



Pohjoismaiset perinataalitilastot 2016

Päälöydökset

- 40 % Pohjoismaiden lapsista syntyy Ruotsissa.
- Suomi on Pohjoismaista ainoa, jonka syntyvyys on EU:n keskiarvoa matalampi. Ruotsissa syntyvyys on Euroopan kärkeä.
- Synnyttäjien keski-ikä on nousut kaikissa Pohjoismaissa.
- Perinataali- ja neonataalikuoleisuus on vähtynyt kaikissa Pohjoismaissa, ja maiden väliset erot ovat lähes kadonneet.

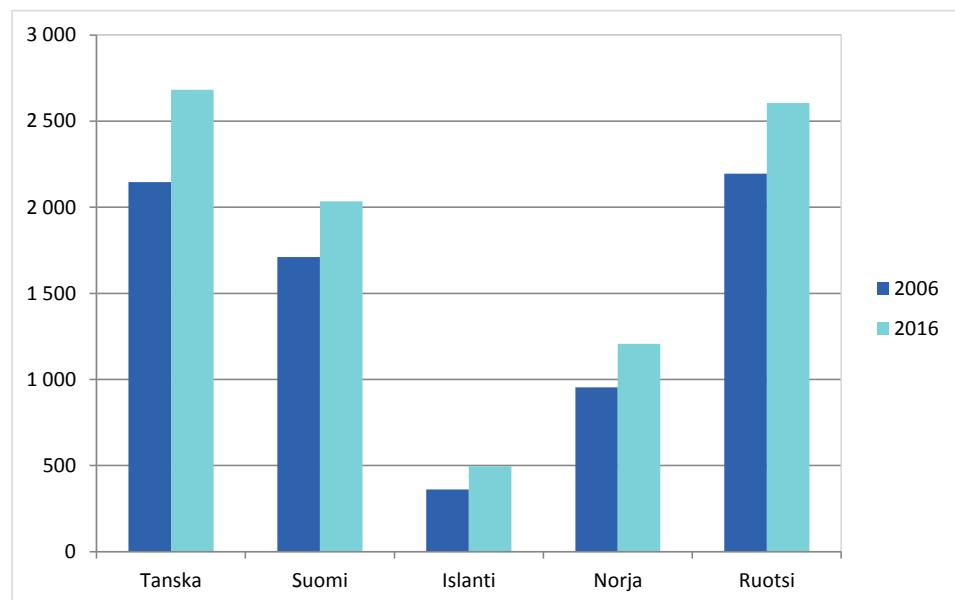
Synnytyksiä keskitetään kaikissa Pohjoismaissa

Pohjoismaissa syntyi vuonna 2016 elävänä noin 301 000 lasta, mikä on hieman enemmän kuin vuonna 2015 (+2 %). Tanska ja Ruotsi olivat kuitenkin ainoat Pohjoismaat, joissa syntyvyys kasvoi. Suomessa ja Islannissa syntyvyys väheni ja Norjassa se pysyi samalla tasolla. Ruotsissa syntyvyys on Euroopan kärkeä.

Synnytyssairaaloita on suljettu kuluneen vuosikymmenen aikana kaikissa Pohjoismaissa. Prosentuaalisesti suurinta väheneminen on ollut Islannissa. Myös Tanskassa, Norjassa ja Suomessa synnytyssairaaloiden lukumäärä on vähtynyt selkeästi. Ruotsissa lukumäärä on säilynyt tasaisempaan.

Eniten synnytyksiä sairaalaa kohti on Tanskassa ja Ruotsissa. Sairaalaohjain synnytysten määrä on kuitenkin viimeisen vuosikymmenen aikana kasvanut kaikissa Pohjoismaissa.

Kuvio 1. Synnytysten lukumäärä sairaalaa kohden Pohjoismaissa vuosina 2006 ja 2016



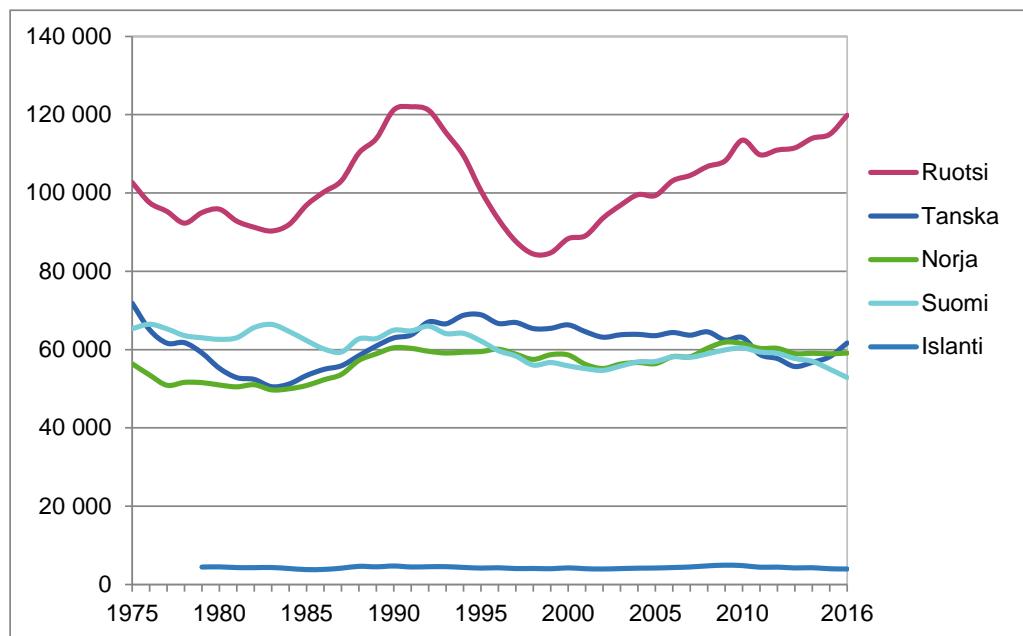
Anna Heino
etunimi.sukunimi@thl.fi

Mika Gissler
etunimi.sukunimi@thl.fi

Syntyvyyss

Pohjoismaissa syntyi vuonna 2016 elävänä noin 301 000 lasta, mikä on hieman enemmän kuin vuonna 2015 (+2,0 %). Syntyneiden lasten määrä kasvoi kuitenkin vain Tanskassa (+6,0 %) ja Ruotsissa (+4,2 %). Määrä laski Suomessa (-3,8 %) ja Islannissa (-1,5 %) ja pysyi Norjassa vuoden 2015 tasolla. (Liitetaulukko 2, kuvio 2.)

Kuvio 2. Synnytysten lukumäärä Pohjoismaissa 1975–2016



Vuonna 2016 pohjoismaisista lapsista 40 prosenttia syntyi Ruotsissa (121 132 elävänä syntynytä lasta). Suomen, Norjan ja Tanskan vastaavat osuudet olivat 18–21 prosenttia (53 453–62 520). Islannissa lapsia syntyi noin 4 030 eli 1,3 prosenttia Pohjoismaiden kaikista elävänä synnyneistä lapsista. (Liitetaulukko 2.)

Kokonaishedelmällisyys laski kaikissa muissa Pohjoismaissa paitsi Tanskassa. Vuoden 2016 kokonaishedelmällisyysluvut vaihtelivat niissä 1,57:n (Suomi) ja 1,85:n (Ruotsi) välillä. (Liitetaulukko 3.) Kokonaishedelmällisyys on laskenut myös muualla Euroopassa. Pohjoismaiden kokonaishedelmällisyys on silti yhä Euroopan keskiarvoa (1,58) korkeampi. Euroopan alhaisimmat kokonaishedelmällisyysluvut ovat Portugalissa (1,31) ja Puolassa (1,32). Ruotsin kokonaishedelmällisyys on Euroopan kärkeä, heti Ranskan (1,96) ja Irlannin jälkeen (1,92).¹

Monisikiöiset synnytykset yleistyivät kaikissa Pohjoismaissa 1980-luvulta lähtien. Tärkein syy tähän oli hedelmällisyshoitojen lisääntynyt käyttö. Islannissa ja Tanskassa on enemmän monisikiöisiä synnytyksiä kuin muissa Pohjoismaissa, vaikka erityisesti Tanskassa niiden määrä on viime vuosina laskenut merkittävästi. Vähiten monisikiöisiä synnytyksiä on Suomessa ja Ruotsissa. (Liitetaulukko 4.)

Eroa monisikiöisten synnytysten osuudessa selittävät osittain hedelmöityshoitokäytännöt ja hedelmöityshoitojen käytön laajuus: yhden alkion siirtojen osuus on Suomessa (77,3 % alkion siirroista) ja Ruotsissa (76,9 %) merkittävästi suurempi kuin muissa Euroopan maissa. Tanskassa vastaava osuus on 48,9 prosenttia ja Islannissa 55,0 prosenttia. Myös aloitettujen hoitojen määrissä on eroja. Tanskassa aloitetaan väestöön suhteutettuna enemmän hedelmöityshoitaja kuin missään muussa Euroopan maassa, joista tilastoja on saatavissa.²

1 Uusimmat saatavilla olevat tiedot Euroopan tasolla ovat vuodelta 2015. Eurostat Statistics Database (Tables by themes - Population and social conditions - Population - Demography - Population – Fertility): <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>. (Sellaisena kuin 24.1.2018)

2 C. Calhaz-Jorge, C. De Geyter, M. S. Kupka, J. de Mouzon, K. Erb, E. Mocanu, T. Motrenko, G. Scaravelli, C. Wyns, V. Goossens , and The European IVF-monitoring (EIM) Consortium for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) Assisted reproductive technology in Europe, 2013: results generated from European registers by ESHRE, First published online: August 28, 2017 Hum. Reprod. (2017) 32 (10): 1957-1973. doi: 10.1093/humrep/dex264.

Taulukko 1. Synnytyssairaalojen lukumäärä Pohjoismaissa 2006–2016

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Tanska	30	29	29	29	27	25	24	24	24	23	23
Suomi	34	33	33	32	32	31	31	30	29	27	26
Islanti	12	13	11	11	11	11	11	10	11	9	8
Norja	61	61	58	56	55	55	52	52	51	52	49
Ruotsi	47	47	46	46	45	45	45	45	46	45	46

Synnytyssairaalojen lukumäärä on vuosikymmenen aikana laskenut kaikissa Pohjoismaissa. Lakkautettujen synnytyssairaalojen koko vaihtelee maittain: esimerkiksi Suomessa on vähenyt erityisesti hieman alle 1 000 vuosittaisen synnytyksen sairaalojen lukumäärä ja Norjassa alle 300 vuosittaisen synnytyksen sairaalojen lukumäärä.

Suhteutettuna vuosittaisten synnytysten määrään, Tanskassa ja Ruotsissa on Pohjoismaista selkeästi eniten synnytyksiä per sairaala (noin 2 500 synnytystä). Kaikissa Pohjoismaissa keskimääräinen sairaalakohtainen synnytysten lukumäärä on kasvanut viimeisen vuosikymmenen aikana. (Kuvio 1.)

