
Nunatsinni Nakorsaaneqarfik

Landslægeembedets årsrapport vedr. fødsler
2024

Indhold

Resumé.....	2
Introduktion	3
Materiale og metode.....	3
Resultater	4
Fertilitet.....	5
Fertiliteten 2015 – 2024	7
Fødesteder	8
Fødsler registreret uden for fødesteder	10
Fødselsvægt	11
Fosteralder	13
Fostervækst.....	14
Indgriben i fødsel.....	16
Fødselskomplikationer.....	17
Perinatal dødelighed i 2024	18
Neonatal dødelighed i 2024.....	19
Mødredødelighed.....	20
Diskussion	22
Referencer	23

Fødsler 2024

Resumé

Denne rapport giver et samlet overblik over fødsler, fertilitet, fødesteder og centrale fødselsrelaterede sundhedsindikatorer i Grønland i 2024. Datagrundlaget er baseret på registreringer i det nationale fødselsregister og det elektroniske patientjournalssystem (EPJ), og omfatter alle fødsler, hvor moderen havde bopæl i Grønland på fødselstidspunktet – uanset om fødslen fandt sted i Grønland eller i Danmark.

I 2024 blev der født i alt **699 børn**, hvoraf **691 var levendefødte**. Langt størstedelen af fødslerne fandt sted i Grønland, mens **1 % foregik i Danmark**, primært som følge af klinisk vurderet høj risiko for komplikationer. Der var **8 tvillingefødsler** og **683 enkeltfødsler**. Af de levendefødte var **54,4 % drenge** og **45,6 % piger**.

Den samlede fertilitet i Grønland var **1,6 barn pr. kvinde**, svarende til **52,3 fødsler pr. 1.000 kvinder i den fertile alder (15-49 år)**. Dette er det laveste niveau i de seneste 10 år og bekræfter en vedvarende faldende tendens siden 2015. Fertiliteten varierede regionalt, med de højeste fertilitetskvotienter i Qeqqa og Kujataa, mens Sermersooq lå lavest. Sammenlignet med Danmark er fertiliteten fortsat højere i Grønland, og kvinder føder generelt i en yngre alder. Gennemsnitsalderen for en fødende kvinde var **29,0 år**.

75 % af alle fødsler foregik på Dronning Ingrid's Hospital (DIH) i Nuuk. Samlet set fødte **57 % af kvinderne i egen region**, mens resten rejste til et andet fødested, oftest DIH. Transport og centralisering spiller dermed fortsat en væsentlig rolle på fødselsområdet. Der blev registreret **16 fødsler (2,3 %)** uden for de etablerede fødesteder i Grønland.

Langt de fleste børn (**~90 %**) blev født til termin (uge 37-41). **10 % blev født for tidligt**, og blandt disse forekom hovedparten af dødfødslerne. Gennemsnitsfødselsvægten for levendefødte var **3.534 gram**, og **90 %** af børnene med registreret vægt havde normal fødselsvægt.

10,3 % af fødslerne blev forløst ved kejsersnit, heraf størstedelen akutte. Risikoen for fødselskomplikationer var **15,2 %**, resulterende i efterfølgende kirurgisk indgreb, hyppigst akut kejsersnit eller sutur.

Den **perinatale dødelighed** var i 2024 **21,5 pr. 1.000 nyfødte**, hvilket er højere end tidligere år. Stigningen vurderes dog primært at skyldes ændrede registreringsprincipper i overensstemmelse med WHO-definitioner. Den **neonatale dødelighed** var **10,1 pr. 1.000 levendefødte**, på niveau med de seneste års variation. Der blev registreret **tre mødredødsfald** inden for 42 dage efter fødslen, hvilket giver en meget høj mødredødelighed i international sammenhæng, selv om tallene er baseret på få hændelser.

Introduktion

I 2024 havde fødende mulighed for at føde på regionssygehusene i Ilulissat, Sisimiut og Qaqortoq samt på Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk og ved Sundhedscenteret i Tasiilaq.

Alle fødsler indberettes til Landslægeembedet via en fødselsanmeldelsesblanket og registreres samtidig i det nationale elektroniske patientjournalsystem (EPJ) Cosmic. Herfra kan der udtrækkes data, som beskriver både graviditets- og fødselsforløb.

Formålet med denne rapport er at give et samlet overblik over fødsler, fødesteder og udvalgte forhold vedrørende fødsler i Grønland i 2024.

Materiale og metode

På baggrund af registreringerne i det nationale fødselsregister er der foretaget et dataudtræk omfattende alle kvinder, der i løbet af 2024 fødte i eller uden for Grønland. Alle fødsler er medregnet, hvis kvinden på tidspunktet for fødslen var bosat i Grønland, uanset om selve fødslen fandt sted i Grønland eller i Danmark.

Graviditets- og fødselsdata er blevet verificeret, og datakvaliteten er gennemgået. Ukomplette data er, så vidt muligt, efterregistreret på baggrund af kvindens og barnets journaloplysninger. Trods dette er enkelte analyser baseret på et lavere antal observationer end det samlede antal fødsler i 2024, som følge af manglende data.

I rapporten er fødslerne inddelt i tre hovedkategorier:

- **Nyfødte:** Antal børn født i 2024, hvor moderen havde bopæl i Grønland på fødselstidspunktet
- **Levendefødte:** Antal børn, der var levendefødte
- **Samlet antal fødsler:** Antal fødsler, hvor flerfoldsfødsler tælles som én fødsel

Alle tre kategorier er yderligere opdelt efter, om fødslen fandt sted i Grønland eller i Danmark.

Resultater

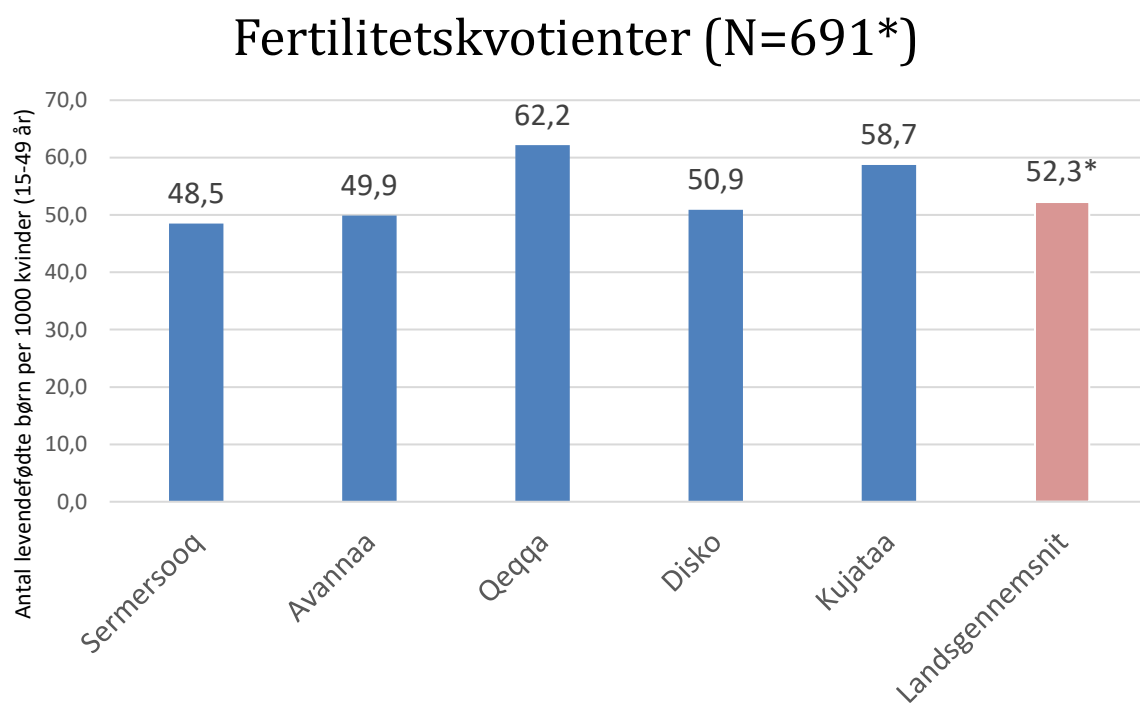
Nyfødte børn <i>Antallet af nyfødte børn, i og udenfor Grønland, uanset deres status ved fødslen</i>	699
Nyfødte børn, i Grønland <i>Antallet af nyfødte børn i Grønland, uanset deres status ved fødslen</i>	693
Levendefødte børn <i>Antallet af levendefødte børn i og udenfor Grønland, opgjort ved at fratække antallet af børn der er dødfødte eller døde under fødsel fra antallet af de nyfødte</i>	691
Levendefødte børn, i Grønland <i>Antallet af levendefødte børn, i Grønland</i>	686
Fødsler <i>Antallet af fødsler udført i og udenfor Grønland, opgjort ved at optælle fødsler uanset om det var en enkelt- eller flerfoldsfødsel.</i>	691
Fødsler i Grønland <i>Antallet af fødsler udført i Grønland</i>	687

