertility rate: The imputed number of live births experienced by a woman during their fertile period, assuming that their mortality is zero during this period and that the age-specific fertility rates for the year in question are valid throughout the reproductive period.

More detailed information on the concepts and the definitions relating to induced abortions is available in Finnish at: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8ad82ff8-2685-4278-b1c3-687204a2248d>.

Liitetaulukot/Tabellbilagor/Appendix Tables

Liitetaulukko 1. Synnytykset 1975–2014

Bilagatabell 1. Förlossningar 1975–2014

Appendix table 1. Deliveries 1975–2014

Liitetaulukko 2. Elävänä syntyneet lapset 1975–2014

Bilagatabell 2. Levande födda barn 1975–2014

Appendix table 2. Live births 1975–2014

Liitetaulukko 3. Kokonaishedelmällisyys 1975–2014

Bilagatabell 3. Summerad fruktsamhet 1975–2014

Appendix table 3. Total fertility rate 1975–2014

Liitetaulukko 4. Monisikiöiset synnytykset ja lapset 1975–2014

Bilagatabell 4. Flerbördsförlossningar och barn 1975–2014

Appendix table 4. Multiple births and newborns 1975–2014

Liitetaulukko 5. Äidin ikä 1975–2014

Bilagatabell 5. Moderns ålder 1975–2014

Appendix table 5. Mother's age 1975–2014

Liitetaulukko 6. Äidin aiemmat synnytykset 1975–2014

Bilagatabell 6. Moderns tidigare förlossningar 1975–2014

Appendix table 6. Mother's previous deliveries 1975–2014

Liitetaulukko 7. Äidin raskaudenaikeinen tupakointi 1983–2014

Bilagatabell 7. Moderns rökning under graviditeten 1983–2014

Appendix table 7. Smoking during pregnancy 1983–2014

Liitetaulukko 8. Keisarileikkaus 1975–2014

Bilagatabell 8. Kejsarsnitt 1975–2014

Appendix table 8. Caesarean sections 1975–2014

Liitetaulukko 9. Toimeenpitoiset synnytykset 1975–2014

Bilagatabell 9. Instrumentalförlossningar 1975–2014

Appendix table 9. Instrumental deliveries 1975–2014

Liitetaulukko 10. III ja IV asteen repeämät alatiesynnytyksessä 1987–2014

Bilagatabell 10. Tredje och fjärde gradens bristning vid vaginal förlossning 1987–2014

Appendix table 10. III and IV degree tears in vaginal deliveries 1987–2014

Liitetaulukko 11. Raskauden kesto 1975–2014

Bilagatabell 11. Gestationalålder 1975–2014

Appendix table 11. Gestational age 1975–2014

Liitetaulukko 12. Vastasyntyneiden syntymäpaino ja Apgar-pisteet 1975–2014

Bilagatabell 12. Födelsevikt och Apgar poäng hos nyfödda barn 1975–2014

Appendix table 12. Birth weight and Apgar scores 1975–2014

Liitetaulukko 13. Vastasyntyneiden keskipaino 1975–2014

Bilagatabell 13. Medelvikt hos nyfödda barn 1975–2014

Appendix table 13. Mean birth weight 1975–2014

Liitetaulukko 14. Kuolleisuus (syntymäpaino vähintään 1000 grammaa) 1975–2014

Bilagatabell 14. Dödligheqrstal (födelsevikt 1000 gram eller mera) 1975–2014

Appendix table 14. Mortality (birth weight of 1000 grams or more) 1975–2014

Liitetaulukko 15. Kuolleisuusluvut (raskauden kesto vähintään 22 raskausviikkoa) 1975–2014

Bilagatabell 15. Dödligheqrstal (22 graviditetsveckor eller mera) 1975–2014

Appendix table 15. Mortality (22 gestation weeks or more) 1975–2014

Merkkisetykset/Teckenförklaring/Symbols used:

..= tietoa ei ole saatavissa/uppgiften ej tillgänglig/data not available

Liitetaulukko 4. Monisikiöiset synnytykset ja lapset 1975–2014

Bilagetabell 4. Flerbördsförlossningar och barn 1975–2014

Appendix table 4. Multiple births and newborns 1975–2014

Monisikiöisiä synnytyksiä, 1/1 000					Monisikiöisiä lapsia, 1/1 000				
Flerbördsförlossningar, 1/1 000					Flerbörsbarn, 1/1 000				
Multiple births, 1/1000					Multiple newborns, 1/1000				
Tanska Danmark Denmark	Suomi Finland	Islanti Iceland	Norja Norge	Ruotsi Sverige Sweden	Tanska Danmark Denmark	Suomi Finland	Islanti Iceland	Norja Norge	Ruotsi Sverige Sweden
1975 .. 11,4 .. 9,7 8,5 .. 22,7 .. 19,4 17,1									
1976 .. 10,9 .. 9,8 8,4 .. 21,8 .. 19,7 16,9									
1977 .. 10,7 .. 9,4 8,3 .. 21,4 .. 19,0 16,6									
1978 .. 11,2 .. 10,6 9,1 .. 22,3 .. 21,2 18,1									
1979 .. 10,7 .. 9,2 9,9 .. 21,3 .. 18,6 19,7									
1980 .. 11,1 .. 9,6 9,0 .. 22,1 .. 19,3 18,1									
1981 10,0 10,8 .. 9,5 9,2 19,8 21,5 .. 19,1 18,5									
1982 10,3 10,9 9,7 10,7 9,2 20,4 21,9 19,3 21,7 18,2									
1983 10,4 10,9 9,0 9,8 9,4 20,8 21,7 18,0 19,6 18,8									
1984 11,2 10,7 11,6 10,1 10,0 22,2 21,4 22,8 20,5 20,0									
1985 11,1 11,4 13,2 11,0 9,7 22,1 22,8 26,6 22,3 19,2									
1986 10,6 11,1 9,1 10,1 10,5 21,2 22,1 18,0 20,3 21,1									
1987 11,2 11,0 7,2 11,2 9,8 22,3 22,0 14,3 22,7 19,6									
1988 11,5 11,2 9,1 11,3 11,2 23,0 22,4 18,5 22,9 22,3									
1989 11,6 10,9 9,1 12,1 10,7 23,3 21,8 18,2 24,5 21,6									
1990 11,6 12,1 10,3 12,6 11,3 23,2 24,3 20,7 25,7 22,6									
1991 13,5 12,4 15,4 12,7 12,2 27,0 24,9 30,4 26,0 24,5									
1992 14,2 13,7 16,2 13,5 13,1 28,6 27,4 32,9 27,3 26,5									
1993 15,8 14,1 14,6 14,0 14,5 31,5 28,2 29,8 28,4 29,1									
1994 17,1 15,0 19,1 14,8 13,7 34,1 30,1 39,0 30,1 27,2									
1995 16,9 14,5 20,1 15,4 15,0 33,7 28,9 40,1 31,1 29,8									
1996 18,7 16,2 16,5 15,0 14,8 37,3 32,2 33,1 30,5 29,7									
1997 19,0 16,0 21,8 16,1 16,2 38,3 31,8 43,7 32,7 32,2									
1998 20,0 17,3 19,3 15,9 16,5 40,2 34,3 39,2 32,4 32,7									
1999 19,9 16,5 21,5 17,7 16,6 39,3 32,7 43,2 35,8 32,9									
2000 20,0 16,3 17,6 17,7 16,2 39,5 32,1 35,1 35,6 31,4									
2001 22,3 15,5 17,1 18,1 16,2 44,2 30,6 33,9 36,6 31,7									
2002 22,2 15,3 21,4 19,0 15,7 43,7 30,4 42,9 38,2 31,0									
2003 22,4 15,0 18,7 18,8 16,6 42,9 29,7 37,1 37,8 32,8									
2004 23,2 15,2 18,2 18,6 14,0 44,3 30,2 35,8 37,5 28,0									
2005 23,8 15,0 16,4 18,2 13,8 44,9 29,6 32,9 36,8 27,3									
2006 22,8 15,1 21,5 17,3 14,1 44,4 30,0 42,2 34,8 26,8									
2007 22,4 15,5 17,6 18,1 13,8 43,1 30,6 41,2 35,7 27,3									
2008 22,9 14,7 16,7 17,6 14,3 44,3 29,1 32,7 35,2 28,1									
2009 21,8 14,4 15,1 17,3 14,4 43,3 28,5 30,1 34,9 28,6									
2010 21,6 15,5 14,3 16,4 14,2 42,9 30,7 28,1 33,2 28,3									
2011 22,1 14,5 13,3 16,3 14,0 42,4 28,7 26,3 32,6 28,0									
2012 21,8 13,7 15,1 16,9 13,7 42,1 27,1 29,7 34,0 27,2									
2013 22,0 13,7 14,9 16,3 14,2 43,4 27,1 32,2 32,9 28,2									
2014 19,5 13,6 16,5 15,7 14,8 38,6 27,0 32,5 31,7 29,7									