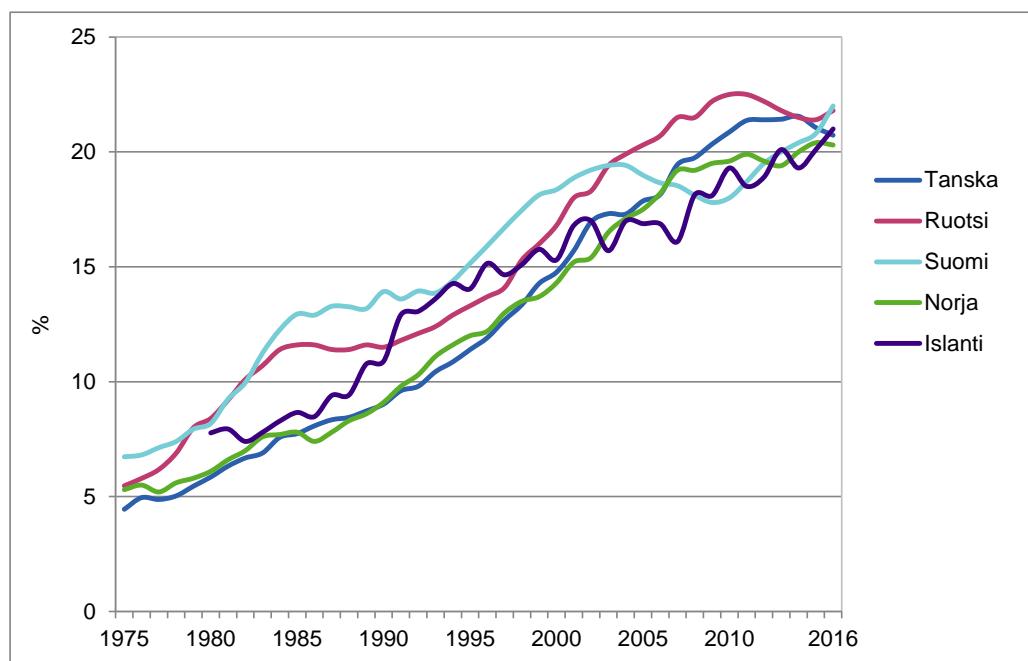
Synnyttäjät

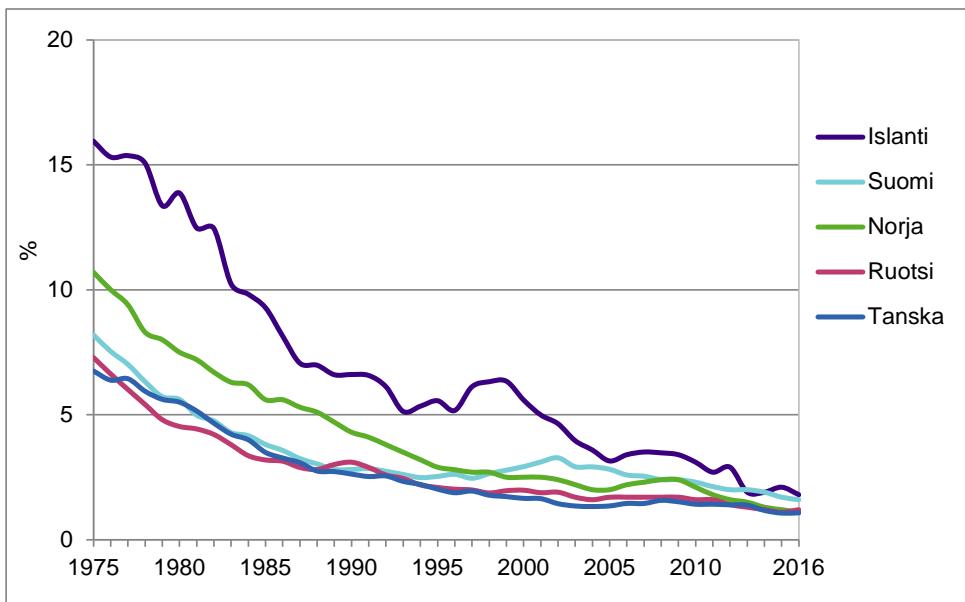
Pohjoismaiset naiset hankkivat lapsia vanhempana kuin aiemmin, ja synnyttäjien keski-ikä on noussut kaikissa Pohjoismaissa. Vuonna 2016 ensisynnyttäjien keski-ikä oli 27,2–29,1 vuotta kun se vielä neljä vuosikymmentä sitten oli 21,8–24,9 vuotta. Kaikkien synnyttäjien keski-ikä oli 30,2–30,8 vuotta. (Liitetaulukko 5.)

35 vuotta täyttäneiden synnyttäjien osuus on kasvanut merkittävästi kaikissa Pohjoismaissa 1980-alusta lähtien, jolloin osuus oli selkeästi alle 10 prosenttia kaikissa maissa. Vuonna 2016 vastaava osuus oli kaikissa Pohjoismaissa yli 20 prosenttia. (Kuvio 3.)

Teini-ikäisten synnyttäjien osuus kaikista synnyttäjistä on puolestaan laskenut. Osuus on kaikissa Pohjoismaissa laskenut alle 2 prosentin – viimeisenä Suomessa ja Islannissa. Nopeinta vastaavan osuuden lasku on ollut Islannissa, jossa 1970-luvun puolella välissä vielä yli 15 prosenttia synnyttäjistä oli alle 20-vuotiaita. (Kuvio 4.)

Synnyttäjien keski-ikä on kaikissa Pohjoismaissa lähellä eurooppalaista keskiarvoa (30,5). Alhaisin synnyttäjien keski-ikä on Bulgariassa (27,5 vuotta) ja korkein Espanjassa (31,9 vuotta) ja Sveitsissä (31,8 vuotta).¹

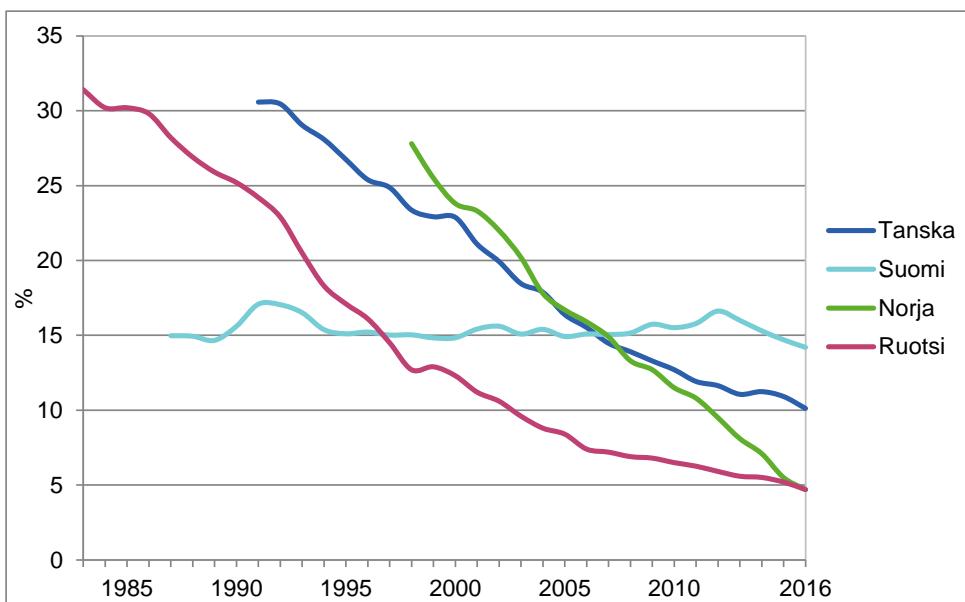
Kuvio 3. 35 vuotta täyttäneet synnyttäjät 1975–2016, %

Kuvio 4. Alle 20-vuotiaat synnyttäjät 1975–2016, %

Ensisynnyttäjien osuus kaikista synnyttäjistä oli vuonna 2016 korkein Tanskassa (48,5 %) ja matalin Islannissa (38,9 %). Suomessa, Norjassa ja Ruotsissa osuus oli 42–43 prosenttia. Suomi poikkeaa muista Pohjoismaista siinä, että vähintään kolme aikaisempaa synnytystä on runsalla 10 prosentilla synnyttäjistä. Neljässä muussa Pohjoismaassa vastaava osuus vaihteli neljän ja seitsemän prosentin välillä. (Liitetaulukko 6.)

Alkuraskaudenaikeinen tupakointi on vähentynyt merkittävästi kaikissa muissa Pohjoismaissa paitsi Suomessa. Erityisen jyrkkää lasku on ollut Ruotsissa ja Norjassa. Suomessa alkuraskaudessa tupakoivien osuus on pysynyt melko vakaana 1990-luvun puolesta välistä saakka vaikkakin on viime vuosina hieman laskenut (14,2 % vuonna 2016). (Liitetaulukko 7, Kuvio 5.)

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 2016 vastaava osuus oli 2,9. Vaikka raskauden lopussa tupakoivien määrä on laskenut myös Suomessa, on osuus yhä Pohjoismaiden korkein: 7,2 prosenttia synnyttäjistä tupakoi. (Liitetaulukko 7.)

Kuvio 5. Alkuraskauden aikana tupakoivat synnyttäjät 1983–2016, %

Islannista ei ole saatavilla tietoja tupakoivien osuudesta.

Synnytystoimenpiteet

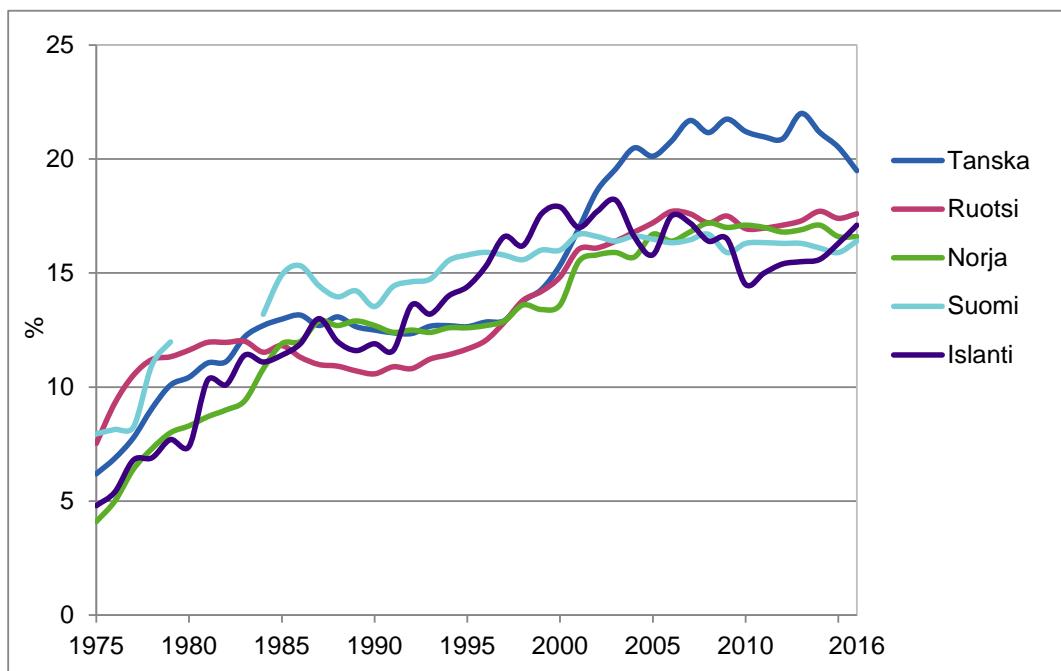
Keisarileikkaukset ovat yleistyneet kaikissa Pohjoismaissa viimeisen neljän vuosikymmenen aikana. Erityisen voimakasta osuuden nousu on ollut Tanskassa ja Norjassa. Suomessa kasvu on ollut rauhallisempaa, mutta toisaalta lähtötaso on ollut korkeampi. Vuonna 2016 korkein osuus oli Tanskassa (19,5 %) ja matalin Suomessa (16,4 %) ja Norjassa (16,6 %). Viime vuosina keisarileikkausten osuuden nousu on kuitenkin Pohjoismaissa taittunut. (Liitetaulukko 8.) OECD-maista keisarileikkausten määrä tuhatta elävänä syntynyttä kohden on Euroopan matalin Suomessa, Norjassa ja Ruotsissa.³

Ensisynnyttäjillä keisarileikkausten osuus on kaikissa Pohjoismaissa korkeampi kuin uudelleensynnyttäjillä. Matalin osuus oli Islannissa (18,7 %) ja Norjassa (18,8 %) ja korkein Suomessa (20,9 %).

