



**Dette er en revideret udgave af tidligere fremsendt dokument af den 24-02-15**

**Ændringen findes på side 7:** Alligevel fremføres det i en nyligt publiceret artikel, at ekstra sundhedsomkostninger i forbindelse med igangsættelse er lave. Dette udsagn understøttes undsiges af jordemoderledere i hele landet.

København den 26-02-2015  
Jnr. 60-044/LIB/ams

### **Til Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg**

Jordemoderforeningen har fulgt med i, og selv deltaget i, debatten om travlheden på Danmarks fødeafsnit, og således også ventet med interesse på Sundhedsministerens svar på spørgsmålene fra Liselott Blixt.

Vi har desværre ikke fundet en overbevisende systematik i besvarelserne fra Ministeriet eller Sundhedsstyrelsen, og det har fået os til at kommentere de forhold, som springer i øjnene og som hindrer, at Sundhedsudvalget kan få et retvisende billede af forholdene.

Spørgsmål nr. 251

#### **Spørgsmålets ordlyd:**

*"Vil ministeren redegøre for, hvordan hhv. normeringen og den faktiske bemanning på hvert af landets fødeafdelinger har udviklet sig de seneste 10 år, fordelt på de enkelte medarbejdergrupper?"*

#### **Tidsafgrænsning**

Vi tager afgrænsningen ad notam, idet tallene for beskæftigede jordemødre og andet personale 2009 - 2014 er tal, der kan findes - men afgrænsningen undgår dermed det forhold, at jordemodermanglen i 2007, 2008 og til dels 2009 blev afhjulpet med udbredt anvendelse af vikarer og udbredt brug af overarbejde, som i øvrigt siden er faldet væsentligt. Vikarerne (tilmelønnede og bureauvikarer) figurerede ikke som ansatte, men blev taget over driftsbudgettet. Blandt andet derfor ser det ud som om, antallet af jordemødre til selve fødselsbetjeningen er steget markant - men arbejdet blev før 2009/2010 dækket for en stor dels vedkommende uden for ansættelsesbudgettet. Således var der fødesteder, hvor der var 30-40 procent vakante stillinger, og ved konflikten i 2008 var det kun muligt at opretholde et nødberedskab på ca. 50 procent af fødestederne med de fastansatte jordemødre, idet der ikke kan anvendes vikarer i et nødberedskab under en konflikt.

#### **Fødeafdelinger**

Danske Regioner har fundet det vanskeligt at lokalisere selve fødeafdelingerne. Man har bedt hver region identificere de 'afdelinger', hvor fødsler finder sted - og alligevel henviser man senere til, at jordemødre også er ansat på 'andre afdelinger end fødeafdelingerne'. Det fremgår altså, at man veksler mellem at tale om fødeafdelinger som de specifikke afsnit, hvor

fødsler finder sted, og fødeafdelinger som det samlede kompleks af obstetriske/jordemoder-afsnit (svangreafsnit, fødeafsnit og barselsafsnit og dertilhørende ambulatorier). Det gør det derfor vanskeligt at lokalisere selve fødeafsnittene og dermed skabe ensartethed i grundlag for tallene.

### **Personaleafgrænsning**

Problematikken om hvor jordemødre arbejder, er viderearbejdet i graferne for arbejdskraft. Det er rigtigt, at der utvetydigt er kommet flere jordemødre på de samlede gynækologisk-obstetriske AFDELINGER. Fordelt på mange typer AFSNIT. Men hvor de er tilknyttet, det er uigennemsigtigt.

Tilsvarende er der ingen gennemsigthed i forhold til antallet af sygeplejersker. På selve fødeafsnittene er der i henhold til vores oplysninger højest en håndfuld sygeplejersker på landsplan. Men på en række naboafsnit under den fælles paraply kan der være sygeplejersker, som kan kaldes som assistance til jordemødre ved behov på fødeafsnittene.

Under denne overskrift nævnes, at jordemødre også er ansat på andre afdelinger end fødeafdelingerne. Det er helt uigennemskueligt hvilke konsekvenser, det har for beregningen i stigningen af antal jordemødre.

