



NOTAT

25-08-2017

EMN-2017-00486

1057709

Ann Vilhelmsen

Kortlægning af svangreomsorgen

Et overblik over organisering, aktivitet og personaleressourcer i
den regionale svangreomsorg

Indhold

1. Indledning.....	3
2. Hovedtendenser	3
3. Organisering og tilbud	4
3.1 Aktører på svangreområdet	4
3.2 Typer af fødesteder	7
3.3 Tilbud til gravide	9
3.4 Tilbud efter fødslen (barselsophold)	12
3.5 Tilbud efter udskrivning.....	13
4. Aktivitetsudviklingen	13
4.1 Komplerede graviditeter og fødsler.....	17
4.2 Gravides alder og vægt.....	18
4.3 Kronisk sygdom blandt gravide	20
4.4 Sårbare gravide.....	21
4.5 Scanninger i graviditeten (fosterdiagnostik)	23
4.6 Kejsersnit	25
4.7 Forbrug af epiduralblokade og ve-stimulerende medicin	26
4.8 Indlæggelsesvarighed og genindlæggelser.....	27
4.9 Antallet af ambulante besøg og jordemoderkonsultationer.....	29
5. Kvalitet og brugertilfredshed.....	31
5.1 Kvindernes vurdering af eget fødselsforløb	31
5.2 Nye faglige initiativer og opgaver på fødeafdelingerne	33
6. Spidsbelastninger	35
7. Personaleberedskab	37
7.1 Udviklingen i antallet af jordemødre, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og læger.....	38
7.2 Opgaveglidning mellem faggrupper	42
7.3 Arbejdstilrettelæggelse blandt jordemødre.....	43
8. Jordemoderuddannelsen.....	44
8.1 Dimensionering	44
8.2 Revideret jordemoderuddannelse	45
8.3 Udbredelse af jordemødrenes beskæftigelsesfelt	47
9. Speciallægeuddannelsen i obstetrik.....	48
9.1 Dimensionering	48

1. Indledning

I november 2016 startede en debat i bl.a. medier, regioner og på Christiansborg om, at personalet på landets fødeafdelinger oplever en øget aktivitet, som de ikke har de nødvendige rammer og ressourcer til at håndtere. Problemstillingen har de seneste år med jævne mellemrum været genstand for medieomtale.

Danske Regioner tog på den baggrund initiativ til en kortlægning af svangreomsorgen med henblik på at få et mere faktuel overblik over organisering, aktivitet og personaleressourcer. Formålet med kortlægningen har været at skabe et grundlag for eventuelle initiativer, som kan sikre, at alle børn og forældre uanset geografi og social baggrund får den sundest mulige start på henholdsvis livet og forældreskabet.

Kortlægningen dækker sundhedsvæsnets ydelser i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel. Den beskæftiger sig hovedsageligt med det regionale sundhedsvæsen, herunder almen praksis og sygehusene. Den berører dog også den kommunale sundhedspleje samt private tilbud inden for hjemmefødsler og klinikfødsler.

2. Hovedtendenser

Svangreområdet har i de senere år været præget af to overordnede tendenser:

- en faglig og medicinsk udvikling
- en demografisk og holdningsmæssig udvikling i befolkningen

Fagligt har retningslinjer og initiativer på svangreområdet været med til at øge kvaliteten og sikkerheden for kvinder og nyfødte børn. Spædbørnsdødeligheden og antallet af børn, der til terminen dør i moderens mave, er faldet, og antallet af børn født med iltmangel er nedbragt. Udviklingen indebærer, at der bliver foretaget flere scanninger og laboratorieundersøgelser af den gravide.

Antallet af fødsler er steget siden 2013. Der blev i 2013 født 55.873 levendefødte børn. Det var i 2016 steget til 61.614 levendefødte børn, svarende til en stigning på 10 procent. I 2025 forventes fødselstallet at være steget med yderligere 20 procent til 72.500 fødsler om året. Samtidig er de fødendes alder og vægt steget, og flere gravide modtager ydelser grundet sociale problemer eller får behandling for psykiske lidelser og kroniske sygdomme. Komplexiteten i kvindernes graviditet og fødsel er som følge heraf steget.

Kvinder og deres partnere er i stigende grad bevidste om deres sundhed, hvilket smitter af på deres håndtering af graviditet, fødsel og forældreskab. De deltager f.eks. i sociale medier og chatfora, samt søger dels til alternativ behandling og dels til private jordemoder- og ultralydsundersøgelser.

3. Organisering og tilbud

Svangreområdet er reguleret i sundhedsloven. Heraf følger det, at den gravides bopælsregion afholder udgifterne til forebyggende helbredsundersøgelser hos en læge og til vejledning om svangerskabshygiejne¹. Sundhedsstyrelsen fastsætter antallet af forebyggende helbredsundersøgelser.

Kvinder har i anledning af deres graviditet ret til op til fem vederlagsfri forebyggende helbredsundersøgelser hos en læge, heraf tre under graviditeten². Forebyggende helbredsundersøgelser omfatter:

- vejledning om forebyggelse og sundhedsfremme i svangerskabet
- information om de generelle tilbud i løbet af graviditeten og om valg af fødesteder
- oplysning om baggrunden for de forskellige undersøgelser og drøftelse af de mulige konsekvenser af resultaterne

Regionerne yder desuden forebyggende helbredsundersøgelser hos en jordemoder og jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet³.

Den gravides kommune kan beslutte, at hvis den gravide har særlige behov, skal hun tilbydes en særlig indsats⁴.

3.1 Aktører på svangreområdet

3.1.1 Den praktiserende læge

Den praktiserende læge betragtes i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen som den gennemgående fagperson, der er med til at sikre kontinuitet i forløbet for kvinden og hendes familie før, under og efter graviditeten⁵.

Lægen foretager helbredsundersøgelser og opstarter en svangerskabs- og vandrejournal ved første graviditetsundersøgelse⁶. Svangerskabsjournalen fungerer som henvisning til jordemoder og fødested.

Hvis der er fysiske eller psykosociale risikofaktorer, der kan føre til et unormalt graviditets- eller fødselsforløb, skaber lægen overblik over disse og videreformidler oplysningerne til fødeafdelingen.

¹ Sundhedsloven § 61

² Bekendtgørelse nr. 295 af 20. april 2009

³ Sundhedsloven § 83

⁴ Bekendtgørelse nr. 1344 af 3. december 2010

⁵ Sundhedsstyrelsen, 'Anbefalinger for Svangreomsorgen', 2013, side 16

⁶ Sundhedsstyrelsens, 'Anbefalinger for Svangreomsorgen', 2013, side 29-30

3.1.2 Jordemoderen

I Sundhedsstyrelsens anbefalinger beskrives jordemoderen som den fagperson, den gravide har mest kontakt med under graviditeten, og som den centrale fagperson under fødslen⁷.

Før fødslen følger jordemoderen op på, hvad lægen har skrevet i vandrejournalen. Jordemoderen arbejder ud fra en sundhedsfremmende tilgang og foretager ressourceopsporing, samt risikovurderer i forhold til kvindens og parrets individuelle behov for behandling og omsorg.

I løbet af jordemoderkonsultationerne har jordemoderen et selvstændigt ansvar for at vejlede og informere om graviditet, fødsel, barsel og livsstil, samt jordemoderfaglig behandling og styrkelse af forældrenes tillid til egne kompetencer og muligheder. Jordemoderen tager også urintest, måler blodtryk, vurderer fostervækst og undersøger fostrets hjertelyd. Derudover varetager jordemødre i relation til de gravide kvinder bl.a. følgende opgaver:

- Ambulante kontroller på fødegangen
- Telefonrådgivning i graviditeten og under begyndende fødsel
- Pleje og behandling af indlagte gravide
- Observation, undersøgelse og behandling af gravide, der henvender sig med akutte problemstillinger under graviditeten
- Fødsels- og forældreforberedelse og rundvisninger ved åbent hus på fødeafdelingen
- Ordinere relevant medicin inden for rammeordination
- Rådgive om familieplanlægning

Jordemoderen understøtter og varetager selvstændigt den spontant forløbende fødsel og sikrer, at der ved tegn på komplikationer iværksættes behandling i samarbejde med og under ansvar af en læge. Ved den spontant forløbende fødsel består jordemoderens opgave bl.a. i at hjælpe den fødende med at håndtere veer, støtte kvinden/familien, overvåge at fødslen skrider ukompliceret frem, samt overvåge moderens og barnets tilstand.

Jordemoderen har også en central rolle ved komplicerede forløb, som foregår i et tæt samarbejde med obstetriske læger, herunder f.eks. ved truende for tidlig fødsel, spontane og medicinsk inducerede aborter samt dødfødsler. Endvidere medvirker jordemødrene ved planlagte og akutte kejsersnit, igangsatte fødsler, flerfoldfødsler mv.

I barselperioden støtter jordemoderen kvinden og hendes partner i familiedannelse, herunder mestring af forældreopgaven og tro på egne evner og ressour-

⁷ Sundhedsstyrelsen, 'Anbefalinger for Svangreomsorgen', 2013, side 30

cer gennem pleje og/eller en til flere efterfødselssamtaler. Jordemoderen observerer mor og barns trivsel. På flere fødesteder varetager jordemødrene også barselspleje af indlagte mødre og nyfødte.

Jordemødre sikrer generelt, at der tilbydes relevant intervention og henviser om nødvendigt til behandling, hvis det er påkrævet, samt at nødvendig information overleveres til egen læge og den kommunale sundhedstjeneste. Ydermere foretager jordemoderen hælblodprøve og hørescreening på barnet.

3.1.3 Obstetrikeren

Den obstetriske speciallæge varetager – i samarbejde med jordemoderen og eventuelt andre fagpersoner såsom socialrådgivere og psykologer – undersøgelser og behandling under graviditet, fødsel og barsel⁸. Den obstetriske speciallæge har særligt fokus på:

- Kvinder med høj risiko for komplikationer under graviditet og fødsel på grund af 1) kronisk sygdom, 2) tidligere graviditets- og/eller fødselskomplikationer, eller 3) psykologiske eller sociale problemer
- Kvinder, hvis graviditets-, fødsels- og/eller barselsforløb af andre årsager afviger fra normalen

Obstetrikernes opgaver inkluderer bl.a.:

- Ambulatorium for gravide med aktuel/tidligere kompliceret graviditet
- Tilsyn til gravide og supervision af jordemødre og andet personale, der passer gravide, som er blevet henvist akut
- Gennemgår prøvesvar på indlagte og ambulante gravide
- Bistår og leder komplicerede fødsler
- Foretager kejsersnit og operationer i forbindelse med fødslen
- Stuegang på indlagte gravide og barslende med komplicerede forløb
- Ordinerer medicin, der ligger ud over, hvad jordemoderen har ret til
- Udskrivningskort (epikriser) til egen læge ved komplicerede forløb
- Vagthavende går tilsyn på relevante patienter, indlagt i andre specialer
- Råd og vejledning til almen praktiserende læger og speciallæger
- Rådgivning i forhold til fremtidig prævention og fremtidige graviditeter
- Forskning, udvikling og udarbejdelse af faglige retningslinjer
- Føtalmedicinen udfører specialiserede scanninger og genetisk rådgivning, samt foretager invasiv diagnostik og afholder opfølgende samtaler

Obstetrikken har et tæt samarbejde med andre specialer og faggrupper. Eksempler på førstnævnte er bl.a. anæstesiologi, pædiatri, de intern medicinske specialer, urologi og kirurgi. Af andre faggrupper, som ved behov bliver involveret, kan bl.a. nævnes fysioterapeuter, psykologer og kommunale sagsbehandlere.

⁸ Sundhedsstyrelsen, 'Anbefalinger for Svangreomsorgen', 2013, side 31

3.1.4 Sundhedsplejersken

Sundhedsplejersken kan, afhængigt af kommunens tilbud, tilbyde hjemmebesøg i graviditeten, særligt til sårbare gravide. I barselperioden besøger sundhedsplejersken den nye familie med henblik på at vurdere, om barnet får nok ernæring, reagerer normalt og er sundt og raskt. Sundhedsplejersken støtter og styrker også forældrenes ressourcer, omsorg og tro på egne kompetencer. Hvis der er komplikationer hos barnet eller moderen, bliver familien henvist til jordemoder, praktiserende læge, socialforvaltning eller andre relevante samarbejdspartnere.

Det er fødestedet, som sender en anmeldelse af fødslen til sundhedsplejen i moderens hjemkommune, såfremt moderen har afgivet samtykke hertil.

3.1.5 Sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten

Sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten assisterer jordemødrene ved pleje og behandling af mødre og nyfødte børn på fødegangen. De hjælper derudover med oprydning og opredning af stuer, bestilling af mad og varer, samt indlæggelse af gravide og oprettelse af cpr-numre til nyfødte. Det varierer dog lidt fra fødested til fødested hos hvilken af de to faggrupper, opgaverne ligger.

Sygeplejerskerne varetager også observation på barselsgangen, herunder ammevejledning og telefonrådgivning til kvinder, der er blevet udskrevet.

3.1.6 Sekretæren

Sekretæren modtager henvisninger og patienter, og de opretter journaler. De indkalder gravide til jordemoderkonsultationer, scanninger og lægesamtaler, ligesom de skriver notater og epikriser, registrerer ydelser og varetager kontoropgaver.

3.2 Typer af fødesteder

Omkring 97 procent af alle fødsler foregår på et hospital. Knap tre procent foregår i hjemmet. Den sidste andel føder på private jordemoderledede fødeklinikker. De forskellige typer af fødesteder kan inddeles som følgende⁹.

- **Fødsler på hospitaler** foregår som regel på et fødeafsnit (eller en fødegang) på en fødeafdeling, som i de fleste tilfælde er en underafdeling til en Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling. Næsten alle fødeafdelinger har indført ambulante fødsler for flergangsfødende, der har født ukompliceret og har gode erfaringer fra tidligere forløb.

⁹ Sundhedsstyrelsen, 'Anbefalinger for Svangreomsorgen', 2013, side 32

- **Fødsler i hjemmet** foregår som regel med en jordemoder fra et hospital, som er til stede i den fødendes eget hjem. Region Sjælland har en privat, men regionalt finansieret hjemmefødselsordning. Alternativt kan gravide selv finde en privat jordemoder, hvilket indebærer egenbetaling. Hjemmefødsler anbefales ikke til risikogravide eller ved forhold, der giver øget risiko for komplikationer ved en forestående hjemmefødsel. Det regionale sundhedsvæsen er forpligtet til at stille en jordemoder til rådighed til hjemmefødsler.
- **Fødsler på private, jordemoderledede fødeklinikker** foregår kun i Region Sjælland, hvor Storkereden siden 2013 har været et gratis tilbud til regionens borgere. Siden ultimo 2016 har borgere uden for Region Sjælland også kunne benytte sig af tilbuddet. Storkereden tilbyder bl.a. jordemoderkonsultationer, fødsel i en af tre fødeklinikker og en efterfødselssamtale. Tilbuddet anbefales ikke til risikogravide. Kvinder, der føder før tid, oplever komplikationer eller skal sættes i gang, bliver overflyttet til et sygehus.

Tabel 1: Regionale fødesteder (hospitaller)

	Antal	Afdeling	Antal levendefødte i regionen i 2016
Region Nordjylland	3	Aalborg Universitetshospital, Regionshospital Nordjylland (Thisted), Regionshospital Nordjylland (Hjørring)	5.837
Region Midtjylland	5	Aarhus Universitetshospital, Hospitalsenheden Horsens, Hospitalsenhed Midt, Hospitalsenhed Vest i henholdsvis Herning og Holstebro, Regionshospitalet Randers	14.346
Region Syddanmark	5	Odense Universitetshospital (fødeafdeling Odense og fødeafdeling Svendborg), Sydvestjysk Sygehus, Sygehus Sønderjylland, Sygehus Lillebælt	11.824
Region Sjælland	4	Holbæk Sygehus, Sjællands Universitetshospital, Næstved Sygehus, Nykøbing Falster Sygehus	7.295
Region Hovedstaden	5	Amager og Hvidovre Hospital, Bornholms Hospital, Herlev og Gentofte Hospital, Nordsjællands Hospital, Rigshospitalet	22.312

Kilde: Regionerne og Danmarks Statistik

De højt specialiserede funktioner i obstetrik er placeret på landets universitetshospitaler, herunder Rigshospitalet der har flest. Flere af disse funktioner er også på Odense, Aarhus og Aalborg Universitetshospital, samt på Herlev og Hvidovre Hospital. Herudover har disse hospitaler, sammen med en række regionshospitaler, en lang række regionale funktioner med en relativ høj specialiseringsgrad.