Yksisikiöissä täysiakaisissa raskauksissa päädyttiin Tanskassa keisarileikkauksiin muita Pohjoismaita useammin. Synnytyksissä, joissa sikiö oli takaraivotarjonnassa, päädyttiin Tanskassa vuonna 2016 keisarileikkaukseen 15,7 prosentissa synnytyksistä (muut Pohjoismaat 12,3–14,1 %).

Monisikiöstä synnytyksistä keisarileikkaukseen päädyttiin Pohjoismaissa 42,0–61,7 prosentissa. Korkein osuus oli Tanskassa ja matalin Islannissa. Ruotsissa sikiön perätila tai muu tarjontapoikkeama johti keisarileikkaukseen noin 93 prosentissa synnytyksistä. Islannissa ja Tanskassa vastaava osuus oli muutaman prosenttiyksikön matalampi ja Suomessa ja Norjassa noin 20 prosenttiyksikköä matalampi.

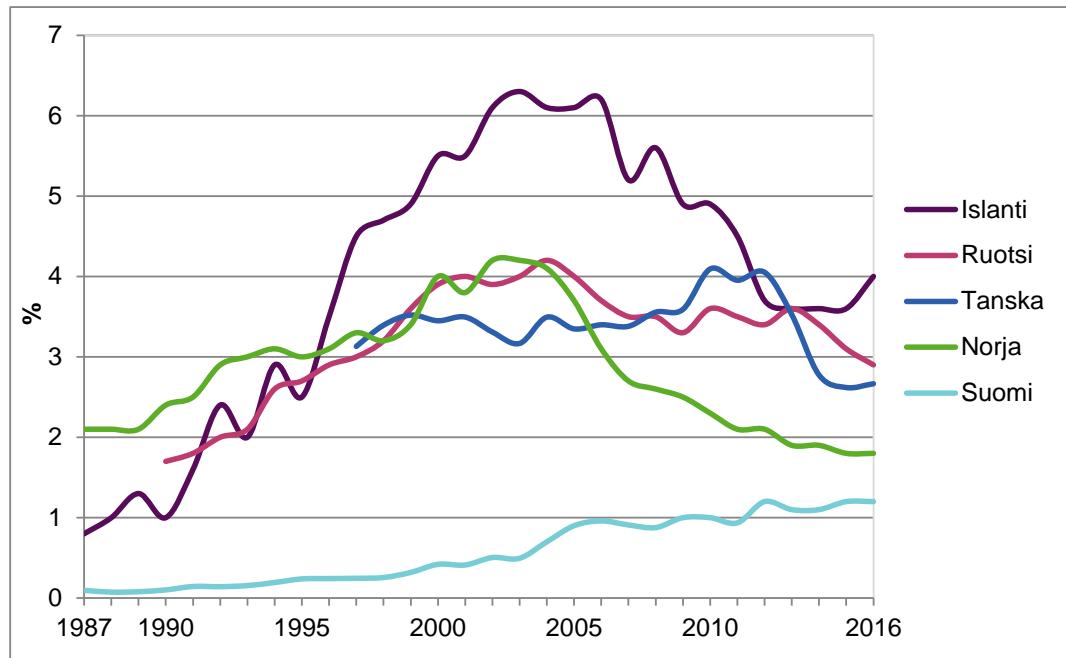
Kuvio 6. Keisarileikkauskien osuus kaikista synnytyksistä 1975–2016, %



Imukuppisynnytysten osuus on kasvanut viime vuosikymmeninä kaikissa muissa Pohjoismaissa paitsi Tanskassa (6,5–9,4 % kaikista synnytyksistä vuonna 2016). Pihtisynnytykset ovat kaikissa Pohjoismaissa hyvin harvinaisia (kaikista synnytyksistä 0,0–1,6 %) (Liitetaulukko 9.).

3. ja 4. asteen 1,2–4,0 repeämiä raportoidaan prosentissa kaikista alatiesynnytyksistä Pohjoismaissa. Kuten aikaisempina vuosina, vuonna 2016 pienin osuus oli Suomessa ja korkein Islannissa. Repeämien osuus on Islannissa kuitenkin laskeutunut kansallisten toimenpiteiden myötä – samoin Norjassa ja Ruotsissa. Toimenpiteellisten synnytysten (imukuppi- ja pihtisynnytykset) yhteydessä vakavien repeämien osuus oli Ruotsissa, Tanskassa ja Islannissa merkittävästi korkeampi kuin Suomessa ja Norjassa. (Liitetaulukko 10.)

³ OECD Data, Caesarean sectionsTotal, Per 1 000 live births 2015. <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm>. (Sellaisena kuin 24.1.2018)

Kuvio 7. Repeämien (3. ja 4. aste) osuus kaikista alatiesynnytyksistä 1987–2016, %

Riskitekijöitä vakavimmille alatiesynnytysten repeämille eli 3. ja 4. asteen repeämille ovat imukuppi- ja pihtisynnytykset sekä vastasyntyneiden suuri koko (syntymäpaino yli 4 kg). Näiden vaikutus repeämiin on nähtävissä kaikissa Pohjoismaissa. Esimerkiksi Ruotsissa riski repeämille toimenpiteellisten synnytysten yhteydessä oli merkittävästi suurempi kuin spontaanissa alatiesynnytyksissä: 2,3 prosentissa spontaanesta alatiesynnytyksistä esiintyi vakava repeämä, kun vastaava osuus toimenpiteellisissä synnytyksissä oli 11,1 prosenttia.

Lapsen syntymäpainon vaikutus repeämiin on myös selkeä, vaikkakaan ei yhtä merkittävä. Esimerkiksi Norjassa repeämiä esiintyi 1,6 prosentissa synnytyksistä, joissa lapsen syntymäpaino oli alle 4 kilogrammaa. Vastaava osuus oli 2,9 prosenttia, jos lapsen syntymäpaino oli neljä kilogrammaa tai enemmän.

Vastasyntyneet

Ennenaiosten synnytysten (alle 37 raskausviikkoa) osuus kaikista synnytyksistä oli vuonna 2016 kaikissa Pohjoismaissa 5,0–5,6 prosenttia eikä merkittävä eroja maiden välillä ole. Yliaikosten raskauksien (42 raskausviikkoa tai enemmän) osuus vaihtelee maiden välillä kuitenkin Islannin 1,6 prosentista Ruotsin 7,4 prosenttiin, mikä kertoo hoitokäytäntöjen eli synnytyksen käynnistämisen eroista Pohjoismaissa. (Liitetaulukko 11.)

Pienipainoisia lapsia eli syntyessään alle 2 500 grammaa painaneita lapsia oli vuonna 2016 eniten Tanskassa (5,0 % kaikista elävänä syntyneistä) ja vähiten Suomessa (4,1 %). (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 keskimäärin kaksi lasta tuhannesta syntyy kuolleena ja keskimäärin kolme lasta tuhannesta kuolee ensimmäisen elinviikkonsa aikana (ml. kuolleena syntyneet). (Liitetaulukko 14.) Nämä luvut ovat maailman pienimpää.⁴

4 European health for all database (HFA-DB). <http://data.euro.who.int/hfadb/>. (Sellaisena kuin 24.1.2018)

Käsitteet ja määritelmät

Eläväänä syntynyt: Vastasyntynyt, joka raskauden kestosta riippumatta synnytyyään hengittää tai osoittaa muita elonmerkkejä, kuten sydämenlyöntejä, napanuoran sykintää tai tahdonalaisten lihasten liikkeitä riippumatta siitä, onko istu-ka irtaantunut tai napanuora katkaistu.

Kokonaishedelmällisyysluku: Laskennallinen eläväänä syntyneiden määrä, jonka nainen synnyttää koko hedelmällisyyskau-tenaan edellyttäen, ettei kukaan heistä kuole ennen tämän kauden päättymistä ja että kyseisen vuoden vuosittaiset he- delmällisyysluvut ovat voimassa.

Kuolleena syntynyt: Sikiö tai vastasyntynyt, jolla syntyessään ei todeta eläväänä syntyneen elonmerkkejä ja jonka synty-mätapahtuma täyttää synnytyksen määritelmän ($\geq 22+0$ rvk tai ≥ 500 g). Rekisteröintirajana on $12+0$ raskausviikkoa Nor-jassa 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 eläväänä syntynytä kohti. Erilaisten määritelmien vuoksi kuolleisuusluvut esitetään erikseen sekä vähintään 1 000 gram-maa 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 (eläväänä ja kuolleena syntyneet) kohti. Erilaisten määritelmien vuoksi kuol-leisuusluvut 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 tilas-tossa siihen liittyen kerätään tietoja raskauden kestosta, syntymäpainosta sekä Apgar-pisteistä.

Perinatalivaihe: Perinatalivaihe alkaa kun raskaus on kestnyt vähintään $22+0$ raskausviikkoa (raskauden kesto $\geq 22+0$ rvk, jolloin sikiön/lapsen paino on tavallisesti noin 500 g) ja päättyy, kun syntymästä on kulunut enintään seitsemän täyttää 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 painoisesta yhden tai useamman sikiön tai lapsen alateitse tai keisarileikkauksella syntymiseen johtava tapahtuma. Eläväänä syntyneen lapsen syntymä on aina synnytys.

Uusiutumistaso: Uusiutumislukujen avulla arvioidaan väestön tulevaa kehitystä. Perusajatuksena on, että jokaisen johon-kin kohorttiin syntyneen naisen synnyttäessä 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>.

Taulukoissa käytetyt symbolit

- .. tietoa ei ole saatu, se on liian epävarma esittäväksi tai se on salassapitosäännön alainen
- ei yhtään havaintoa

www.thl.fi/tilastot/pohjoismaisetperinataalitilastot

Laatuseloste

Pohjoismaiset perinataalitilastot

Tilastotietojen relevanssi

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

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

Tilastoraportti on tarkoitettu lisääntymisterveyttä 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).

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 ikaan asti. Ruotsin vastaava rekisteri on toiminut vuodesta 1973, Norjan vuodesta 1967, Tanskan vuodesta 1968 ja Islannin vuodesta 1972. Pohjoismaisen perinataalitilaston tiedotisältöä on laajennettu eri rekistereistä saatavien tietojen mukaisesti.

Tervyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 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 Eurostatin⁵, Maailman terveysjärjestön WHO:n⁶ ja ESHRE:n (European Society for Human Reproduction and Embryology) tietoja⁷ 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 julkaistusta vuositolastosta löytyviä tietoja.

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

6 <http://data.euro.who.int/hfadb/>

7 <https://www.eshre.eu/en.aspx>

Julkistujen tietojen ajantasaisuus ja oikea-aikaisuus

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

Suomen kansallinen perinatalilisto julkaistaan vuosittain syksyllä osoitteessa www.thl.fi/tilastot/perinatalitlasto.