I den daglige dialog med de gynækologisk-obstetriske afdelinger ved vi dog, at den stigning i antal jordemødre, som har været, er blevet ansat som erstatning for andre faggrupper, og primært udenfor selve fødeafsnittet (med andre ord indenfor svangre-, barsels- og ultralydsområdet).

Konklusion: Jordemødre er altovervejende ansat under den fælles betegnelse: fødeafdeling. Hvor man så har mange forskellige jordemoderfunktioner på forskellige afsnit.

### **Vikarer**

Se kommentaren højere oppe om tidsafgrænsning. Danske Regioner oplyser, at man ikke kan skille jordemødre ud fra gruppen 'plejepersonale', og dermed ikke kan sige noget specifikt om brugen af jordemodervikarer. Da brugen af vikarer har ændret sig markant, er konsekvensen, at data over lønudgifter ikke kan stå alene uden udgifterne til vikarer. Oplysninger om lønudgifter til vikarer eksisterer selvfølgelig, men skal blot findes andre steder end i lønbudgettet. Dette vil kræve lokal inddragelse af jordemoderledelserne.

### **Normering**

Jordemødre bør ikke passe mere end én kvinde i aktiv fødsel ad gangen, men være kontinuerligt til stede hos den fødende.

Kontinuerlig tilstedeværelse af jordemoder hos den fødende under den aktive del af fødslen vil sige, at jordemoderen er til stede fra kvinden har veer, og har åbnet sig tre centimeter.

Dette anbefaler Sundhedsstyrelsen i 'Anbefalinger for Svangreomsorg' fra 2009, revideret i 2013 - og det er ydermere ekspliciteret i de nationale kvalitetsmål vedrørende fødsler, kaldet NIP eller Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram vedrørende fødsler.

Det er baseret på videnskabelig evidens, at fødsler på en lang række parametre bliver bedre, når der er en kontinuerlig tilstedeværelse af jordemoder hos kvinden.

Det står ikke til gradbøjning, eller behovsvurdering. Det er et absolut mål - hvad også NIP afspejler.

Der er næppe tvivl om, at det, til trods for de bøjelige målformuleringer i hver regions fødeplan som anført i svaret til dette spørgsmål, er højt prioriteret. Men der er heller ikke tvivl om, at det er overrapporteret.

Det er svagheden ved et kvalitetsmål som dette; at jordemødre kan opfatte det som en tilbage melding på den af dem selv ydede kvalitet. Der vil være en tendens til at vurdere højt.

Jordemoderforeningen ønsker at udvikle på registreringen af denne kvalitetsparameter, så vi mere præcist får at vide, hvordan travlhed og opgavetyngde påvirker dette kvalitetsmål.

Spørgsmål 252

**Spørgsmålets ordlyd:**

*"Vil ministeren redegøre for, hvordan bevillingerne til landets fødeafdelinger har udviklet sig de seneste 10 år, fordelt på de enkelte fødeafdelinger?"*

Ministeren henholder sig til opgørelse fra Danske Regioner. Opgørelsen viser, at udgifterne er steget i alle regioner fraregnet Region Sjælland. Ministeren påpeger også, at der skal tages en række forbehold. Af bilag 1 fremgår det, at grundlaget for beregningerne varierer fra region til region, og endvidere, at der i den pågældende periode er sket væsentlige udvidelser i jordemødrenes arbejdsfelt.

Bilaget underbygger således vores argumentation under spørgsmål 251.

Spørgsmål nr. 253

**Spørgsmålets ordlyd:**

*"Vil ministeren oplyse, hvor mange kvinder, der de seneste 10 år har benyttet sig af private fødselstilbud, fordelt på de enkelte år?"*

Der findes aktuelt ganske få private fødeklinikker i Danmark. En af disse finansieres af Region Sjælland gennem afregning af stykpris pr. forløb. Regionen planlægger yderligere to klinikker.

De øvrige to private fødeklinikker, en i Region Syddanmark og en i Region Hovedstaden, drives gennem fuld egenbetaling fra brugerne.

Region Sjælland udmærker sig også ved et relativt højere tal for hjemmefødsler i regionen end de øvrige regioner i kraft af en meget populær og veldrevet hjemmefødselsordning, Hjemmefødselsordning Sjælland, der for nylig blev akkrediteret i DDKM. Den består af en sammenslutning af privatpraktiserende jordemødre, der har indgået aftale med regionen.