Liittetaulukko 7. Äidin raskaudenaiainen tupakointi 1983–2014

Bilagatabell 7. Moderns rökning under graviditeten 1983–2014

Appendix table 7. Smoking during pregnancy 1983–2014

Osuus synnyttäjistä - Andel av föderskorna - Proportion of parturients %

	Raskauden alussa I början av graviditeten <i>In the beginning of pregnancy</i>					Raskauden lopussa I slutet av graviditeten <i>At the end of pregnancy</i>				
	Tanska Danmark Denmark	Suomi Finland	Islanti Iceland	Norja Norway	Ruotsi Sverige Sweden	Tanska Danmark Denmark	Suomi Finland	Islanti Iceland	Norja Norway	Ruotsi Sverige Sweden
	..	..	..	..	31,4	..	..	..	..	..
1983	..	..	..	..	31,4	..	..	..	..	..
1984	..	..	..	..	30,2	..	..	..	..	..
1985	..	..	..	..	30,2	..	..	..	..	..
1986	..	..	..	..	29,8	..	..	..	..	..
1987	..	15,5	..	..	28,2	..	..	..	..	..
1988	..	15,4	..	..	26,9	..	..	..	..	..
1989	..	15,2	..	..	25,9	..	..	..	..	..
1990	..	16,0	..	..	25,2	..	..	..	..	..
1991	30,6	17,1	..	..	24,2	..	15,7	..	..	..
1992	30,5	17,0	..	..	22,9	..	15,8	..	..	..
1993	29,0	16,5	..	..	20,5	..	15,2	..	..	..
1994	28,1	15,4	..	..	18,3	..	14,0	..	..	..
1995	26,7	15,1	..	..	17,1	..	13,7	..	..	..
1996	25,4	15,2	..	..	16,1	..	13,7	..	..	..
1997	21,8	15,0	..	..	14,5	..	13,6	..	..	..
1998	21,0	15,0	..	27,8	12,7	..	13,6	..	20,1	..
1999	19,9	14,8	..	25,5	12,9	..	13,3	..	17,8	..
2000	19,6	14,8	..	23,8	12,3	..	13,1	..	16,5	7,3
2001	18,5	15,4	..	23,3	11,2	..	13,3	..	16,4	7,2
2002	17,6	15,6	..	22,0	10,6	..	13,1	..	14,7	7,4
2003	16,3	15,1	..	20,2	9,6	..	12,2	..	12,2	7,0
2004	15,5	15,4	..	17,8	8,8	..	12,4	..	10,3	6,4
2005	13,7	14,9	..	16,7	8,4	..	11,6	..	9,6	6,2
2006	13,0	15,1	..	15,9	7,4	..	11,1	..	8,7	5,7
2007	11,7	15,1	..	14,9	7,2	..	10,8	..	9,0	5,3
2008	11,2	15,2	..	13,3	6,9	..	10,6	..	8,6	5,1
2009	10,4	15,7	..	12,7	6,8	..	10,5	..	8,2	5,1
2010	9,7	15,5	..	11,5	6,5	..	10,0	..	7,4	4,9
2011	11,6	15,8	..	10,8	6,3	9,0	9,6	..	7,1	4,6
2012	11,4	16,6	..	9,5	5,9	8,5	9,7	..	6,0	4,5
2013	10,8	16,0	..	8,1	5,6	7,7	9,0	..	5,1	4,1
2014	11,0	15,3	..	7,1	5,5	7,7	8,2	..	4,3	4,0

Norjan tiedot kattavat vain ne naiset, jotka ovat antaneet luvan.

Uppgifterna från Norge innehåller enbart de kvinnor som gett sitt samtycke.

Information from Norway contains only the women who have given informed consent.