I 2024 blev der født i alt 699 børn hvor moderen havde bopæl i Grønland. Langt størstedelen blev født i Grønland, mens en lille del (N=6) fødte i Danmark. 5 af fødslerne i Danmark var som resultat af en klinisk vurdering af at der er høj risiko for komplikationer ved fødslen at man vælger at overflytte den gravide til Rigshospitalet. I ét tilfælde valgte de ventende forældre selv at flytte adresse til Danmark for at kunne føde på et dansk sygehus, men var ellers bosat i Grønland både før og efter fødsel. Denne fødsel medtælles i rapporten. Ligeledes havde én fødende bopæl i Danmark på fødselstidspunktet, men fødte i Grønland. Denne fødsel medtælles også. Af de 699 nyfødte børn var der 7 dødfødte børn og 1 barn der dør under fødslen. Af de 691 levendefødte børn var der 376 drenge (54,4%) og 315 (45,6%) piger. Af alle fødslerne var der 8 tvillingefødsler og 683 enkeltfødsler. Til sammen udgjorde de nyfødte 691 fødsler, hvoraf de 687 foregik i Grønland.

Fertilitet

Fertiliteten måles som antallet af børn der i gennemsnit bliver født af 1000 kvinder igennem kvindernes fertile levealder (15-49 år) hvis alle kvinderne overlevede inden deres 50-års fødselsdag. Fertilitetskvoienten opgøres som antal fødsler per 1000 kvinder (15-49 år) i en given region eller aldersgruppe (1).

Fertilitetskvoienten opgøres i Grønland for alle regioner og beregnes ud fra den region hvor kvinden på fødetidspunktet har folkeregisteradresse.



Figur 1: Antal kvinder i den fertile alder (15-49 år) er baseret på midtårs-befolkningstal 2024 fra Grønlands Statistik (2). *2 kvinder har på fødetidspunktet bopæl i Danmark og indgår ikke i fertilitetsraten opgjort på bopæl, men tælles med i det samlede landsgennemsnit.

I region Qeqqa blev der i 2024 født relativt flest børn med den højeste fertilitetskvoient på 62 børn per 1000 kvinder. I Kujataa lå fertilitetskvoienten ligeledes højt med 58 børn per 1000 kvinder, mens både region Sermersooq, Avannaá og Disko alle lå under landsgennemsnittet. Samlet set havde Sermersooq den laveste fertilitetskvoient på 48 børn per 1000 kvinder.

Aldersgruppebaseret fertilitetskvotienter (N=691)

Aldersgruppe	Fødsler	Fertilitetskvotient	Fertilitetskvot. Danmark
15-19	33	19,4	0,7
20-24	140	78,8	14,4
25-29	185	85,0	76,5
30-34	209	86,9	119,6
35-39	98	44,4	64,6
40-44	26	14,6	15,2
45-49	0	0	1,2
Fertilitet		1644	1465

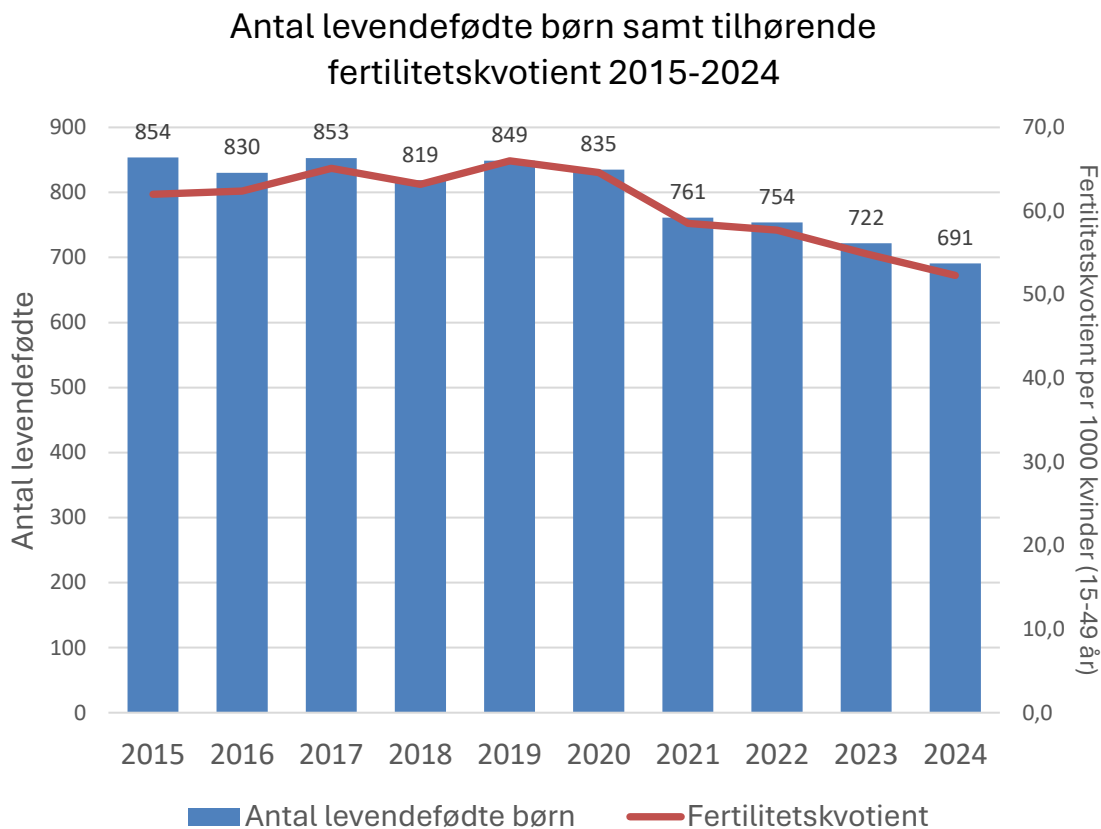
Figur 2: Den samlede fertilitet, i Grønland, opgjort på 5 års-intervaller (15-49 år) i forhold til kvindens alder ved fødselstidspunktet. Fertilitetskvotienten er opgjort per 1000 kvinder, mens den samlede fertilitet angiver hvor mange børn der fødes, i gennemsnit, af 1000 kvinder i løbet af hele den fertile levetid, ud fra de aktuelle fertilitetskvotienter. Tallene vises for både Grønland og Danmark. Fertilitetsraten i Grønland er baseret på midtårs-befolkningstal 2024 fra Grønlands Statistik (2).