Landsdækkende: Der har gennem en del år været privatpraktiserende jordemødre, der tilbyder bistand ved hjemmefødsel. Disse tilbud vil alene kunne identificeres ved gennemlæsning af fødselsanmeldelserne. Data samlet ind fra fødselsanmeldelserne registrerer, om fødslen har fundet sted i hjemmet.

Spørgsmål nr. 254

**Spørgsmålets ordlyd:**

*"Vil ministeren redegøre for, hvilke ændringer der har fundet sted i jordemødrenes opgaveløsninger de seneste 10 år?"*

Ambulante fødsler/tidlig hjemsendelse nævnes som en af de ændringer, der har fundet sted over de sidste 10 år. Den gængse opfattelse kan være, at man herved har fået mindre travlt, fordi kvinderne går tidligere hjem. I forbindelse med denne ændring er der dog sket en opgaveflytning, således at den information, der tidligere blev givet over flere dages indlæggelse, nu skal gives fyldestgørende og effektivt på de ganske få timer, som parret er på fødeafsnittet – og at den skal gives af fødeafsnittets personale, hvilket også tager tid.

Sundhedsstyrelsens 'Anbefalinger for Svangreomsorgen' fra 2013 understreger, at der skal være tilbud til kvinderne om at blive kontaktet af en jordemoder dagen efter fødslen, enten telefonisk eller ved behov ved hjemmebesøg hos flergangsfødende. For førstegangsfødende og for hjemmefødende tilbydes hjemmebesøg.

Alle forældre og nyfødte tilbydes også, uanset om familien er indlagt eller udskrevet, en konsultation i barnets 3. levedøgn, hvor også blodprøve for stofskiftesygdomme og andet tages på barnet. Konsultationen, som varetages af jordemoder, kan foregå på fødestedet, i en decentral jordemoderkonsultation eller i hjemmet efter regionens beslutning.

Disse tiltag kræver samlet ekstra personaleresourcer. Endelig skal kvinder, der føder ambulantly, have mulighed for åben rådgivning døgnet rundt de første 7 dage efter fødslen. Hvordan dette struktureres er forskelligt afhængigt af lokale forhold, men selvsagt kræver det også, at der er personale til det.

Spørgsmål nr. 255

**Spørgsmålets ordlyd:**

*"Kan ministeren oplyse, om der er noget loft over, hvor mange timer i træk en jordemoder må arbejde?"*

En væsentlig nyskabelse inden for jordemødres vagtform over det seneste tiår er lokalt aftalte vagtformer, hvor to eller tre jordemødre betjener en afgrænset gruppe gravide og fødende kvinder og familier. Denne vagtform er udviklet for at forhøje kendtheden begge veje, og vagtformen virker til at påvirke behov for smertelindring og indgreb positivt, ligesom det giver en endnu højere patienttilfredshed, end den i forvejen er inden for svangreomsorgen.

Vagtformen indebærer kontinuerlig vagt lige over en uge/fri lige under en uge. Der er mulighed for hviletid ved lange kald.

Rådighed fra vagtværelse, som beskrevet i svaret til Sundheds- og Forebyggelsesudvalget, forekommer meget sjældent i dag.

Spørgsmål nr. 256

**Spørgsmålets ordlyd:**

*"Kan ministeren oplyse, hvilke arbejdsopgaver SOSU-assistenten løser på de danske fødeafdelinger?"*

SOSU-assistenters funktioner er som beskrevet af Danske Regioner meget varieret i forbindelse med fødsler.

Hvad der ikke nævnes, er at serviceassistenter kommer mere ind i billedet på mange fødeafdelinger, og jordemødre varetager så hele det sundhedsfaglige spektrum, og, når nødvendigt, i samarbejde med læger.

Den omtalte assistance til jordemoderen lige omkring det tidspunkt, hvor barnet fødes, forstås således: Nogle afdelinger benytter en jordemoder yderligere lige ved fødslen, andre en SOSU-assistent, andre en sygeplejerske fra naboafsnit. Ved stort set alle fødsler sørger jordemoderen for, at der er et ekstra sæt hænder til at assistere ved behov.