Laatuseloste

Pohjoismaiset perinataalitilastot

Tilastotietojen relevanssi

Pohjoismainen perinataalitilasto sisältää synnytäjiin, synnytyksiin ja vastasyntyneisiin liittyviä tilastotietoja kaikista Pohjoismaista (Islanti, Norja, Ruotsi, Suomi ja Tanska). Tilaston tarkoituksesta on kerätä tietoja äitiyshuollon, synnytystoiminnan ja vastasyntyneiden hoidon tutkimusta ja kehittämistä sekä järjestämistä varten.

Tilaston sisältö on luotu ja kehitetty Pohjoismaisten syntymärekisterien yhteistyöelimessä (The Association for Nordic Medical Birth Registers – NOMBIR). Yhteistyöryhmä kokoontuu vuosittain, ja kukin maa vastaa yhteistyön puheenjohtajuudesta ja sihteeriydestä kolme vuotta kerrallaan. Vuosina 2014–2016 Ruotsi oli puheenjohtajana ja vuosina 2017–2019 puheenjohtajamaana on Suomi.

Tilastoraportti on tarkoitettu lisääntymisterveytä koskevia tietoja työssään tarvitseville terveydenhuollon ammattihenkilöille, hallintoviranomaisille, suunnittelijoille ja tutkijoille. Tilastoraportin tekstiosassa on esitetty tilastossa käytetyt käsitteet.

Tietojen keruu Suomessa perustuu lakiin Tervyden ja hyvinvoinnin laitoksesta (THL) (668/2008) ja Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskukseen (Stakes) tilastotoimesta annettuun lakiin (409/2001) sekä terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä annettuun lakiin (556/1989) ja sen nojalla annettuun asetukseen (774/1989).

Tilaston menetelmäkuvaus

Tilastot perustuvat pääasiassa pohjoismaisten syntymärekisterien tietoihin. Rekistereihin kerätään tietoja kussakin maassa tapahtuneista synnytyksistä ja niissä syntyneistä lapsista. Rekisterit kattavat kaikki elävänä ja kuolleena syntyneet lapset kansallisten määritelmien mukaisesti.

Suomen syntyneiden lasten rekisteri (syntymärekisteri) aloitti toimintansa vuonna 1987. Rekisteri sisältää tietoja kaikista Suomessa synnyttäneistä äideistä ja syntyneistä lapsista 7 vrk:n ikään asti. Ruotsin vastaava rekisteri on toiminut vuodesta 1973, Norjan vuodesta 1967, Tanskan vuodesta 1968 ja Islannin vuodesta 1972. Pohjoismaisen perinataalitilaston tietosisältöä on laajennettu eri rekistereistä saatavien tietojen mukaisesti.

Tervyden ja hyvinvoinnin laitos vastaa tilaston kokoamisesta, raportoinnista ja julkaisemisesta. Tiedot kerätään jokaisen maan yhteyshenkilöltä, jotka myös vastaavat oman maansa lukujen oikeellisuudesta. Ennen raportin julkaisemista kunkin maan yhteyshenkilöt tarkistavat raportin.

Tilastoa on julkaistu vuodesta 2005 lähtien. Tilastossa esitettävät aikasarjat on kuitenkin päivitetty taannehtivasti.

Tilastoraportissa on hyödynnetty myös Eurostatin¹, Maailman terveysjärjestön WHO:n² ja ESHRE:n (European Society for Human Reproduction and Embryology) tietoja³ koko Eurooppaa koskevissa vertailuissa.

Tietojen oikeellisuus ja tarkkuus

Jokainen maa vastaa oman maansa tietojen oikeellisuudesta. Suomen tilastot perustuvat syntyneiden lasten rekisteriin ja vastaavat rekisterin aikaisemmin julkaisustasta vuositilastosta löytyviä tietoja.

Julkaisujen tietojen ajantasaisuus ja oikea-aikaisuus

Pohjoismaiset perinataalitilastot -tilastoraportti on THL:n joka toinen vuosi (parillisina vuosina) julkaisema tilasto. Raportissa julkaistaan uusimmat kaikista Pohjoismaista saatavat tiedot. Pohjoismaista perinataalitilastoa varten kerätään kerralla kahden edellisen (saatavilla olevan) vuoden tilastot. Myös aikaisempia vuosia voidaan päivittää tarvittaessa.