De enkelte fertilitetsrater er udregnet for hver 5-års aldersgruppe og viser en forventet stigning i aldersgrupperne 20-34 år. Den samlede fertilitet ligger på 1644 børn eller i gennemsnit 1,6 børn per kvinde i løbet af den fertile levealder. Antallet af piger i teenagealderen (15-19 år) som fødte i 2024 er 33. Den yngste mor var 15 år, mens den ældste var 44 år. Gennemsnitsalderen for en fødende kvinde i Grønland er 29,0 år.

Samme kvotienter, samt den samlede fertilitet, for Danmark er indsat til sammenligning. I modsætning til Grønland udgør aldersgruppen 30-34-årige en langt større andel af fødsler i Danmark, mens der i Grønland ses en større spredning af fødslerne i de enkelte aldersgrupper. Gennemsnitsalderen for en fødende kvinde i Danmark er 31,7 år.

Fertiliteten 2015 – 2024

Den samlede fertilitetskoefficient for hele landet kan sammenholdes over en længere periode som indikation på hvor mange børn der fødes relativt til befolkningens størrelse i det pågældende år.



Figur 3: Udviklingen af fertilitetskoefficienter over de seneste 10 år. Fertilitetskoefficienten er beregnet ud fra den aktuelle midtårs-befolkning i det pågældende år af kvinder mellem 15 og 49 år.

Den samlede fertilitet er i de seneste 10 år faldet fra over 60 børn per 1000 kvinder i gennemsnit indtil 2020, hvorefter den stødt er faldet til 52,3 børn per 1000 kvinder, det laveste antal nyfødte i de 10 år.

Fødesteder

I 2024 var der 4 aktive fødesteder i Grønland i hhv. Nuuk, Ilulissat, Sisimiut og Tasiilaq. I Qaqortoq var der i korte perioder, i løbet af året, adgang til at føde. På DIH er der en fødeafdeling som både modtager fødende fra Nuuk, Paamiut og Qeqertarsuatsiaat (samt tilhørende bygder) og fødende fra andre regioner, særligt hvis der er behov for mere specialiseret pleje i forbindelse med fødslen eller hvis der vurderes at være nogle risici ved den forestående fødsel.

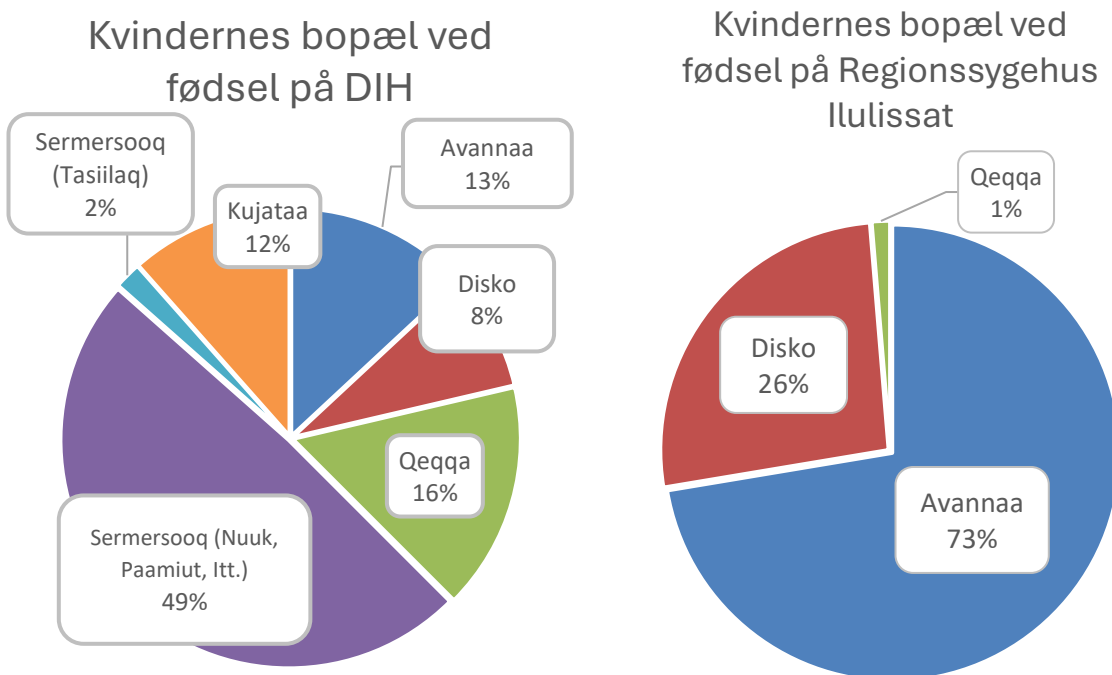
Fødested	Antal fødsler	% af total
DIH	520	75%
Sundhedsregion Avannaa	79	11%
Sundhedsregion Qeqqa	40	6%
Sermersooq (udenfor DIH)	28	4%
Sundhedsregion Kujataa	15	2%
Sundhedsregion Disko	5	1%
Danmark	4	1%
Total	691	100%

Figur 4: Fordeling af fødsler på fødesteder. I regionerne blev der primært født på de regionale fødestuer, på nær få tilfælde hvor akutte fødsler måtte udføres uden for fødestuerne. Sermersooq angives uden DIH og dækker sundhedscenteret i Tasiilaq samt alle byer i region Sermersooq undtagen Nuuk.

3 ud af 4 fødsler foregik i 2024 på Dronning Ingrid's Hospital. Regionssygehuset i Ilulissat havde det næsthøjeste antal fødsler som udgjorde 11% af det samlede antal fødsler.

Fødslerne i Danmark foregår altid på Rigshospitalet hvor de fødende rejser til i tilfælde af at man har vurderet stor risiko for komplikationer i forbindelse med fødslen. Kun 1% af fødslerne foregik i Danmark i 2024.

I følgende ses fordelingen af kvindernes bopæl på de 2 største fødesteder i Grønland.



Figur 4 fordelingen af kvindernes bopæl for hhv. fødsler foregået på DIH og på regionssygehuset i Ilulissat.

En del kvinder rejste i 2024 for at føde på en af landets fødestuer. Kun region Sermersooq har 2 fødesteder hvorfor regionen i dette afsnit opdeles som 2 regioner, hhv. fødestedet i Nuuk som dækker Nuuk, Paamiut og Ittoqqortoormiit, samt tilhørende bygder, og Fødestedet i Tasiilaq som dækker Tasiilaq og omkringliggende bygder. Fordelingen af bopæl på de 2 største fødestuer viser at omtrent 49% af de fødende på DIH har bopæl i Nuuk, Paamiut, Ittoqqortoormiit, samt tilhørende bygder, mens de resterende 51% er kvinder som har rejst til Nuuk for at føde på DIH.

