

Bilag 1

Baggrund for ændringsforslag af Sundhedslovens §83

Af: Den Lille Jordemoder

Ændringsforslag af Sundhedslovens §83

Baggrunden for ændringsforslaget er som følgende.

I Danmark er det ved lov angivet, at en gravid har ret til at føde på det sted kvinden ønsker, og at fødslen skal bistås af en jordemoder, ligegyldig om denne fødsel foregår på eller uden for et sygehus.¹ Ydermere fastslås det af Sundhedsstyrelsen, at "rammerne for fødsel på en fødeklinik uden for sygehus kan fagligt ligestilles med hjemmefødsler"². I Danmark kan kvinder således vælge at føde på sygehus, hjemme eller på fødeklinik. På nuværende tidspunkt er fødsel på en jordemoderledet fødeklinik forbundet med brugerbetaling. Siden 2013 har det dog været muligt for gravide i Region Sjælland at føde på privat fødeklinik betalt af regionen. Dette er ikke i harmoni med vores statsministers plan fra 2018³ om at give nærheden tilbage, som bekræftes i Socialdemokraten "at Danmark er for lille til at have store forskelle"⁴ samt, at man i Danmark antageligt har let og lige adgang til sundhed i hele landet.⁵ Dette skaber en divergens og en uligevægt i kvinders autonomi samt en skævvridning af lige ret til sundhed, særligt i henhold til Sundhedslovens §2. Derfor er en ændring af Sundhedsloven §83 nødvendig, da dette vil muliggøre lighed for loven for alle gravide i Danmark.

Den socialdemokratiske regering baserer deres sundhedspolitik på "tid til omsorg".⁶ De "ønsker et sundhedsvæsen, der sætter mennesket før systemet, og hvor der er tid til omsorg."⁷ Dog er dette ikke tilfældet for mange gravide, som møder rigide systemer og travle jordemødre.⁸ Regeringen sætter desuden fokus på, at et sundhedsvæsen med tid til omsorg er et sundhedsvæsen, hvor der er "en trøstende arm om skulderen, et knus og en hånd at holde i. Det er at føle sig sikker på, man er i trygge hænder." Desværre har mange gravide langt til en fødeafdeling, de møder ikke en kendt jordemoder og oplever et sygehusvæsen, hvor de sendes hjem tidligere, end hvad de er trygge ved.⁹ Den trøstende arm om skulderen oplever de ikke altid, og de får ikke den omsorg, som de i nogle tilfælde har brug for. Det er tid til forandring og en tilbagevenden til de trygge rammer, som sikrede Danmark den fine topplacering indenfor for svangre-omsorg. Netop dette emne blev taget op i Sundheds- og Ældreministeriet i 2018, hvor de fastslår, at tryghed er Alfa og Omega samt at "det stigende fødselstal giver anledning til overvejelser om organiseringen af området."¹⁰

Danmarks Statistik, Sundhedsstyrelsen og Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser fastslår alle, at vi i de kommende år vil se en stigning i antallet af fødsler^{11 12} i takt med, de store fødselsår gange fra

¹ Sundhedsloven §83

² Sundhedsstyrelsen 'Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet' 2020, s. 37

³ Mette Frederiksen "Nærheden tilbage" Socialdemokratiet, 2018, s. 8

⁴ Nicolai Wammen "Socialdemokraten" Socialdemokraten, juni 2020, s. 1

⁵ Sundhedsloven §2

⁶ Socialdemokratiet, <https://www.socialdemokratiet.dk/da/politik/sundhedspolitik/>, set 07.08.2020

⁷ Socialdemokratiet, <https://www.socialdemokratiet.dk/da/politik/sundhedspolitik/>, set 07.08.2020

⁸ Meyermor "ramt af travlheden. Beretning fra jordemoderen og den fødende" 2016, Frederik Alexander Vording "Pressede jordemødre flygter fra det offentlige" TV2Lorry 29.01.2018, Sine Bach Jakobsen "Rød alarm på hospitalerne" BT, 02.12.16

Hanne Dam "Jordemødrene står af – fødeklinikkerne gør sit comeback" Liv og Mennesker, 24.09.2018

Maria Jeppesen "Privat jordemoder: Jeg må afvise gravide hver dag" avisen.dk, 29.01.2018

Jakob Herskin "Frontberetning fra sygehusene: Vi går grædende hjem" Randers Amtsavis, 06.10.2017

⁹ Lasse Dieckmann "Fart på fødegangen: Førstegangsfødende skal hjem efter 2-4 timer på sygehus" Tv2 Østjylland, 29.01.2019

¹⁰ Sundheds- og Ældreministeriet 'En god og sikker start på livet' 2018, s. 12

¹¹ LUP 'Fødende' 2018, s. 3

¹² Danmarks Statistik "Befolkningens Udvikling" 2018, s. 101

1990'erne selv får børn.”¹³ Det vurderes, at vi indenfor de næste ti år vil se op mod 72.000 fødsler årligt mod 61.273 i 2018.¹⁴ Endvidere bliver det bemærket af Sundhedsstyrelsen i høringsudkastet til Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet fra 2020, at der hos de gravide ses et stigende ønske om varierede muligheder for valg af fødested,¹⁵ hvilket bekræftes i Sundheds- og Ældreministeriets rapport fra 2018 om en god og sikker start på livet.¹⁶ Derfor anbefaler Sundhedsstyrelsen, at der ”etableres en fælles faglig ramme for organiseringen af fødeområdet og de forskellige fødetilbud i Danmark.”¹⁷ Dette er direkte i forlængelse af ønsket om at ensarte mulighederne for fødsel på private, jordemoderledet fødeklinikker landet over. Det skal desuden pointeres, at der i høringsudkastet er taget højde for både faglige samt organisatoriske indsigter i området.

I litteraturen, som danner grundlag for Sundhedsstyrelsens høringsudkast, er der inddraget en række studier fra udlandet. Det er noteret, at alle forhold ikke kan direkte overføres til danske forhold. Dog er det værd at bemærke, at der i Frankrig har været en lignende udvikling omkring ønsket om at føde under mere hjemlige forhold, hvorfor der blev etableret et femårigt pilotprojekt, hvor kvinder med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel kunne føde på en privat jordemoderledet fødeklinik uden egenbetaling landet over.¹⁸ Efter projektets afslutning blev ordningen gjort permanent. Gennem den franske nationale lovgivning er det desuden specificeret, at fødeklinikkerne skal være ledet af en uddannet jordemoder,¹⁹ de fremsatte krav om klinikernes virke²⁰ er sammenlignelige med de opstillede krav mellem Region Sjælland og private udbud²¹ og i samspil med Sundhedsstyrelsens ønske om en national fælles faglig ramme danner dette yderligere grundlag for, at et samarbejde mellem regioner og jordemoderledet fødeklinikker uden for sygehusene i Danmark ikke bare er muligt, men også et positivt tilvalg for de gravide.