Suomen kansallinen perinataalitilasto julkistaan vuosittain syksyllä osoitteessa www.thl.fi/tilastot/perinataalitilasto.

Tietojen saatavuus ja läpinäkyvyys/selkeys

Tilastoraportti on saatavissa THL:n verkkosivulta www.thl.fi/tilastot/pohjoismaisetperinataalitilastot sekä Pohjoismaisten sisarorganisaatioiden sivuilta.

Tilastojen vertailukelpoisuus

NOMBIR-yhteistyöelin sopii ja varmistaa käytetyt määritelmät ja käsitteet. Näin pyritään varmistamaan eri maita koskevien tilastojen vertailtavuus. Tilaston muuttujien määritelmiä ja käsittitää tarkennetaan tarvittaessa. Myös aikaisempien vuosien tietoja korjataan tarpeen mukaan.

Suomen syntyneiden lasten rekisteriä on uudistettu vuosina 1990, 1996 ja 2004. Seuraava uudistus toteutetaan vuonna 2017, mutta se ei tule vaikuttamaan pohjoismaisen tilaston sisältöön.

Suomen tiedot vuosilta 1975–1986 perustuvat Tilastokeskuksen tietoihin (<http://www.tilastokeskus.fi/til/synt/index.html>).

Muiden Pohjoismaiden osalta aikasarjoja on täydennetty myös Nomeskon julkaisujen 25/1987 ja 39/1993 sekä WHO:n ja Eurostatin tietojen avulla.

Selkeys ja eheys/yhtenäisyys

Kaikista Pohjoismaista saadaan tupakointitietoa lukuun ottamatta kaikki tilaston muuttujat. Islannista ei ole saatavissa tietoa raskaana olevien tupakoinnista.

Esitettyjen aikasarjojen pituus vaihtelee maittain. Valtaosa aikasarjoista alkaa vuodesta 1975, mutta ainoastaan eläväänä syntyneiden lasten lukumäärä ja kokonaishedelmällisyys luku on

¹ <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

² <http://data.euro.who.int/hfadb/>

³ Kupka MS, Ferraretti AP, de Mouzon J, Erb K, D'Hooghe T, Castilla JA, et al. Assisted reproductive technology in Europe, 2010: results generated from European registers by ESHRE. Hum Reprod 2014;29 (10):2099-113.

kaikista Pohjoismaista saatavissa tästä vuodesta alkaen. Muissa taulukoissa tiedot esitetään niiltä vuosilta kuin niitä on mahdollista maakohtaisesti saada.

Tilastossa käytetään vakiintuneita kansainvälistä käsitteitä ja luokituksia (esimerkiksi repeämät, joista III ja IV asteen repeämät lasketaan vakavaksi, synnytystavan luokittelu).

Suomen raskauteen ja vastasyntyneisyyteen liittyvät määritelmät ja käsitteet pohjautuvat tautiluokitus ICD-10:een⁴ ja Suomalaiseen tautien kirjaamisen ohjekirjaan⁵.

Vuoden 2014 tilaston erityiskysymykset

Vuoden 2014 tilastoon saatiin tiedot kattavasti kaikista Pohjoismaista. Tanska ei pystynyt edellisen raportin julkaisun yhteydessä toimittamaan vuosien 2011–2012 tietoja, jotka kuitenkin tähän raporttiin on päivitetty taannehtivasti.

Pohjoismaiset tietolähteet:

- **Islannin Tilastokeskus:**
<http://www.hagstofa.is/>
- **Norjan Kansanterveyslaitoksen syntymärekisteri:**
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg>MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,3278:1:0:0:::0:0
- **Ruotsin Sosiaalihallituksen syntymärekisteri:**
<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefterramne/graviditeter,forlossningarochnyfodda>
- **Suomen Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) syntymärekisteri:**
<http://www.thl.fi/tilastot/synnyttajat>
- **Tanskan Terveystietohallituksen syntymärekisteri:**
<http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Sundhedsvaesenet%20i%20tal/Specifikke%20omraader/Fodsler%20og%20aborter.aspx>

⁴ ICD-10-tautiluokitus otettiin Suomenna käyttöön vuonna 1996. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085423>.