Tietojen saatavuus ja läpinäkyvyys/selkeys

Tilasto julkaistaan THL:n verkkosivuilla osoitteessa www.thl.fi/tilastot/pohjoismaisetperinatalitlastot sekä Pohjoismaisen sisarorganisaatioiden sivuilla.

Tilastojen vertailukelpoisuus

NOMBIR-yhteistyöelin sopii ja varmistaa käytetyt määritelmät ja käsitteet. Näin pyritään varmistamaan eri maista koskevien tilastojen vertailtavuus. Tilaston muuttujien määritelmä ja käsitettilä 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 elävästä syntyneiden lasten lukumäärä ja kokonaishedelmällisyyss luku on kaikista Pohjoismaista saatavissa tältä vuodesta alkaen. Muissa taulukoissa tiedot esitetään niiltä vuosilta kuin niitä on mahdollista maakohtaisesti saada.

Tilastossa käytetään vakiintuneita kansainväisiä käsitteliä ja luokitusta (esimerkiksi repeämät, joista III ja IV asteen repeämät lasketaan vakavaksi, synnytystavan luokittelua).

Suomen raskauteen ja vastasyntyneisyyteen liittyvät määritelmät ja käsitteet pohjautuvat tautiluokitus ICD-10:een⁸ ja Suomalaiseen tautien kirjaamisen ohjekirjaan⁹.

Vuoden 2016 tilaston erityiskysymykset

Vuoden 2016 tilastoon saatettiin tiedot kattavasti kaikista Pohjoismaista. Erityisesti Tanskan ja Ruotsin tietoja korjattiin jokin verran myös taannehtivasti.

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

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

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

Ruotsin Sosiaalihallituksen syntymärekisteri:

<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/graviditeter,forlossningarochnyfodda>

Suomen Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) syntymärekisteri:

<http://www.thl.fi/tilastot/synnyttajat>

Tanskан Terveystietohallituksen syntymärekisteri:

<https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregister/graviditet-foedsler-og-boern/foedselsregisteret>



Nordisk perinatalstatistik 2016

Förlossningar centraliseras i alla nordiska länder

Centrala rön

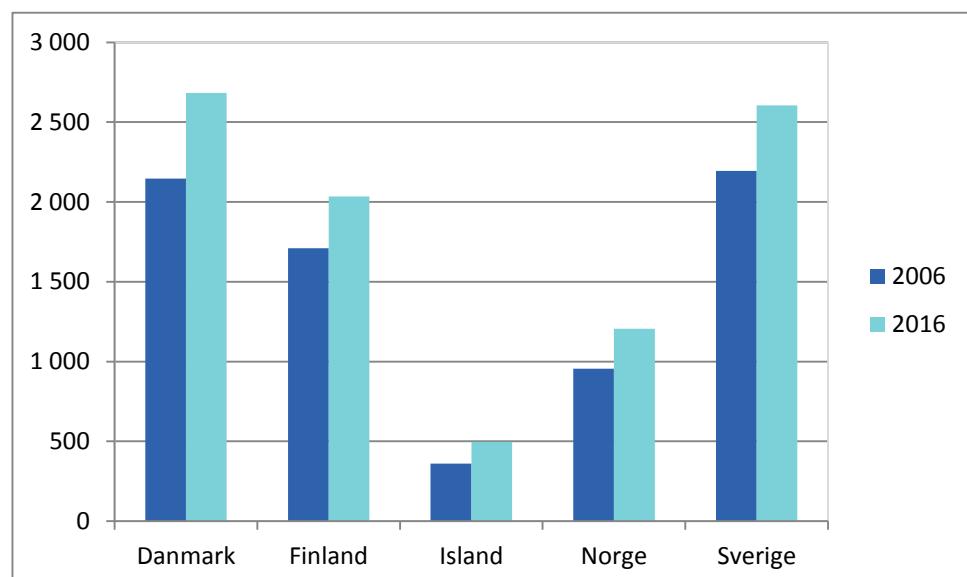
- 40 procent av alla nordiska barn föddes i Sverige.
- Finland är det enda nordiska landet med en nativitet under EU-medelvärde. Nativiteten i Sverige är bland de högsta i Europa.
- Medelvärdet för föderskoras ålder har ökat i alla nordiska länder.
- Perinatal- och neonatal dödlighet har minskat i Norden, och skillnader mellan länderna har nästan försvunnit.

År 2016 föddes cirka 301 000 levande barn i Norden, vilket är något fler än år 2015 (+2 %). Danmark och Sverige var emellertid de enda nordiska länder där nativiteten steg. I Finland, på Island och i Norge sjönk nativiteten eller låg på samma nivå. Nativiteten i Sverige är bland de högsta i Europa.

Förlossningssjukhus har stängts under de sista tio åren i alla nordiska länder. Procentuellt är minskningen störst på Island. Även i Danmark, Norge och Finland har antalet förlossningssjukhus sjunkit betydligt, antalet i Sverige har varit mer stabilt.

Danmark och Sverige har det högsta antalet förlossningar per sjukhus. Det genomsnittliga årliga antalet förlossningar per sjukhus har dock ökat i hela Norden.

Figur 1. Antalet förlossningar per sjukhus i Norden år 2006 och 2016



Anna Heino
fornamn.efternamn@thl.fi

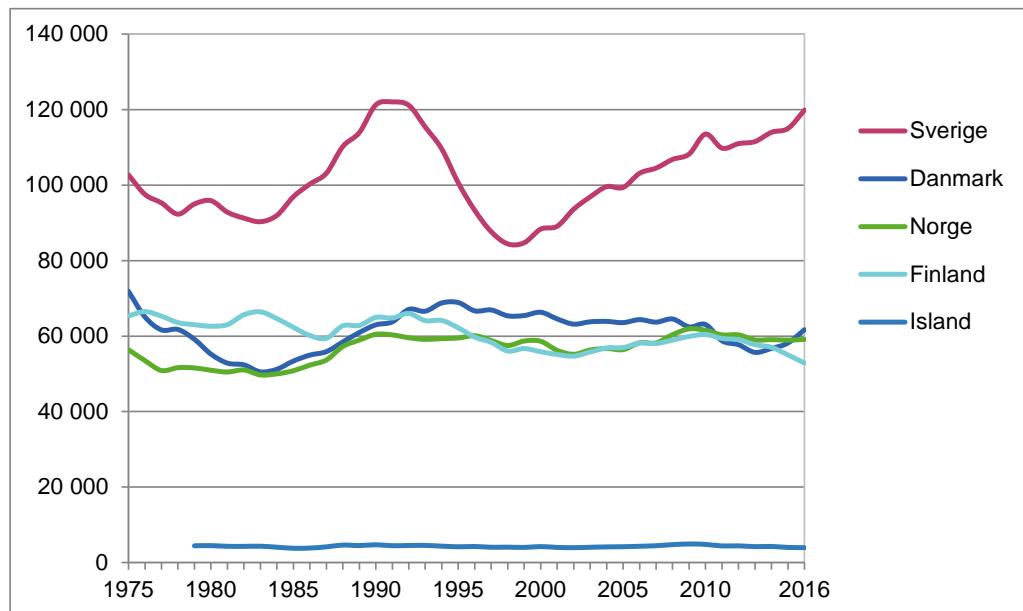
Mika Gissler
fornamn.efternamn@thl.fi



Nativitet

År 2016 föddes cirka 301 000 levande barn i Norden, vilket är något fler än föregående år (+2,0 %). Antalet födda barn steg emellertid bara i Danmark (+6,0 %) och i Sverige (+4,2 %). Antalet sjönk i Finland (-3,8 %) och på Island (-1,5 %) och hölls den på samma nivå som föregående år i Norge. (Tabellbilaga 2, Figur2.)

Figur 2. Antalet förlossningar i Norden 1975–2016



Av de nyfödda barnen i Norden år 2016 föddes 40 procent i Sverige (121 132 levande födda barn). I Finland, Danmark och Norge var andelarna 18–21 procent (53 453–62 520). På Island föddes cirka 4 030 barn, vilket motsvarar 1,3 procent av alla nyfödda i Norden. (Tabellbilaga 2.)

De summerade fertilitetstalen har minskat i alla övriga nordiska länder utom i Danmark. För år 2015 varierade talen mellan 1,57 (Finland) och 1,85 (Sverige). (Tabellbilaga 3.) Det summerade fertilitetstalet har också minskat i andra europeiska länder. De summerade fertilitetstalen i Norden är fortfarande högre än det europeiska genomsnittet (1,58). Det lägsta totala fertilitetstale i Europa har Portugal (1,31) och Polen (1,32). Sveriges totala fruktbarhet är bland de högsta i Europa, strax efter Frankrike (1,96) och Irland (1,92).¹

Flerbördsförlossningar har blivit allt vanligare i alla de nordiska länderna sedan 1980-talet. Den viktigaste orsaken är ökad användning av assisterad befruktnings. Detta gäller i synnerhet provrörbefruktning, som medför en klart förhöjd risk för flerbördsgavitet. I Danmark är flerbördsförlossningar vanligare än i de övriga nordiska länderna, även om antalet minskat något också i Danmark under de senaste åren. Finland och Sverige har minst flerbördsförlossningar. (Tabellbilaga 4.)

Skillnaden mellan andelen flerbörder i de nordiska länderna kan delvis förklaras med praxis för assisterad befruktning och antalet embryon som överförs vid behandlingen. Andelen överföringar av enbart ett embryo i Finland (77,3 % av embryo-överföringarna) och i Sverige (76,9 %) är avsevärt fler än till exempel i andra europeiska länder. I Danmark är den motsvarande andel överföringar av enbart ett embryo 48,9 procent och på Island 55,0 procent. Det finns också skillnader i antalet påbörjade behandlingar. I Danmark påbörjas i relation till befolkningen fler assisterade befruktnings än i något annat europeiskt land med tillgänglig statistik².

1 De nyaste tillgängliga uppgifterna på europeisk nivå är från 2015. Eurostat Statistics Database (Tables by themes - Population and social conditions - Population - Demography - Population – Fertility): <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>. (såsom 14.1.2018)

2 C. Calhaz-Jorge, C. De Geyter, M. S. Kupka, J. de Mouzon, K. Erb, E. Mocanu, T. Motrenko, G. Scaravelli, C. Wyns, V. Goossens , and The European IVF-monitoring (EIM) Consortium for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) Assisted reproductive technology in Europe, 2013: results generated from European registers by ESHRE, First published online: August 28, 2017 Hum. Reprod. (2017) 32 (10): 1957-1973. doi: 10.1093/humrep/dex264.

Tabell 1. Antalet förlossningssjukhus i Norden 2006–2016

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Danmark	30	29	29	29	27	25	24	24	24	23	23
Finland	34	33	33	32	32	31	31	30	29	27	26
Island	12	13	11	11	11	11	11	10	11	9	8
Norge	61	61	58	56	55	55	52	52	51	52	49
Sverige	47	47	46	46	45	45	45	45	46	45	46

Antalet förlossningssjukhus har minskat i alla nordiska länder under de sista tio åren. Storleken på de nedlagda förlossningssjukhusen varierar från land till land: till exempel i Finland gäller minskningen framför allt antalet sjukhus med något mindre än 1 000 förlossningar per år och i Norge antalet sjukhus med mindre än 300 förlossningar per år.

I förhållande till antalet förlossningar per år har Danmark och Sverige det största antalet födda per sjukhus i Norden (i genomsnitt cirka 2 500 förlossningar per sjukhus). I alla nordiska länder har det genomsnittliga antalet förlossningar per sjukhus ökat under de senaste tio åren. (Figur 1.)