”Omkring hver tredje førstegangsfødende og hver tiende flergangsfødende kan forvente at blive overflyttet til fødeafdeling ved planlagt hjemmefødsel”²² fastslår Sundhedsstyrelsen. Litteraturen tilslutter sig desuden, at særligt flergangsfødende med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel ikke oplever forskel i forhold til planlagt fødested og risiko ved perinatale komplikationer ved barnet. Sundhedsstyrelsen angiver ydermere, at ”de akutte og alvorlige hændelser, der kan opstå i forbindelse med en fødsel, er meget sjældne.”²³ Til sammenligning viser studierne, som ligger til grund for høringsudkastet, ”at planlagt fødsel på en fødeafdeling er associeret med en øget forekomst af indgreb under fødslen sammenlignet med en planlagt fødsel uden for en fødeafdeling.”²⁴, hvilket understøttes af forskning på området.²⁵ Dermed er sikkerheden for mor og barn ikke kompromitteret ved et fremtidigt samarbejde mellem regionerne og private jordemoderledet fødeklinikker. I tilfælde af at overflytning er nødvendig, vil akutberedskabet på nærmeste hospital blive benyttet. Dog vil dette ifølge sundhedsøkonom Kjeld Møller Petersen ikke lide overlast, da den procentvise andel af overflytninger er lav. Derfor kan beslutningen om at føde uden for sygehus træffes af de kvinder, som føler det mere trygt, og som efter visitation er egnet til en sådan fødsel. Det er derved et positivt tilvalg fra den gravides side. Ved muligheden for medbestemmelse

¹³ Sundhedsstyrelsen ’Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet’ 2020, s. 9

¹⁴ Sundhedsstyrelsen ’Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet’ 2020, s. 9

¹⁵ Sundhedsstyrelsen ’Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet’ 2020, s. 12

¹⁶ Sundheds- og Ældreministeriet ’En god og sikker start på livet’ 2018, s. 6 + 12

¹⁷ Sundhedsstyrelsen ’Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet’ 2020, s. 13

¹⁸ CNSF, <https://www.cnsf.asso.fr/maisons-de-naissance-lexperience-est-concluante/>, set d. 30.07.2020

¹⁹ Lov af 1 August 2015

²⁰ Dekret nr. 2015-937 af 30. juli 2015 om betingelserne for eksperimentering af fødselscentre

²¹ Region Sjælland ’Evalueringsordningen af private fødeklinikker i Region Sjælland’ 2017

²² Sundhedsstyrelsen ’Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet’ 2020, s. 8

²³ Sundhedsstyrelsen ’Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet’ 2020, s. 15

²⁴ Sundhedsstyrelsen ’Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet’ 2020, s. 16

²⁵ Jensen et. Al ’Quality Assessment of Home Births in Denmark’ 2017, s.4-5

og en mere individuel tilrettelæggelse af den enkeltes fødselsforløb, højnes den gode fødselsoplevelse, som efterstræbes ved enhver fødsel.^{26 27}

Sundhedsstyrelsens anbefalinger om, at de gravide skal informeres grundigt om valg af fødested, samt hvad det betyder at føde uden for en fødeafdeling, er indiskutable. Åben og transparent information om samtlige forhold, fordele såvel som ulemper, skaber yderligere tryghed ved det endelige valg af fødested. Valget om at føde på jordemoderledet fødeklinik uden for sygehuset skal være et positivt tilvalg, ikke et fravalg af sygehusene. Sundhedsstyrelsen anbefaler desuden kendt jordemoderordning, da dette skaber øget tryghed ved den gravide.²⁸ Kendt jordemoderordning er en af hjørnesteenene for den trygge og nærværende fødsel på en privat jordemoderledet fødeklinik, hvorfor de gravide, der vælger at føde under sådanne rammer, naturligvis vil føde under denne ordning. Således støttes også Sundhedsstyrelsens synspunkt om, at der ved visitation af den gravide bør tages udgangspunkt i den gravides graviditet og paritet. Trygheden er altid første prioritet.

Det er noteret, at der tidligere har eksisteret fødeklinikker på sygehusene, hvis formål var at skabe et trygt og naturligt fødemiljø hvor kvinden og hendes partner var i fokus.²⁹ Baggrunden for oprettelsen af disse fødeklinikker var ifølge Sundhedsstyrelsen en øget viden om betydningen af tid, ro og faglig kontinuitet for fødselsforløbet, et stigende antal fødsler i perioden samt et ønske om øget rekruttering af jordemødre.³⁰ Alle er elementer, vi ser i dagens Danmark. Sundhedsstyrelsen påpeger, at forskelle på fødeafdeling og fødeklinik på sygehuset med tiden blev udlignet i form af personale, udseende og virke.³¹ Ved en udvidelse af statsstøttede tilbud med private jordemoderledet fødeklinikker uden for sygehusene sikres en mere bæredygtig løsning, da personale ikke deles med sygehuset, samt klinikernes udseende og virke er af anderledes karakter. Erfaringen fra perioden med jordemoderledet fødeklinikker på sygehusene skal naturligvis inddrages i den nærmere udformning af samarbejdet mellem regioner og private jordemoderledet fødeklinikker.

Jordemødre er specialister i den forventede ukomplicerede fødsel. Ved at etablere et samarbejde mellem regionerne og private jordemoderledet fødeklinikker uden for sygehusene, giver det yderligere mulighed for de studerende at få stor erfaring inden for netop dette i den første del af deres studietid. Qua de seneste års stigning af antallet af jordemødre³² og med forårets aftale om et øget optag på flere studier inkl. jordemoderstudiet,³³ kommer spørgsmålet om praktikpladser endnu engang frem. Ved oprettelsen af et samarbejde og dermed oprettelsen af flere jordemoderledet fødeklinikker, bliver der åbnet op for flere praktikpladser landet over. Dette vil yderligere bidrage til den høje kvalitet, vi allerede ser ved danske jordemødre.

Yderligere skal ikke bare kvaliteten, men også trygheden sikres i ændringsforslaget, noget der ifølge regeringen ikke kan opgøres på et regneark. "De seneste år har der desværre været en nærmest blind tro på, at alt kan effektiviseres og centraliseres. Men nærhed har en værdi, der sjældent kan gøres op i et regneark."³⁴ Netop effektiviseringen af fødsler kan være problematisk. Det er ikke blot umuligt at forudsige, hvor længe en fødsel varer, men en for stor effektivisering kan have konsekvenser for mor og barn. Vi risikerer, at de gravide ikke får den hjælp og opmærksomhed, de har brug for. Dette oven i flere udsagn

²⁶ Sundhedsstyrelsen 'Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet' 2020, s. 12-13, 20-21

²⁷ Sundheds- og Ældreministeriet 'En god og sikker start på livet' 2018, s. 3

²⁸ Sundheds- og Ældreministeriet 'En god og sikker start på livet' 2018, s. 11

²⁹ Sundhedsstyrelsen 'Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet' 2020, s. 45

³⁰ Sundhedsstyrelsen 'Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet' 2020, s. 45

³¹ Sundhedsstyrelsen 'Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet' 2020, s. 46

³² Sundheds- og Ældreministeriet 'En god og sikker start på livet' 2018, s. 7

³³ Uddannelses- og Forskningsministeriet "Aftale om flere uddannelsespladser på de videregående uddannelser i lyset af COVID-19" 2020, s. 4

³⁴ Socialdemokratiet, <https://www.socialdemokratiet.dk/da/politik/sundhedspolitik/>, set 07.08.2020

om, at jordemødre løber alt for stærkt³⁵, og ikke når at sætte sig ind i fødselsforløbet, kan give utilsigtede konsekvenser og i yderste nødstilfælde komplikationer. Derfor henstiller vi til, at Sundhedslovens §83 ændres, således alle gravide i Danmark kan føde på jordmoderledet fødeklinik, da dette vil give alle gravide lige muligheder. Dette er desuden en mulighed for at opfylde regeringens ønske om, at "der bliver mere tid til tryghed og omsorg"³⁶ samt en aktiv deltagelse i målsætninger af 2018 om fremtidssikringen af fødeindsatsen.³⁷ Ved at udspecificere at fødeklinikker skal være jordmoderledet, sikres det, at fødeklinikker ikke oprettes/tilbydes af personer, der ikke har uddannelse indenfor graviditet og fødsler, hvorfor kvaliteten, der i dag er kendt fra jordmoderledet fødeklinikker, kan sikres for fremtiden.