⁵ Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8ad82ff8-2685-4278-b1c3-687204a2248d>.

Kvalitetsbeskrivning

Nordisk perinatalstatistik

Statistikuppgifternas relevans

Den nordiska perinatalstatistiken innehåller statistikuppgifter om föderskor, förlossningar och nyfödda från alla de nordiska länderna (Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige). Syftet med statistiken är att samla in statistikuppgifter för undersökning, utveckling och anordnande av mödra- och förlossningsvård samt vård av nyfödda.

Statistikens innehåll har tagits fram och utvecklats av samarbetsorganet för nordiska födelseregister (The Association for Nordic Medical Birth Registers – NOMBIR). Samarbetsgruppen samlas årligen, och varje land fungerar som ordförande och sekreterare för gruppen tre år åt gången. År 2014–2016 var Sverige ordförande och år 2017–2019 kommer Finland att agera ordförandeland.

Statistikrapporten riktar sig till yrkespersoner inom hälso- och sjukvården, förvaltningsmyndigheter, planerare och forskare som behöver uppgifter om reproduktiv hälsa i sitt arbete. I statistikrapportens textdel presenteras de begrepp som används i rapporten.

Datainsamlingen i Finland bygger på lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008) och lagen om statistikväsendet vid forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes) (409/2001) samt lagen om riksomfattande personregister för hälsovården (556/1989) och den förordning (774/1989) som utfärdats med stöd av lagen.

Metodbeskrivning för statistiken

Statistiken bygger huvudsakligen på uppgifter från de nordiska födelseregistren. Dessa register samlar in information om alla förlossningar och födda barn i respektive land. Registren täcker alla levande födda barn och dödfödda barn enligt de nationella definitionerna.

Registret över födelser i Finland (födelseregistret) inleddes sin verksamhet 1987. Registret innehåller uppgifter om samtliga kvinnor som fött barn i Finland och om de födda barnen upp till sju dygns ålder. I Sverige har motsvarande register funnits sedan 1973, i Norge sedan 1967, i Danmark sedan 1968 och på Island sedan 1972. Datainnehållet i den nordiska perinatalstatistiken har utvidgats i enlighet med den information som fåtts ur de olika registren.

Institutet för hälsa och välfärd ansvarar för sammanställandet, rapporteringen och publiceringen av statistiken. Uppgifterna samlas in av kontaktpersonerna för respektive land, som även ansvarar för sitt eget lands del för sifferuppgifternas riktighet. Innan rapporten publiceras granskas den av kontaktpersonerna för respektive land.

Statistiken har publicerats sedan år 2005. De tidsserier som redovisas i statistiken har dock uppdaterats retroaktivt.

I jämförelserna som gäller hela Europa utnyttjar statistikrapporten också Eurostats¹, Världshälsoorganisationen WHO:s² och ESHRE:s (European Society for Human Reproduction and Embryology)³ uppgifter.

Uppgifternas riktighet och exakthet

Varje land ansvarar för sin del att uppgifterna är korrekta. De finländska statistikuppgifterna bygger på registret över födelser och motsvarar de uppgifter som finns i registrets årsstatistik som publiceras tidigare.

De publicerade uppgifternas aktualitet och punktlighet

Nordisk perinatalstatistik är en statistikrapport som THL publicerar vartannat år (jämna år). I rapporten publiceras de nyaste uppgifterna som finns tillgängliga från alla nordiska länder. Statistiken för den nordiska perinatalstatistiken samlas in från de två senaste (tillgängliga) åren åt gången. Även tidigare år kan uppdateras vid behov.

Finlands nationella perinatalstatistik publiceras årligen på adressen <http://www.thl.fi/statistik/perinatalstatistik>.

Uppgifternas tillgänglighet och transparens/tydlighet

Statistikrapporten finns tillgänglig på THL:s webbplats www.thl.fi/statistik/nordiskperinatalstatistik och på de nordiska systerorganisationernas webbplatser.

Statistikens jämförbarhet

Samarbetsorganet NOMBIR avtalar om och säkerställer de använda definitionerna och begreppen. På så sätt vill man säkerställa att de olika ländernas statistikuppgifter är jämförbara. Definitionerna av variablene och begreppen i statistiken preciseras vid behov. Även uppgifterna från tidigare år korrigeras vid behov.