På regionssygehuset i Ilulissat er 73% af de fødende bosat i regionen, mens 26% kommer fra naboregionen Disko.

Ud fra antallet af fødende på DIH og i landets øvrige regioner, sammenholdt med kvindernes bopæl på fødselstidspunktet er det muligt at opgøre hvor mange der føder i egen region.

Region	Fødsler i egen region	%
Avannaá	57	46%
Disko	3	5%
Qeqqa	40	32%
Sermersooq (Nuuk, Paamiut, Itt.)	255	100%
Sermersooq (Tasiilaq)	28	73%
Kujataa	15	20%
Total	398	57%

Figur 5: Antallet af kvinder der føder i egen region, optalt ud fra kvindens bopæl ved fødselstidspunktet. Sermersooq er grupperet i hhv. Nuuk, Paamiut, Ittoqqortoormiit og Tasiilaq for at kunne adskille hvem der rejser for at føde på DIH, på trods af den aktive fødestue i Tasiilaq.

I gennemsnit fødte 57% af kvinderne i egen region. For kvinder bosat i den østlige del af Sermersooq (Tasiilaq og omkringliggende bygder) fødte ca. 3/4 i Tasiilaq, mens resten fødte i Nuuk. For fødende med bopæl i region Disko foregik omkring 2/3 (N=43) i Nuuk og 1/3 (N=19) i Ilulissat. I Qeqqa fødte 32% i regionen, primært på fødestuen i Sisimiut, mens de resterende valgte at føde i Nuuk. I Kujataa fødte 20% i egen region mens resten valgte at føde i Nuuk.

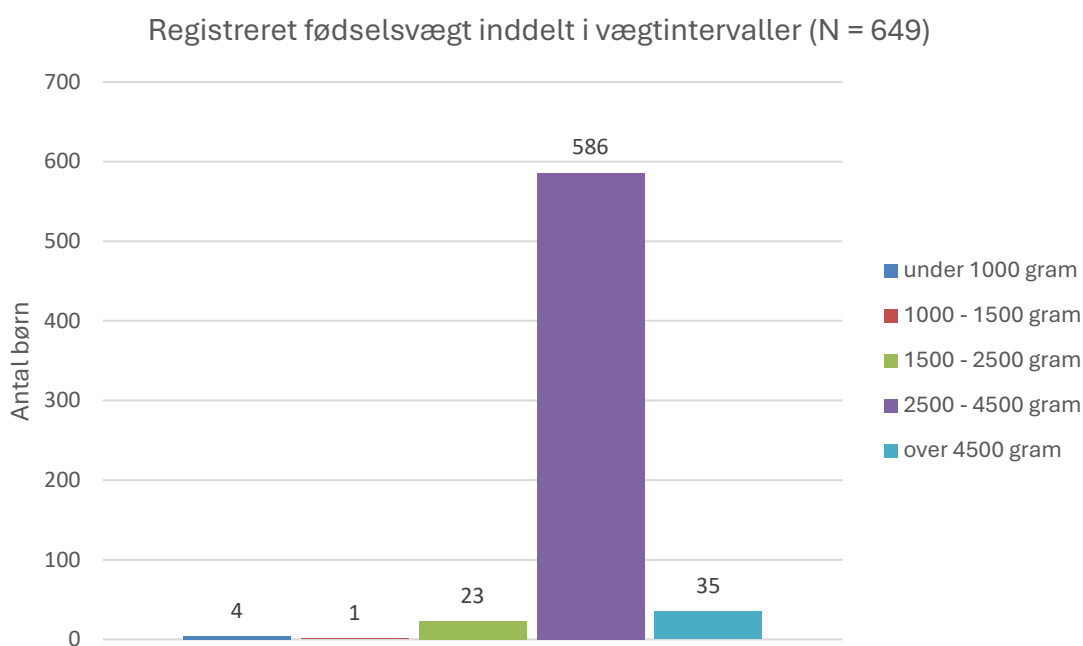
Fødsler registreret uden for fødesteder

Der var i 2024 16 børn (2,3%) der blev født udenfor de etableret fødesteder i Grønland. 6 af disse blev født i Danmark, mens 10 børn blev født i enten en by eller en bygd uden fødested. Tre fødsler foregik på sundhedscenteret i Maniitsoq, to fødsler foregik på Regionssygehuset i Aasiaat, to fødsler foregik på sundhedscenteret i Upernavik, mens de sidste tre foregik hhv. på sundhedscenteret i Narsaq, i bygden Niaqornaarsuk og ved sundhedscenteret i Qasigiannuguit. Årsagen var oftest tidligere end forventet fødsler med ringe mulighed for evakuering til nærmeste fødested grundet vejret. Én fødsel var i graviditetens uge 34, tre fødsler i uge 35, tre i uge 36, én i uge 37 og én i uge 38. Én fødsel var ikke kendt på forhånd. Alle fødslerne var vellykkede.

Fødselsvægt

Inddelingen i vægtintervaller er baseret på Rigshospitalets definition af fødselsvægt (3). En fødselsvægt på 2500 – 4500gr anses som værende indenfor normalen, mens en vægt under eller over dette interval defineres som hhv. en ekstremt lav fødselsvægt (<1000gr), en meget lav fødselsvægt (1500 – 2500gr), en lav fødselsvægt (1500 – 2500gr) og en høj fødselsvægt (>4500gr).

I Grønland registreres vægten på barnet umiddelbart efter fødsel. I visse tilfælde, særligt i forbindelse med fødselskomplikationer bliver vægten ikke registreret. Følgende figur viser vægten på levendefødte fordelt på vægtintervaller hos de børn, hvor vægten er registreret.

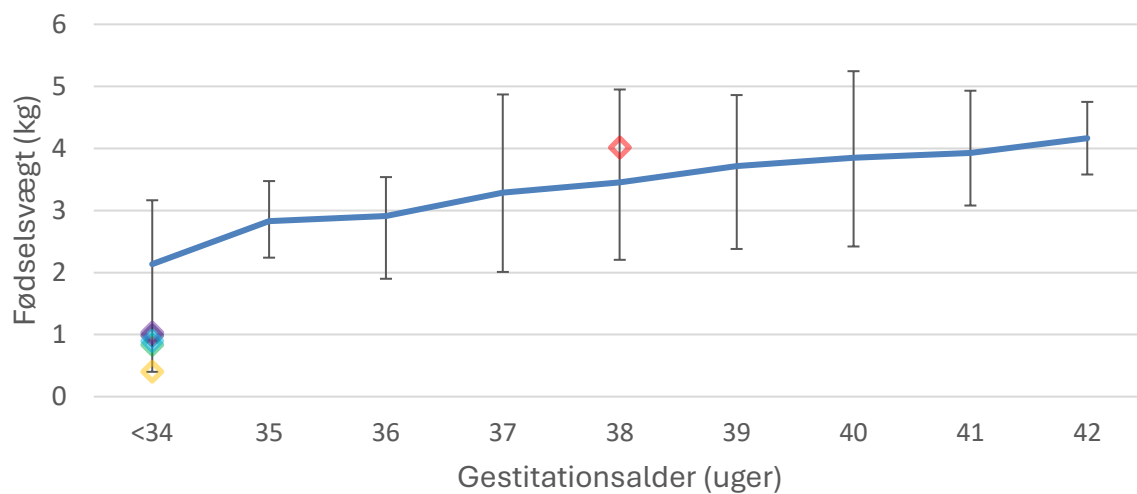


Figur 6: Fordelingen af fødselsvægt i defineret grupper. 2500-4500 gram anses som normal fødselsvægt, mens under 1000 gram, 1000 til 1500 gram og 1500 til 2500 gram anses som hhv. ekstremt lav fødselsvægt, meget lav fødselsvægt og lav fødselsvægt. Kun de fødsler hvor det har været muligt at udtrække en valid fødselsvægt, er medtalt.