Varetagelse af højt specialiserede funktioner i obstetrik kræver – afhængigt af den enkelte funktion – samarbejde med anæstesiologi, karkirurgi, thoraxkirurgi, neurokirurgi, plastikkirurgi, intern medicin, infektionsmedicin, psykiatri, klinisk genetik og evt. molekylærbiologisk laboratorium¹⁰.

3.3 Tilbud til gravide

Eksempler på tilbud i svangreomsorgen er: Individuel eller gruppekonsultation, en ultralydsundersøgelse, et hjemmebesøg, et fødsels- og forældreforberedende kursus eller et åbent hus-arrangement.

Sundhedsstyrelsen anbefaler en niveaudeling af tilbuddene til gravide med henblik på at sikre den nødvendige støtte og omsorg i forhold til såvel somatiske, sociale og psykiske risikofaktorer¹¹. Niveauerne går fra 1 til 4, jf. tabel 2.

Det gælder for alle fire niveauer, at hvis der ved den første graviditetsundersøgelse af egen læge – eller senere i forløbet – er mistanke om øget risiko for komplikationer under graviditet og fødsel, bliver kvinden henvist til undersøgelse hos en obstetriker.

Sundhedsstyrelsen anbefaler desuden, at alle gravide bliver tilbudt fødsels- og forældreforberedelse¹². Udover at det kan medvirke til en større tryghed hos den gravide og de nærmeste pårørende i graviditeten og under fødslen, er det dokumenteret, at fødsels- og forældreforberedelse er med til at udsætte det tidspunkt, hvor de gravide henvender sig på fødestederne. De henvender sig først, når fødslen er mere fremskreden¹³. Det er væsentligt, fordi det også er dokumenteret, at en tidlig henvendelse på fødegangen hænger sammen med en længere fødsel, flere indgreb samt dårligere fødselsoplevelse.

¹⁰ Sundhedsstyrelsen, 'Specialevejledning for gynækologi og obstetrik', 2016, side 7

¹¹ Sundhedsstyrelsen, 'Anbefalinger for Svangreomsorgen', 2013, side 27

¹² Sundhedsstyrelsen, 'Anbefalinger for Svangreomsorgen', 2013, side 26-27

¹³ Region Midtjylland, 'Fødeplan 2012 – Region Midtjyllands planer og visioner for svangreomsorgen', 2012, side 55

Tabel 2: Sundhedsstyrelsens niveaudeling af svangreomsorgen¹⁴

Niveau 1	Det basale tilbud om graviditetsundersøgelser, fødselshjælp og barselspleje til kvinder, hvis graviditet vurderes at være uden øget risiko.
Niveau 2	Et udvidet tilbud, som kan varetages af de faggrupper, der arbejder inden for svangreomsorgen. Det kan f.eks. dreje sig om tilbud til rygere eller overvægtige. Det kan også dreje sig om kvinder med tidligere dårlig fødselsoplevelse eller mislykket ammeforløb, kvinder der venter mere end ét barn eller kvinder med risiko for graviditetsbetinget diabetes.
Niveau 3	Et udvidet tilbud til gravide med sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger af mere kompleks karakter. Tilbuddet involverer et tværfagligt samarbejde med andre faggrupper i sundhedssektoren og/eller tværsektorielt samarbejde med kommunen. Det kan f.eks. dreje sig om kvinder med psykologiske eller psykiatriske problemer eller om kvinder, som har nyopståede eller kroniske somatiske lidelser, der fordrer samarbejde med andre speciallæger. Kvinder med sværere sociale problemstillinger af enten økonomisk eller familiær karakter kan desuden have behov for et udvidet tilbud om kontakt til og støtte fra sundhedsvæsenet eller socialforvaltningen. Lokale tværfaglige grupper vil typisk kunne varetage opgaverne på dette niveau.
Niveau 4	Et udvidet tilbud til gravide med særligt komplicerede problemstillinger som f.eks. rusmiddelproblemer, svære psykiske eller psykiatriske lidelser og/eller alvorlig social belastning, hvor der med høj sandsynlighed vil blive vanskeligheder med tilknytningen mellem mor og barn og varetagelse af barnets tarv. Tilbuddet indebærer samarbejde med specialiserede institutioner som f.eks. familieambulatoriet, familieinstitutioner og andre behandlingstilbud.

Kilde: Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for Svangreomsorgen

Tabel 3 er baseret på en vejledende oversigt for den tidsmæssige placering af kontakter i basistilbuddet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen. Sundhedsstyrelsen ligger dog op til, at der bør være mulighed for at tilbyde flere eller færre konsultationer i forhold til de individuelle behov.

¹⁴ Sundhedsstyrelsen, 'Anbefalinger for Svangreomsorgen', 2013, side 27

Tabel 3: Vejledende tilbud til førstegangsfødende i basistilbuddet (niveau 1)¹⁵

Gestations- alder (uge)	Tilbud	Jordemoder, sono- graf/føtalmedicinere eller obstetrikere	Egen læge	Kom- mune
	Graviditetsbesøg af sundhedsplejer- ske ved særlige behov			X
6-10	Første graviditetsundersøgelse		X	
11-14	Ultralyd (1. trimesterscanning)	X		
13-15	Konsultation/undersøgelse	X		
18	Ultralyd (2. trimesterscanning)	X		
21	Konsultation/undersøgelse	X		
25	Konsultation/undersøgelse		X	
29	Konsultation/undersøgelse	X		
32	Konsultation/undersøgelse		X	
35	Konsultation/undersøgelse	X		
37	Konsultation/undersøgelse	X		
39	Konsultation/undersøgelse	X		
41	Konsultation/undersøgelse (ved overskridelse af termin)	X		
Fødsel	På sygehus, i hjemmet eller på klinik	X		
1 døgn efter	Hjemmebesøg ved hjemmefødsel el- ler tidlig udskrivning	X		
1-10 dage efter	Tilbud om efterfødselssamtale	X		
1-7 dage efter	Åben rådgivning (jordemoder eller sygeplejerske)	X		
2-3 dage efter	Efterfødselskonsultation	X		
4-5 dage efter	Barselsbesøg ved sundhedsplejerske			X
	Opstart af mødregruppe			X
8 uger efter	Helbredsundersøgelse		X	

Kilde: Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for Svangreomsorgen

I tabel 3 er der angivet et besøg hos praktiserende læge tidligt i graviditeten. Der kan dog være tale om to besøg, ét til konstatering af graviditeten og ét til udfyldelse af svangerjournal og doubletest.

¹⁵ Sundhedsstyrelsen, 'Anbefalinger for Svangreomsorgen', 2013, side 41

Aalborg Universitetshospital og Regionshospital Nordjylland i Hjørring, samt fødestederne i Region Midtjylland og Region Syddanmark har udeladt jordemoderkonsultationen i uge 21 eller ladet den være behovsbestemt¹⁶. Et fødested i Region Sjælland har for flergangsfødende erstattet konsultationen med en café, hvor man kan henvende sig ved behov.

Konsultationen i uge 41 foregår derudover ofte på sygehuset og ikke som almindelig jordemoderkonsultation.

Ikke alle hospitaler tilbyder hjemmebesøg ved tidlig udskrivning eller hjemmefødsel. De har i så fald et andet tilbud om opfølgning ved jordemoder.

Jordemødre i regionerne og sundhedsplejen i kommunerne står for fødsels- og familieforbereelse, som i stigende grad bliver tilrettelagt hen over sektorgrænsen.

3.4 Tilbud efter fødslen (barselsophold)

Formålet med efterfødsels- og barselspleje er at støtte og styrke forældrene i omsorgen for deres barn i den første tid efter fødslen samt at observere trivsel og tilstand hos mor og barn med henblik på at forebygge og håndtere eventuelle problematikker. Barselsopholdet kan foregå:

- **I hjemmet.** Det forudsætter en rask nyfødt og en forventet ukompliceret barselsperiode. Førstegangsfødende og flergangsfødende med ukompliceret fødsel udskrives henholdsvis 24-48 timer og 2-6 timer efter fødslen (dog ikke tvungent i nattetimerne). Kvinder, der har født hjemme, forbliver hjemme under barselsopholdet, med mindre andet er indiceret.
- **På patienthotel eller familieafsnit.** Det forudsætter en rask nyfødt og en forventet ukompliceret barselsperiode. Førstegangsfødende tilbydes ophold i 24-48 timer efter fødslen (varierer mellem regionerne). Flergangsfødende med tidligere ammeproblemer og barslende, der ikke længere behøver døgndækkende observation, får også tilbuddet.
- **På barselsafsnit eller neonatalt afsnit.** Det omfatter mødre og børn med behov for døgndækkende observation og/eller behandling.

¹⁶ Region Midtjylland, 'Fødeplan 2012 – Region Midtjyllands planer og visioner for svangreomsorgen', 2012, side 41, og Region Nordjylland, 'Fødselsplan – Region Nordjyllands plan og mål på fødselsområdet', 2016, side 20

3.5 Tilbud efter udskrivning

Efter udskrivning tilrettelægger og tilbyder fødestedet åben telefonrådgivning 24 timer i døgnet, tilbud om hjemmebesøg ved jordemoder til førstegangsfødende og telefonisk kontakt til flergangsfødende, der udskrives inden for 24 timer, samt konsultation ved jordemoder til alle nyfødte.

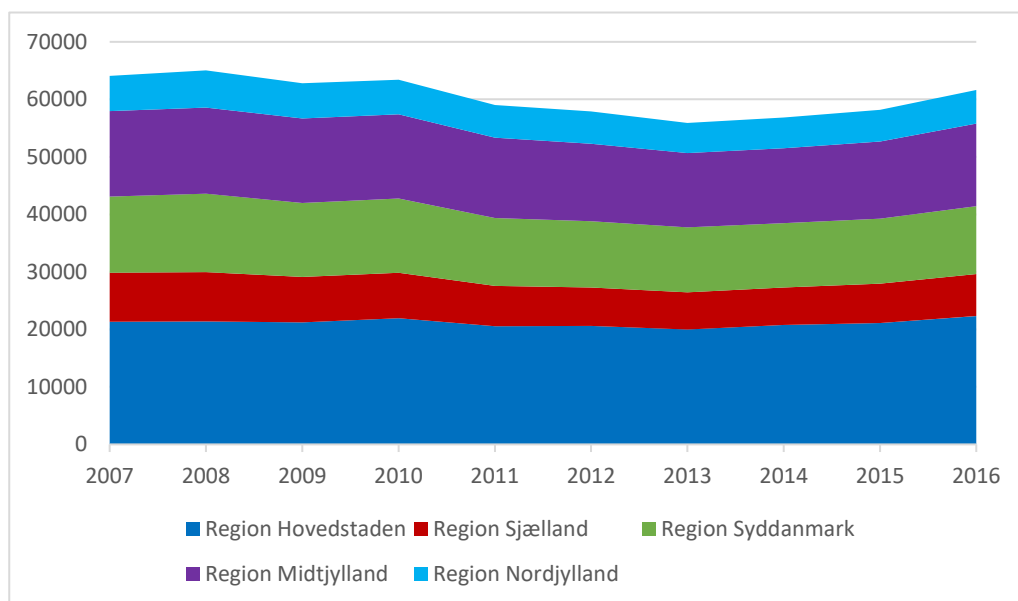
Ved hjemmefødsler tilbyder fødestedet, som jordemoderen kommer fra, åben rådgivning i de første 7 dage efter fødslen. Jordemoderen tilbyder som udgangspunkt hjemmebesøg et døgn efter fødslen, og familien tilbydes konsultation på fødestedet 48-72 timer efter fødslen.

Kommunen tilbyder og tilrettelægger barselsbesøg ved sundhedsplejerske i hjemmet til alle nyfødte på 4. eller 5. dagen efter fødslen, medmindre den gravide har frabedt sig det¹⁷. Hvis der har været tegn på komplikationer i forbindelse med konsultationen på sygehuset i dagene forinden, varetages opgaven fortsat på sygehuset.

4. Aktivitetsudviklingen

Over 10 år er antallet af levendefødte børn per år faldet fra 64.082 børn i 2007 til 61.614 i 2016¹⁸. I 2013 var antallet af levendefødte børn nede på 55.873. Siden da er antallet steget igen, og mellem 2013 og 2016 steg det årlige antal levendefødte børn med 5.741.

Figur 3: Levendefødte børn fordelt efter region, 2007-2016



Kilde: Danmarks Statistik

¹⁷ Sundhedsstyrelsen, 'Anbefalinger for Svangreomsorgen', 2013, side 37

¹⁸ Danmarks Statistik, maj 2017

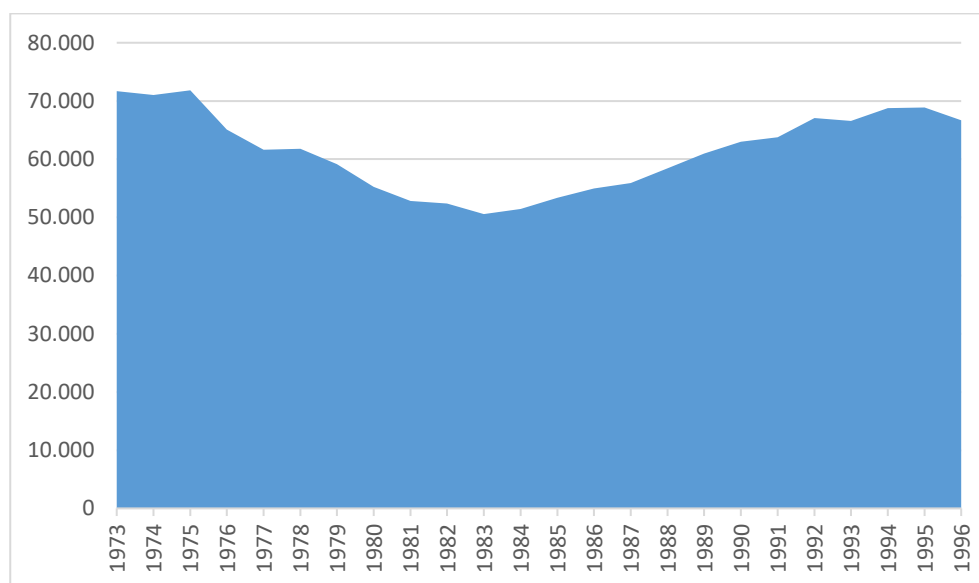
Antallet af dødfødte børn per år er faldet fra 336 i 2007 til 207 børn i 2015¹⁹. Det svarer til et fald i antallet af dødfødte børn på 38 procent. Et dødfødt barn er et barn, der kommer til verden uden tegn på liv efter svangerskabets 22. uge. Antallet er senest opgjort for 2015 i Det Medicinske Fødselsregister.

Den samlede fertilitet steg fra 1,71 barn per kvinde i 2015 til 1,79 barn per kvinde i 2016. Det er tredje år i træk, at fertiliteten er steget.

Antallet af flerfoldsgraviditeter (tvillinger, trillinger mv.) har været faldende siden 2008 og frem til 2014, som er de seneste data i Danmarks Statistik. I 2008 var der 1.448 flerfoldsfødsler i Danmark. Det var i 2014 faldet til 1.070 flerfoldsfødsler. Det kan forklares med en ændret praksis for fertilitetsbehandling.

Flerfoldsgraviditeter er forbundet med risiko for en række graviditets- og fødselskomplikationer, bl.a. væksthæmning og for tidlig fødsel²⁰.