Finlands register över födelser har förnyats åren 1990, 1996 och 2004. Nästa förnyelse genomförs år 2017, men den kommer inte att påverka innehållet i den nordiska perinatalstatistiken.

De finländska uppgifterna för år 1975–1986 bygger på Statistikcentralens uppgifter (http://www.tilastokeskus.fi/til/synt/index_sv.html).

För de övriga nordiska länderna har tidserierna även kompletterats med information som publiceras av Nomesko (25/1987 och 39/1993) eller rapporterats av WHO och Eurostat.

Tydlighet och enhetlighet/överensstämmelse

Med undantag av uppgifterna om rökning fås alla variabler i statistiken från samtliga nordiska länder. Isländska uppgifter om rökning bland gravida finns inte att tillgå.

¹ <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

² <http://data.euro.who.int/hfadb/>

³ Kupka MS, Ferraretti AP, de Mouzon J, Erb K, D'Hooghe T, Castilla JA, et al. Assisted reproductive technology in Europe, 2010: results generated from European registers by ESHRE. Hum Reprod 2014;29 (10):2099-113.

De redovisade tidsseriernas längd varierar efter land. Största delen av tidsserierna börjar från år 1975, men endast antalet levande födda barn och summerade fruktsamhetstal finns att tillgå från alla nordiska länder från och med detta år. I de övriga tabellerna presenteras uppgifterna från de år som uppgifter efter land finns tillgängliga.

I statistiken används etablerade internationella begrepp och klassifikationer (t.ex. perinealbristningar, varav III och IV gradens bristningar anses allvarliga, klassifikation av förlossningssätt).

De finländska definitionerna och begreppen i anslutning till graviditet och nyfödda bygger på sjukdomsklassifikationen ICD-10⁴ och på handboken Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja [Anvisningar för registrering av sjukdomar i Finland]⁵.

Specialfrågor i 2014 års statistik

För 2014 års statistik erhölls heltäckande uppgifter från hela Norden. I samband med publiceringen av senaste rapport kunde Danmark inte lämna in uppgifter för år 2011–2012. Dessa uppgifter har dock uppdaterats retroaktivt i denna rapport.

Nordiska uppgiftskällor:

- **Statistikcentralen på Island (Hagstofa Íslands):**
<http://www.hagstofa.is/>
- **Folkehelseinstituttets födelseregister i Norge:**
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg>MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,3278:1:0:0:::0:0
- **Socialstyrelsens födelseregister i Sverige:**
<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/graviditeter,forlossningarochnyfodda>
- **Institutet för hälsa och välfärds (THL) födelseregister i Finland:**
www.thl.fi/sv/statistik/foderskor
- **Statens Serum Instituts födelseregister i Danmark:**
<http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Sundhedsvaesenet%20i%20tal/Specifikke%20omraader/Fodsler%20og%20aborter.aspx>

⁴ Sjukdomsklassifikationen ICD-10 togs i bruk i Finland år 1996. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085423>.

⁵ Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8ad82ff8-2685-4278-b1c3-687204a2248d>.

Quality description

Nordic perinatal statistics

Relevance of statistical data

The Nordic perinatal statistics contain statistical data concerning parturients, deliveries and newborns in all the five Nordic countries (Denmark, Finland, Iceland, Norway and Sweden). The purpose of the statistics is to collect data for the research, development and provision of maternity care, obstetrics services and the care of newborn infants.

The Association for Nordic Medical Birth Registers (NOMBIR) has designed and developed the content of the statistics. The association meets annually, and each country holds the presidency and performs secretarial duties three years at a time. The presidency is held by Sweden in 2014–2016 and by Finland in 2017–2019.

The statistical report aims to provide information to health care professionals, administrators, planning officials and researchers working in the area of reproductive health. The report text describes the concepts used in the statistics.

In Finland the collection of data is based on the Act on the National Institute for Health and Welfare (668/2008), on the Act on the Statistical Service of the National Research and Development Centre for Welfare and Health (409/2001), and on the Act on the National Personal Records Kept under the Health Care System (556/1989) and the subsequent Decree (774/1989).

Description of methods

The statistics are mainly based on information from the Nordic Medical Birth Registers. These registers include data on all deliveries and newborn children in each country, covering all live births and stillbirths according to national definitions.