Spørgsmål nr. 257

**Spørgsmålets ordlyd:**

*"Kan ministeren oplyse, hvordan antallet af indlæggelsesdage i forbindelse med fødsler har udviklet sig de seneste 10 år, fordelt på de enkelte fødeafdelinger?"*

Se gerne kommentaren til spørgsmål 254 om ambulante fødsler/tidlig hjemsendelse.

Spørgsmål nr. 258:

**Spørgsmålets ordlyd:**

*"Kan ministeren oplyse, hvordan antallet af genindlæggelser for hhv. mor og barn i forbindelse med fødsler har udviklet sig de seneste 10 år, fordelt på de enkelte fødeafdelinger?"*

I forhold til genindlæggelse af spædbørn har afdelingerne registreret forskelligt. Ydermere skelner registreringen ikke mellem hoveddiagnoser og bidiagnoser. Dermed registreres stort set alle børn som havende ernæringsproblemer.

Samtidig bliver det af flere pædiatere påpeget, at niveauet for genindlæggelser nok egentligt var tilpas, taget i betragtning, at man netop sendte så mange flere hjem ambulante.

Sundhedsstyrelsen/Statens Serum Institut har siden været i dialog med fagpersoner om retvisende registrering.

Spørgsmål nr. 259

**Spørgsmålets ordlyd:**

*"Kan ministeren bekræfte, at antallet af komplicerede fødsler i Danmark er stigende, og vil ministeren i bekræftende fald redegøre for årsagerne hertil, samt hvad der sundhedsfagligt kan gøres for at vende udviklingen?"*

Vi er enige med Sundhedsstyrelsen i, at der ikke eksisterer en entydig definition af, hvad der karakteriserer en kompliceret fødsel.

I det følgende knyttes kommentarer til relevante indikatorer, samt suppleres med yderligere belysning af spørgsmålet.

**Kunstforløsning**

Med en kejsersnitsfrekvens på 21 procent ligger Danmark fortsat højt over det af WHO anbefalede niveau for kejsersnit, som ligger mellem 10–15 procent. Kejsersnit medfører risiko for en række umiddelbare komplikationer, men de senere års forskning tyder på, at kejsersnit også kan føre til en række potentielt alvorlige langsigtede komplikationer for både mor og barn. Der er således fortsat god grund til at sikre, at niveauet for kejsersnit reduceres i Danmark. Dette kræver dog, at der prioriteres tilstrækkeligt personalemæssige ressourcer til at yde en individuel svangreomsorg, der styrker den enkelte kvindes empowerment.

**Komplikationer i forbindelse med fødsler**

Vi ser heldigvis, at andelen af kvinder, der får alvorlige bristninger i mellemkødet er faldende gennem det seneste år. Dette skyldes ikke mindst, at de enkelte fødesteder via en ressourcetrækkende indsats har arbejdet målrettet mod at nedbringe frekvensen.

**Igangsætning af fødsler**

Antallet af kvinder, der får deres fødsel sat i gang efter 37. graviditetsuge, er steget fra 9,1 procent i 2000 til 26 procent i 2012.

Det fremhæves i svaret fra Sundhedsstyrelsen, at man i den samme periode har oplevet et fald i antallet af børn, der dør før fødslen. Sundhedsstyrelsen tilskriver dette fald den ændrede igangsættelsesprocedure.

Vi vil fra Jordemoderforeningens side gerne have lov til at sætte spørgsmålstegn ved denne slutning, idet det refererede studie har en metode og opbygning, der medfører, at man ikke kan udlede en entydig årsagssammenhæng.

Svangreomsorgen har ændret sig markant i den pågældende periode. Det er bemærkelsesværdigt, at det glædelige fald i antallet af intrauterint døde børn er sket løbende over hele den 13-årige periode, skønt det kun var i den sidste del, især efter 2011, at man ændrede igangsættelsespraksis.

Igangsættelsesforløb er derudover forbundet med længere fødselsforløb og for væsentlig større behov for undersøgelse, behandling og information/kommunikation under fødslen.

Selve fødslen er for igangsatte kvinder forbundet med et øget behov for vestibulation, hvilket kræver øget overvågning.

Ligeledes har kvinderne oftere brug for epiduralblokade, hvilket kan være med til at forlænge fødslen yderligere. Det er påvist, at selve fødslen hos kvinder, der er sat i gang, er knap to timer længere for både første- og flergangsfødende.