Gennemsnits-fødselsvægten var, i 2024, på 3534gr (400-5245gr) for alle levendefødte. Ser man alene på de normalvægtige så lå 586 ud af 649 registreret vægtmålinger indenfor 2500 – 4500gr hvilket svarer til 90,3% af alle levendefødte børn, med en gennemsnitsvægt på 3538gr. Den laveste vægt indenfor normalvægten var 2505gr og den højeste var 4485gr med medianen 3554gr som lå tæt på gennemsnittet. 5 børn blev født med hhv. ekstremt lav og meget lav fødselsvægt. Ingen af disse børn overlevede det første døgn efter fødslen.

Ser man på fødselsvægten relativt til fosterets alder ved fødslen (gestitationsalderen, GA), finder man store variationer i fødselsvægt både for de for tidligt fødte børn og børn født inden for normal GA.

Gennemsnitlig fødselsvægt i forhold til gestationsalder for levendefødte i 2024

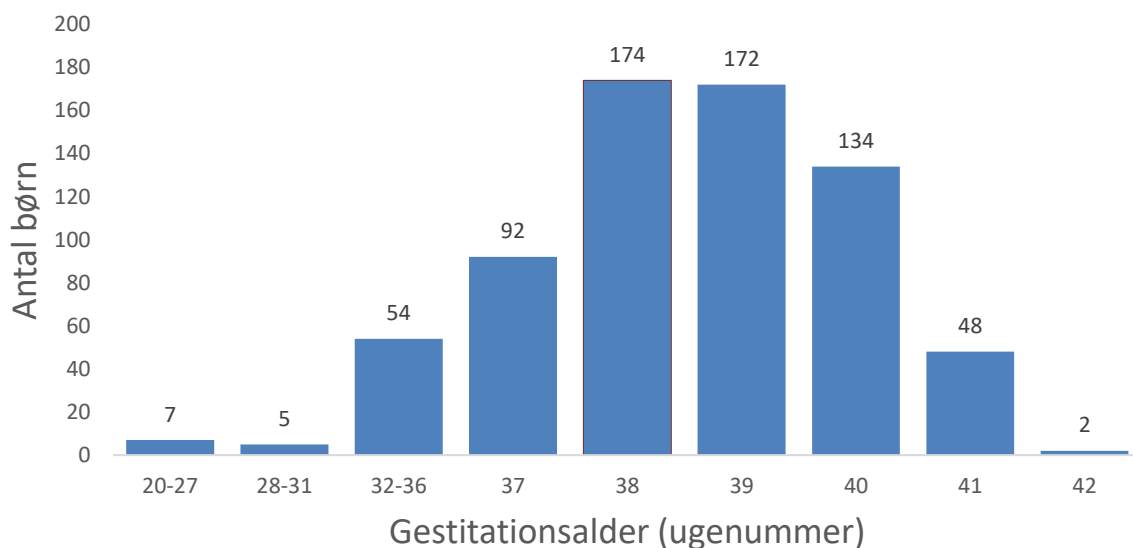


Figur 7: Fødselsvægt (kg) relativt til GA (ugennummer i graviditeten). Lodrette streget angiver minimum og maksimum fødselsvægt i den givne GA-gruppe. De 6 markeringer ved hhv. 5 GA <34 og 1 GA 38 angiver levendefødte børn der dør indenfor et døgn efter fødsel.

Gennemsnitsvægten for børn født til normal tid (uge 37-41) havde en gennemsnitsvægt på 3625gr, hvor den laveste vægtmåling lå på 2010gr og den højeste på 5250gr. Medianen var 3590gr.

Fosteralder

Antallet af fødsler inddelt i registreret gestationsalder (N = 688)



Figur 8: Fordelingen af gestationsalder ved fødslen. Ud af 691 fødsler var der angivet gestationsalder for 688. Fødsler med GA < 37 anses som værende for tidligt fødte, mens fødsler med GA > 42 anses som værende fødte for sent (overbåren graviditet/postterm fødsel).

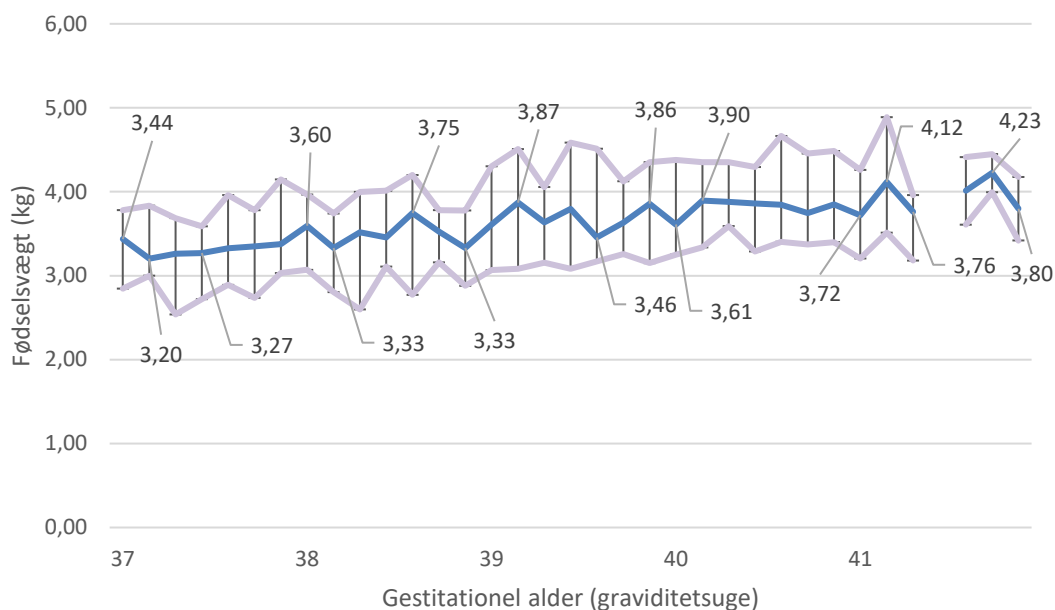
Langt de fleste børn blev i 2024 født til terminen mellem uge 37 og 41 (~90%). I 2024 blev 69 ud af 696 børn født for tidligt (3 fødsler mangler data på GA). Det svarer til ~10% af det samlede antal registreringer. Af disse 69 for tidligt fødte børn var der 7 dødfødte (~10%) ud af samlet 8 dødfødte børn i 2024. Som det ses i figur 8, varierer GA meget mellem uge 37 og 41 og toppe i ugerne 38-39. De tre hyppigste GA-målinger var hhv. 40 + 0 (N = 30), 38 + 1 (N = 29) og 38 + 3 (N = 29).