Derfor foreslås følgende ændring:

Fra "Regionsrådet yder forebyggende helbredsundersøgelser hos en jordemoder, jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet." til "Regionsrådet yder forebyggende helbredsundersøgelser hos en jordemoder, jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet og ved fødsel på jordmoderledet fødeklinik uden for sygehus."

Ved denne ændring sikres lighed i sundhed og en ensartet autonomi for de gravide kvinder over hele landet.

³⁵Sundheds- og Ældreministeriet 'En god og sikker start på livet' 2018, s. 7

Se derudover kilderne fra fodnote 8 og 9

³⁶ Socialdemokratiet, <https://www.socialdemokratiet.dk/da/politik/sundhedspolitik/>, set 07.08.2020

³⁷ Sundheds- og Ældreministeriet 'En god og sikker start på livet' 2018

Bilag 2

Støtteerklæring fra Forældre og Fødsel

Af: Birgitte Halkjær Storgaard

Let og lige adgang til private fødeklinikker i Danmark

Forældre og Fødsel fremsender hermed en støtteerklæring til, at alle gravide kvinder i Danmark kan sikres let og lige adgang til private fødeklinikker uden egenbetaling.

Forældre og Fødsel har gennem de mange sidste år fulgt udviklingen i svangreomsorgen – og selvom det er sikkert at føde i Danmark, har området store udfordringer. Der er flere gravide kvinder med medicinske grundsygdomme og flere gravide kvinder udvikler graviditetssukkersyge. Herudover har mange fødeafdelinger kapacitetsproblemer; ikke mindst fordi fødselstallet stiger, men også fordi fødeafdelingerne skal løfte komplekse opgaver, som fx igangsættelse af flere komplicerede fødsler (<https://www.ucviden.dk/da/publications/f%C3%B8dselsstatistik-mipac-2020-f%C3%B8dsler-i-danmark-1997-2017>).

Herudover er Forældre og Fødsel vidende om, at fødselsforberedelsen mange steder i landet er kraftigt beskåret. Nogle steder er der tilbud om fødselsforberedelse i store auditorier til trods for, at dansk forskning har vist, at fødselsforberedelse i små hold kan øge kvindens reproduktive sundhed og dermed har potentiale til at øge den nye families sundhed på både kortere og længere sigt.

Forældre og Fødsel har den sidste uge modtaget over 100 vidnesbyrd fra kvinder, der har oplevet svigt i forbindelse med deres graviditet, fødsel og barsel. Vi ser ud af disse vidnesbyrd en klar tendens til, at mange kvinder føler sig som en ubetydelig brik i systemet. Denne oplevelse af ligegyldighed samt mangel på basal og kærlig omsorg virker nedbrydende på nye familier. Livsudviklingen, der sker under graviditet, fødsel og barsel er præget af en sårbarhed, der fortjener, at man møder empatiske sundhedsprofessionelle, som man gennem graviditeten har opbygget en stærk relation til. Værdien af omsorg for nogen, der skal give omsorg, er et centralt og bærende, men desværre overset element i svangreomsorgen.

Let og lige adgang til private fødeklinikker kan ikke løse alle svangreomsorgens komplekse udfordringer, men vil i kraft af sin forankring i primær sektor og hermed sit borgernære væsen være en del af en større løsning med mulighed for:

- deltagelse fødselsforberedelse i mindre hold
- at blive fulgt under graviditet af samme jordemoder
- at føde med jordemoder, man har opbygget en relation til under graviditeten
- større sandsynlighed for en spontan og ukompliceret fødsel med mindre bristninger og mindre blødning efter fødslen.
- støtte til at få amningen til at fungere efter behov
- opfølgning og kærlig afrunding af forløbet

Forkvinde for Forældre og Fødsel Birgitte Halkjær Storgaard



Bilag 3

FAQta-ark om hjemmefødsel

Af: Dansk Selskab for Almen Medicin

FAQta-ark om hjemmefødsel

Dette FAQta-ark er beregnet til oplysning og præsentation af den viden og erfaring, der findes om hjemmefødsler. Det er således ikke en vejledning, som skal følges af den praktiserende læge. Der er heller ikke forventning om, at den praktiserende læge skal overtage opgaver fra jordemødre, der fortsat er dem, som i samarbejde med obstetrikere skal visitere og informere kvinder, der ønsker at føde hjemme.

Der er øget fokus på, at fødsler kan foregå i eget hjem, og hjemmefødselstallet i Danmark er stigende (fra 771 i 2012 til 2.050 i 2017 inklusive klinikfødsler).

Den praktiserende læge skal ved første svangreundersøgelse informere om sundhedsvæsnets tilbud, herunder om valg af fødested, hvilket også inkluderer muligheden for hjemmefødsel. Det er vigtigt at være fagligt opdateret, så fordele og ulemper kan balanceres.

Dette FAQta-ark er tænkt som støtte for den praktiserende læge i kommunikationen med disse kvinder/par. Jordemoderen står efterfølgende for uddybende information og grundig visitation af kvinder, som vælger at føde hjemme, hvilket primært retter sig mod lav-risiko-gravide: raske gravide uden tidligere fødselskomplikationer, som går spontant i fødsel til tiden med ét barn i hovedstilling.

Evidens

Evidensen fra randomiserede studier giver hverken belæg for at anbefale planlagt hospitalsfødsel eller planlagt hjemmefødsel (2). Observationelle studier tyder dog på, at der for lav-risiko gravide er nogle fordele ved planlagt hjemmefødsel i forhold til planlagt hospitalsfødsel.

Disse studier viser følgende:

- Der er ikke signifikant forskel på den neonatale mortalitet, hverken for første- eller flergangsfødende (2-4).
- Der er signifikant færre komplikationer ved planlagte hjemmefødsler, fx færre store blødninger og alvorlige bristninger (4-5).
- Der er behov for signifikant færre interventioner ved planlagte hjemmefødsler, fx ve-stimulation, operativ forløsning og kejsersnit (4-5).
- Der er signifikant mindre behov for medicinsk smertelindring ved planlagte hjemmefødsler (4).
- Der er signifikant bedre etablering af amning ved planlagt hjemmefødsel (4).
- Børnene har samme eller signifikant bedre Apgar-score, og indlæggelse på neonatalafdeling er mindre (3-4), dog med forbehold for en vis risiko for bias.
- Kvinder, der vælger at føde hjemme, angiver en større tilfredshed med fødselsforløbet end kvinder, der vælger at føde på hospital (6).

- Selv ved de sjældneste og mest livstruende hændelser for moderen, som fx placentaløsning og blodtransfusion, har det ikke været muligt at påvise, at det er en fordel med planlagt hospitalsfødsel (7).

Som ulemper i forhold til hjemmefødsel argumenteres der i faglige kredse for, at hjemmefødsel indebærer potentielle risici, hvis det bliver nødvendigt med et hurtigt indgreb, fx ved for tidlig løsning af moderkagen, fremfald af navlesnoren eller meget kraftig blødning efter fødslen.