The Finnish Medical Birth Register was established in 1987. It contains data on all mothers who have given birth in Finland and on all newborn infants up to the age of seven days. Corresponding registers were established in Sweden in 1973, in Norway in 1967, in Denmark in 1968 and in Iceland in 1972. The data content of the Nordic perinatal statistics has been expanded based on the data available in the registers.

The Finnish National Institute for Health and Welfare (THL) is responsible for collating, reporting and publishing the statistics. Each country has a contact person for supplying THL with data who is also responsible for the correctness of the data for the country. Prior to release each contact person checks the report.

The statistics were published for the first time in 2005. The time series presented in the statistics are, however, updated retrospectively.

The statistical report also uses data from Eurostat¹, the World Health Organization (WHO)² and the European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE)³ for comparative purposes at European level.

Correctness and accuracy of data

Each country is responsible for the correctness of its data. The Finnish statistics are based on the Medical Birth Register and correspond with data published in an earlier national report.

Timeliness and promptness of published data

The statistical report Nordic perinatal statistics is published by THL every other year (in even-numbered years). The report contains the most recent data available from the Nordic countries. The data collected for the Nordic perinatal statistics cover the two preceding years for which data are available. Data on earlier years can be updated where necessary.

The Finnish perinatal statistics are published in the autumn of every year at www.thl.fi/statistics/perinatalstatistics.

Availability and transparency / clarity of data

The statistical report is available on THL's website at www.thl.fi/statistics/nordiccountriesperinatalstatistics as well as on the websites of the Nordic sister organisations.

Comparability of statistical data

NOMBIR agrees on and confirms the terms and definitions used. The aim is to ensure the comparability of statistics from different countries. The terms and definitions are revised where necessary. Previous years' data are also corrected, if necessary.

The Finnish Medical Birth Register has been revised in 1990, 1996 and 2004. The next revision is scheduled for 2017, but it will not affect the content of the Nordic statistics.

Finnish data for 1975–1986 are based on information from Statistics Finland (http://www.tilastokeskus.fi/til/synt/index_en.html).

For other Nordic countries, the time series have been completed with information from NOMESCO publications 25/1987 and 39/1993 and from WHO and Eurostat.

Clarity and consistency

All Nordic countries produce data on all the variables used in the statistics with the exception of smoking data. Iceland does not produce data on smoking during pregnancy.

The length of the presented time series varies by country. While most of the time series start in 1975, only the number of live births and the total fertility rate are available for all Nordic countries from that year onwards. In the other tables data are given for the years the data are available.

¹ <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

² <http://data.euro.who.int/hfadb/>

³ Kupka MS, Ferraretti AP, de Mouzon J, Erb K, D'Hooghe T, Castilla JA, et al. Assisted reproductive technology in Europe, 2010: results generated from European registers by ESHRE. Hum Reprod 2014;29 (10):2099-113.

The statistics use established international term and classifications (such as mode of delivery and perineal lacerations, of which third and fourth degree lacerations are considered as serious).

The terms and definitions related to pregnancy and newborns are based on the International Classification of Diseases ICD-10⁴ and a Finnish handbook on the recording of diseases⁵.

Special issues concerning the 2014 statistics

The 2014 statistics contain comprehensive data from all Nordic countries. Denmark was unable to supply data on 2011–2012 for the previous report but these data have now been updated retrospectively.

Nordic data sources:

- **Statistics Iceland:**
<http://www.hagstofa.is/>
- **Norwegian Medical Birth Register, National Institute of Public Health:**
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg>MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,3278:1:0:0:::0:0
- **Swedish Medical Birth Register, National Board of Health and Welfare:**
<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikkefteramne/graviditeter,forlossningarochnyfodda>
- **Finnish Medical Birth Register, National Institute for Health and Welfare (THL):**
<http://www.thl.fi/fi/tilastot/synnyttajat>
- **Danish Medical Birth Register, Danish Health Data Authority:**
<http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Sundhedsvaesenet%20i%20tal/Specifikke%20omraader/Fodsler%20og%20aborter.aspx>

⁴ ICD-10 was adopted in Finland in 1996. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085423>.

⁵ Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8ad82ff8-2685-4278-b1c3-687204a2248d>. (Available only in Finnish)