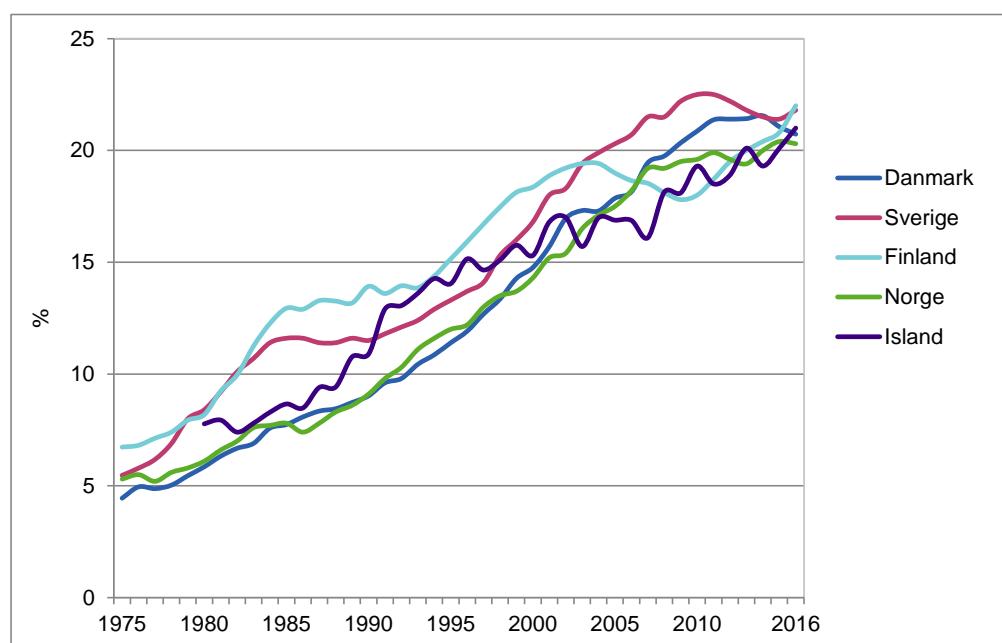
Föderskor

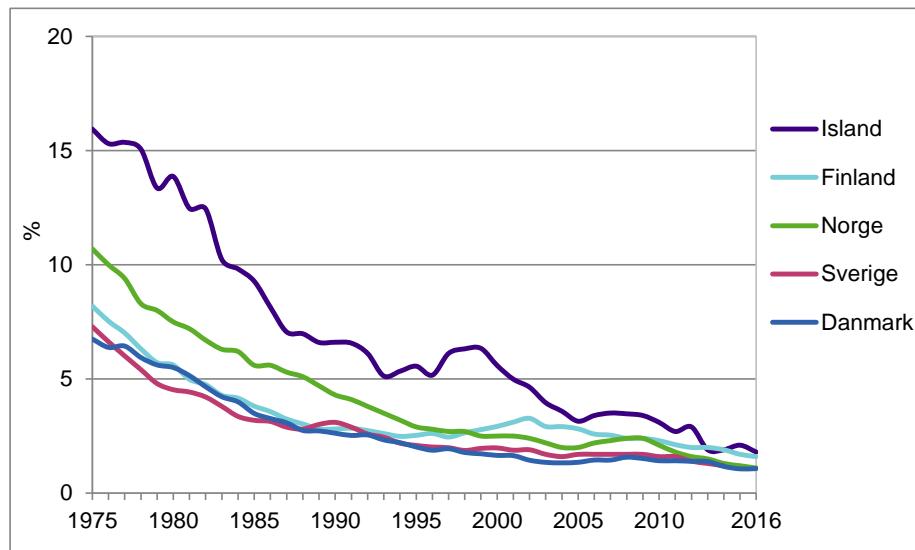
Nordiska kvinnor föder barn vid högre ålder än tidigare, och födeskornas medelålder har ökat i hela Norden. År 2016 var förstföderskornas medelålder 27,2–29,1 år, medan den fyra årtionden tidigare var 21,8–24,9 år. Medelåldern bland alla föderskor i Norden var 30,2–30,8 år under 2016. (Tabellbilaga 5.)

Andelen föderskor som har fyllt 35 år har ökat avsevärt i alla nordiska länder sedan början av 1980-talet, då den låg klart under 10 procent i alla länder. År 2016 översteg motsvarande andel 20 procent i alla nordiska länder. (Figur 3.)

Samtidigt har andelen tonårsmödrar av alla föderskor minskat. Andelen har minskat till mindre än 2 procent i alla nordiska länder – till sist även 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. (Figur 4.)

Medelåldern bland föderskor är i alla nordiska länder nära det europeiska genomsnittet (30,5). Lägst är medelåldern bland föderskorna i Bulgarien (27,5 år) och högst i Spanien (31,9 år) och i Schweiz (31,8 år).¹

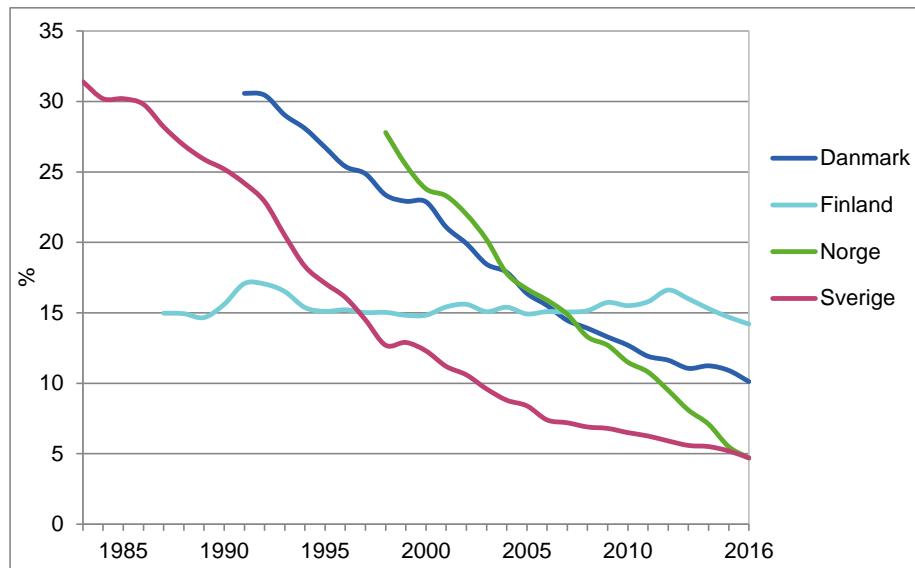
Figur 3. Andelen föderskor som fyllt 35 år 1975–2016, %

Figur 4. Andelen föderskor yngre än 20 år 1975–2016, %

Andelen förstföderskor av samtliga föderskor år 2016 var störst i Danmark (48,5 %) och minst på Island (38,9 %). I Finland, Norge och Sverige var andelen 42–43 procent. Finland avviker från de övriga nordiska länderna i och med att andelen föderskor med minst tre tidigare förlossningar är över 10 procent, medan motsvarande andel varierar mellan 4 och 7 procent i de övriga fyra nordiska länderna. (Tabellbilaga 6.)

Med undantag för Finland har rökning i början av graviditeten minskat avsevärt i alla de nordiska länderna. I Sverige och Norge har minskningen varit särskilt kraftig. I Finland har andelen kvinnor som röker i början av graviditeten varit relativt stabil sedan mitten av 1990-talet även om den sjunkit en aning under de senaste åren (14,2 % år 2016). (Tabellbilaga 7, Figur 5.)

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 för några årtionden sedan och där motsvarande andel var 2,9 procent år 2016. Även om andelen kvinnor som röker under graviditetens slutskede minskat också i Finland där 7,2 procent av föderskorna röker är andelen fortfarande störst i Finland jämfört med övriga Norden. (Tabellbilaga 7.)

Figur 5. Andelen föderskor som rökte under graviditeten 1983–2016, %

Det finns ingen information om rökning under graviditet på Island.

Åtgärder i samband med förlossningen

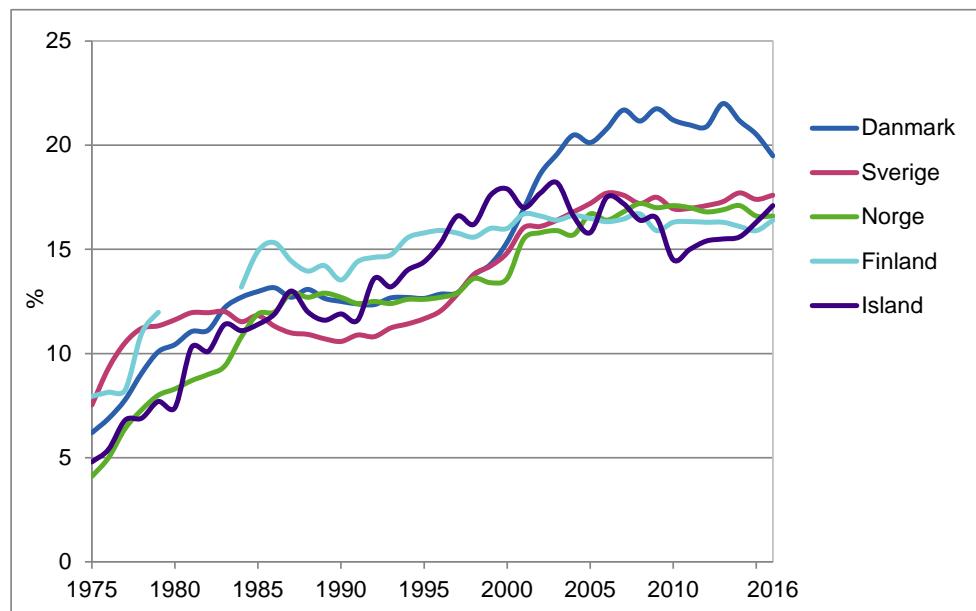
Kejsarsnitt har blivit vanligare i alla de nordiska länderna under de senaste fyra årtiondena. Ökningen har varit särskilt kraftig i Danmark och i Norge. I Finland har ökningen av andelen kejsarsnitt varit längsammare, men å andra sidan har utgångsvärdet varit högre i Finland än i de andra nordiska länderna. År 2016 var andelen kejsarsnitt störst i Danmark (19,5 %) och minst i Finland (16,4 %) och Norge (16,6 %). Under de senaste åren har dock andelen kejsarsnitt varit stabil i Norden. (Tabellbilaga 8.) I OECD-länderna är antalet kejsarsnitt per tusen levande födda lägst i Europa i Finland, Norge och Sverige.³

Andelen kejsarsnitt var större bland förstföderskorna än bland omföderskorna i alla de nordiska länderna. Minst var andelen på Island (18,7 %) och i Norge (18,8 %) och störst i Finland (20,9 %).

I Danmark beslöt man oftare att göra ett kejsarsnitt vid fullgångna enkelbördsgaviditer än i de övriga nordiska länderna. Förlossningar med fostret i huvudbjudning ledde till kejsarsnitt i 15,7 procent av fallen i Danmark år 2016 (övriga nordiska länder 12,3–14,1 %).

Motsvarande andel vid flerbörder var 42,0–61,7 procent i de nordiska länderna. Andelen var störst i Danmark och minst på Island. I Sverige ledde sätessbjudning eller annan avvikande bjudning till kejsarsnitt i 93 procent av förlossningarna, medan motsvarande andel på Island och Danmark var några procentenheter lägre och i Finland och i Norge 20 procentenheter lägre.