Disse tilstande er ekstremt sjældne (færre end 1 ud af 10.000), og litteraturen om dem er ufuldstændig og mangelfuld (2). En sikker hjemmefødsel er desuden baseret på, at fødslen er organiseret i et velfungerende sundhedsvæsen og dertil hørende infrastruktur og logistik samt en erfaren og veluddannet jordemoder (5,9). Store, gode studier med langtidsopfølgning savnes (5).

Boks 1

- 2-3 % føder hjemme, og antallet er stigende (10,11).
- Fødsel i Danmark er generelt meget sikker for både mor og barn.
- Det er jordemoderen, der visiterer til hjemmefødsel.
- Velvisiteret, planlagt hjemmefødsel er lige så sikker som planlagt fødsel på hospital.
- Hjemmefødsel er forbundet med færre obstetriske og neonatale indgreb end fødsel på hospital.
- De fleste overflytninger er ikke-akutte.

Fakta

I områder, der længe har haft en velfungerende hjemmefødselsordning, føder 10-12 % hjemme (12,13).

De offentlige hjemmefødselsordninger i Danmark er organiseret lidt forskelligt. Nogle hjemmefødselsjordemødre er tilknyttet et hospital, mens andre har selvstændig kontrakt med regionen. Nogle områder har kendt-jordemoder-ordning hele vejen gennem graviditet, fødsel og tidlig barsel, mens andre sender den vagthavende jordemoder ud til den fødende kvinde.

Sandsynligheden for at blive overflyttet under fødslen afhænger primært af paritet og lokale forhold (14,15): 30-40 % af førstegangsfødende overflyttes til hospitalet under eller efter fødslen (14,16), de fleste pga. manglende fremgang (14). Tilsvarende overflyttes kun 6-8 % af flergangsfødende. I begge tilfælde er 2/3 af overflytningerne fredelige, og fødslen afsluttes uden indgreb (14).

Forslag til spørgsmål til den gravide

- Hvad er vigtigt for dig i forbindelse med din kommende fødsel?
- Hvad glæder du dig til ved din kommende fødsel?
- Har du særlige bekymringer mht. fødslen?
- Har du hørt om hjemmefødsler?
- Hvad kunne fordele og ulemper for dig være ved hjemmefødsel?
- Hvad kunne fordele og ulemper for dig være ved hospitalsfødsel?

Ofte stillede spørgsmål til lægen

Er det lige så sikkert at føde hjemme som på hospitalet?

Ja (for gravide i lav-risiko-gruppen), når den gravide følger jordemoderens og evt. lægens anbefalinger. Og da med færre komplikationer og færre indgreb.

Hvad hvis noget ikke går, som det skal under fødslen?

Så bliver man overflyttet til hospitalet af jordemoderen. I de fleste tilfælde sker det stille og roligt. Indikationen for at overflytte sker ud fra at give den sikreste og bedste behandling til den gravide. I enkelte tilfælde sker det dog med udrykning.

Hvad med det praktiske – udstyret og oprydningen?

Der kræves meget lidt, fx et strygebræt til jordemoderens sterile udstyr og evt. en arkitektlampe. Et gammelt lagen over et stort stykke plastic kan bruges som underlag og smides ud efter fødslen – så er alt hurtigt rent og pænt. Nogle steder leverer regionen en hjemmefødselspakke med afdækning, handsker m.m.

Mange kvinder, der føder hjemme, har stor gavn af at bruge et (ofte lejet) badekar, hvilket den gravide kan tale med jordemoderen om.

Boks 2

- De fleste kvinder, der føder hjemme, har en rigtig god oplevelse.
- Hjemmefødsel øger chancen for at føde spontant uden indgreb.
- De fleste fødsler sker der, hvor de er planlagt.
- Valg af fødested er ikke bindende. Den gravide kan ændre mening senere i graviditeten.

Andre betragtninger

Jura: I Danmark har alle ret til at føde hjemme. Den praktiserende læge er indgangen til sundhedsvæsenet, og ved første lægeundersøgelse skal kvinden introduceres til sundhedsvæsenets tilbud til gravide, herunder muligheden for hjemmefødsel (18).

Økonomi: En systematisk sammenfatning viser konsistent, at hjemmefødsler inklusive eventuelle overflytninger ikke er dyrere end planlagte hospitalsfødsler (19).

Internationale erfaringer: I Holland har hjemmefødsel i mange år været normen for sunde og raske kvinder med ukomplicerede graviditeter. Halvdelen af den hollandske befolkning er født hjemme (20).

Afstande: Ud fra den sparsomme evidens, der foreligger på området, kan man ikke fraråde hjemmefødsler, selv ved lang transporttid til hospitalet (21,22). Det er en særlig problemstilling med hjemmefødsler i de egne af landet, hvor der er lang transporttid til nærmeste hospital. Her kan/bør regionen have lavet særlige foranstaltninger, som man bør søge specifik information om.

1. Ole Olsen, Forskningsenheden for Almen Praksis, København.
2. Christian Wegener Jørgensen, Lægerne Kirkebjerg, Brøndby.
3. Benedicte Lind Barfoed, Forskningsenheden for Almen Praksis, Odense.

Bilag 4

Spørgsmål til Sundheds- og Ældreministeren

Af: Kristian Pihl Lorentzen (V)

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 14-09-2020
Enhed: SPOLD
Sagsbeh.: DEPSIST
Sagsnr.: 2011208
Dok. nr.: 1362147

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 18. august 2020 stillet følgende spørgsmål nr. 1583 (Alm. del) til sundheds- og ældreministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Kristian Pihl Lorentzen (V).

Spørgsmål nr. 1583:

”Kan ministeren bekræfte en forventning om stigning af antal fødsler fra nuværende knap 62.000 til ca. 72.000 hen over de næste 10 år?”

Svar:

Sundheds- og Ældreministeriet har til brug for min besvarelse af spørgsmålet anmodet om bidrag fra Sundhedsstyrelsen, som oplyser følgende:

”Danmarks Statistik laver opgørelser af befolkningsfremskrivelser, herunder fremskrivning af antal levendefødte. Denne angiver en forventning om, at der i år 2030 vil blive født 71.497 levende fødte. Det skal bemærkes, at dette tal ikke svarer præcist til antallet af fødsler, da nogen af disse vil være flerfoldsfødsler. Fremskrivningen af antal levendefødte kan dog bruges som et estimat for forventet antal af fremtidige fødsler.

Sundhedsstyrelsen har d. 21. august 2020 trukket data fra Danmarks Statistik. Disse fremgår af tabellen nedenfor.”

Nøgletal Fremskrivning af befolkningens bevægelser efter bevægelsesart og tid

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040
Levendefødte	61311	62129	63085	64265	65828	67739	69521	70711	71300	71504	71497	71385	71218	71015	70775	70488	70145	69738	69268	68750	68207

Jeg kan henholde mig til Sundhedsstyrelsens oplysninger.

Med venlig hilsen

Magnus Heunicke / Signe Struberga

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 14-09-2020
Enhed: SPOLD
Sagsbeh.: DEPSIST
Sagsnr.: 2011208
Dok. nr.: 1362523

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 18. august 2020 stillet følgende spørgsmål nr. 1584 (Alm. del) til sundheds- og ældreministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Kristian Pihl Lorentzen (V).