Alligevel fremføres det i en nyligt publiceret artikel, at ekstra sundhedskostninger i forbindelse med igangsættelse er lave. Dette udsagn undsiges af jordemoderledere i hele landet.

### **Generelt**

Udover de komplikationer, der listes op af Sundhedsstyrelsen, bør man også fokusere på, at andelen af kvinder med graviditetsbetinget sukkersyge er stigende. Tillige er der i dag langt større fokus på sårbare gravide og gravide med psykiske sygdomme, der ikke nødvendigvis føder med flere komplikationer, men som kræver en langt tættere opfølgning både under graviditeten, under fødslen og i barselperioden. Dertil er det i dag i langt højere grad end tidligere også muligt for kvinder med kroniske sygdomme at blive gravide og føde, hvilket igen kræver en mere intensiv svangre- og fødselsomsorg.

Jordemoderforeningen og Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi er i tæt samarbejde med Statens Serum Institut om registreringspraksis og udtræk til brug for validering og kvalitetssikring.

Spørgsmål nr. 261

#### **Spørgsmålets ordlyd:**

*"Vil ministeren redegøre for, hvorfor der ikke i bevillingerne til landets fødeafdelinger, er taget højde for den fremrykkede igangsættelse og mindre afventende holdning til graviditeter med moderat risiko eller komplikation...?"*

Ministeren fremhæver, at man vurderer, at 'tidlig igangsættelse af fødsler sandsynligvis er den primære årsag til den betydelige reduktion af dødfødte i Danmark. Det bidrager dermed til, at der opstår færre komplicerede fødsler'.

Som tidligere nævnt er der efter vores overbevisning ikke en entydig årsagssammenhæng mellem den tidligere igangsættelse af fødslen hos raske gravide/fostre og fald i antal dødfødsler. Det er dermed usikkert (tvivlsomt?) om det de nye anbefalinger om tidligere i gang-sættelse bidrager væsentligt til, at der opstår færre komplicerede fødsler på landsplan.

Ministeren påpeger selv, at der er sket et fald i antallet af børn, der døde intrauterint fra 0,7/1000 graviditeter (i 2000) til 0,41/1000 graviditeter (i 2012). I 2013, med omtrentligt 56.000 fødsler, vil det svare til et fald fra 134 børn, der døde i livmoderen, til 78 børn, der døde i livmoderen efter 37 fulde uger. Det må formodes, at kun en brøkdel af faldet skyldes den tidligere igangsættelse, der blev indført i 2010/2011

Det er et meget glædeligt fald. Men i relation til travlhed på et fødeafsnit er antallet ikke med til at ændre billedet.

Hertil skal indtænkes, at dette fald er sket over en 13-årig periode, hvor man først indenfor de seneste ca. fire år har ændret igangsættelsespraksis markant for kvinder, der nærmer sig fulde 42 graviditetsuger.

Endelig kan vi se, at ministeren berører guidelinearbejdet, hvori det beskrives, at de lægevidenskabelige selskaber med jævne mellemrum opdaterer deres faglige anbefalinger og retningslinjer, og at eventuelle budgetmæssige konsekvenser bør indgå i regionernes løbende budgetlægning.

Skal det ses som en forhåndsgodkendelse af, at lægerne kan indføre et nyt regime, og at regionerne så bare skal acceptere og finansiere det?

Lægerne tager i deres guidelinearbejde ikke højde for eventuelle økonomiske konsekvenser. Det finder vi sådan set rigtigt.

Men en prioritering og finansiering skal jo finde sted, og en beslutning som den ovenfor beskrevne får stor betydning for den samlede økonomi på landets fødesteder.

Vi kan i hvert fald klart konstatere, at der ikke er sammenhæng mellem det faglige selskab for obstetrik og gynækologis beslutning om igangsættelse af ukomplicerede graviditeter før fulde 42 uger og regional markering af økonomi til formålet.

Vi takker for gennemlæsningen af vores kommentarer til de fleste af spørgsmål 251-265 til Sundheds- og Forebyggelsesministeren, og vi stiller os til rådighed for videre besvarelse af spørgsmål for interesserede parter.

Med venlig hilsen



Lillian Bondo  
Formand for Jordemoderforeningen