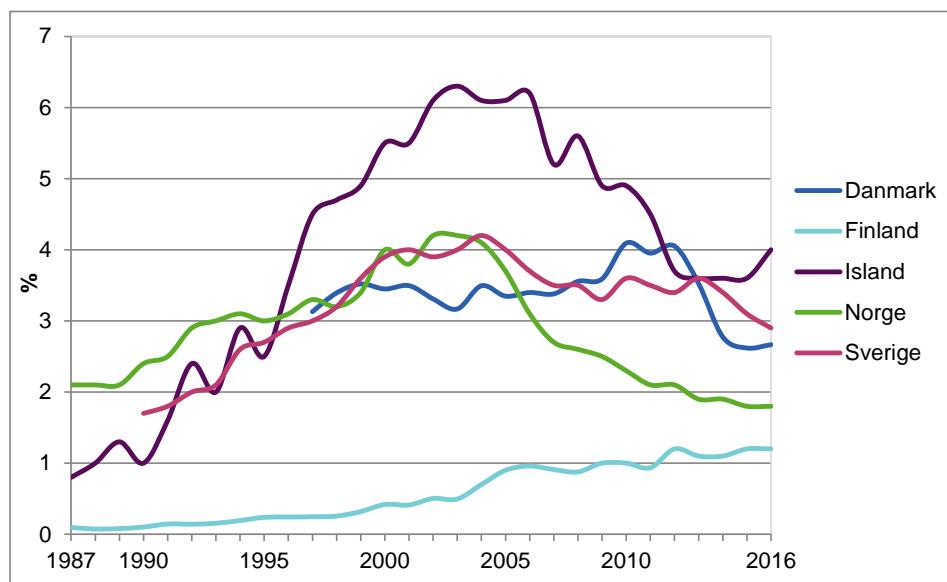
Figur 6. Andelen kejsarsnitt av alla förlossningar 1975–2016, %



Med undantag av Danmark har antalet förlossningar med sugklocka ökat under de senaste årtiondena, och år 2016 var andelen 6,5–9,4 procent i de nordiska länderna. Tångförlossningar är mycket ovanliga i hela Norden (0,0–1,6 %). (Tabellbilaga 9.)

Perinealbristningar av tredje och fjärde graden rapporteras i samband med 1,2–4,0 procent av alla vaginala förlossningar i Norden. Som tidigare, var andelen minst i Finland och störst på Island. Andelen allvarliga bristningar på Island har dock minskat i och med nationella åtgärder – likaså i Norge och Sverige. I samband med instrumentella förlossningar (förlossning med sugklocka och tångförlossning) var andelen grad III och IV bristningar i Sverige, Danmark och på Island avsevärt större än i andra nordiska länder. (Tabellbilaga 10.)

3 OECD Data, Caesarean sectionsTotal, Per 1 000 live births 2015. <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm>. (24.1.2018)

Kuvio 7. Andelen av bristningar (grad 3 och 4) av alla vaginala förlossningar 1987–2016, %

Riskfaktorer för allvarliga perinealbristningar vid vaginal förlossning, dvs. bristningar av tredje och fjärde graden, är förlossning med sugklocka, vångförlossning och storväxthet hos nyfödda barn (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 2,3 procent av alla spontana vaginala förlossningar, medan motsvarande andel av de instrumentella förlossningarna var 11,1 procent.

Också barnets födelsevikts har en klar inverkan, även om den inte är lika betydande: Till exempel i Norge förekom bristningar vid 1,6 procent av de förlossningar där barnets födelsevikts understeg 4 kilogram, medan motsvarande andel var 2,9 procent, då barnets födelsevikts var 4 kilogram eller över.

Nyfödda barn

Andelen prematura förlossningar (före graviditetsvecka 37+0) varierade mellan 5,0 och 5,6 procent i de nordiska länderna år 2016. Inga stora skillnader förekommer mellan länderna. Andelen överburna graviditeter (42+0 graviditetsveckor eller fler) varierar dock mellan länderna, från 1,6 procent på Island till 7,4 procent i Sverige, vilket tyder på skillnader i vårdpraxis (igångsättande av förlossning) i Norden. (Tabellbilaga 11.)

Andelen födda barn med låg födelsevikts, dvs. mindre än 2 500 gram, var år 2016 störst i Danmark (5,0 % av alla levande födda barn) och minst i Finland (4,1 %). (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 2 barn per 1 000 dödfödda och 3 barn per 1 000 födda avlider under sin första levnadsvecka (inclusive dödfödda). Dessa siffror är bland de lägsta i hela världen.⁴ (Tabellbilaga 14.)

4 European health for all database (HFA-DB). <http://data.euro.who.int/hfadb/>. (24.1.2018)

Begrepp och definitioner

Dödfödd: Foster eller nyfödda barn 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 barnets hälsa iunder 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 $> 22 + 0$ graviditetsveckor, då 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 kirjamisen ohjekirja (Institutet för hälsa och välfärd 2012, s. 82–92) <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-511-6> (pdf).

Följande tecken används i tabeller

.. uppgift inte tillgänglig, alltför osäker för att anges eller sekretessbelagd

Kvalitetsbeskrivning

Nordisk perinatalstatistik

Statistikuppgifternas relevans

Den nordiska perinatalstatistiken innehåller statistikuppgifter om föderskor, förlossningar och nyfödda barn 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 de nordiska födelseregistren (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

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 (THL) ansvarar för sammanställningen, rapporteringen och publiceringen av statistiken. Uppgifterna samlas in av kontaktpersoner från respektive land, som även ansvarar 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 Eurostats⁵, Världshälsoorganisationen WHO:s⁶ och ESHRE:s (European Society for Human Reproduction and Embryology)⁷ uppgifter.

Uppgifternas exakthet och tillförlitlighet

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.

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

6 <http://data.euro.who.int/hfadb/>

7 <https://www.eshre.eu/en.aspx>

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 variablerna och begreppen i statistiken preciseras vid behov. Även uppgifterna från tidigare år korrigeras vid behov.

Finlands register över födelse 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 publicerats 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.

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-10⁸ och på handboken Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja [Anvisningar för registrering av sjukdomar i Finland]⁹.

Specialfrågor i 2016 års statistik

För 2016 års statistik erhölls heltäckande uppgifter från hela Norden. Gamla tal blev rättade, i synnerhet för Danmark och Sverige.

Nordiska uppgiftskällor:

Statistikcentralen på Island (Hagstofa Íslands):

<http://www.hagstofa.is/>

⁸ Sjukdomsklassifikationen ICD-10 togs i bruk i Finland år 1996. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085423>.

⁹ Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8ad82ff8-2685-4278-b1c3-687204a2248d>.

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

Sundhedsdatastyrelsen i Danmark:

<https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregister/graviditet-foedsler-og-boern/foedselsregisteret>

Nordic perinatal statistics 2016

Main findings

- Sweden accounts for 40% of all children born in the Nordic countries.
- Finland is the only Nordic country with a total fertility rate below EU average. The total fertility rate in Sweden is one of the highest in Europe.
- The mean age of parturients has risen in all the Nordic countries.
- Perinatal and neonatal mortality has decreased in all the Nordic countries, and the differences between the countries have almost disappeared.

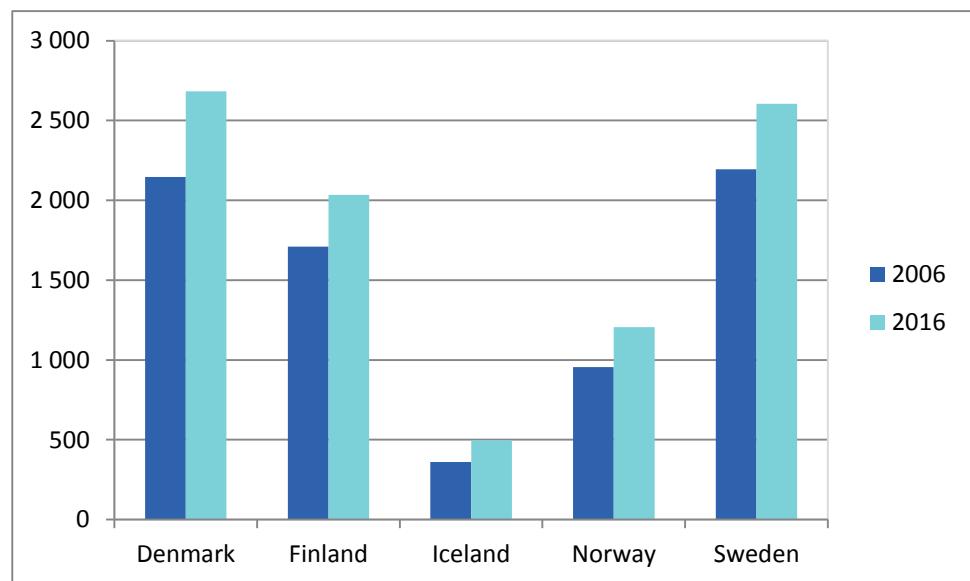
Childbirths are centralised in all Nordic countries

In 2016 some 301 000 children were born in the Nordic countries, showing a slight increase compared to 2015 (+2%). However, Sweden and Denmark were the only Nordic countries where the number of live born babies rose in 2016. In Finland and Iceland, the number of babies born decreased and in Norway it remained relatively unchanged. The total fertility rate in Sweden is one of the highest in Europe.

Maternity hospitals have been closed during the last ten years in all Nordic countries. Proportionally the decrease has been the largest in Iceland. The number of maternity hospitals has also decreased substantially in Denmark, Norway and Finland. In Sweden, the number has remained more stable.

Denmark and Sweden have most births per maternity hospital. The number of births per hospital has, however, increased in all the Nordic countries during the last ten years.

Figure 1. The number of births per maternity hospital in the Nordic countries in 2006 and 2016



Anna Heino
firstname.lastname@thl.fi

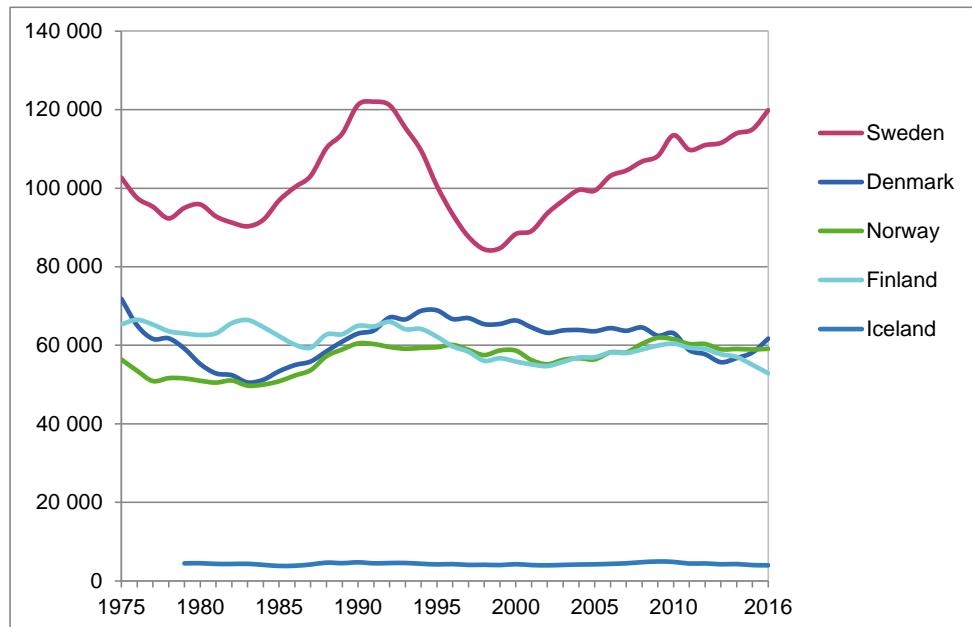
Mika Gissler
firstname.lastname@thl.fi



Fertility

In 2016 some 301 000 children were born in the Nordic countries, showing a slight increase from the previous year (+2.0%). However, Denmark (+6.0 %) and Sweden (+4.2 %) were the only Nordic countries where number of deliveries increased. Number of deliveries decreased in Finland (-3.8 %) and Iceland (-1.5 %) and remained unchanged compared to the previous year in Norway. (Appendix Table 2.)