Spørgsmål nr. 1584:

"Er ministeren enig med Sundhedsstyrelsen i, at en hjemmefødsel ikke behøver at foregå på den fødendes egen adresse? Der henvises til Sundhedsstyrelsen, "Anbefalinger til organisering af fødeområdet", 2020, Danmarks Statistik "Befolkningens Udvikling", 2018, side 101, og LUP, "Fødende", 2018, side 3.

Svar:

Regeringen ønsker at forbedre vilkårene for fødende. Der skal fokus på at styrke indsatsen på fødselsområdet, herunder at sikre en differentieret indsats, der tager afsæt i den enkeltes behov.

Spørgsmålet henviser til udkast til Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet. Anbefalingerne er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen med rådgivning fra en arbejdsgruppe bestående af faglige og administrative repræsentanter fra regionerne og relevante faglige selskaber. Derudover hviler arbejdet på allerede eksisterende anbefalinger, retningslinjer og specialevejledninger.

Jeg vil gøre opmærksom på, at anbefalingerne er i offentlig høring frem til den 28. september 2020, hvorefter Sundhedsstyrelsen vil færdiggøre anbefalingerne. Der er således tale om et udkast, der er til faglig diskussion.

Med venlig hilsen

Magnus Heunicke / Signe Struberga

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 14-09-2020
Enhed: SPOLD
Sagsbeh.: DEPSIST
Sagsnr.: 2011208
Dok. nr.: 1363530

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 18. august 2020 stillet følgende spørgsmål nr. 1585 (Alm. del) til sundheds- og ældreministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Kristian Pihl Lorentzen (V).

Spørgsmål nr. 1585:

"Er ministeren enig med Sundhedsstyrelsen i, at en fødsel på en jordemoderledet fødeklinik fagligt er at sidestille med en hjemmefødsel?"

Svar:

. / .
Jeg henviser til min samtidige besvarelse af spørgsmål 1584.

Med venlig hilsen

Magnus Heunicke / Signe Struberga

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 14-09-2020
Enhed: SPOLD
Sagsbeh.: DEPSIST
Sagsnr.: 2011208
Dok. nr.: 1363550

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 18. august 2020 stillet følgende spørgsmål nr. 1586 (Alm. del) til sundheds- og ældreministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Kristian Pihl Lorentzen (V).

Spørgsmål nr. 1586:

"Er ministeren enig med statsminister, Mette Frederiksen, plan fra 2018 omhandlende at give nærheden tilbage?"

Svar:

Det er en prioritet for regeringen, at kvaliteten og forebyggelsen i sundhedsvæsenet styrkes og at forholdene for patienter, herunder vilkårene for fødende, forbedres. Jeg er som sundheds- og ældreminister optaget af et sundhedsvæsen med mere lighed i sundhed, nærhed, kvalitet og sammenhæng i behandlingen.

Med venlig hilsen

Magnus Heunicke / Signe Struberga

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 14-09-2020
Enhed: SPOLD
Sagsbeh.: DEPSIST
Sagsnr.: 2011208
Dok. nr.: 1363803

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 18. august 2020 stillet følgende spørgsmål nr. 1587 (Alm. del) til sundheds- og ældreministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Kristian Pihl Lorentzen (V).

Spørgsmål nr. 1587:

”Er ministeren enig i, at man i Danmark skal have let og lige adgang til sundhed i hele landet, jf. sundhedslovens § 2”

Svar:

Ulighed i sundhed er et af de vigtigste områder for regeringen, og for mig som sundheds- og ældreminister. Det er afgørende, at ulighed i sundhed ikke forstærkes i mødet med sundhedsvæsenet.

Jeg er derfor helt enig i sundhedslovens § 2, hvorefter sundhedsloven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse og at opfylde behovet for 1) let og lige adgang til sundhedsvæsenet, 2) behandling af høj kvalitet, 3) sammenhæng mellem ydelserne, 4) valgfrihed, 5) let adgang til information, 6) et gennemsigtigt sundhedsvæsen og 7) kort ventetid på behandling.

Med venlig hilsen

Magnus Heunicke / Signe Struberga

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 14-09-2020
Enhed: SPOLD
Sagsbeh.: DEPSIST
Sagsnr.: 2011208
Dok. nr.: 1363889

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 18. august 2020 stillet følgende spørgsmål nr. 1588 (Alm. del) til sundheds- og ældreministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Kristian Pihl Lorentzen (V).

Spørgsmål nr. 1588:

”Er ministeren enig i, at sundhedslovens § 2 om valgfrihed bør opretholdes og derved også bør gælde ved valg af fødested?”

Svar:

Sundheds- og Ældreministeriet har til brug for min besvarelse af spørgsmålet anmodet om bidrag fra Sundhedsstyrelsen, som oplyser følgende:

”Gravide kvinder har i Danmark lovfæstet ret til selv at vælge fødested, samt hvilke tilbud hun vil tage imod i forbindelse med fødslen. Ønsker kvinden hjemmefødsel, skal regionen jf. sundhedslovens § 83 yde jordemoderhjælp til den gravide i hjemmet.

Sundhedsvæsenets indsats under fødslen er overordnet at sikre et trygt fødselsforløb uanset, hvor og hvordan fødslen finder sted, herunder særligt at sikre, at mor og barn kommer igennem fødslen med bedst mulig sundhedstilstand, at minimere komplikationer under og efter fødslen samt at bidrage til en god fødselsoplevelse. Sundhedsstyrelsen anbefalinger til organiseringen af fødeområdet har til formål at sikre nationale rammer, således at ovenstående kan efterleves. I anbefalingerne beskrives målgruppe og visitationsprincipper for fødsler på fødeafdeling, fødeklink på sygehus, hjemmefødsel og fødeklink uden for sygehus. Dette er sundhedsfaglige anbefalinger. Valg af fødested vil i sidste ende altid være den gravides kvindes eget valg, hvilket også understreges i Sundhedsstyrelsens høringsudkast af Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet.”

Jeg kan henholde mig til Sundhedsstyrelsens oplysninger.

Med venlig hilsen

Magnus Heunicke / Signe Struberga

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 14-09-2020
Enhed: SPOLD
Sagsbeh.: DEPSIST
Sagsnr.: 2011208
Dok. nr.: 1364009

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 18. august 2020 stillet følgende spørgsmål nr. 1589 (Alm. del) til sundheds- og ældreministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Kristian Pihl Lorentzen (V).

Spørgsmål nr. 1589:

"Er ministeren enig i, at Socialdemokratiet ønsker et sundhedsvæsen, hvor mennesket sættes før systemet? Der henvises til Socialdemokratiet, Sundhedspolitik (set 7/8-20): <https://www.socialdemokratiet.dk/da/politik/sundhedspolitik/>"

Svar:

Det fremgår af det politiske forståelsespapir mellem Socialdemokratiet, Radikale Venstre, SF og Enhedslisten "Retfærdig retning for Danmark", at det vil være en prioritet i en sundhedsaftale, at kvaliteten og forebyggelsen i sundhedsvæsenet styrkes, og at forholdene for patienter, herunder vilkårene for fødende, forbedres.

Det fremgår derudover af Socialdemokratiets sundhedsudspil "Tid til omsorg – mennesket før systemet", at Socialdemokratiet ønsker at indføre en mulighed for to dages ophold på sygehus eller barselshotel for nybagte mødre. Så alle nybagte mødre og deres nyfødte børn kan få en tryk og god start.