Fostervækst

Både fødselsvægt og GA kan have både kortsigtet og langsigtet, sundhedsmæssig indflydelse på både mor og barn. Af samme årsag følges både fostervægt og GA gennem hele graviditetsforløbet. En fødsel i uge 37-41 af graviditeten anses som værende indenfor normal tid, mens en fødselsvægt mellem 2500 og 4500 gram anses som værende normal vægt. De to mål skal dog oftest ses sammen da fosterets vækst øges markant op imod de sidste uger før fødslen og kan variere meget. En større vækst hos fosteret, ofte set i forbindelse med gestationel diabetes, kan blandt andet, ud over at medføre øget fysisk pres på moderen under fødslen, øge risikoen for overvægt hos barnet senere i livet. En lavere vækst hos fosteret øger blandt andet risikoen for en hæmmet motorisk udvikling efter fødslen. En generel risiko som følge af afvigelser i vægten relativt til GA, ved fødslen, er neonatal død (4).

Vægtafvigelsen hos fosteret forud for fødslen følges oftest ud fra en standardiseret kurve (5) Efter fødslen kan den registreret fødselsvægt på de nyfødte relateres til GA og ud fra det kan en specifik vægtafvigelse beregnes. To internationale mål for afvigelsen er "Small for Gestational Age" - SGA og "Large for Gestational Age" – LGA. Nyfødte der ligger under d. 10. fraktil anses som værende SGA, mens nyfødte der ligger over 90. fraktil anses som værende LGA. En vægtafvigelse, både positiv og negativ, kan relateres til mange faktorer og kan fortælle noget om hvor tæt de internationale standardkurver, der bruges til at skønne fosterets normalvægt, passer til virkeligheden, samt følge den relative risiko for fødselsrelateret komplikationer (6; 7).

SGA og LGA for levendefødte i 2024



Figur 9: Fødselsvægten relativt til GA angiver hvor mange børn der fødes små eller store i forhold til GA. Et lille foster relativt til GA (SGA) har en vægt under 10. fraktilen, mens et stort foster relativt til GA (LGA) har en vægt over 90. fraktilen. Den mørkeblå linje angiver fødselsvægt-medianen ved en given GA, de lyseblå hhv. 10. og 90. fraktil. Udvalgte medianer er angivet med tal. Der var i 2024 ingen fødsler ved GA 41 + 3 hvor der mangler data for denne GA.

I 2024 havde 443 (75%) af de nyfødte, født til normal tid, en passende fødselsvægt relativt til deres GA mens 144 lå udenfor 10.-90. fraktilen. Samlet havde 71 (~12%) nyfødte en lav vægt i forhold til deres GA og 73 (~12%) havde en høj vægt relativt til deres GA. Andelen af SGA- og LGA-fødsler påvirkes af mængden af fødsler den givne dag som varierede mellem 2 og 30 fødsler mellem uge 37-41.

Indgriben i fødsel

Ved fødslen kan der være behov for en anden forløsningsmetode for at forbedre chancerne for overlevelse for både mor og barn. Foruden vaginal fødsel er kejsersnit den mest anvendte forløsningsmetode. Der kan være mange årsager til at den fødende forløses ved kejsersnit, enten grundet et akut behov eller grundet helbredsmæssige årsager som gør det relevant at planlægge et kejsersnit. Til sammenligning fødes omkring 20% af alle børn, i Danmark, ved kejsersnit (8).

Forløsningsmetode	Antal fødsler
Vaginal	599
Cup forløsning	15
Akut kejsersnit	59
Planlagt kejsersnit	12

Figur 10: Forløsningsmetoder brugt ved fødsler i Grønland i 2024.

I 2024 foregik 71 fødsler med kejsersnit, enten planlagt eller akut svarende til 10,3% af alle fødsler. Ud af alle kejsersnit var kun 17% planlagte. Fordelingen af forløsningsmetode mellem de enkelte fødesteder vises i figur 11.

Fødested / Forløsningsmetode	Vaginal	Akut kejsersnit	Elektivt kejsersnit	Cup forløsning
DIH	440	52	12	14
Sundhedsregion Avannaa	77	2	0	0
Sundhedsregion Qeqqa	40	0	0	1
Sermersooq (udenfor DIH)	26	2	0	0
Sundhedsregion Kujataa	12	3	0	0
Sundhedsregion Disko	4	0	0	0

Figur 11: Forløsningsmetode fordelt på de enkelte fødesteder

I 2024 foregik langt størstedelen af alle kejsersnit på DIH. 5 akutte kejsersnit foregik udenfor DIH, hhv. 2 i Ilulissat, 2 i Tasiilaq og 3 i Qaqortoq.

Fødselskomplikationer

Valget af kejsersnit forud for fødslen baseres ofte på en vurdering af at der er højere risiko for fødselskomplikationer i forbindelse med fødslen. Fødselskomplikationer kan også opstå under fødsel hvor der i visse tilfælde kan være behov for at lave akut kejsersnit.

	Antal	% af alle komplikationer	Risikoen for fødselskomplikationer
Alle komplikationer	105	100%	15,2%
Heraf akut kejsersnit	59	56%	8,5%

Figur 12: Antallet af fødselskomplikationer, heraf hvor mange af disse resulterer i akut kejsersnit. Den samlede risiko for både at en fødsel medfører komplikationer, samt risikoen for at en fødsel ender i akut kejsersnit er angivet.

I 2024 udgjorde akutte kejsersnit 56% af det samlet antal komplikationer. Risikoen for at en fødsel medfører komplikationer er samlet set 15,2% hvis man medtager akutte kejsersnit. Risikoen for at fødslen ender ved akut kejsersnit var i 2024 8,5%.

Under vaginale fødsler kan der også opstå komplikationer som kræver en eller flere efterfølgende operationer. Antallet og typen af komplikationer kan variere, men relaterer sig oftest til bristninger.

	Antal	% af alle komplikationer	Risikoen for fødselskomplikationer
Alle komplikationer	105	100%	15,2%
Sutur	19	18%	2,7%
Manuel fjernelse af placenta	13	12%	1,9%
Manuel fjernelse af fosterhinde	7	7%	1,0%
Udskrabning/udtømning af livmoder	6	6%	0,9%

Figur 13: Fordelingen af komplikationer inklusive akutte kejsersnit med angivelse af de hyppigste komplikationer foruden akut kejsersnit og den tilhørende procentdel relativt til alle komplikationer og relativt til alle fødsler.