Figur 4: Antallet af fødsler i Danmark, 1973-1996



Kilde: Det Medicinske Fødselsregister

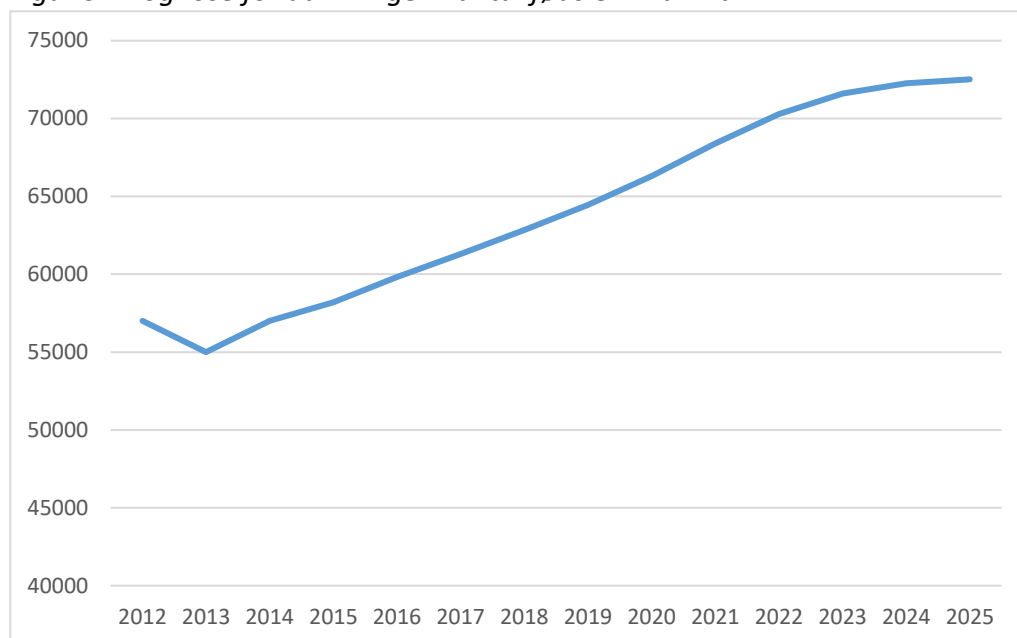
De store fødselsårsgange fra midten af 1980'erne og i 1990'erne sammenholdt med, at kvinder i dag i gennemsnit får deres første barn, når de er omkring 30 år, betyder, at der vil kunne forventes en stigning i fødselstallet det kommende årti. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) og Jordemoderforeningen forudser, på baggrund af data fra Danmarks statistik, en stigning på

¹⁹ Det Medicinske Fødselsregister, maj 2017

²⁰ Region Midtjylland, 'Fødeplan 2012 – Region Midtjyllands planer og visioner for svangreomsorgen', 2012, side 45

20-25 procent over de næste 15 år, jf. figur 5. Det vil medføre, at fødselstallet vil stige til omkring 72.500 fødsler i 2025.

Figur 5: Prognose for udviklingen i antal fødsler i Danmark



Kilde: Danmarks Statistik

Ud af det samlede antal levendefødte børn er andelen af børn, som er født hjemme, steget fra 1,2 procent i 2013 til 2,8 procent i 2016.

Tabel 3: Udviklingen i antal hjemmefødsler i regionerne, 2013-2016

	2013	2014	2015	2016
Hovedstaden	250	364	480	671
Sjælland	203	190	236	322
Syddanmark	137	132	181	253
Midtjylland	3	116	230	330
Nordjylland	82	79	82	142
I alt	675	881	1.209	1.718
Andel ud af alle levendefødte	1,2 procent	1,5 procent	2,1 procent	2,8 procent

Kilder: De fem regioner

Fødeafdelingerne har pligt til at stille en jordemoder til rådighed til en hjemmefødsel, dette til trods for at en fødeafdeling allerede kan have alle jordemødre i et givet vagthold beskæftiget.

En jordemoder, der varetager en hjemmefødsel, indgår således ikke i fødeafdelingens beredskab svarende til den ekstra transporttid, det tager at komme til den fødendes hjem. I den tid kan jordemoderen ikke træde til og varetage flere opgaver i afdelingen, såsom at passe flere patienter under travlhed på fødeafdelingen eller svare akuttelefonen.

Selve fødslen i hjemmet tager som udgangspunkt den samme tid som en fødsel på en fødeafdeling, idet jordemoderen til såvel en hjemmefødsel som en hospitalsfødsel skal yde én til én omsorg indtil to timer efter fødslen. Foruden at jordemoderen er til stede under selve fødslen i hjemmet, aflægger en jordemoder også besøg før og efter.

En af de store udfordringer ved hjemmefødsler er således, at de stiller større krav til jordemoderberedskabets fleksibilitet og mængden af ressourcer, hvilket især kommer til udtryk, når der er travlhed på fødeafdelingerne.

Hospitalet udgør desuden backup i tilfælde af behov for overflytning på grund af mistanke om eller opståede komplikationer, hvor det ikke længere er forsvarligt at lade kvinden føde i hjemmet. Dette beredskab består af jordemødre, obstetrikere, samt narkose- og børnelæger.

Ud af de 322 hjemmefødsler i Region Sjælland i 2016 blev 39 overflyttet til et hospital på grund af komplikationer. Det svarer til 12 procent. I Region Nordjylland blev 65 ud af 142 hjemmefødsler overflyttet til et hospital, hvilket svarer til 46 procent. I Region Hovedstaden overflyttes mellem 12 og 20 procent af hjemmefødslerne til et hospital.

Til en sammenligning blev 45 procent af alle førstegangsfødende og 12 procent af alle flergangsfødende i et britisk studie, som inkluderer 3.530 hjemmefødsler mellem april 2008 og april 2010, overflyttet til et hospital enten under fødslen eller lige efter²¹. Alle involverede kvinder var sunde og med ukomplicerede graviditeter.

Omvendt skal det nævnes, at en hjemmefødsel, uden senere komplikationer, letter hospitalet for en indlæggelse. Samtidig anvendes der ved hjemmefødsler mindre udstyr og smertelindring.

²¹ Peter Brocklehurst, 'Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study', British Medical Journal, 2011 (publiceret den 24. november 2011), side 8

I Region Hovedstaden bliver hjemmefødsler varetaget af jordemødre med særlig interesse for og kompetence i hjemmefødsler. Fødestederne betjener de kvinder, der bor i deres optageområde.

Region Sjælland har kontrakt med den private samarbejdspartner 'Hjemmefødselsordning Sjælland', som varetager hjemmefødsler i Region Sjælland. Det er aftalt, at alle kvinder, der ønsker hjemmefødsel, henvises til hjemmefødselsordningen.

Region Syddanmark tilbyder Kendt Jordemoderordning til bl.a. hjemmefødsler og til sårbare gravide. Det betyder, at disse fødsler tilbydes i regi af Kendt Jordemoderordningen. Her varetager 3-4 jordemødre graviditets-, fødsels- og efterfødselsforløbet for de tilknyttede kvinder. Hvert fødested har etableret et Kendt Jordemoderteam, der selv forestår organisering og beredskab, dog med gensidigt back-up mellem det konventionelle vagtberedskab og Kendt Jordemoderteam ved travlhed og komplikationer.

Hjemmefødsler i Region Midtjylland varetages som hovedregel af det faste vagtberedskab og/eller af jordemødre i Kendt Jordemoderordning. I Region Nordjylland bliver hjemmefødslerne også varetaget af Kendt Jordemoderordning.

4.1 Komplicerede graviditeter og fødsler

Det samlede antal graviditeter kan lidt groft opdeles i komplicerede og ukomplicerede graviditeter. Ligeledes kan det samlede antal fødsler lidt groft opdeles i komplicerede og ukomplicerede fødsler. En kompliceret graviditet kan medføre en kompliceret fødsel, og en betydelig andel af de ukomplicerede graviditeter kan også ende med en kompliceret fødsel.

En kompliceret graviditet kan f.eks. skyldes, at den gravide har en til flere kroniske sygdomme, at hun har eller tidligere har haft en psykisk lidelse, at hun ryger, er overvægtig eller er socialt udsat.

Hertil kommer, at flere kvinder, som tidligere ikke kunne blive gravide på grund af sygdom, bliver gravide i dag. Det gælder f.eks. nyretransplanterede kvinder, kvinder med hjertesygdomme og kvinder med svær diabetes. Det er en glædelig udvikling, at de kan blive gravide i dag, men det medvirker også til stigningen i komplicerede fødsler.

Komplicerede graviditeter og fødsler er ofte mere ressourcekrævende, idet de f.eks. indebærer flere konsultationer, undersøgelser og længere fødsler.

Der er ikke fastsat en entydig definition på, hvornår en fødsel kan karakteriseres som kompliceret. Danmarks statistik benytter en såkaldt 99-gruppering, som er en inddeling på diagnosekoder. Ifølge inddelingen er en ikke-kompliceret fødsel defineret som en spontan enkeltfødsel, og alle andre diagnosekoder, som er

knyttet til en fødsel, er defineret som en kompliceret fødsel. De komplicerede fødsler er således mindre veldefinerede.

Hvis en kompliceret fødsel defineres efter Danmarks Statistiks 99-gruppering er det samlede antal komplicerede fødsler svagt stigende fra 26.347 komplicerede fødsler i 2013 til 26.403 i 2015. Den samlede andel af komplicerede fødsler har været faldende fra 48,1 procent i 2013 til 46,7 procent i 2015.

I et svar til Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg inkluderer Sundhedsstyrelsen igangsættelser og kunstforløsnings (fødsler ved kejsersnit og/eller sugekop og tang) i en opgørelse af udviklingen i komplicerede fødsler²². Ud fra denne definition er hyppigheden steget fra 42,8 procent i 2004 til 53,5 procent i 2013. I absolutte tal er antallet af komplicerede fødsler steget fra 27.307 til 29.566, på trods af et faldende fødselstal i samme periode. Sundhedsstyrelsen vurderer, at den primære årsag hertil har været en stigning i antallet af igangsættelser.

Stigningen i antallet af igangsættelser er bl.a. et resultat af Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologis (DSOG's) anbefaling om, at alle kvinder har født inden deres fulde 42 graviditetsuger. Baggrunden for anbefalingen er, at risikoen for, at fosteret dør i moderens mave, stiger markant, når kvinden går over sin termin og især efter 42 uger. Anbefalingen har sammen med bl.a. ændret overvågningspraksis i graviditet efter uge 41 bidraget til at halvere antallet af børn, der døde i moderens mave efter 37. uge.

Andre indikationer for at sætte en fødsel i gang er f.eks. svangerskabsforgiftning, sukkersyge og væksthæmning hos barnet. Det skal her understreges, at en fødsel, der er sat i gang, ikke i dansk kontekst er påvist at medføre yderligere indgreb eller komplikationer. Men igangsatte fødsler varer længere og kræver mere jordemoder- og lægearbejde end en spontant indsættende fødsel.

Udviklingen i antallet af komplicerede graviditeter og fødsler kan, foruden ovennævnte stigning i kunstforløsnings og igangsættelser, belyses ud fra indikatorer såsom de fødende kvinders alder og vægt, kronisk sygdom og psykiske lidelser blandt gravide, samt udviklingen i antal kontakter og scanninger.

4.2 Gravides alder og vægt

Ældre kvinder og kvinder med overvægt har oftere komplicerede graviditeter, der f.eks. kan medføre, at fødslen bliver sat i gang, eller at det kan blive nødvendigt at foretage kejsersnit²³.

²² Svar til Sundheds- og Forebyggelsesudvalgets spørgsmål nr. 259 af 30. januar 2015

²³ Svar til Sundheds- og Forebyggelsesudvalgets spørgsmål nr. 259 af 30. januar 2015

Kvinder over 35 år er f.eks. i større risiko for at udvikle graviditetsbetinget diabetes og for højt blodtryk under deres graviditet²⁴. Det er også mere sandsynligt, at kvinder over 35 år får:

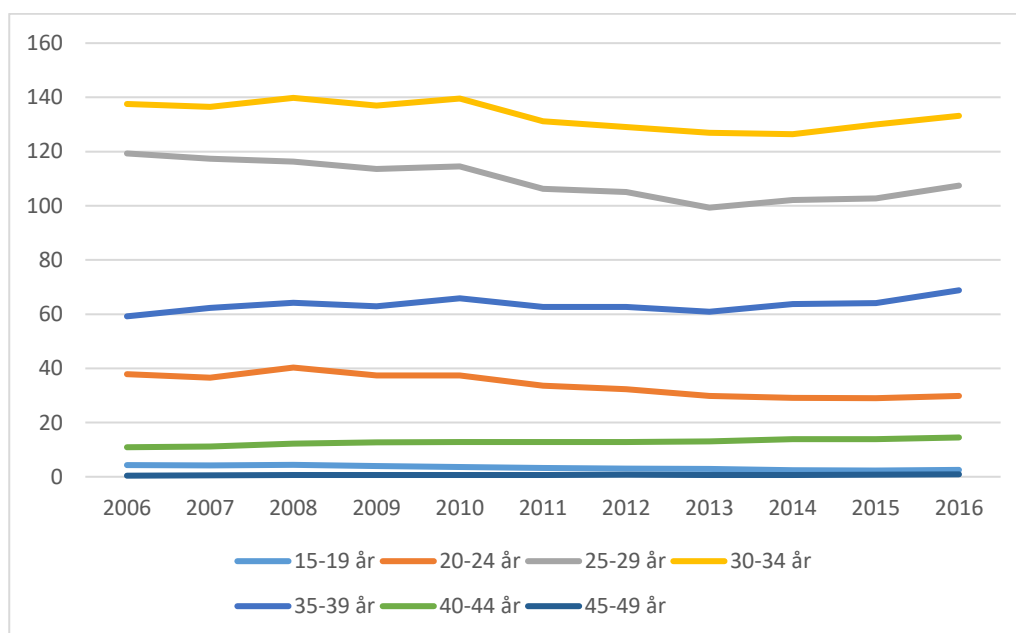
- børn med lavere fødselsvægt
- for tidligt fødte børn
- kejsersnit
- børn med kromosomfejl
- flerfoldsfødsel

Gennemsnitsalderen for alle fødende har været stigende fra 1977 og frem til 2015²⁵. I 1977 var gennemsnitsalderen 26,5 år, og i 2015 var den 30,9 år. I 2016 faldt gennemsnitsalderen for fødende for første gang siden 1977 til 30,8 år.

På tværs af Danmark varierer gennemsnitsalderen for fødende med 1,8 år mellem Region Hovedstaden, hvor fødende gennemsnitligt er 31,8 år, og Region Syddanmark og Region Nordjylland, hvor fødende gennemsnitligt er 30 år²⁶.

Gennemsnitsalderen for førstegangsfødende kvinder var 29,1 år i 2016. Danmark er blandt de lande i hele verden, som har den højeste alder for førstegangsfødende²⁷.

Figur 7: Fertilitetskvote efter de fødendes alder, 2006-2016



Kilde: Danmarks Statistik

Note: Danmarks Statistik begyndte i januar 2014 at anvende en kohortebaseret tilgang, hvor alderen beregnes ultimo året i stedet for på fødselstidspunktet.

²⁴ Mayo Clinic, 'Pregnancy after 35: Healthy moms, healthy babies', www.mayoclinic.org

²⁵ Danmarks Statistik, maj 2017

²⁶ CIA, 'The World Factbook', Mother's mean age at first birth, www.cia.gov

²⁷ CIA, 'The World Factbook', Mother's mean age at first birth, www.cia.gov

Fertilitetskvoienten angiver antallet af levendefødte per år, der er født af mødre i en given aldersklasse per 1.000 kvinder i den pågældende aldersklasse. Inden for bestemte aldersgrupper ses en udvikling i fertilitetskvoienten. Over de sidste par år har f.eks. et stigende antal kvinder født, når de er mellem 30 og 49 år. Omvendt er antallet af fødende kvinder i alderen 20-24 år faldet.