Figure 2. Number of deliveries in the Nordic countries 1975–2016



In 2016, Sweden accounted for 40 per cent of all children born in the Nordic countries (121 132 live births), while Finland, Denmark and Norway accounted for 18–21 per cent with 53 453–62 520 births. Iceland had around 4 030 births, representing 1.3 per cent of all births in the Nordic countries. (Appendix Table 2.)

The total fertility rate decreased in all other Nordic countries but Denmark. In 2016, the total fertility rates varied between 1.57 (Finland) and 1.85 (Sweden). (Appendix Table 3.) The total fertility rate has also decreased elsewhere in Europe. The average fertility rate in the Nordic countries is still higher than the European average (1.58). The lowest fertility rates in Europe are in Portugal (1.31) and Poland (1.32). The Swedish fertility rate is among the highest in Europe, right after France (1.96) and Ireland (1.92).¹

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 reproductive technology (ART treatments). Among the Nordic countries, the highest rate of multiple births was in Iceland and Denmark, although the rate has decreased in recent years, especially in Denmark. The multiple birth rate is the lowest in Finland and Sweden. (Appendix Table 4.)

There are differences in both the practices of assisted reproductive technology 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 Finland (77.3% of all embryo transfers) and Sweden (76.9%) than in other European countries. In Denmark, the share is 48.9 per cent and in Iceland 55.0 percent. The number of initiated treatments varies by country. The number of fertility treatments, adjusted by population size, is the highest in Denmark among the European countries with available statistics.²

¹ The latest available European-level data are from 2015. (Tables by themes - Population and social conditions - Population - Demography - Population – Fertility): <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>. (Retrieved on 24.1.2018)

² C. Calhaz-Jorge, C. De Geyter, M. S. Kupka, J. de Mouzon, K. Erb, E. Mocanu, T. Motrenko, G. Scaravelli, C. Wyns, V. Goossens , and The European IVF-monitoring (EIM) Consortium for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) Assisted reproductive technology in Europe, 2013: results generated from European registers by ESHRE, First published online: August 28, 2017 Hum. Reprod. (2017) 32 (10): 1957-1973. doi: 10.1093/humrep/dex264.

Table 1. Number of maternity hospitals in the Nordic countries 2006–2016

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Denmark	30	29	29	29	27	25	24	24	24	23	23
Finland	34	33	33	32	32	31	31	30	29	27	26
Iceland	12	13	11	11	11	11	11	10	11	9	8
Norway	61	61	58	56	55	55	52	52	51	52	49
Sweden	47	47	46	46	45	45	45	45	46	45	46

The number of maternity hospitals has dropped in all Nordic countries in the past decade. The size of the closed maternity hospitals varies across the countries: while for example Finland has closed down hospitals with less than 1 000 deliveries annually, Norway has focused on hospitals with less than 300 deliveries annually.

Adjusted by the number of deliveries, Denmark and Sweden has clearly most deliveries per maternity hospital (approximately 2 500 deliveries per year). In all the Nordic countries, the average number of deliveries by maternity hospital has increased during the last ten year. (Figure 1.)

Parturients

In the Nordic countries, women give birth at a higher age than previously, and the mean age of parturients has risen in all the Nordic countries. In 2016 the mean age of primiparas was 27.2–29.1 years, while four decades earlier the mean age was 21.8–24.9 years. The mean age for all parturients was 30.2–30.8 years. (Appendix Table 5.)

Similarly, 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 2016, the corresponding proportion exceeded 20 per cent in all Nordic countries. (Figure 3.)

At the same time the proportion of teenage mothers has decreased. The proportion is below 2 per cent in all Nordic countries – Finland and Iceland being the last countries to achieve this level. Iceland has had the largest 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. (Figure 4.)

The mean age of parturients in the Nordic countries is close to the European average (30.5). In Europe, the lowest mean age was in Bulgaria (27.5 years) and the highest in Spain (31.9) and Switzerland (31.8).¹

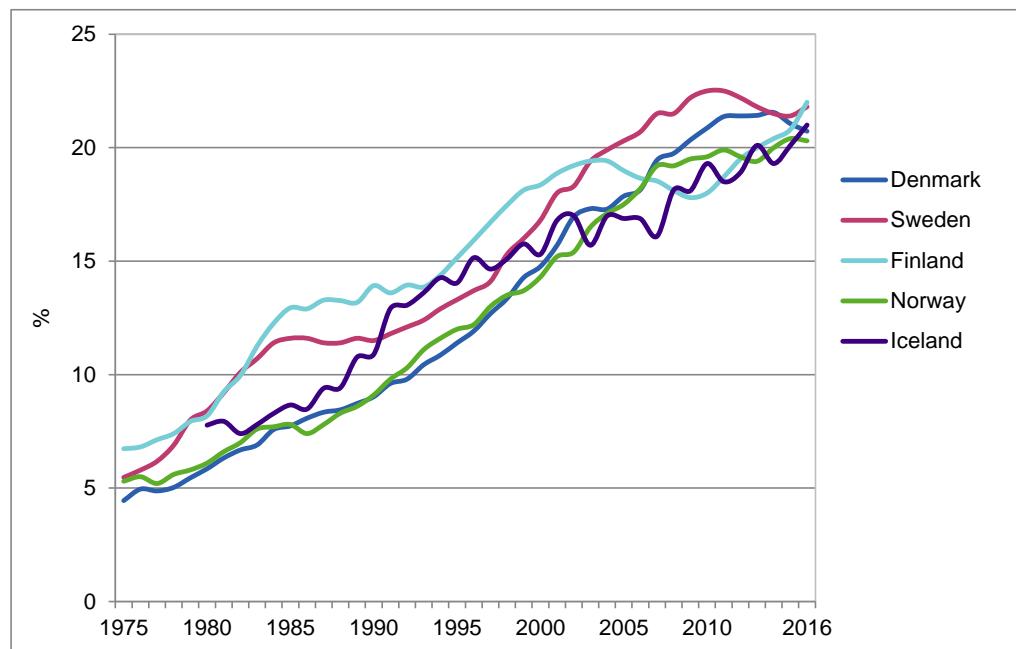
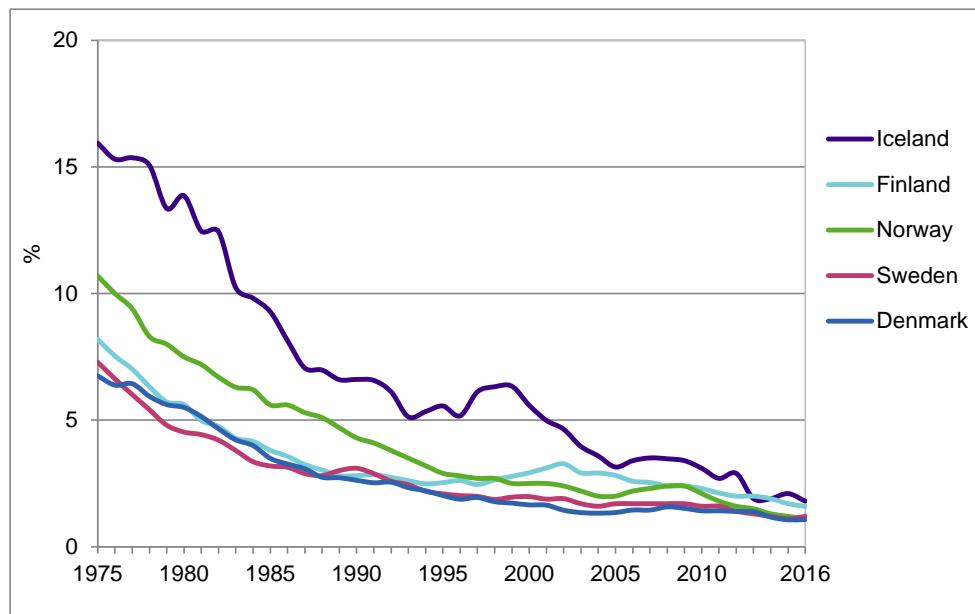
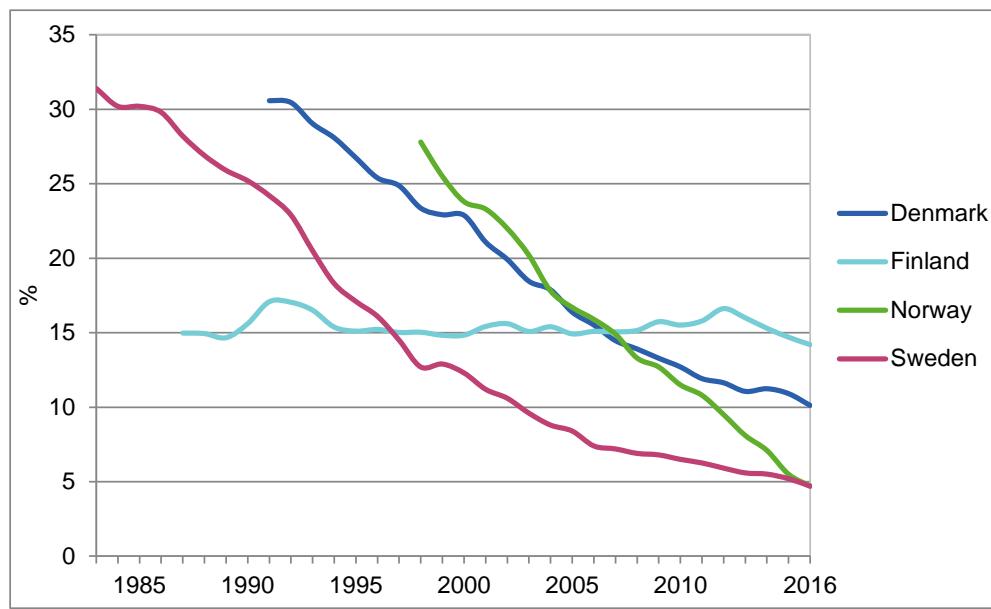
Figure 3. Parturients over the age of 35 in 1975–2016, %

Figure 4. Parturients under the age of 20 in 1975–2016, %

The proportion of primiparas of all parturients was the highest in Denmark (48.5%) and the lowest in Iceland (38.9%) in 2016. In Sweden, Finland and Norway the proportion varied between 42 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 over 10 per cent in Finland and 4–7 per cent in the other Nordic countries. (Appendix Table 6.)

Smoking during early pregnancy has decreased in all Nordic countries except in Finland. The decline has been particularly striking in Sweden and Norway. In Finland, the proportion of women who smoke during early pregnancy has remained relatively stable since the mid-1990s, although it has decreased slightly in recent years (14.2% in 2016).

An increasing number of women who smoke at the start of pregnancy quit smoking during pregnancy, 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 2.9 per cent in 2016. Despite a decreasing trend, the percentage of smokers at the end pregnancy in Finland remains the highest in the Nordic countries (7.2%). (Appendix Table 7.)