Med venlig hilsen

Magnus Heunicke / Signe Struberga

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 14-09-2020
Enhed: SPOLD
Sagsbeh.: DEPSIST
Sagsnr.: 2011208
Dok. nr.: 1364013

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 18. august 2020 stillet følgende spørgsmål nr. 1590 (Alm. del) til sundheds- og ældreministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Kristian Pihl Lorentzen (V).

Spørgsmål nr. 1590:

"Er ministeren enig i, at man bør imødekomme de gravides stigende ønsker om varierede muligheder for valg af fødested? Der henvises til Sundhedsstyrelsen, "Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet", 2020, side 12.

Svar:

. / . Der henvises til min samtidige besvarelse af spørgsmål 1584 og 1588.

Med venlig hilsen

Magnus Heunicke / Signe Struberga

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 14-09-2020
Enhed: SPOLD
Sagsbeh.: DEPSIST
Sagsnr.: 2011208
Dok. nr.: 1364043

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 18. august 2020 stillet følgende spørgsmål nr. 1591 (Alm. del) til sundheds- og ældreministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Kristian Pihl Lorentzen (V).

Spørgsmål nr. 1591:

”Er ministeren enig i, at indgrebssekvensen ved en forventet ukompliceret fødsel er større på en sygehusafdeling end på en fritstående jordemoderledet fødeklinik?”

Svar:

Sundheds- og Ældreministeriet har til brug for min besvarelse af spørgsmålet anmodet om bidrag fra Sundhedsstyrelsen, som oplyser følgende:

”Sundhedsstyrelsen har i 2019 foretaget en systematisk litteraturgennemgang vedrørende valg af fødested og fødselsrelaterede komplikationer, herunder også indgreb ved fødslen. En konklusion fra denne er, at der ved planlagt fødsel på fødeafdeling for gravide med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel er flere indgreb i fødslen som f.eks. igangsættelse, smertelindring ved rygmarvsbedøvelse, generel anæstesi, kejsersnit, klip i mellemkødet, og forløsning med sugekop, sammenlignet med planlagte fødsler uden for sygehus (dette er både hjemmefødsler og klinik uden for sygehus).

Det er dog væsentligt at bemærke, at de fleste studier på fødeområdet, har designmæssige udfordringer, da det oftest ikke er muligt at lave kontrollerede lodtrækningsforsøg ift. valg af fødested. Studierne er således observationelle studier, hvilket gør, at gruppen af kvinder, der vælger at føde uden for sygehus ikke nødvendigvis er sammenlignelige med gruppen af kvinder, der vælger at føde på sygehus. Kvinderne kan afvige på væsentlige parametre, der også kan have betydning for indgrebsfrekvensen, og resultaterne kan derfor ikke nødvendigvis tilskrives valg af fødested.

Litteraturgennemgangen fremgår af bilag 3 i Sundhedsstyrelsen høringsudkast af Anbefalinger til organisering af fødeområdet.”

Jeg kan henholde mig til Sundhedsstyrelsens oplysninger.

Med venlig hilsen

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 14-09-2020
Enhed: SPOLD
Sagsbeh.: DEPSIST
Sagsnr.: 2011208
Dok. nr.: 1364050

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 18. august 2020 stillet følgende spørgsmål nr. 1592 (Alm. del) til sundheds- og ældreministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Kristian Pihl Lorentzen (V).

Spørgsmål nr. 1592:

"Er ministeren enig i, at sikkerheden for mor og barn ikke kompromitteres ved et samarbejde med jordemoderledet fødeklinik? Der henvises til Sundhedsstyrelsen, "Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet", 2020, side 16."

Svar:

. / . Der henvises til min samtidige besvarelse af spørgsmål nr. 1584.

Med venlig hilsen

Magnus Heunicke / Signe Struberga

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 14-09-2020
Enhed: SPOLD
Sagsbeh.: DEPSIST
Sagsnr.: 2011208
Dok. nr.: 1364267

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 18. august 2020 stillet følgende spørgsmål nr. 1593 (Alm. del) til sundheds- og ældreministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Kristian Pihl Lorentzen (V).

Spørgsmål nr. 1593:

"Er ministeren enig i, at det procentvise antal overflytninger, jf. spørgsmål 1592, er lav, og derfor ikke belaster akutberedskabet på hospitalerne?"

Svar:

. / .

Jeg henviser til min samtidige besvarelse af spørgsmål nr. 1584, jf. svar på spørgsmål nr. 1592.

Med venlig hilsen

Magnus Heunicke / Signe Struberga

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 14-09-2020
Enhed: SPOLD
Sagsbeh.: DEPSIST
Sagsnr.: 2011208
Dok. nr.: 1364283

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 18. august 2020 stillet følgende spørgsmål nr. 1594 (Alm. del) til sundheds- og ældreministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Kristian Pihl Lorentzen (V).

Spørgsmål nr. 1594:

"Er ministeren enig i, at hvis en gravid finder mere tryghed i at føde på en privat jordemoderledet fødeklinik, som er lig med større medbestemmelse og mere individuel tilrettelæggelse af det enkelte fødselsforløb, højnes den gode fødselsoplevelse, som efterstræbes ved enhver fødsel, at dette bør være en reel valgmulighed uanset hvor i landet, den gravide er bosat? Der henvises til Sundhedsstyrelsen, "Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet" 2020, side 12-13 og 20-21, og Sundheds- og Ældreministeriet, "En god og sikker start på livet", 2018, side 3."

Svar:

. / . Der henvises til min samtidige besvarelse af spørgsmål nr. 1584.

Med venlig hilsen

Magnus Heunicke / Signe Struberga

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 14-09-2020
Enhed: SPOLD
Sagsbeh.: DEPSIST
Sagsnr.: 2011208
Dok. nr.: 1364309

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 18. august 2020 stillet følgende spørgsmål nr. 1595 (Alm. del) til sundheds- og ældreministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Kristian Pihl Lorentzen (V).

Spørgsmål nr. 1595:

”Er ministeren enig i at i takt med, at der i 2020 er etableret flere studiepladser på bl.a. jordemoderstudiet, at man med fordel kan samarbejde med private minisjordepoderledet fødeklinikker om praktikpladser? Der henvises til Uddannelses- og Forskningsministeriet, ”Aftale om flere uddannelsespladser på de videregående uddannelse i lyset af COVID-19”, 2020, side 4.”

Svar:

Sundheds- og Ældreministeriet har til brug for min besvarelse af spørgsmålet anmodet om bidrag fra Uddannelses- og Forskningsministeriet, som oplyser følgende:

”Jordemoderuddannelsen er underlagt uddannelsesspecifik dimensionering. Det indebærer, at institutionerne årligt kan ansøge om at forhøje dimensioneringen. Et krav til forhøjet dimensionering er, at kommuner og regioner kan stille egnede praktikpladser til rådighed for uddannelsesinstitutionerne.

De ekstra uddannelsespladser, som blev etableret på jordemoderuddannelsen for studieåret 2020/2021 som følge af forståelsen om flere studiepladser mellem regeringen, KL og Danske Regioner den 3. juli 2020, er derfor med tilhørende praktikpladser.

Det fremgår endvidere af bekendtgørelsen for uddannelsen til professionsbachelor i jordemoderkundskab §3, stk. 6, at den kliniske uddannelse (praktik) på jordemoderuddannelsen kan finde sted på regionale, kommunale og private institutioner samt andre relevante institutioner. Det fremgår desuden af uddannelsesbekendtgørelsen, at det er en forudsætning for godkendelse af det kliniske uddannelsessted, at der er tilknyttet kliniske vejledere, der er jordemødre, og som har pædagogiske kvalifikationer svarende til en 1/6 diplomuddannelse.