Såvel dansk som international forskning har vist, at graviditet hos overvægtige er forbundet med en lang række graviditets- og fødselskomplikationer²⁸. Risikoen for svangerskabsforgiftning, graviditetsbetinget diabetes, højt blodtryk og kejsersnit øges med stigende overvægt hos gravide.

Antallet af overvægtige gravide er steget igennem mere end 20 år. I 2008 var 30 procent af de førstegangsfødende og 36 procent af de flergangsfødende overvægtige (Body Mass Index, BMI, over 25). 12 procent af de gravide i 2008 var svært overvægtige (BMI over 30)²⁹.

Af nyere tal fra 2013 fremgår det, at andelen af overvægtige gravide med et BMI på 25 eller højere er steget tre procent mellem 2004 og 2013. For gravide med et BMI over 30 kan der opstå komplikationer i forbindelse med fødslen³⁰. For gravide med et BMI over 35 anbefaler Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi en særlig behandlingsindsats³¹.

Det er dog ikke kun de graviders vægt, som er øget, men også de nyfødtes vægt. Den gennemsnitlige fødselsvægt er steget de sidste 30 år. I samme periode er andelen af nyfødte børn med en vægt over 4.000 gram næsten fordoblet, fra 7,8 til 13,6 procent hos piger og fra 13,2 til 20,5 procent hos drenge³². Store børn medfører oftere fødselstraumer og forløsning ved kejsersnit.

4.3 Kronisk sygdom blandt gravide

Kronisk sygdom blandt gravide er forbundet med øget risiko for komplicerede graviditeter og fødsler. Andelen af kronisk syge gravide er steget fra 5 til 20 procent på ca. 25 år. Det har udløst flere og hyppigere kontroller, samt længere fødselsforløb med ofte intensiv overvågning i fødslen og med efterfølgende længere indlæggelsestid.

Et registerstudie fra 2016 beskriver udviklingen i antallet af gravide kvinder med kroniske sygdomme i Danmark mellem 1989 og 2013³³. Studiet inkluderer over 1,3 millioner fødsler. Heriblandt er andelen af gravide kvinder med

²⁸ Region Syddanmark, 'Fødeplan i Region Syddanmark', 2014, side 32-34

²⁹ Sundhedsstyrelsen, 'Anbefalinger for svangreomsorgen', 2013, side 19

³⁰ Svar til Sundheds- og Forebyggelsesudvalgets spørgsmål nr. 259 af 30. januar 2015

³¹ Kristina Martha Renault m.fl., 'Den overvægtige gravide – Sandbjerg 2017', 2017, side 3-4

³² Sundhedsstyrelsen, 'Anbefalinger for svangreomsorgen', 2013, side 19

³³ Line Riis Jølving m.fl., 'Prevalence of maternal chronic diseases during pregnancy – a nationwide based study from 1989-2013', Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 2016

kronisk sygdom steget fra 3,71 procent i 1989 til 15,76 procent i 2013. Samtidig fandt studiet, at risikoen for kronisk sygdom var fire gange så stor i 2009-2013 sammenlignet med 1989-1993.

De hyppigst registrerede kroniske sygdomme blandt de gravide var kroniske lungesygdomme, sygdomme relateret til skjoldbruskkirtlen, angst og personlighedsforstyrrelser.

Det skal dog bemærkes, at opmærksomheden blandt sundhedspersonale på registrering af kronisk sygdom blandt gravide er steget, hvilket kan være af metodisk betydning for studiets resultater.

4.4 Sårbare gravide

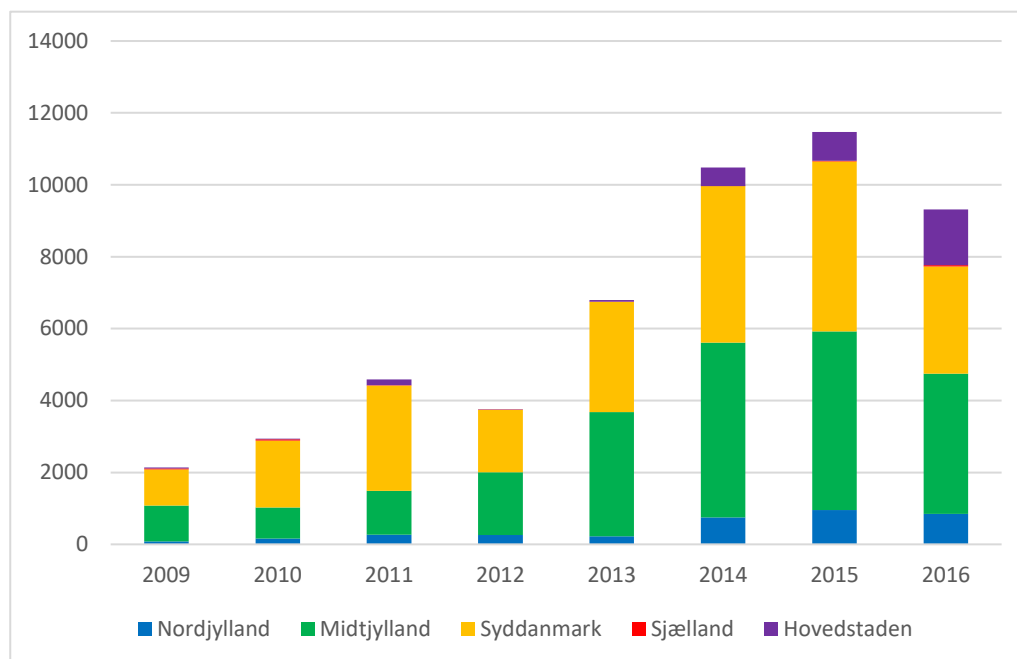
Der er i Danmark og resten af Norden fundet betydelige sociale uligheder for en række graviditets- og fødselskomplikationer, såsom lav fødselsvægt, for tidlig fødsel, misdannelser og øget børnedødelighed³⁴. Regionerne har af den grund særlige tilbud til sårbare gravide med sociale problemer, psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer. Det gælder f.eks. de regionale familieambulatorier. Generelt trækker de sårbare gravide flere kontroller, individuelle konsultationer og længere indlæggelsestid. Herudover stiller de større krav til tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.

Antallet af kontakter grundet psykisk sygdom, som komplicerer graviditet, fødsel eller barselsperiode har været stigende, dog med et lille fald i 2016. Variationen mellem regionerne i figur 8 skyldes formentligt, at regionerne ikke koder ensartet. Der bliver f.eks. ikke kodet konsekvent for psykisk sygdom i forbindelse med konsultationer. I stedet bliver det f.eks. registreret med en udvidet tid. Dermed fremgår diagnosen kun af epikrisen.

Der blev derudover indført nye jordemoderkoder i november 2011, som kan have haft indflydelse på stigningen i antallet af kontakter.

³⁴ Region Syddanmark, 'Fødeplan i Region Syddanmark', 2014, side 34

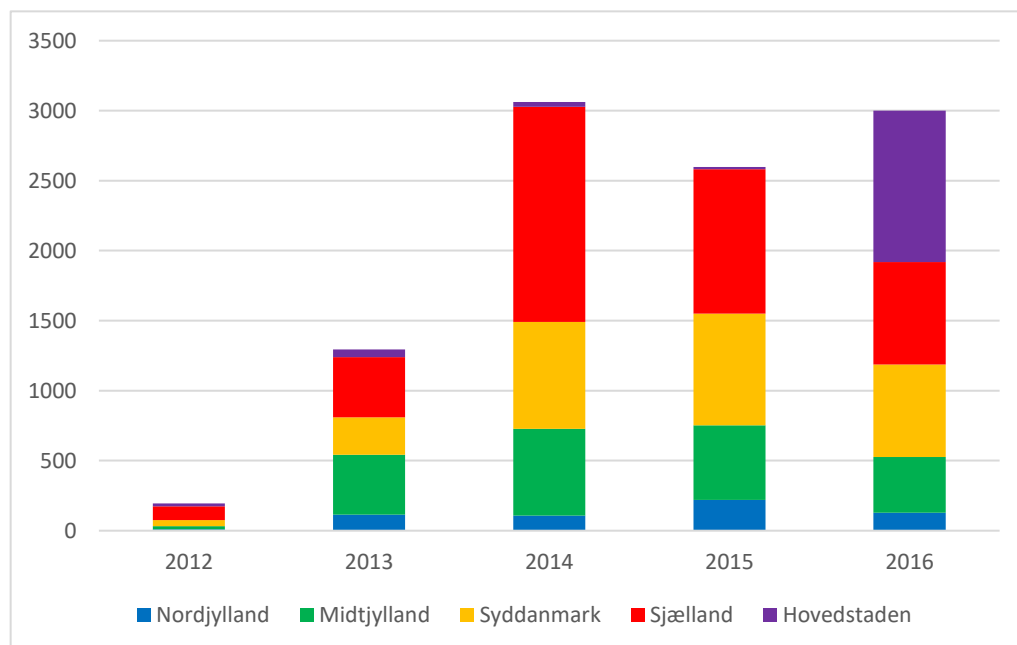
Figur 8: Udvikling i antal kontakter grundet psykisk sygdom, som komplicerer graviditet, fødsel eller barselsperiode, 2009-2016



Kilde: Landspatientregistret

Note: I psykisk sygdom indgår skizofreni, depression, angst, spiseforstyrrelse og hyperkinetisk forstyrrelse.

Figur 9: Udvikling i antal kontakter grundet rusmiddelforbrug i aktuel graviditet, 2012-2016



Kilde: Landspatientregistret

Note: I rusmiddelforbrug indgår forbrug af alkohol, opioid, buprenorfin, heroin, metadon, opiat, cannabis, benzodiazepin, barbiturat, kokain, amfetamin, tobak, andet rusmiddel, centralstimulerende eller psykoaktivt middel.

Det stigende antal kontakter grundet rusmiddelforbrug i graviditet fra 2012 til 2016 kan skyldes, at kendskabet til Familieambulatoriernes funktion er blevet meget mere udbredt, hvorfor der bliver henvist flere patienter.

Gravide kvinders indtag af rusmidler, herunder alkohol, under graviditeten kan medføre en række skader hos fostret, og det kan give komplikationer både under graviditeten og ved fødslen³⁵. Hvilke typer af skader på fosteret, et indtag af rusmidler medfører, afhænger bl.a. af typen, mængden og tidspunktet for indtagelse af rusmidlerne under graviditeten samt den enkelte kvindes og fosterets sårbarhed i forhold til rusmidlernes skadevirkninger.

Årligt fødes der, i følge Sundhedsstyrelsen, 50–100 børn med medfødte abstinenser som følge af moderens afhængighed af alkohol eller stoffer. I gennemsnit får 11-13 børn per fødselsårgang stillet diagnosen Føtal Alkoholsyndrom (FAS)³⁶. FAS er den mest alvorlige af de medfødte alkoholskader, men udgør kun en del af de medfødte alkoholskader, barnet kan pådrage sig, hvis moderen indtager alkohol under graviditeten.

4.5 Scanninger i graviditeten (fosterdiagnostik)

Ny forskning og teknologi har skabt store fremskridt inden for fosterdiagnostik³⁷. Dels er det i højere grad blevet muligt at opdage misdannelser og komplikationer, og dels sker dette tidligere i graviditeten end hidtil. Det gør det muligt at lade disse informationer ligge til grund for handleplaner eller eventuel afbrydelse af graviditeten.

Udviklingen kræver til gengæld større færdigheder og et større tidsforbrug for personalet, som foretager scanningerne. Udviklingen stiller også nye krav til hospitalerne om et mere omfattende tværfagligt samarbejde med andre specialer, herunder bl.a. neonatologiske speciallæger, børnekardiologer, børnekirurger og genetikere³⁸.

Formålet med tilbuddet om fosterdiagnostiske undersøgelser er ifølge Sundhedsstyrelsens retningslinjer for fosterdiagnostik at opnå viden om graviditeten og fosterets tilstand med henblik på at kunne tage eventuelle forholdsregler i forløbet eller under og efter fødslen³⁹.

³⁵ Sundheds- og Ældreministeriet, 'Vejledning om tilbageholdelse af gravide alkoholmisbrugere i behandling efter sundhedsloven', 2017, side 3

³⁶ Sundheds- og Ældreministeriet, 'Vejledning om tilbageholdelse af gravide alkoholmisbrugere i behandling efter sundhedsloven', 2017, side 3

³⁷ Region Midtjylland, 'Fødeplan 2012 – Region Midtjyllands planer og visioner for svangreomsorgen', 2012, side 31

³⁸ Region Midtjylland, 'Fødeplan 2012 – Region Midtjyllands planer og visioner for svangreomsorgen', 2012, side 31, og Region Hovedstaden, 'Tilbud til fødende i Region Hovedstaden', 2016, side 9

³⁹ Sundhedsstyrelsen, Retningslinjer for fosterdiagnostik, 2017, side 8

Hvis undersøgelserne viser, at barnet vil få alvorlig sygdom eller handicap, kan denne viden:

- Give barnet en bedre start på livet ved at,
 - følge graviditeten tættere og have den nødvendige ekspertise og beredskab klar ved og efter fødslen
 - give forældrene mulighed for at forberede sig mentalt og følelsesmæssigt på at få et barn med handicap eller alvorlig sygdom
- Give kvinden mulighed for at søge om tilladelse til afbrydelse af graviditeten efter 12. uge

Alle gravide tilbydes 1. trimesterscanning (ultralyd) omkring 12. graviditetsuge. Der bliver scannet for flerfoldsgraviditet, og terminen bliver fastsat. Forældrene bliver desuden tilbudt en risikovurdering for Down Syndrom og andre kromosomanomalier.

Omkring uge 20 bliver alle gravide også tilbudt en scanning, hvor fosteret undersøges for misdannelser. Ved scanningen undersøger en sonograf (videreuddannet jordemoder eller sygeplejerske) eller læge bl.a. fosterets hoved, hjerte, bugvæg, mave og tarm system, nyrer, blære, arme, ben og ryg.

Ud over scanningerne omkring 12. og 20. graviditetsuge bliver flere gravide også scannet efter 24. uge. Hvis der f.eks. er mistanke om, at barnet ikke vokser, bliver forældrene tilbudt en tilvækstscanning, som har fokus på barnets størrelse og vægt.

I 1996-1998 fik tre procent af de gravide en tilvækstscanning efter 24. uge⁴⁰. Antallet af tilvækstscanninger er steget markant.

I 2015 var andelen af gravide, som på Aalborg eller Aarhus Universitetshospital fik foretaget en tilvækstscanning, 66 procent. Idet de to hospitaler varetager scanninger for andre fødesteder, er stigningen ikke dækkende for alle fødesteder i Danmark. Men den giver et indtryk af udviklingen.

⁴⁰ Hanne Brix Vestergaard m.fl., 'Doppler ultrasonography in singleton pregnancies at risk of intrauterine growth retardation', ACTA Obstet Gynecol Scand, 2002, side 534-539

4.6 Kejsersnit

Kejsersnit er forbundet med længere rehabilitering efter fødslen, flere komplikationer og flere genindlæggelser end vaginale fødsler⁴¹. Derudover medvirker tidligere kejsersnit til, at en efterfølgende graviditet og fødsel betragtes som højrisiko, hvilket udløser flere kontroller.

I 2016 blev der, baseret på sygehusudskrivninger, foretaget 11.909 kejsersnit⁴². Det svarer til, at 19,3 procent af alle levendefødte børn er blevet født ved kejsersnit. Andelen har været faldende siden 2013, hvor 21,8 procent af alle levendefødte børn blev født ved kejsersnit.

Faldet i andelen af levendefødte børn, som er født ved kejsersnit, har vel og mærke fundet sted i en periode, hvor antallet af fødsler har været stigende.