Figure 5. Parturients who smoke during pregnancy 1983–2016, %

Information not available for Iceland.

Delivery procedures

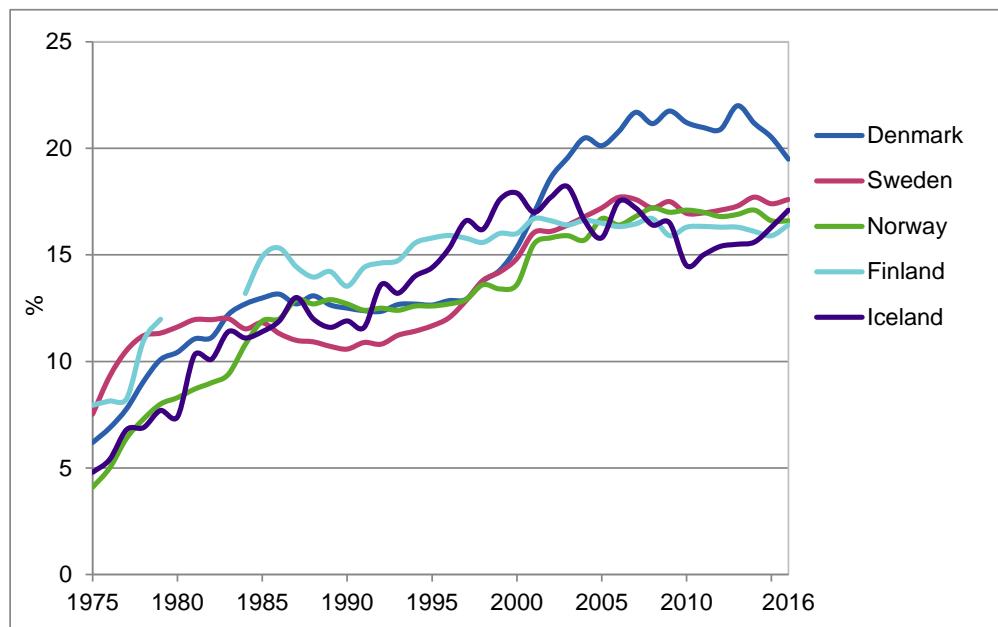
Caesarean sections have become more common in the Nordic countries over the past four decades. The increase has been highest in Denmark and Norway, while in Finland, the increase has been more moderate, but the baseline was higher. In 2016, Denmark (19.5%) had the highest proportion of caesarean sections and Finland (16.4%) and Norway (16.6%) the lowest. During the last years, however, the increase has stabilised in the Nordic countries (Appendix Table 8.) Of the European OECD countries, the number of caesarean sections per thousand live births is lowest in Finland, Norway and Sweden.³

In all Nordic countries the proportion of caesarean sections is higher for primiparas than for parturients with prior deliveries. It was lowest in Iceland (18.7%) and Norway (18.8%) and the highest in Finland (20.9%).

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 15.7 per cent of all cephalic pregnancies (compared to 12.3–14.1% in the other Nordic countries).

Caesarean section was used in 42.0–61.7 per cent of multiple deliveries in the Nordic countries, Denmark having the highest percentage and Iceland the lowest. In Sweden the breech position or other malpresentation resulted in caesarean section in 93 per cent of deliveries, while the corresponding proportion was a few percentage points lower in Iceland and Denmark and 20 percentage points lower in Finland and Norway.

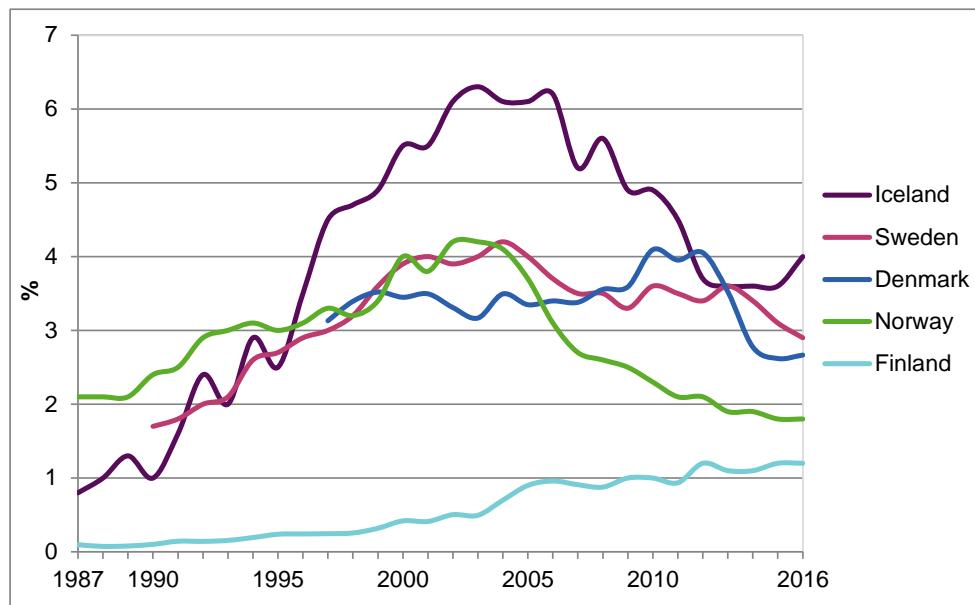
Figure 6. Caesarean sections of all deliveries 1975–2016, %



The number of vacuum extraction deliveries has increased in the past few decades in all other Nordic countries except in Denmark (6.5–9.4% of all deliveries in 2016). Deliveries using forceps are very rare across the Nordic countries, accounting for 0.0–1.6 per cent of all deliveries. (Appendix Table 9.)

Third and fourth degree perineal lacerations are reported in 1.2–4.0 per cent of vaginal 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 third and fourth degree perineal lacerations continues to be significantly higher in Sweden, Denmark and Iceland compared to Finland and Norway. (Appendix Table 10.)

³ OECD Data, Caesarean sectionsTotal, Per 1 000 live births 2015. <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm>. (Retrieved 24.1.2018)

Figure 7. The proportion of third and fourth degree perineal lacerations in vaginal deliveries 1987–2016, %

Risk factors for third and fourth degree perineal lacerations in vaginal delivery are the use of forceps or vacuum extraction and a large newborn (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, 2.3 per cent of parturients had a serious perineal laceration compared to 11.1 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 1.6 per cent when the child weighed less than 4 kg and 2.9 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 5.0–5.6 per cent in all Nordic countries in 2016, with no significant variation between the countries. The proportion of post-term deliveries (at 42nd week of gestation or later) varies, however, between 1.6 per cent in Iceland to 7.4 per cent in Sweden, indicating differences in delivery practices (induction of labour) in the Nordic countries. (Appendix Table 11.)

In 2016, Denmark had the highest (5.0%) and Finland the lowest (4.1%) 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 have 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, two in a thousand are stillbirths and three children in a thousand die within the first week of life (incl. stillbirths). (Appendix Table 14.) These figures are among the lowest in the world.⁴

4 European health for all database (HFA-DB). <http://data.euro.who.int/hfadbd/>. (Retrieved 24.1.2018)

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>.

Symbols used in the tables

.. Data not available or too uncertain for presentation, or subject to secrecy

– Nil observations

Quality description

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 Eurostat⁵, the World Health Organization (WHO)⁶ and the European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE)⁷ 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.

⁵ <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

⁶ <http://data.euro.who.int/hfadb/>

⁷ <https://www.eshre.eu/en.aspx>

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 as well as on the websites of the Nordic sister organisations. www.thl.fi/statistics/nordiccountriesperinatalstatistics

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.

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-10⁸ and a Finnish handbook on the recording of diseases⁹.

Special issues concerning the 2016 statistics

The 2016 statistics contain comprehensive data from all Nordic countries. Previous statistics have been updated, especially for Denmark and Sweden.

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/statistikefteramne/graviditeter,forlossningarochnyfodda>

⁸ ICD-10 was adopted in Finland in 1996. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085423>.

⁹ Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8ad82ff8-2685-4278-b1c3-687204a2248d>. (Available only in Finnish)

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:

<https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregister/graviditet-foedsler-og-boern/foedselsregisteret>

Liitetaulukot/Tabellbilagor/Appendix Tables

Liitetaulukko 1. Synnytykset 1975–2016

Bilagatabell 1. Förlossningar 1975–2016

Appendix table 1. Deliveries 1975–2016

Liitetaulukko 2. Elävänä syntyneet lapset 1975–2016

Bilagatabell 2. Levande födda barn 1975–2016

Appendix table 2. Live births 1975–2016

Liitetaulukko 3. Kokonaishedelmällisyys 1975–2016

Bilagatabell 3. Summerad fruktsamhet 1975–2016

Appendix table 3. Total fertility rate 1975–2016

Liitetaulukko 4. Monisikiöiset synnytykset ja lapset 1975–2016

Bilagatabell 4. Flerbördsförlossningar och barn 1975–2016

Appendix table 4. Multiple births and newborns 1975–2016

Liitetaulukko 5. Äidin ikä 1975–2016

Bilagatabell 5. Moderns ålder 1975–2016

Appendix table 5. Mother's age 1975–2016

Liitetaulukko 6. Äidin aiemmat synnytykset 1975–2016

Bilagatabell 6. Moderns tidigare förlossningar 1975–2016

Appendix table 6. Mother's previous deliveries 1975–2016

Liitetaulukko 7. Äidin raskaudenaikeinen tupakointi 1983–2016

Bilagatabell 7. Moderns rökning under graviditeten 1983–2016

Appendix table 7. Smoking during pregnancy 1983–2016

Liitetaulukko 8. Keisarileikkaus 1975–2016

Bilagatabell 8. Kejsarsnitt 1975–2016

Appendix table 8. Caesarean sections 1975–2016

Liitetaulukko 9. Toimeenpiteelliset synnytykset 1975–2016

Bilagatabell 9. Instrumentalförlossningar 1975–2016

Appendix table 9. Instrumental deliveries 1975–2016

Liitetaulukko 10. III ja IV asteen repeämät alatiesynnytyksessä 1987–2016

Bilagatabell 10. Tredje och fjärde gradens bristning vid vaginal förlossning 1987–2016

Appendix table 10. III and IV degree tears in vaginal deliveries 1987–2016

Liitetaulukko 11. Raskauden kesto 1975–2016

Bilagatabell 11. Gestationalålder 1975–2016

Appendix table 11. Gestational age 1975–2016

Liitetaulukko 12. Vastasyntyneiden syntymäpaino ja Apgar-pisteet 1975–2016

Bilagatabell 12. Födelsevikt och Apgar poäng hos nyfödda barn 1975–2016

Appendix table 12. Birth weight and Apgar scores 1975–2016

Liitetaulukko 13. Vastasyntyneiden keskipaino 1975–2016

Bilagatabell 13. Medelvikt hos nyfödda barn 1975–2016

Appendix table 13. Mean birth weight 1975–2016

Liitetaulukko 14. Kuolleisuus (syntymäpaino vähintään 1000 grammaa) 1975–2016

Bilagatabell 14. Dödligheqrstal (födelsevikt 1000 gram eller mera) 1975–2016

Appendix table 14. Mortality (birth weight of 1000 grams or more) 1975–2016

Liitetaulukko 15. Kuolleisuusluvut (raskauden kesto vähintään 22 raskausviikkoa) 1975–2016

Bilagatabell 15. Dödligheqrstal (22 graviditetsveckor eller mera) 1975–2016

Appendix table 15. Mortality (22 gestation weeks or more) 1975–2016