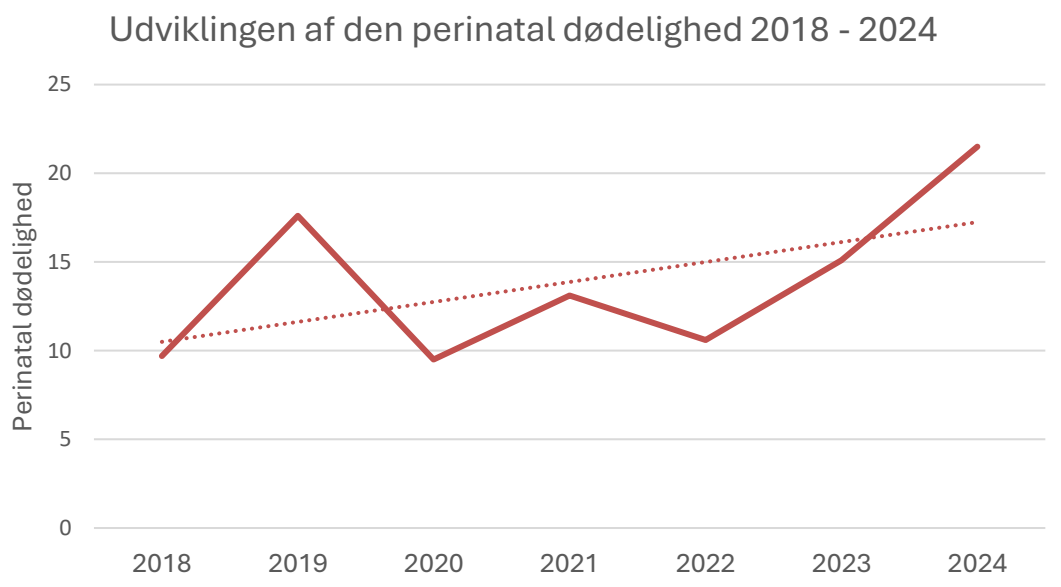
Af de 599 fødsler der forgik vaginalt, måtte en lille del af de fødende efterfølgende opereres som følge af komplikationer. I alt blev 46 kvinder opereret efter fødslen (7,7% af vaginale fødsler). Den hyppigste postoperative procedure var sutur. Der blev foretaget 19 sutur-operationer. Dernæst fyldte manuel fjernelse af placenta og fosterhinde, hhv. 13 og 6 ud af 46 operationer efter vaginal fødsel. Udskrabning/udtømning af livmoderen blev foretaget 6 gange.

Perinatal dødelighed i 2024

Perinatal dødelighed omfatter de fostre og børn der dør efter graviditetsuge 22 op til fødslen og indtil barnets første leveuge (9).

År	Antal nyfødte	Dødfødte	Proportion	Død < 1. leveuge	Total	Perinatal dødelighed
2018	826	5	6,1	3	8	9,7
2019	852	5	5,9	10	15	17,6
2020	841	4	4,8	4	8	9,5
2021	766	2	2,6	8	10	13,1
2022	755	1	1,3	7	8	10,6
2023	728	6	8,3	5	11	15,1
2024	697	8	11,5	7	15	21,5
Total	5465	31	5,7	44	75	13,7

Figur 14: Perinatal dødelighed omfatter antallet af dødfødte fra GA 22 og frem til barnets første leveuge. Ud fra antallet af dødfødte beregnes proportionen som er antallet af dødfødte per 1000 nyfødte. Antallet af dødfødte sammenlægges med børn der dør indenfor 1 leveuge og den endelige perinatale dødelighed beregnes som antal døde i alt, per 1000 nyfødte.



Figur 15: Den samlede perinatale dødelighed mellem 2018 og 2024 visualiseret med en opadgående tendenslinje.

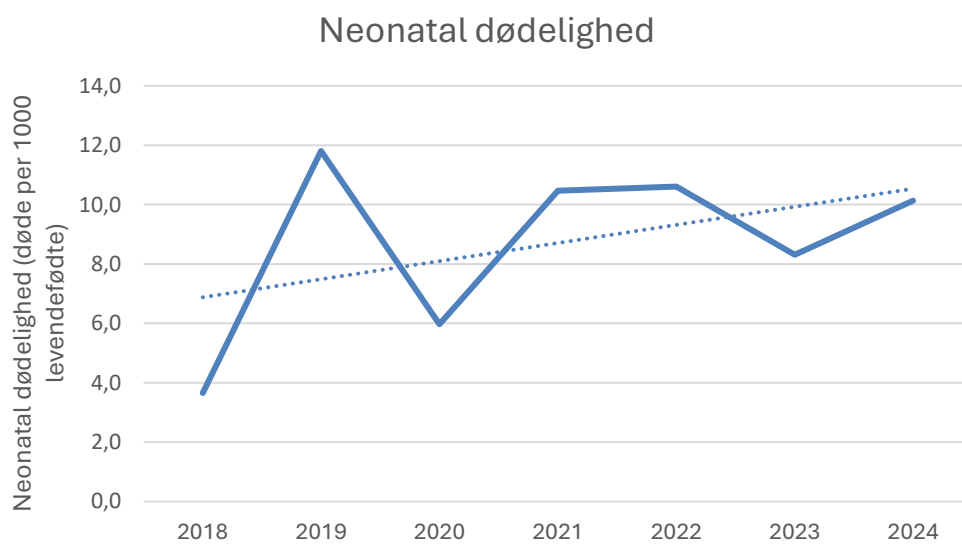
Den perinatale dødelighed er i 2024 høj sammenlignet med tidligere år. En af årsagerne kan findes i en ændring af retningslinjerne hvor man med henblik på sammenlignelighed med WHO's definitioner nu medtæller for tidligt fødte, født mellem uge 22-28. Den høje perinatale dødelighed vurderes derfor ikke nødvendigvis at være så meget højere end for tidligere år. Til sammenligning var den perinatale dødelighed i Danmark i 2021 på lidt over 5 døde per 1000 nyfødte (10).

Neonatal dødelighed i 2024

Foruden den perinatale dødelighed måles den neonatale dødelighed som antallet af børn der dør efter fødsel og indenfor de første 28 dage (9).

År	Levendefødte børn	Døde < 28 dage	Neonatal dødelighed
2018	821	3	3,7
2019	847	10	11,8
2020	837	5	6,0
2021	764	8	10,5
2022	754	8	10,6
2023	722	6	8,3
2024	691	7	10,1
Total	5436	47	8,6

Figur 16: Den neonatale dødelighed beregnes som antal børn der dør inden for 28 dage efter fødsel og angives som antal døde per 1000 levendefødte.



Figur 17: Udviklingen af den neonatale dødelighed mellem 2018 og 2024 visualiseret med en opadgående tendenslinje.

Den neonatale dødelighed lå i 2024 på 10,1 døde per 1000 levendefødte. På trods af det er over gennemsnittet for hele perioden fra 2018 og frem, så ser udviklingen ikke ud til at stige betydeligt hvis man ser bort fra 2018 hvor dødeligheden var markant lavere end for de øvrige år.

Mødredødelighed

Der var i 2024 tre dødsfald blandt mødre før eller kort efter fødslen (op til 42 dage fra fødsel (11)). På trods af et meget lille antal fødselsrelateret dødsfald så ligger Grønland højt sammenlignet med andre lande. I 2023 var den globale mødredødelighed på 197 per 100.000 fødsler (12). I Grønland er mødredødeligheden i 2024 på 434 per 100.000 fødsler, et niveau der kun overgås af midt- og vestafrikanske lande hvor den gennemsnitlige dødelighed estimeres til at være hhv. 450 og 630. I Danmark er mødredødeligheden på 4 per 100.000 fødsler (12).

Land	WHO estimeret mødredødelighed i 2023
Nigeria	993
....	
Guinea	494
Lesotho	478
Madagaskar	445
Grønland* (2024)	434
DR Congo	427
Burundi	392
Mauretanien	381
....	
Danmark	4
....	
Norge	1

Figur 18: WHO estimeret mødredødelighed i 2023. Tallet angiver antallet af mødre per 100.000 fødsler, der inden for 42 dage efter fødslen dør uanset årsagen. *Grønland er ikke angivet i data fra WHO, men er indsat på baggrund af beregningen fra 2024.

Fødselsdepression er en anden alvorlig risiko i forbindelse med graviditeter. Fødselsdepressioner kan opstå hos både mænd og kvinder i perioden før fødslen og helt op til et år efter fødslen. Fødselsdepression kan udtrykke sig som ved almindelig depression og symptomerne kan variere meget hvorfor det er en kompleks opgave at sikre en effektiv screening og forebyggelse. I Grønland screenes både mødre og fædre forud for fødslen samt efter fødslen i forbindelse med sundhedsplejens jævnlige besøg. En af konsekvenserne ved depression generelt er selvskaede eller selvmord.