Faldet har bl.a. været drevet af en stærk tværfaglig interesse for at nedbringe antallet af kejsersnit med henblik på at undgå komplikationer som følge af kejsersnit. Medarbejderne på landets fødeafdelinger er uddannet til at tage imod og håndtere både de normale gravide og fødende, samt de komplicerede graviditeter og fødsler.

Det er særligt antallet af enkelt- og flerfoldsfødsler ved planlagt kejsersnit, samt antallet af flerfoldsfødsler ved akut kejsersnit, der er faldet. Omvendt er bl.a. antallet af enkeltfødsler ved akut kejsersnit før fødsel og antallet af enkeltfødsler ved akut kejsersnit under fødsel på grund af komplikationer steget.

De senest tilgængelige tal fra de andre nordiske lande er fra 2008 og angiver, at andelen af fødsler ved kejsersnit var mellem 15,3 og 17,3 i 2008⁴³. Gennemsnittet i OECD-landene var 25,8 procent i 2009.

Den tidligere stigning i antallet af kejsersnit hang bl.a. sammen med, at de fødendes alder og vægt har været stigende, og at flere kvinder er blevet gravide ved reagensglasbefrugtning⁴⁴.

Derudover har der været en tendens til, at flere kvinder har efterspurgt kejsersnit uden, at det har været fagligt begrundet, bl.a. på grund af tidligere dårlige fødselsoplevelser. Hertil kommer, at en forbedret teknologi har ført til en generelt nedsat komplikationsfrekvens. Risikoen for komplikationer er dog stadig større end ved vaginale fødsler.

⁴¹ Advisory Board, 'Alternative Birthing programs: Tactics for launching Midwifery Services', 2016, side 8

⁴² Landspatientregistret, maj 2017

⁴³ Svar til Sundheds- og Forebyggelsesudvalgets spørgsmål nr. 259 af 30. januar 2015

⁴⁴ Sundhedsstyrelsen, 'Anbefalinger for svangreomsorgen', 2013, side 19

4.7 Forbrug af epiduralblokada og ve-stimulerende medicin

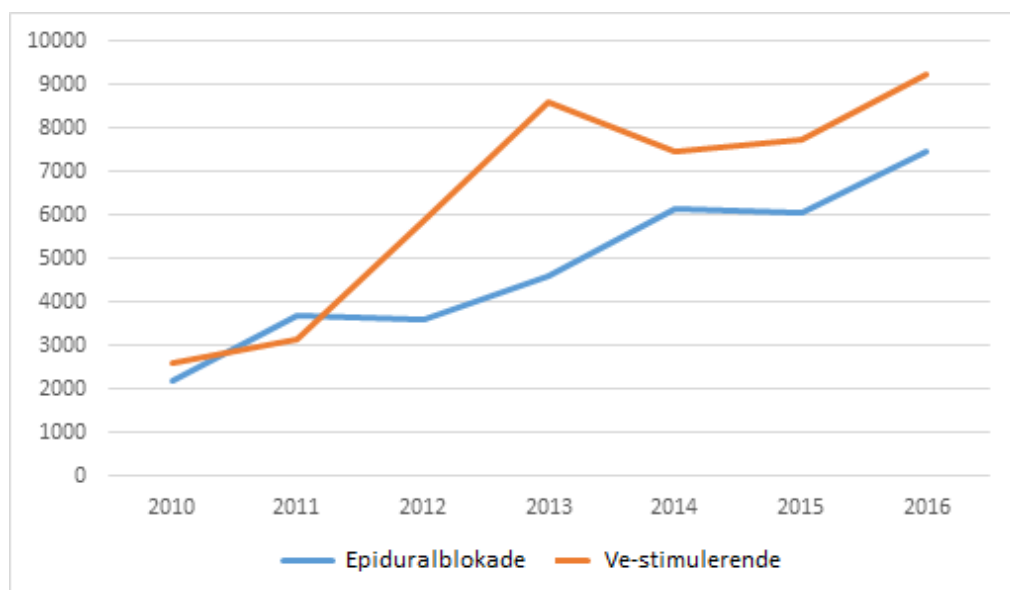
En igangsat fødsel er tidligere i kortlægningen blevet karakteriseret som en kompliceret fødsel. Igangsættelser kræver ve-stimulerende medicin (eller indesprængning). Forbruget af ve-stimulerende medicin er mere end tredoblet mellem 2010 og 2016.

Brugen af ve-stimulerende medicin medvirker til, at fødsler varer længere og kræver markant mere jordemoder- og lægearbejde. En bivirkning ved epiduralblokader (smertelindrende medicin) er risikoen for, at veerne ikke fortsætter i samme mønster, hvorfor det kan blive relevant med ve-stimulering.

For både ve-stimulerende medicin og epiduralblokader gælder det, at forbruget mellem 2015 og 2016 steg omkring fire gange så meget som stigningen i antal levendefødte børn. Antallet af levendefødte børn steg med 5 procent, mens forbruget af epiduralblokader og ve-stimulerende medicin steg henholdsvis 23 og 19 procent.

Stigningen i forbruget af epiduralblokader hænger bl.a. sammen med ønsket om at foretage færre kejsersnit, idet smertelindring kan understøtte en vaginal fødsel.

Figur 10: Forbrug af epiduralblokader og ve-stimulerende medicin (pakker)



Kilde: Amgros

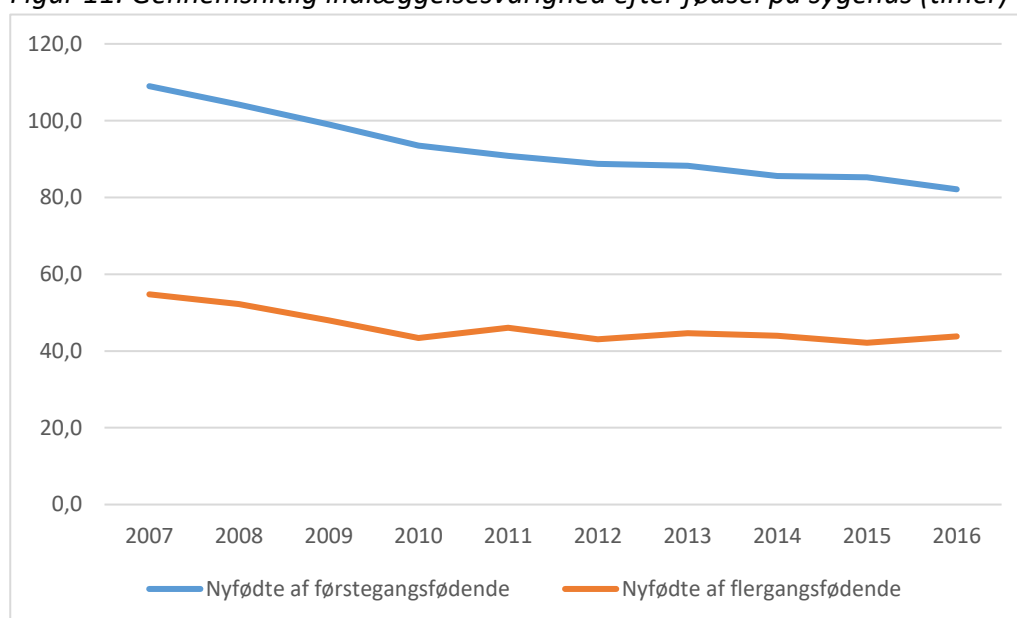
Det skal i forhold til figur 10 bemærkes, at Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS), hvis opgaver i dag er overtaget af Medicinrådet, udgav en vejledning for ve-stimulerende medicin i oktober 2014. Det kan forklare stabiliseringen i forbruget mellem 2014 og 2015. Forbruget er dog efterfølgende

steget yderligere. Knækket i kurven omkring 2013 kan hænge sammen med en øget faglig opmærksomhed og Sundhedsstyrelsens arbejde med igangsættelsesmetoder.

4.8 Indlæggelsesvarighed og genindlæggelser

På tværs af regionerne er antallet af ambulante fødsler og familier, der udskrives inden for 1-2 døgn efter fødslen, steget. Den observation og understøttelse af mor og barn, som tidligere overvejende fandt sted på hospitalerne, skal nu sikres efter tidlig udskrivelse eller ambulant fødsel⁴⁵. Samtidig skal sundhedspersonalet på kortere tid videregive vigtig information og vejledning, samt opfange behovene hos forældre og barn.

Figur 11: Gennemsnitlig indlæggelsesvarighed efter fødsel på sygehus (timer)



Kilde: esundhed.dk, Sundhedsdatastyrelsen

Note: Indlæggelsesvarigheden dækker både fødsler, der er foregået ambulant eller under indlæggelse. Det er inklusiv eventuelle overflytninger mellem sygehusafdelinger, og beregnes som varigheden fra indskrivningsklokkeslet på nyfødtes første kontakt (som er på fødselsdatoen) til udskrivningsklokkeslet på sidste kontakt.

I 2016 var den gennemsnitlige indlæggelsesvarighed for nyfødte af førstegangsfødende 82 timer og for nyfødte af flergangsfødende 44 timer. I 2007 var de tilsvarende indlæggelsesvarigheder 109 timer for nyfødte af førstegangsfødende og 55 timer for nyfødte af flergangsfødende⁴⁶. Det svarer til 27 færre timer for førstegangsfødende og 11 færre timer for flergangsfødende.

⁴⁵ Region Midtjylland, 'Fødeplan 2012 – Region Midtjyllands planer og visioner for svangreomsorgen', 2012, side 64

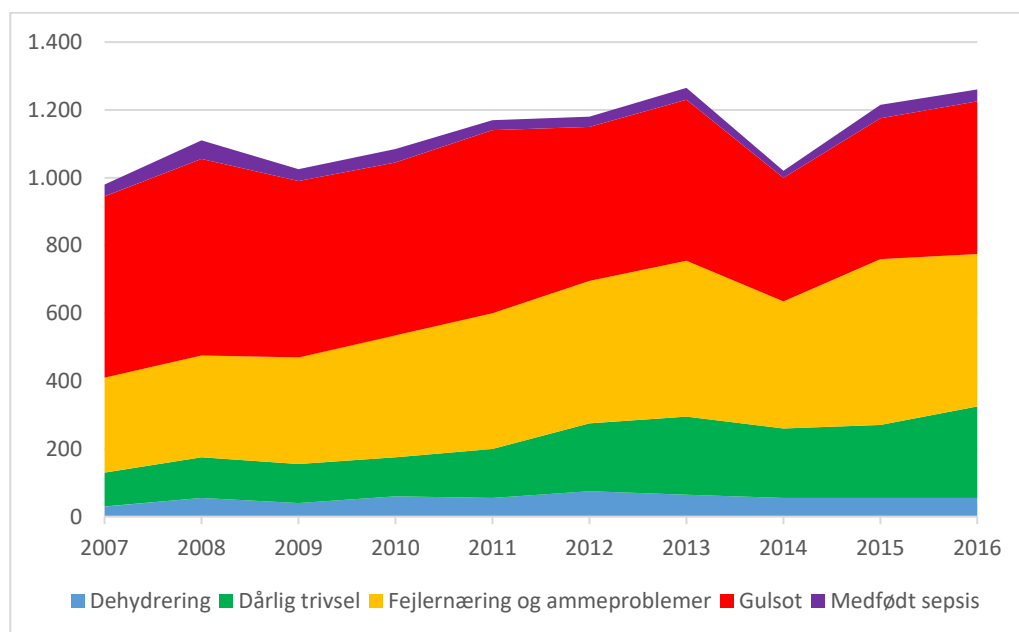
⁴⁶ Sundhedsdatastyrelsen, esundhed, 'Indlæggelsesvarighed', maj 2017

Udviklingen i indlæggelsesvarigheden efter fødsel på sygehus kan holdes op imod udviklingen i genindlæggelser af nyfødte. Sidstnævnte er steget fra 1,5 procent i 2007 til 2,1 procent i 2016⁴⁷. I 2016 drejede genindlæggelserne sig særligt om fejlnæring og ammeproblemer (0,8 procent ud af alle nyfødte), gulsot (0,8 procent) og dårlig trivsel (0,5 procent).

Antallet af genindlæggelser falder i 2014 på trods af stigningen i antal fødsler. Faldet kan skyldes implementeringen af Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger for barselsperioden i 2013. Anbefalingerne medførte implementering af en efterfødselskonsultation hos jordemoder på 2.-3. dagen efter fødslen, der systematisk sikrede fokus på neonatale screeningsundersøgelser og mor-barn-familie-trivsel. Anbefalingerne indførte også en screeningssamtale om fødslen og et tidligt hjemmebesøg af sundhedsplejersken på 4.-5. dagen.

Den efterfølgende stigning i andelen af genindlæggelser i 2015 kan umiddelbart ikke forklares. Andelen af genindlæggelser var 1,8 procent af alle nyfødte i 2014, men steg igen til 2,2 procent af alle nyfødte i 2015. Udsvinget kan skyldes ændringer i registreringspraksis.

Figur 12: Genindlæggelser inden for 30 dage efter fødslen



Kilde: esundhed.dk, Sundhedsdatastyrelsen

Note: Genindlæggelser omfatter indlæggelser inden for 30 dage efter den nyfødte er udskrevet fra sygehuset til hjemmet efter fødslen – uanset om sygehuskontakten, hvor fødslen foregik, er en indlæggelse eller en ambulant kontakt.

⁴⁷ Sundhedsdatastyrelsen, esundhed, 'Genindlagte Nyfødte', maj 2017

4.9 Antallet af ambulante besøg og jordemoderkonsultationer

Både antallet af akutte og ambulante besøg per gravid kvinde er steget over de sidste år. Tendensen er den samme på tværs af regionerne.

Antallet af ambulante besøg per gravid kvinde, som gik til svangerskabsundersøgelse, er steget fra seks besøg om året i 2010 til otte besøg om året i 2016. Udviklingen i antallet af ambulante besøg fremgår af tabel 4.

Tabel 4: Antal ambulante besøg (svangerskabsundersøgelser) per gravid

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Besøg i alt	737.015	803.143	868.746	904.014	930.852	974.065	987.357
Besøg per gravid	6,12	7,35	7,64	7,91	8,19	8,24	7,99

Kilde: Landspatientregistret

'Besøg per gravid' skal forstås som et gennemsnit af det antal besøg en kvinde, som var gravid i løbet af et år, havde i det givne år. Det kan derfor ikke læses som antallet af ambulante besøg i løbet af en graviditet, idet en graviditet ofte strækker sig over et årsskifte. Af samme grund indeholder 'Besøg i alt' både kvinder, som fødte i det givne år, og kvinder, som fødte året efter; begge kvinder har haft svangerskabsundersøgelser i det givne år.

Der blev i 2013 ændret i takstsystemet, hvilket kan have medvirket til udviklingen i antallet af ambulante besøg per gravid kvinde. Ydelser, der tidligere blev opgjort under en samlet kode, blev opdelt i flere koder til en lavere værdi. Idet fødeafdelingerne kun kan afregne en kontakt per kvinde per dag, kan der være blevet skabt et incitament til at sprede kontakter over flere dage.

Herudover er der i dag en større tendens til, at de gravide bliver bekymrede og henvender sig, hvilket også kan have medvirket til stigningen i antallet af ambulante kontakter.

Aalborg Universitetshospital, Region Nordjylland, har sammenlignet antallet af kontakter i 2006 med antallet i 2016 og fundet, at stigningen i antallet af kontakter er langt større end stigningen i antallet af fødsler. Af tabel 5 fremgår, at antallet af ambulante fremmøder blandt førstegangsfødende er steget 80 procent mellem 2006 og 2016. Antallet af ambulante fremmøder blandt flergangsfødende er steget 30 procent.

Med ambulant besøg på fødegangen menes gravide, som enten henvender sig til fødegangen akut eller bliver henvist akut, uden at de føder. Det vil sige, at de gravide har været inde til vurdering på fødegangen på grund af en problemstilling, men de er ikke blevet indlagt. Det drejer sig typisk om gravide i uge 20 og frem. Antallet af denne type ambulante besøg er steget 68 procent siden 2006.