Der er således ikke noget til hinder for, at jordemoderstuderende kan komme i klinisk uddannelse i private fødeklinikker, såfremt de private fødeklinikker kan leve op til de krav, der bliver stillet i uddannelsesbekendtgørelsen for jordemoderuddannelsen.”

Jeg kan henholde mig til Uddannelses- og Forskningsministeriets oplysninger.

Med venlig hilsen

Magnus Heunicke / Signe Struberga

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 14-09-2020
Enhed: SPOLD
Sagsbeh.: DEPSIST
Sagsnr.: 2011208
Dok. nr.: 1364333

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 18. august 2020 stillet følgende spørgsmål nr. 1596 (Alm. del) til sundheds- og ældreministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Kristian Pihl Lorentzen (V).

Spørgsmål nr. 1596:

"Er ministeren enig i, at nærhed har en værdi, der sjældent kan gøres op i et regneark? Der henvises til Socialdemokratiet, Sundhedspolitik (set 7/8-20): <https://www.socialdemokratiet.dk/da/politik/sundhedspolitik>

Svar:

Som det fremgår af "Aftale om regionerne økonomi for 2021", ønsker regeringen en udvikling af vores fælles velfærd med fokus på nærhed, tillid og sund fornuft. Regeringen vil derfor sammen med KL og Danske Regioner drøfte rammerne for det fælles arbejde med nærhedsreformen samt konkrete tiltag og redskaber til at finde fremtidens velfærdsløsninger.

Med venlig hilsen

Magnus Heunicke / Signe Struberga

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 14-09-2020
Enhed: SPOLD
Sagsbeh.: DEPSIST
Sagsnr.: 2011208
Dok. nr.: 1364333

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 18. august 2020 stillet følgende spørgsmål nr. 1597 (Alm. del) til sundheds- og ældreministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Kristian Pihl Lorentzen (V).

Spørgsmål nr. 1597:

"Er ministeren enig i, at jordemødre i dag løber alt for stærkt, hvilket kan resultere i utilsigtede konsekvenser? Der henvises til Sundheds- og Ældreministeriet, "En god og sikker start på livet", 2018, side 7.

Svar:

Der bliver løbet stærkt på hospitalerne, også på landets fødegange. Regeringen er derfor optaget af, at der i de kommende år skal sikres mere sundhedspersonale.

Det fremgår af det politiske forståelsespapir mellem Socialdemokratiet, Radikale Venstre, SF og Enhedslisten "Retfærdig retning for Danmark", at det vil være en prioritet i en sundhedsaftale, at der uddannes og ansættes mere sundhedsfagligt personale, og at arbejdsforholdene forbedres, så der bliver mere tid til omsorg i sundhedsvæsenet. Samtidig skal sikres, at medarbejderenes kompetencer udnyttes bedst muligt.

Med finanslovsaftalen for 2020 er der prioriteret 1,1 mia. kr. til sundheds- og ældreområdet. Det ligger i forlængelse af økonomiaftalerne, som loftede regionerne med ca. 1,5 mia. kr. og kommunerne med 2,2 mia. kr. i forhold til udgangspunktet for 2020. Det er de største aftalte løft i flere år, og det lægger en solid bund under velfærden.

Regeringen har dermed taget fat på de store udfordringer med et sundhedspersonale, der løber alt for stærkt. En del af den økonomiske prioritering er herunder målrettet at sikre finansiering til, at der kan ansættes 1000 flere sygeplejersker, så vi får mere tid til omsorg for patienterne. En Task Force har udarbejdet en afrapporteringsrapport, hvor der peges på en række anbefalinger, der skal understøtte rekrutteringen af social- og sundhedsmedarbejdere. Det er samtidig vigtigt at sikre lægedækning i hele landet. Vi har allerede med økonomiaftalen med regionerne taget initiativ til at uddanne 100 ekstra læger i almen medicin, så vi får flere alment praktiserende læger til gavn for borgerne.

. / . Herudover henvises der til min samtidige besvarelse af spørgsmål nr. 1595 om flere studiepladser på jordemoderstudiet.

Med venlig hilsen

Magnus Heunicke / Signe Struberga

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 14-09-2020
Enhed: SPOLD
Sagsbeh.: DEPSIST
Sagsnr.: 2011208
Dok. nr.: 1364711

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 18. august 2020 stillet følgende spørgsmål nr. 1598 (Alm. del) til sundheds- og ældreministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Kristian Pihl Lorentzen (V).

Spørgsmål nr. 1598:

”Er ministeren enig i, at fødeafdelinger kan blive for store og derved miste noget af den essentielle nærhed, der er med til at øge sandsynligheden for ukompliceret fødselsforløb?”

Svar:

Sundheds- og Ældreministeriet har til brug for min besvarelse af spørgsmålet anmodet om bidrag fra Sundhedsstyrelsen, som oplyser følgende:

”Det er Sundhedsstyrelsen vurdering, at det er vanskeligt at fastlægge den optimale størrelse på en fødeafdeling, og at både store og små fødeafdelinger kan have fordele og ulemper. Sundhedsstyrelsen vurderer dog, at der generelt set er en sammenhæng mellem kvalitet, sundhedsfaglig rutine, erfaring og volumen på både individ-, enheds- og sygehusniveau, og at tilstrækkeligt volumen derfor en vigtig faktor for at kunne opretholde kompetencer, særligt i relation til varetagelse af specialfunktioner. Der findes imidlertid ikke evidens, som klarlægger det mest hensigtsmæssige befolkningsgrundlag for en fødeafdeling, herunder et evt. optimalt antal af fødsler.

Det er Sundhedsstyrelsen vurdering, at det ikke i sig selv er størrelsen på en fødeafdeling, der er vigtig for fødselsforløbet, men dét, at der uanset størrelse er tilstrækkelig normering af sundhedsfaglige personale, herunder både jordemødre, speciallæger inden for forskellige relevante specialer, social- og sundhedsassistenter m.v. Normeringen og tilstedeværelsen af kompetencer bør afstemmes i forhold til det aktuelle fødselsvolumen, beredskabsbehov og kompleksiteten hos de gravide og fødende.”

Jeg kan henholde mig til Sundhedsstyrelsens oplysninger.

Med venlig hilsen

Magnus Heunicke / Signe Struberga

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 14-09-2020
Enhed: SPOLD
Sagsbeh.: DEPSIST
Sagsnr.: 2011208
Dok. nr.: 1364714

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 18. august 2020 stillet følgende spørgsmål nr. 1599 (Alm. del) til sundheds- og ældreministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Kristian Pihl Lorentzen (V).

Spørgsmål nr. 1599:

”Er ministeren enig i, at private jordemoderklinikker skal være jordemoderledet for at sikre høj faglig standard?”

Svar:

Sundheds- og Ældreministeriet har til brug for min besvarelse af spørgsmålet anmodet om bidrag fra Sundhedsstyrelsen, som oplyser følgende:

”Sundhedsstyrelsen har ikke nogle sundhedsfaglige anbefalinger i forhold til, hvilken uddannelsesbaggrund ledere af private jordemoderklinikker bør have.”

Jeg kan henholde mig til Sundhedsstyrelsens oplysninger.