Især kvinder er mere disponeret for fødselsrelateret depression har 4 gange højere risiko for at dø af naturligt eller unaturlige årsager, relativt til andre møder (13). Grønland har en i forvejen høj selvmordsrate hvorfor det er et vigtigt fokusområde at forebygge og behandle fødselsdepression. I 2024 døde én kvinde og én mand som var far til en nyfødt som følge af selvmord inden for 1 år efter fødsel. 4 forældre døde af selvmord inden barnet var fyldt 2 år.

Diskussion

Fertiliteten i Grønland er dalene og er fra 2015 til 2024 gået fra over 60 nyfødte per 1000 kvinder i den fertile alder til 53 nyfødte. Det er ikke unormalt at finde variationer i fertiliteten over tid, men 2024 var desuden det laveste antal fødsler de 10 år, hvilket peger på en langvarig nedadgående tendens. Et færre antal nyfødte kan have påvirkning på befolkningstallets udvikling i fremtiden og i sidste ende resultere i en større byrde fra den ældre del af befolkningen.

På trods af en dalene fødselsrate er fertiliteten højere end i Danmark. I Grønland ville 1000 kvinder i den fertile alder føde 1644 børn igennem hele livet, hvis raten forblev den samme som i 2024. I Danmark er fertiliteten på 1465. Der kan være mange faktorer der påvirker fertiliteten, både sundhedsmæssige, økonomiske og andre faktorer hvorfor det kan være svært at sige noget om årsagen til både faldet i fertilitet og forskellen mellem Grønland og Danmark. Det er velkendt at antallet af fødsler falder med en stigende uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning (14). En anden bemærkelsesværdig forskel er aldersforskellen, hvor kvinder i Grønland, oftere end i Danmark, føder i 20'erne. Særligt i aldersgrupperne 15-19. årige og 20-24. årige fødes der markant flere børn i Grønland, hhv. 19 og 79 børn per 1000 kvinde mod kun 0,7 og 14 i Danmark.

DIH modtager hvert år mange fødende. I 2024 blev 75% af alle fødsler udført på DIH. Transport til og fra fødested og ophold langt væk hjemmefra kan naturligt påvirke den fødendes oplevelse af fødslen, særligt hvis den fødende ikke har familierelationer nær fødestedet. I 2024 fødte 57% af alle kvinder i egen region.

En kortlægning af fødselsvægt relativt til gestationsalderen kan fortælle noget om hvor meget de enkelte fødsler afviger normalen. Der foreligger ikke samme analyser på dette forhold fra tidligere år, men det er noget der fremover vil blive monitoreret, da det kan give værdifuld indsigt den samfundsmæssige sundhed samt fortælle noget om hvordan Grønlandske fødselsvægte varierer i forhold til internationale standarder. Det er ikke unormalt at have en vægtafvigelse på over 20% i nogle lande mens den i flere europæiske lande ligger på omkring 8-10%, en smule under den i Grønland, på ca. 12% både for SGA og LGA (4).

Både perinatal og neonatal dødelighed er vigtige faktorer i forhold til kvaliteten af den obstetriske pleje. I 2024 fødte 10 kvinder udenfor de etableret fødesteder hvoraf alle fødsler var vellykket. Det viser at risikoen for fødselskomplikationer grundet manglende adgang til fødestuer er lav. Samtidig var der i 2024 8 dødfødte og 7 børn der døde op mod en måned efter fødsel. Primært for de dødfødte er dette tal højt relativt til forrige år, men skyldes at i 2024 er lagt vægt på at følge WHO's definitioner for at skabe højere sammenlignelighed. I de tidligere år har der ikke været medregnet fødsler fra GA 22 og frem mod GA 28, hvorfor tallene forventes at være mere retvisende i 2024.

Mødredødeligheden både før og efter fødslen varierer fra land til land og afhænger meget af adgangen til den rette pleje. I 2024 døde der i Grønland 3 kvinder inden for 42 dage efter fødsel hvilket er et meget højt antal, på niveau med dele af Afrika. Det er bemærkelsesværdigt at 4 forældre døde som følge af selvskaade inden barnet var fyldt 2 år, selvom ingen af disse dødsfald skete inden for 42 dage.

Referencer

1. **Statistik, Danmark.** <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/fertilitet>. [Online]
2. **Statistik, Grønlands.** <https://bank.stat.gl/pxweb/en/Greenland/>. [Online]
3. **Rigshospitalet.** Definitioner. <https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/julianemarie/videnscenter-for-tidligt-foedte-boern/om-tidligt-foedte/sider/definitioner.aspx>. [Online]
4. **Hocquette A, Durox M, Wood R, Klungsøyr K, Szamotulska K, Berrut S, Rihs T, Kyprianou T, Sakkeus L, Lecomte A, Zile I, Alexander S, Klimont J, Barros H, Gatt M, Isakova J, Blondel B, Gissler M, Zeitlin J.** International versus national growth charts for identifying small and large-for-gestational age newborns: A population-based study in 15 European countries. *Lancet Reg Health Eur.* 2021, Årg. 8, 100167, PMC8454535.
5. <https://intergrowth21.ndog.ox.ac.uk/>. [Online]
6. **The Danish newborn standard and the International Fetal and Newborn Growth Consortium for the 21st Century newborn standard: a nationwide register-based cohort study.** Ditte N. Hansen, Henriette S. Kahr, Christian Torp-Pedersen, Jan Feifel, Niels Ulbjerg, Marianne Sinding, Anne Sørensen. 3, s.l. : American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2023, Årg. 229.
7. **Sundhed.dk.** **Fostervækst.** <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/obstetrik/symptomer-og-tegn/fostervækst-og-vaegtafvigelse/>. [Online]
8. **—.** **Kejsersnit.** <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/graviditet/graviditet-foedsel-barsel/foedsel/kejsersnit/>. [Online]
9. **WHO.** **Neonatal and Perinatal Mortality.** s.l. : <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/481d0648-8020-4f8e-95d2-8b5bfff632f2/content>, 2006.
10. **Perinatal death in the Nordic countries in relation to gestational age: The impact of registration practice.** Jeppgaard M, Frølich MK, Thomsen LCV, Heino A, Liu E, Gunnarsdottir J, Akerkar RR, Eskildsen LF, Källén K, Ohlin M, Klungsøyr K, Gissler M, Krebs L. 12, s.l. : Acta Obstet Gynecol Scand., 2024, Årg. 103.
11. **WHO.** **Mødredødelighed - definitioner.** <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4622>. [Online]
12. **—.** **Trends in maternal mortality estimates 2000 to 2023.** s.l. : WHO, 2025.

13. *All-Cause Mortality in Women With Severe Postpartum Psychiatric Disorders.* Johannsen BM, Larsen JT, Laursen TM, Bergink V, Meltzer-Brody S, Munk-Olsen T. 6, s.l. : Am J Psychiatry, 2016, Årg. 173.

14. Kim, Jungho. IZA World of Labor, Female education and its impact on fertility. <https://wol.iza.org/articles/female-education-and-its-impact-on-fertility/long>. [Online]

Af Paneeraq Noahsen og Nils Skovgaard