Antallet af besøg blandt kvinder, der har født, og som henvender sig efterfølgende på Aalborg Universitetshospitals barselshotel og må ind til en vurdering, er steget 70 procent mellem 2014 og 2016.

Tabel 5: Udviklingen inden for udvalgte besøg på Aalborg Universitetshospital

	2006	2016	Stigning
Fødsler	3.514	3.661	4 procent
Ambulant besøg – førstegangsfødende	2.564	4.609	80 procent
Ambulant besøg – flergangsfødende	3.771	4.901	30 procent
Ambulant besøg på fødegangen	1.152	1.935	68 procent
Ambulant besøg på barselshotel	-	1.231	70 procent*

Kilde: Region Nordjylland

*Stigningen på 70 procent er siden 2014, da Region Nordjylland ikke har data fra 2006.

Tabel 6 viser udviklingen i antallet af jordemoderkonsultationer fra 2014 til 2016 på tværs af landet. Stigningen i antallet af udvidede og akutte konsultationer afspejler bl.a., at antallet af sårbare gravide, gravide med særlige behov og gravide, der oplever bekymringer som ”at mærke mindre liv”, er steget.

Tabel 6: Antal jordemoderkonsultationer på tværs af regionerne i 2014-216

	2014	2015	2016	Stigning
Basiskonsultation	183.756	185.995	185.851	1 procent
Udvidet konsultation	103.602	113.521	117.990	14 procent
Akut konsultation	31.946	36.246	40.978	28 procent
Særlige ydelser i forbindelse med graviditet inkl. fødselsforberedelse	40.108	43.544	38.186	-5 procent
Flere jordemoderkonsultationer	6.673	7.326	7.652	15 procent
I alt	366.085	386.632	390.657	7 procent

Kilde: Landspatientregistret

5. Kvalitet og brugertilfredshed

Danmark er på verdensplan et af de mest sikre lande at føde i. Den faglige udvikling har især taget fart de seneste 10 år. Det kommer til udtryk ved, at personalet på fødeafdelingerne er blevet bedre til at vejlede forældre, samt opspore gravide, der har risiko for komplikationer, og have øje for faktorer, der påvirker et kommende barns sundhed og trivsel.

Siden år 2000 har der været en nedgang i antallet af børn, der dør i ugerne efter fødslen, nedgang i antallet af børn, der får motoriske handicap på grund af forstyrrelse af hjernens udvikling, og nedgang i antallet af børn, som får nerveskader på grund af for hårdt træk i hovedet ved fødslen.

Herudover har den nationale retningslinje for igangsættelse af fødsler inden uge 42 antageligt, sammen med et øget antal undersøgelser og en øget forsigtighed over for stimulation, medvirket til at halvere antallet af fostre, som dør i moderens mave efter 37. uge, fra omkring 2 ud af 1000 fødsler i år 2000 til omkring 1 ud af 1000 fødsler i 2012. Danmark har den lavest registrerede rate af dødfødte børn i verden. Desuden er antallet af kejsersnit faldende, fra 21,8 procent i 2013 til 19,3 procent i 2016.

Afslutningsvist har det nationale projekt 'Sikre Fødsler' været med til at sikre bedre arbejdsgange og fosterovervågning med henblik på at nedbringe antallet af børn født med iltmangel, samt bedre grundlag for videre behandling, så fremt et barn bliver født med iltmangel⁴⁸.

5.1 Kvindernes vurdering af eget fødselsforløb

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser blandt Fødende (LUP Fødende) giver et billede af kvinders oplevelse af eget graviditets- og fødselsforløb.

Resultaterne af LUP Fødende 2016 viser, at størstedelen af kvinderne har positive oplevelser i forbindelse med deres graviditet, fødsel og barsel. 93 procent svarer, at den samlede oplevelse af deres fødsel er god eller virkelig god⁴⁹. Der, hvor det går særlig godt, er i forhold til:

- Rådgivning af sundhedsplejersken
- Hjælp ved besøg på sygehuset eller i jordemodercenteret (ud over almindelige besøg) under graviditeten

⁴⁸ Danske Regioner, 'Evalueringsrapport projekt – Sikre Fødsler – For perioden januar 2013 til december 2015', 2016, side 36-37, og Line Thellesen, 'A national cardiotocography education programme. Development, validation and impact on interpretation skills and birth hypoxia', 2017, side 45

⁴⁹ Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 'Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser blandt Fødende 2016', 2017, side 9

- Involvering af partneren i ønsket omfang under fødslen
- Hjælp ved telefonisk kontakt til sygehuset eller jordemodercenteret (ud over almindelige besøg) under graviditeten

Det gælder for knap halvdelen af alle spørgsmål, at 10 procent eller flere af kvinderne vurderer deres oplevelser negativt. Der, hvor det især går mindre godt, er i forhold til:

- Forberedelse under graviditeten på komplicerede fødselsforløb
- Forberedelse under graviditeten på at kunne håndtere amning
- Tvivl om amning og/eller ernæring af barnet, efter de kommer hjem
- Samtale med personalet om fødslen, efter de har født

I LUP Fødende 2016 er der på landsplan flere positive besvarelser sammenlignet med 2015⁵⁰. Der ses en fremgang for 7 spørgsmål. Der er bl.a. fremgang i kvindernes oplevelse af, at jordemødrene er lydhøre over for behov under graviditeten. Ligeledes er der fremgang i kvindernes samlede oplevelse af fødslen og i den samlede oplevelse af opholdet på sygehuset efter fødslen.

På landsplan er der for et enkelt spørgsmål tilbagegang mellem LUP Fødende 2015 og 2016. Det gælder andelen af kvinder, der har givet en negativ vurdering af fødsels- og forældreforberedelse.

Udviklingen i positive og negative besvarelser varierer på tværs af regionerne. Antallet af spørgsmål med forbedret resultat mellem 2015 og 2015 er således 14 i Region Syddanmark, 4 i Region Hovedstaden og 1 i Region Midtjylland.

Antallet af spørgsmål med forringet resultat mellem 2015 og 2015 er 1 for Region Syddanmark, Region Hovedstaden og Region Nordjylland, samt 9 for Region Sjælland.

Regionerne har på baggrund af LUP Fødende 2015 arbejdet med forskellige kvalitetsforberedende initiativer. Samtlige regioner har f.eks. haft både tværfagligt og tværsektorielt fokus på amning. De fleste fødesteder har også arbejdet med bl.a. smertelindring og efterfødselssamtaler.

Effekten af initiativerne slog i nogle tilfælde igennem i 2016, og i andre tilfælde vil effekten først kunne ses i 2017.

⁵⁰ Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 'Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser blandt Fødende 2016', 2017, side 11

Figur 13: Landsresultat for LUP Fødende 2016⁵¹



5.2 Nye faglige initiativer og opgaver på fødeafdelingerne

Den faglige udvikling i svangreomsorgen har sammen med nye retningslinjer betydet, at der over en årrække er tilkommet fødeafdelingerne flere opgaver. Regionerne har givet følgende eksempler på nye opgaver siden 2009 og konsekvenserne af disse. I udgangspunktet har udviklingen i antallet af opgaver pågået længere end siden 2009, men dette årstal er valgt, da det svarer til basisåret i figur 14, 15 og 16.

⁵¹ Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 'Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser blandt Fødende 2016', 2017, side 10

- National retningslinje for igangsættelse af fødsler inden udgangen af graviditetsuge 42 har medført, at antallet af igangsættelser er steget betydeligt. I løbet af et igangsættelsesforløb bliver den gravide set mange gange, hvilket kræver flere jordemoder- og lægetimer end ved den tidligere procedure.
- Antallet af gravide, der ønsker at føde hjemme, er steget. Det er af betydning for planlægningen af vagtberedskabet på fødestederne.
- Profylaksen med Rhesus (RhD) immunisering er blevet ændret og er blevet mere ressourcekrævende end tidligere. Rhesus-immunisering indebærer, at mødre, der er RhD-negative, og som venter et barn, der er RhD-positiv, skal have anti-D profylakse i uge 29. Derudover anbefales RhD-profylakse efter en række obstetriske komplikationer, bl.a. spontan og induceret abort fra graviditetsuge 8 + 0.
- Projektet Sikre Fødsler, som nu er overgået til drift, har medført flere procedurer og mere registrering. Der udføres tjek-in, status hver anden time gennem hele fødslen, timeouts og dokumentation samt statistik og opfølgning.
- Guideline for håndtering af vandafgang uden veer (PROM) har betydet, at gravide i denne gruppe – på grund af risiko for infektion hos barnet – skal indlægges på fødeafdelingen 1-4 timer efter vandafgang. Tidligere afventede kvinden veer derhjemme og henvendte sig nogle timer efter, at veerne var gået i gang. Dette har medført flere stimulationer og flere mødre og børn, der skal være indlagt i to døgn på barselafsnit til observation.
- Guideline omkring opsporing af børn med potentielt lavt blodsukker er ændret, hvilket har betydet klassificering, behandling og opfølgning på en stor gruppe børn, som tidligere ikke blev behandlet. Dette belaster fødegangen og barselsgangen.
- 1. trimester scanningen har hen over årene skiftet status fra at være en risikovurdering for Downs syndrom til at være både en terminsfastsættelse, en scanning for flerfoldgraviditet og et tilbud om risikovurdering for andre kromosomanomalier og alvorlige misdannelser. Det skyldes en stor indsats med investering i nyt og bedre apparatur, samt uddannelse og opkvalificering af sonografer (sygeplejersker og jordemødre).
- 2. trimester scanningen har ligeledes gennemgået en betydelig opkvalificering, således at mange fostre med misdannelser opdages i graviditeten. Det har betydet, at par kan blive informeret om betydningen af en misdannelse, men også at flere gravide får konstateret misdannelser

hos fostret, som er så svære, at den gravide kan få tilladelse til at afbryde graviditeten ved sen-abort.

- Andelen af gravide, der bliver undersøgt for, om fosteret skønnes væksthæmmet, er steget. En mindre del skyldes, at der i 2015 kom en national guideline om opfølgning af fostre med en skønnet vægtafvigelse på 15 procent. Tidligere var grænsen 22 procent. Mere generelt er man blevet bedre til at undersøge for vækstafvigelser, ligesom behandlingsmulighederne på området er blevet bedre.
- Den Danske Kvalitetsmodel medførte et stort og intensiveret arbejde for at implementere rutiner og arbejdsgange i form af basisobservationer på alle gravide i jordemoderkonsultation og alle kvinder indlagt til fødsel (også raske fødende), selvmordsscreening, observation af vitale værdier på raske fødende ved modtagelse til fødsel, udskrivelse eller overflytning. Denne del er ikke reduceret.
- Fødestederne melder tilbage om flere telefonopkald bl.a. på grund af usikkerhed blandt de gravide og de nybagte forældre, men også på grund af en øget sårbarhed og sprogveskkeligheder. Herudover oplever fødestederne flere behovsorienterede konsultationer, screeninger og tværsektorielle indsatser mellem f.eks. jordemodergruppen og den kommunale sundhedspleje.
- Flere fødesteder oplever desuden en tendens til, at praktiserende læger oftere henviser til fødegangene ved tvivlstilfælde.

Sammenfattende er antallet af gravide med behov for udvidede tilbud steget. Det betyder, at der i dag bliver brugt flere ressourcer på individuel tilrettelæggelse af forløb, samt eventuelt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med kommunerne, psykiatrien og andre relevante samarbejdspartnere. Der er af den grund et stadigt stigende behov for mere tværfagligt og tværsektorielt samarbejde – ikke mindst mellem jordemødre og sundhedsplejersker.

6. Spidsbelastninger

En udfordring for planlægning på fødeområdet er variationen i antallet af fødsler. Region Sjælland beretter f.eks. om en variation på op til 40 procent, typisk med spidsbelastning i sommerferiemånederne, hvor kapaciteten er presset til det yderste.

Fødeafdelingerne gør meget for at undgå, at kvinder skal omvisiteres fra et fødested til et andet på grund af travlhed. De benytter sig af forskellige tiltag. Eksempler herpå er listet nedenfor.

Tilrettelæggelse af vagtberedskab

- Ansættelse af vikarer
- Kort sommerferie til jordemødre og ingen mulighed for afspadsering i sommermånederne
- Omlægning af specialfunktioner og projektarbejde, varetaget af jordemødre, til klinisk arbejde på fødegangen
- Jordemødre ansat på bl.a. barselsafsnit og/eller gynækologiske ambulatorier træder til på fødeafsnit ved travlhed
- Implementering af særlig jordemoderfunktion, der fungerer som sparingspartner og koordinator over samtlige forløb

Fysiske rammer

- Etablering af ekstra fødestuer
- Etablering af udslusningsstue med to pladser til ambulant fødende
- Tilbud om ambulant fødsel til førstegangsfødende
- Mulighed for barselspladser på gynækologisk afdeling og patienthotel ved behov, samt inddragelse af hotelstuer til barselfamilier
- Udvidet samarbejde med gynækologisk afdeling og neonatal-afsnit, der kan hjælpe med barselspladser i spidsbelastede perioder

Arbejdsgange og information

- Planlagte aktiviteter udsættes (typisk igangsættelse af fødsler), hvor det er muligt og forsvarligt
- Jordemødre kaldes ind på fridage, ligesom de kaldes ind før deres planlagte vagter til overarbejde
- Administrative opgaver i det akutte forløb omlægges til planlagt arbejde
- Fortløbende information til de gravide i jordemoderkonsultationerne
- Eventuelt brug af frivillige til ikke-patientrelaterede opgaver

Når der er belastning på jordemødrene, smitter det af på obstetrikere, der ofte må tage over ved spidsbelastninger. Desuden afføder pres på fødegangen også pres på barselsgangen og eventuelt det neonatale afsnit.

Hvis spidsbelastningerne bliver for store kan det blive nødvendigt at omvisitere kvinder mellem fødesteder. Dog bliver kvinder kun sjældent omvisiteret, når de er i aktiv fødsel, og livmodermunden er begyndt at åbne sig. Når det sker, skyldes det som oftest komplicerende faktorer.

Antallet af omvisiteringer fra et sygehus til et andet er steget på tværs af regionerne. I Region Hovedstaden er antallet af omvisiteringer steget fra 177 i 2013 til 243 i 2015. Heri ligger dog, at antallet af overflytninger fra Rigshospitalet

samt Amager og Hvidovre Hospital omfatter både kvinder, der er i begyndende fødsel, og kvinder i aktiv fødsel. For de andre fødesteder i regionen omfatter det kun kvinder i aktiv fødsel.

Stigningen afspejler dog ikke den aktuelle situation i Region Hovedstaden, idet regionen i 2015 indførte en central visitation til fødesteder. Effekten heraf vil først kunne ses, når der foreligger data for 2016.

Region Sjælland estimerer, at antallet af omvisiteringer grundet travlhed er steget fra omkring 20 i 2013 til omkring 60 i 2016.

I Region Syddanmark bliver fødende kvinder primært omvisiteret fra Svendborg Sygehus til Odense Universitetshospital og oftest i sommerferieperioderne. Antallet af omvisiteringer mellem disse to sygehuse er steget fra 7 i 2013 til 50 i 2016.

Region Midtjylland vurderer, at antallet af omvisiteringer mellem sygehuse i regionen ligger mellem 1-2 om måneden. I Region Nordjylland er antallet af omvisiteringer steget fra 48 i 2013 til 164 i 2016. Alle omvisiteringer i Region Nordjylland finder sted, inden fødslen er igangsat.

7. Personaleberedskab

På alle fødesteder på tværs af regionerne, på nær Rigshospitalet og Bornholms Hospital, fungerer fødeafdelingerne som en underafdeling til Gynækologisk-Obstetrisk afdeling. På Rigshospitalet er fødeafdelingen adskilt som sin egen afdeling, og på Bornholms Hospital varetages fødsler af gynækologer og jordemødre på kirurgisk afdeling.

Organiseringen af fødeafdelingerne vanskeliggør opgørelser af personale og økonomi fordelt på enkelte afsnit såsom føde-, svanger- og barselsafsnit. Det skyldes dels, at der er fælles personale og dels, at personale ansat i et afsnit ved behov varetager opgaver i andre afsnit. Obstetrikere er f.eks. ofte ansat i hele den Gynækologisk-Obstetriske afdeling og ikke udelukkende på et fødeafsnit, og jordemødre kan godt være ansat i et barselsafsnit, men hjælpe på fødeafsnittet ved travlhed.

Fødeafdelingerne er derudover præget af, at fødsler kan finde sted på alle tider af døgnet og kun i et begrænset omfang kan planlægges i forhold til, hvornår de vil begynde, hvor længe de varer, og hvor komplicerede de eventuelt kan udvikle sig til at blive. Derudover skal afdelingerne kunne stille med en jordemoder, såfremt en kvinde ønsker at føde hjemme.

Det stiller krav til både jordemoder- og lægeberedskabet på de enkelte afdelinger. Der skal altid være tilstrækkeligt med jordemødre, og der skal kunne tilkaldes en obstetriker og anæstesiolog, idet der skal være mulighed for at foretage akut kejsersnit.

Grundet en høj aktivitet og et vagttungt speciale er det flere steder i landet tiltagende vanskeligt at rekruttere både jordemødre og obstetrikere, samt sygeplejersker og læger med specialuddannelse i ultralydsscanning af gravide.

7.1 Udviklingen i antallet af jordemødre, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og læger

Antallet af fuldtidsbeskæftigede jordemødre i regionerne er steget. Det bliver uddybet neden for. Men stigningen dækker over flere faktorer, som er vigtige for at belyse forholdet mellem aktivitet og personaleressourcer på fødeafdelingerne – særligt i forhold til fødselsbetjeningen:

1. Hovedparten af alle fødeafdelinger har kunnet øge deres beredskab til fødsler på grund af tilførte regionale midler og finanslovsmidler. Eksempelvis er finanslovsmidler for 2016 især blevet brugt til opnormering på jordemodersiden, men også til ansættelse af læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter (SOSU-assistenter) og enkelte sekretærer. Fødeafdelingerne har desuden anvendt midler til opkvalificering af personale.
2. Aktiviteten på fødselsområdet er steget som følge af flere fødsler og flere komplicerede graviditeter og fødsler, jf. kapitel 4.
3. Implementeringen af faglige procedure har øget behovet for jordemoderressourcer før og efter fødslen, jf. afsnit 5.2, hvilket også lægger pres på jordemoderressourcerne til selve fødselsbetjeningen.
4. Flere fødeafdelinger har forsøgt at imødekomme variationen i antal fødsler, herunder spidsbelastninger, ved at ansætte jordemødre i stedet for SOSU-assistenter og sygeplejersker. På den måde har de kunne sikre tilstrækkeligt med jordemødre til fødselsbetjening, men omvendt har flere jordemødre samtidig skulle løse opgaver tidligere varetaget af andre personalegrupper. Som eksempel kan nævnes, at Aarhus Universitetshospital har færre fødsler per jordemoder i dag end for seks år siden, men det hænger sammen med, at fødeafdelingen har konverteret et vagtlag SOSU-assistenter til et vagtlag jordemødre for at have én jordemoder til hver fødsel.

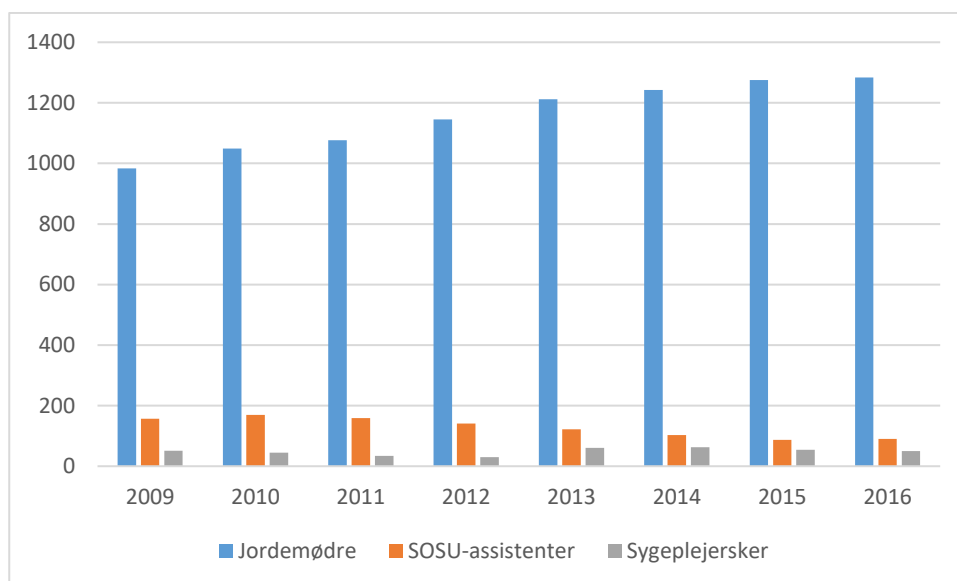
Samlet for de fire faktorer tyder det på, at der er kommet færre fødsler per jordemoder. Men omvendt har jordemødrene fået flere opgaver på grund af nye faglige retningslinjer og initiativer, samt fordi der er færre SOSU-assistenter, sygeplejersker m.fl. ansat på svangre-, fødsels- og barselsafsnit.

Med det afsæt gennemgås herunder udviklingen i antallet af jordemødre, SOSU-assistenters, sygeplejersker og læger. I næste afsnit uddybes, hvordan varretagelsen af opgaver er skiftet mellem de forskellige faggrupper.

Antallet af fuldtidsbeskæftigede jordemødre i regionerne er steget fra 1.041 i 2009 til 1.470 i 2016⁵². Det svarer til en stigning på 41 procent. Med fuldtidsbeskæftigede jordemødre menes basisjordemødre og dermed ikke ledende jordemødre og uddannelsesansvarlige jordemødre.

Det skal her bemærkes, at mange jordemødre arbejder deltid. I en analyse baseret på arbejdstidsdata fra 2014 er det samlede antal jordemødre, som er ansat fuldtid i regionerne, eksklusiv Region Sjælland, 470⁵³. Det samlede antal af jordemødre, som var ansat på deltid i de fire regioner i 2014, var 701. Det svarer til, at 60 procent af alle jordemødre er ansat på deltid. Analysen er nærmere omtalt i afsnit 6.2.

Figur 14: Antal jordemødre, SOSU-assistenters og sygeplejersker på fødeafdelinger, fuldtid, 2009 til 2016



Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, april-data 2017 (særtræk); Fødeafdelingerne er afgrænset af regionerne

⁵² Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, august-data 2016

⁵³ Regionernes Lønnings- og Takstnævn m.fl., 'Dataanalyse – Den faktiske arbejdstid, arbejdstidens placering, omfanget af overarbejde, tilkald, rådighedsvagt mv.', 2016, side 10

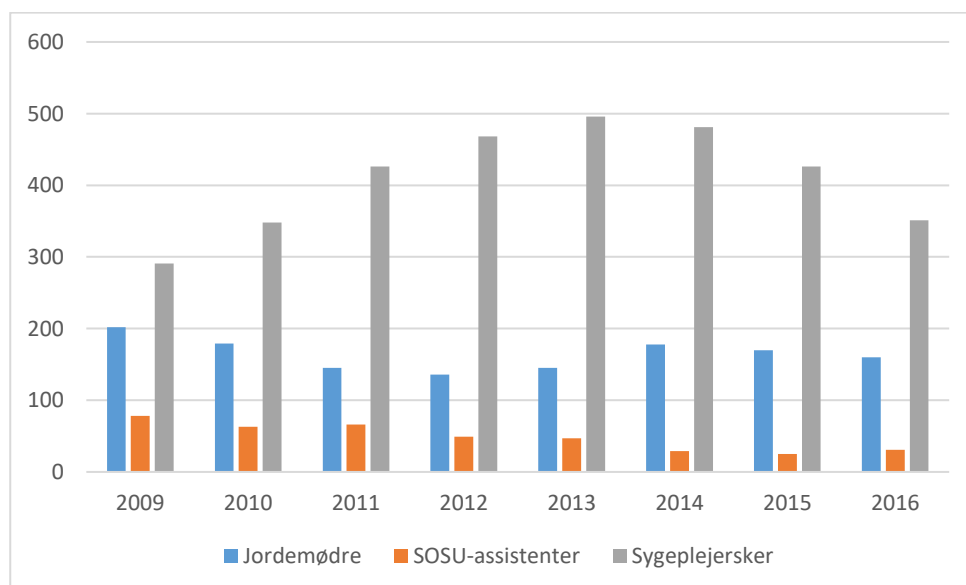
Figur 14 viser en opgørelse over antal fuldtidsbeskæftigede jordemødre, social- og sundhedsassistenter samt sygeplejersker på fødeafdelinger og fødeafsnit, hvor jordemødre helt eller delvist beskæftiger sig med selve fødselsbetjeningen. Fødeafsnit skal her forstås som afsnit (en funktion) under en fødeafdeling, som i de fleste tilfælde er en underafdeling til en Gynækologisk-Obstetrisk afdeling.

Det fremgår af figuren, at antallet af fuldtidsbeskæftigede jordemødre, som beskæftiger sig helt eller delvist med fødselsbetjening, er steget med 31 procent mellem 2009 og 2016. Siden 2013, hvor fødselstallet begyndte at stige igen, er antallet af jordemødre steget med seks procent.

I perioden 2009-2016, på de samme afsnit og afdelinger, er antallet af social- og sundhedsassistenter stort set halveret. Antallet af sygeplejersker er faldet med omkring to procent siden 2009.

Udviklingen i antallet af fuldtidsbeskæftigede jordemødre over for udviklingen i antallet af SOSU-assistenter, tyder på, at der er sket en opgaveglidning mellem faggrupperne på de afsnit, hvor jordemødre beskæftiger sig med fødselsbetjening. En lignende udvikling synes også at have fundet sted hos sygeplejerskerne, men knap så markant. Dette uddybes i afsnit 6.2.

Figur 15: Antal jordemødre, SOSU-assistenter og sygeplejersker på øvrige afdelinger, fuldtid, 2009 til 2016



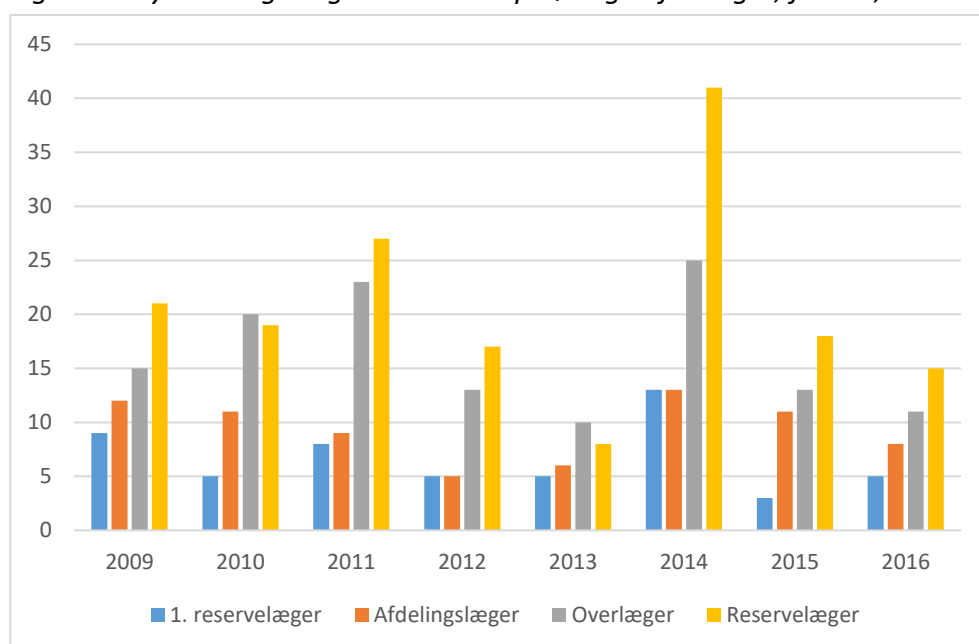
Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, april-data 2017 (særtræk); Fødeafdelingerne er afgrænset af regionerne

På øvrige afdelinger, hvor jordemødre primært varetager opgaver inden for det brede gynækologiske og obstetriske område, f.eks. svangerskab og barsel, er antallet af SOSU-assistenten faldet med 60 procent mellem 2009 og 2016. Antallet af jordemødre er i samme periode faldet 21 procent, mens antallet af sygeplejersker er steget 21 procent. Dette ses i figur 15.

Personaleudviklingen på de såkaldte øvrige afdelinger ser dog anderledes ud for perioden 2013 til 2016, hvor fødselstallet begyndte at stige. Siden 2013 er antallet af jordemødre således steget 10 procent. Antallet af SOSU-assistenten og sygeplejersker er samtidig faldet henholdsvis 34 og 29 procent.

Af Sundhedsstyrelsens seneste lægeprognose fra 2016 fremgår det, at antallet af speciallæger inden for gynækologi og obstetrik i regionerne var 564 i 2012⁵⁴. Som det også fremgår af et senere afsnit, afsnit 9.1, er antallet steget siden, og der forventes således at være omkring 635 speciallæger inden for gynækologi og obstetrik i 2025.

Figur 16: Gynækologer og obstetrikere på øvrige afdelinger, fuldtid, 2009-2016



Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, april-data 2017 (særtræk); Fødeafdelingerne er afgrænset af regionerne

På de afdelinger, som også indgår i figur 15, er antallet af afdelingslæger, overlæger, 1. reservelæger og reservelæger samlet set faldet fra 58 læger i 2009 til

⁵⁴ Sundhedsstyrelsen, Lægeprognose 2015-2040 – Udbuddet af læger og speciallæger', 2016, side 44

41 i 2016. Det svarer til et fald på knap 32 procent. Denne udvikling ses i figur 16. Udviklingen ser anderledes ud for perioden 2013-2016. I denne periode, hvor fødselstallet var stigende, steg antallet af afdelingslæger, overlæger og reservelæger på de pågældende afdelinger. Samlet set er der tale om en stigning på 10 læger svarende til 34 procent. Antallet af 1. reservelæger var uændret.

Antallet af læger i figur 16 er lavere end det faktiske antal speciallæger inden for gynækologi og obstetrik. Det skyldes, at figur 15 og 16 som nævnt inkluderer de afdelinger, hvor jordemødre primært varetager opgaver inden for det brede gynækologiske og obstetriske område. Men speciallæger inden for gynækologi og obstetrik er ofte ansat i hele den Gynækologisk-Obstetriske afdeling og ikke udelukkende på en fødeafdeling eller et afsnit, som jordemødre er det.

Det har i særtrækket fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor ikke været muligt at skelne mellem gynækologer og obstetrikere, hvorfor begge specialer indgår i figur 16.

7.2 Opgaveglidning mellem faggrupper

I de seneste år er jordemødre blevet ansat ved siden af eller i stedet for sygeplejersker på svangerskabsafsnit, barselsafsnit og i ultralydsafdelinger. Desuden har flere afdelinger valgt at erstatte SOSU-assistenten med jordemødre. Begge forhold med henvisning til øget fleksibilitet og med ønsket om at sikre tilstrækkeligt med jordemødre til fødselsbetjening og det akutte fødselsområde.

Mangel på jordemødre har omvendt i Region Hovedstaden betydet, at en række af jordemødrenes opgaver er overgået til SOSU-assistenten, sygeplejersker eller andre faggrupper med henblik på, at jordemødre har tid til de opgaver, der kræver jordemoderkompetencer. Der er f.eks. blevet ansat lægesekretærer for at lette jordemødrenes administrative opgaver, og jordemoderstuderende er blevet anvendt i SOSU-vagter, ligesom SOSU-vagtlaget nogen steder er blevet øget.

Udviklingen ser anderledes ud i Region Sjælland. Her danner sig et billede af, at flere opgaver er overgået fra SOSU-assistenten til jordemødre. Det drejer sig bl.a. om plejeopgaver samt oprydning, opfyldning, varebestillinger og administrative opgaver i forbindelse med fødsler. Samtidig er andre opgaver flyttet rundt mellem sygeplejersker, SOSU- og serviceassistenter, samt sekretærer. Imidlertid har den seneste tids jordemodermangel medført genansættelse af SOSU-assistenten og sygeplejersker på i hvert fald én fødeafdeling.

En lignende udvikling med opgaveflytning til jordemødre har fundet sted i Region Syddanmark, hvor faggruppesammensætningen i svangre- og barselsplejen er ændret fra SOSU-assistenten og sygeplejersker til jordemødre. Der er fortrinsvis ansat jordemødre i stedet for SOSU-assistenten på fødeafsnittene,

og der er ansat jordemødre i stedet for sygeplejersker på barselsafsnit og afsnit for indlagte gravide. Derudover er det på flere fødesteder jordemødre, som har videreuddannet sig til sonografer, der foretager ultralydsscanninger.

Tendensen har været den samme i Region Midtjylland og Region Nordjylland, hvor flere opgaver, der tidligere blev varetaget af SOSU-assistenten og sygeplejersker, nu varetages af jordemødre. Det skyldes bl.a., at beredskabet grundet det stigende fødselstal har været under pres. Blandt opgaver, der er overgået til jordemødrene, kan nævnes check af udstyr, tømning og opredning af stuer, opfyldning af skabe og varebestilling.

På nogle fødeafdelinger, på tværs af landet, er der flyttet opgaver fra læger til jordemødre. Det drejer sig f.eks. om ultralydsscanning og samtaler om kejsersnit uden faglig begrundelse.

Sygeplejerskernes antal er generelt reduceret i svangre- og barselsafsnit, hvor jordemødre nu arbejder på lige fod med sygeplejerskerne i såvel normal som kompliceret barsel.

7.3 Arbejdstilrettelæggelse blandt jordemødre

Det blev som et resultat af overenskomstforhandlingerne 2015 mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN), Sundhedskartellet, HK Kommunal og 3F aftalt at gennemføre en analyse på baggrund af arbejdstidsdata. Analysen skulle give et billede af den faktiske arbejdstid, arbejdets placering, omfanget af overarbejde, tilkald mv.

Som en del af Sundhedskartellet er jordemødrene omfattet af analysen, der baserer sig på 2014-data fra Silkeborg Data og Kommunernes og Regionernes Løndatakontor. Data omfatter desværre ikke Region Sjælland, idet regionen ikke benytter Silkeborg Data.

Tabel 15 giver et overblik over udvalgte resultater fra analysen, som vedrører jordemødrenes arbejdstilrettelæggelse⁵⁵. Procenterne i tabellen angiver, hvor stor en andel af deres samlede antal timer jordemødrene bruger på f.eks. planlagte timer, rådighedsvagt fra bolig mv.

Antallet af planlagte timer ud af jordemødrenes samlede antal arbejdstimer udgør 54 procent på tværs af regionerne. Det hænger igen sammen med, at fødeafdelingerne kun i begrænset omfang kan planlægge efter fødsler. Blandt alle faggrupperne i analysen, i alt 23, er jordemødrene den faggruppe med den laveste andel af planlagte timer ud af deres samlede arbejdstid.

⁵⁵ Regionernes Lønnings- og Takstnævn m.fl., 'Dataanalyse – Den faktiske arbejdstid, arbejdstidens placering, omfanget af overarbejde, tilkald, rådighedsvagt mv.', 2016, side 17-25

Tilsvarende ligger andelen af den samlede arbejdstid, hvor jordemødre står til rådighed fra hjemmet, samt andelen af overarbejde og andelen af merarbejde højt sammenlignet med andre faggrupper. Det gælder især også for andelen af jordemødrenes arbejdstid, som er tilkald på fridøgn, ud af deres samlede arbejdstid. Tilkald på fridøgn betyder, at jordemødre ringes op på grund af travlhed eller sygdom og anmodes om at komme på arbejde.

Tabel 15: Fordeling af forskellige typer vagter som procent af jordemødrenes samlede antal arbejdstimer, 2014

	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden
Planlagte timer	42 %	60 %	50 %	56 %
Rådighedsvagt fra bolig	15 %	2 %	10 %	5 %
Overarbejde	2 %	1 %	2 %	2 %
Merarbejde	2 %	2 %	1 %	0,5 %
Tilkald på fridøgn	1 %	1 %	1 %	1 %

Kilde: Regionernes Lønnings- og Takstnævn m.fl.

Note: Kolonnerne summerer ikke til 100 procent, idet analysen indeholder flere typer vagter, som ikke er med i tabellen. Til tabellen er udvalgt de typer vagter, hvor forskellen mellem jordemødre og andre personalegrupper er særlig udtalt.

8. Jordemoderuddannelsen

Jordemoderuddannelsen er en 3½-årig professionsbachelor, der udbydes på tre professionshøjskoler i landet. Undervisningen veksler mellem teoretisk og klinisk undervisning og giver adgang til autorisation som jordemoder.

8.1 Dimensionering

Jordemoderuddannelsen er dimensioneret. Det betyder, at Uddannelses- og Forskningsministeriet fastsætter det maksimale optagelsestal for hver enkelt institution. Dimensioneringen sker primært af hensyn til antallet af praktikpladser og beskæftigelsesmulighederne for færdiguddannede, men den kan også have til formål at sikre en regional fordeling af uddannelsespladser.

Den samlede dimensionering for jordemoderuddannelsen er fra studieåret 2008/2009 til studieåret 2017/2018 steget fra 165 til 211 pladser.

Tabel 16: Dimensionering for jordemoderuddannelsen, 2005-2017

	2005/2006 – 2007/2008	2008/2009 – 2009/2010	2010/2011 – 2016/2017	2017/2018
University College Metropol	56	67	67	77
University College Nordjylland	56	64	64	70
University College Syd	-	-	59	64
University College Vest	53	59	-	-
I alt	165	190	190	211

Kilde: Danske Professionshøjskoler

Note: University College Vest fusionerede i 2010 med University College Syd.

På jordemoderuddannelsen er kvote 2 fastsat til at udgøre 50 procent af det samlede antal studiepladser. Siden 2012 har det faktiske optag på kvote 1 og 2 fordelt sig som i tabel 14. Heraf fremgår det, at der de seneste år har været et større kvote 2- end kvote 1-optag.

Tabel 17: Optag på kvote 1 og 2 på jordemoderuddannelse, 2009-2016

	2012	2013	2014	2015	2016
Kvote 1	92	94	92	95	99
Kvote 2	93	94	94	94	101

Kilde: Styrelsen for Forskning og Uddannelse

Antallet af dimittender fra jordemoderuddannelsen har varieret over årene, bl.a. på grund barsel eller frafald blandt de studerende.

Antallet af dimittender steg sammen med den øgede dimensionering, fra 103 i 2008 til 160 i 2010. Siden er antallet faldet, for så at stige en smule igen. I 2016 var antallet af dimittender fra jordemoderuddannelsen 148.

8.2 Revideret jordemoderuddannelse

Per 1. september 2016 trådte en revideret jordemoderuddannelse i kraft. Uddannelsen er grundlæggende ikke blevet ændret i forhold til længde og forholdet mellem teoretisk og klinisk undervisning. Der er dog blevet udviklet på indholdet og tilrettelæggelsen af undervisningen⁵⁶.

⁵⁶ Metropol, 'Jordemoder – Uddannelsen', www.phmetropol.dk

Jordemoderuddannelsen blev revideret sammen med de øvrige otte sundhedsfaglige professionsbachelor. Processen med revision af uddannelserne har indbefattet et længere arbejde i både tværprofessionelle og monofaglige grupper nedsat af Uddannelses- og Forskningsministeriet i relation til udarbejdelse af bekendtgørelser og studieordninger. Den monofaglige arbejdsgruppe for jordemoderuddannelsen havde repræsentanter fra chefjordemødrene, jordemoderuddannelserne, Jordemoderforeningen, professionshøjskolerne, de studerende og regionerne.

Bekendtgørelsen for uddannelsen til professionsbachelor i jordemoderkundskab indeholder de slutkompetencer, som dimittenderne bliver autoriseret på⁵⁷. De nye studieordninger er ikke, som tidligere, nationale, men institutionelle og udarbejdet af de tre professionshøjskoler.

Jordemoderuddannelserne på University College Syd, Professionshøjskolen Metropol og University College Nordjylland arbejdede i processen tæt sammen om de nationale revideringer. Der er lokale forskelle i pædagogisk/didaktisk tilrettelæggelse, men ikke i forhold til indhold, fagområder, ECTS og fordeling af klinisk og teoretisk uddannelse. Studieordningerne er tilrettelagt ud fra et ønske om øget:

- Fokus på tværfaglighed, også tværprofessionelt samarbejde uden for professionshøjskoleregi med eksempelvis sundhedsplejersker og læger
- Fokus på selvstændighed
- Fokus på fastholdelse i faget
- Fokus på færdigheder, parathed til selvstændigt at indtræde i arbejdsmarkedet og klinisk praksis efter dimission

Dette bliver understøttet, dels gennem yderligere intensiveret fokus på sammenhængen mellem klinisk og teoretisk undervisning (uddannelsen indeholder 50 procent klinisk uddannelse), dels gennem en introduktionsklinik tidligt i uddannelsen og med inddragelse af en klinisk kompetenceperiode på 7. semester kort før den afsluttende eksamen.

Uddannelserne har vægtet fokus på en successiv øgning af de studerendes selvstændighed gennem semestrene og en opbygning i relation til vidensområdet fra grundlæggende og ukomplicerede til komplicerede og komplekse forhold i relation til graviditet, fødsel, barsel og familiedannelse. Dette begrundes med en øget kompleksitet i relation til jordemoderens virksomhedsområde de senere år.

⁵⁷ Bekendtgørelse nr. 700 af 8. juni 2016

Jordemoderens dimittendprofil, som er formuleret af den monofaglige arbejdsgruppe bl.a. på baggrund af bekendtgørelsen for jordemoderuddannelsen, er følgende:

Formålet med professionen er at bistå og styrke mennesker gennem familiedannelsesprocessen og i seksuel og reproduktiv sundhed. Dette sker gennem jordemoderfaglig omsorg med sundhedsfremme, forebyggelse, risikoopsøring, diagnosticering, pleje og behandling. I jordemoderprofessionens virksomhed indgår desuden understøttelse af evidensbaseret praksis og styrkelse af folkesundheden.

Jordemoderen varetager visitation samt henviser til eller tilkalder læge ved sygelige tilstande, komplikationer eller ved mistanke herom hos kvinden i forbindelse med graviditet, fødsel eller barsel hos det nyfødte barn eller hos fosteret.

I forbindelse med revisionen af jordemoderuddannelsen blev der set til sundhedsuddannelserne i andre lande, særligt i Norden. I Sverige er jordemoderuddannelsen en overbygning på halvandet år oven på sygeplejerskeuddannelsen, som varer tre år. Ligeledes er jordemoderuddannelsen i Norge en overbygning til sygeplejerskeuddannelsen. I Norge varer overbygningen mellem halvandet og to år.

England og Tyskland har flere modeller, hvor sygeplejerskeuddannelsen er en af flere indgange til jordemoderuddannelsen. Holland og Frankrig har ligesom Danmark en jordemoderuddannelse med direkte adgang fra gymnasial uddannelse eller erhvervsuddannelse (herudover specifikke krav).

8.3 Udbredelse af jordemødrenes beskæftigelsesfelt

Der er en stigende udbredelse af jordemoderfaget. Flere jordemødre søger over i andre områder end f.eks. fødselsbetjening og konsultationer. På landsplan var over 50 jordemødre ansat i almen praksis i 2016: 27 i kompagnipraksis, 20 i solopraksis og 6 i samarbejdspraksis. De arbejder f.eks. med seksuel sundhed og familiedannelse, samt med rådgivning om forebyggelse og af patienter med kroniske sygdomme⁵⁸. Jordemoderforeningen vurderer, at antallet af jordemødre i almen praksis er i vækst.

Ligeledes er et større antal jordemødre beskæftiget i kommunernes sundhedsforvaltninger, eller de har etableret private jordemoderpraksis.

På fødeafdelingerne efterspørger nye ansøgere, at der kan tilbydes arbejde inden for hele jordemoderens virksomhedsområde og ikke kun arbejde på fødeafsnit og i jordemoderkonsultation. De efterspørger således faglig jobvariation

⁵⁸ Praktiserende Lægers Organisation, 'PLO Analyse – Ansatte i almen praksis', 2017, side 8

og mulighed for at udvikle jordemoderfagligheden. Det kan hænge sammen med, at jordemødre i dag ofte er mellem 23 og 25 år, når de er færdiguddannet, og har et langt arbejdsliv i et akut speciale. Flere jordemødre søger derfor i perioder andre karrieremuligheder.

Afslutningsvist kan det nævnes, at der i 2014 blev etableret en kandidatuddannelse i jordemodervidenskab. Det spiller en rolle i forhold til, at flere jordemødre formentlig vil søge videreuddannelse, hvorfor de vil være væk fra faget i mindst en toårig periode.

9. Speciallægeuddannelsen i obstetrik

Speciallægeuddannelsen til obstetrikere bygger oven på en gennemført lægeuddannelse (2-årig bacheloruddannelse og 3-årig kandidatuddannelse) og en 1-årig klinisk basisuddannelse⁵⁹. Den består ligesom andre speciallægeuddannelser af en introduktionsuddannelse, en hoveduddannelse og en teoretisk uddannelse⁶⁰. Den teoretiske uddannelse er obligatorisk, og består af generelle kurser, specialespecifikke kurser og et forskningstræningsmodul.

Tilladelse til at betegne sig som speciallæge opnås efter ansøgning til Styrelsen for Patientsikkerhed⁶¹.

9.1 Dimensionering

Sundhedsstyrelsen udarbejder løbende prognoser for det fremtidige antal af speciallæger, herunder gynækologer og obstetrikere⁶². Prognoserne danner baggrund for de dimensioneringsplaner, som Sundhedsstyrelsen udmelder på områderne. Dimensioneringsplanerne regulerer antallet af speciallæger gennem fordeling af uddannelsesforløb inden for de enkelte specialer og videreuddannelsesregioner. Den aktuelle dimensioneringsplan dækker perioden 2013-2017.

Både i den gældende dimensioneringsplan for 2013-2017 og i den kommende dimensioneringsplan for 2018-2020 er der dimensioneret med 30 hoveduddannelsesforløb årligt inden for gynækologi og obstetrik⁶³. De er fordelt med 14 hoveduddannelsesforløb i videreuddannelsesregion Øst, 6 forløb i videreuddannelsesregion Syd og 10 forløb i videreuddannelsesregion Nord.

⁵⁹ UddannelsesGuiden, 'Medicin', www.ug.dk

⁶⁰ Sundhedsstyrelsen, 'Uddannelse af speciallæger', www.sst.dk

⁶¹ Styrelsen for Patientsikkerhed, 'Søg anerkendelse som speciallæge...', www.stps.dk

⁶² Sundhedsstyrelsen, 'Lægeprognoser', www.sst.dk

⁶³ Sundhedsstyrelsen, 'Dimensioneringsplan 2018-2020, introduktions- og hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen', 2017, side 6

Sammenlignet med antallet af opslåede og besatte hoveduddannelsesstillinger inden for specialet, er alle stillinger i de senere år – med undtagelse af 2010-2011, hvor der var 2-3 ubesatte stillinger – blevet besat⁶⁴.

I lægeprognosen for 2015-2040 forventes antallet af speciallæger inden for gynækologi og obstetrik at stige fra 593 i 2015 til 635 i 2025⁶⁵.

⁶⁴ Sundhedsstyrelsen, 'Lægeprognoser', www.sst.dk

⁶⁵ Sundhedsstyrelsen, Lægeprognose 2015-2040 – Udbuddet af læger og speciallæger', 2016, side 58