Med venlig hilsen

Magnus Heunicke / Signe Struberga

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 14-09-2020
Enhed: SPOLD
Sagsbeh.: DEPSIST
Sagsnr.: 2011208
Dok. nr.: 1364724

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 18. august 2020 stillet følgende spørgsmål nr. 1600 (Alm. del) til sundheds- og ældreministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Kristian Pihl Lorentzen (V).

Spørgsmål nr. 1600:

"Er ministeren enig i, at sundhedslovens § 83 bør ændres fra "Regionsrådet yder forebyggende helbredsundersøgelser hos en jordemoder og jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet." til: "Regionsrådet yder forebyggende helbredsundersøgelser hos en jordemoder, jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet og ved fødsel på jordemoderledet fødeklinik udenfor sygehus."?

Svar:

Sundheds- og Ældreministeriet har til brug for min besvarelse af spørgsmålet anmodet om bidrag fra Sundhedsstyrelsen, som oplyser følgende:

"Nogle regioner, herunder Region Sjælland, har et regionalt finansieret tilbud om at føde på en privat fødeklinik som en del af deres samlede fødetilbud. Det er op til den enkelte region, om de vælger at organisere sig med private fødeklinikker uden for sygehus, som en del af deres samlede fødetilbud. Vælger regionen dette, er det Sundhedsstyrelsens vurdering, at der er en række både faglige og organisatoriske opmærksomhedspunkter forbundet med private fødeklinikker uden for sygehus.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at rammerne for fødsel på en fødeklinik uden for sygehus fagligt skal ligestilles med hjemmefødsler i forhold til bl.a. muligheder for lægefaglig assistance, samt muligheder for smertelindring og indgreb. Vælger regionerne at indgå aftaler med private fødeklinikker som en del af regionens samlede fødetilbud, bør det sikres, at fødeklinikkerne følger de regionale retningslinjer i forhold til visitation og overflytning, og det bør sikres, at klinikkerne har den nødvendige kvalitet. Der bør derfor etableres et tæt og formaliseret samarbejde med alle relevante parter, hvilket også kan sikre sammenhængende forløb samt en sikker overflytning. Private fødeklinikker, der ikke er en del af en regions samlede fødetilbud, bør således anbefales at følge regionernes retningslinjer for visitation, kvalitet og overflytninger sådan, at regionerne sikrer en ensartet kvalitet i deres fødetilbud.

Regionerne bør endvidere ved overvejelser om indførelse af regional brug af private fødeklinikker uden for sygehus, inddrage en vurdering af fødeklinikkens geografiske placering i forhold til nærmeste fødeafdeling, hvis der opstår behov for akut overflytning. Dertil gælder generelt set, at hvor der etableres fødetilbud, som hidtil ikke har været en del af det regionale tilbud, bør der ske opfølgning og erfaringsopsamling for at sikre, at tilbuddet har samme kvalitet som de allerede eksisterende fødetilbud.

Desuden bør regionerne sikre sig, at de gravide er informeret om, at fødsler på klinikkerne uden for sygehus kan sidestilles med hjemmefødsler i forhold til behovet for overflytning ved behov for lægefaglig assistance, herunder smertelindring med epiduralblokade, manglende fremgang og sjældne men alvorlige komplikationer. Der bør foreligge en klar ansvarsfordeling i forhold til, hvem der har ansvaret for, at de gravide informeres og bliver bekendt med klinikkernes muligheder.”

Jeg kan henholde mig til Sundhedsstyrelsens oplysninger.

Med venlig hilsen

Magnus Heunicke / Signe Struberga

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 14-09-2020
Enhed: SPOLD
Sagsbeh.: DEPSIST
Sagsnr.: 2011208
Dok. nr.: 1364724

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 18. august 2020 stillet følgende spørgsmål nr. 1601 (Alm. del) til sundheds- og ældreministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Kristian Pihl Lorentzen (V).

Spørgsmål nr. 1601:

"Er ministeren enig i, at en sådan ændring, jf. spørgsmål 1600, vil sikre lighed i sundheds og en ensartet autonomi for de gravide kvinder over hele landet?"

Svar:

. / . Der henvises til min samtidige besvarelse af spørgsmål nr. 1600.

Med venlig hilsen

Magnus Heunicke / Signe Struberga

Bilag 5

Jordemødre står af – fødeklinikken gør comeback

Af: Hanne Dam

Offentliggjort i POV International d. 24.09.2018

Jordemødre står af – fødeklinikken gør comeback

Publiceret 24/09/2018 i Liv & Mennesker af **Hanne Dam**

FØDSLER – Jordemødre er trætte af at brænde inde med deres faglighed på store, lægestyrede hospitaler og forlader i stigende grad det offentlige sundhedssystem. Flere jordemødre i hovedstadsområdet er begyndt for sig selv på mindre private fødeklinikker og fra næste år vil jordemødre også kunne arbejde med klinikfødsler på de store fødesteder i hovedstadsområdet. Jordemødrenes bevægelse sker i samklang med de fødendes behov for en fødsel, der ikke er ”hospitaliseret”, skriver Hanne Dam, som har interviewet jordemødre, læger og en tidligere formand for Etisk Råd.

Som følge af det pres stadig strammere normeringer og en voksende regelstyring på hospitalerne rammer sundhedspersonalet med, er erfarne jordemødre i stigende grad begyndt at vinke farvel til fødegangen. De finder nu nye veje.

De er trætte af ikke at måtte ”tænke selv” og som i gamle dage arbejde ud fra deres egen kliniske vurdering.

De er trætte af ikke at have tid nok til at gennemføre de spontane, vaginale fødsler, de er uddannet til, og af at få smadret deres eget familieliv som følge af aften- og natarbejde.

Jordemødrene ønsker i dobbelt forstand et mere ”bæredygtigt” jordemoderliv, hvor de kan finde tilbage til deres oprindelige kompetencer, som mange oplever at have mistet i et lægestyret hospitalssystem. Og hvor de i højere grad menneskeligt kan støtte hinanden i et fag, der ikke bare hviler på håndværk, men i høj grad på overskud og personlighed.

Det fremgår af en lang række samtaler med jordemødre fra flere forskellige arbejdspladser.

**Vi giver normalt alt til kvinderne. Her vil vi også give til
hinanden**

“Vi skal løbe hurtigere og hurtigere på hospitalerne. Mængden af mennesker, du skal have mellem hænderne, øges hele tiden. Efter to timer fra en fødsel skal du være klar til den næste”.

“Tempoet i dag er simpelthen for højt til, at man kan levere det nærvær, der skal få kvinden til at føde. Deraf de mange indgreb”, siger jordemoder Suzanne Lerche om, hvorfor effektivitetskrav har fået hende til at forlade det offentlige sundhedssystem til fordel for landets første kollektivt jordemoderledede, private fødeklinik, Roskilde Fødeklinik.

“Vi giver normalt alt til kvinderne. Her vil vi også give til hinanden”, siger hun.

Den nye tendens i faget, danskerne netop for andet år i træk i en undersøgelse fra kommunikationsbureauet Radius har dømt til at være landets mest troværdige, er at gå privat ved bl.a. at overtage eksisterende eller selv etablere private fødeklinikker, hvor kvinder føder på samme måde som under en hjemmefødsel: uden teknologiske og medicinske indgreb som ve-stimulering, epiduralblokade og sugekop.

For selvom flertallet af klinikchefer vil være enige med ledende overlæge Charlotte Wilken-Jensen fra landets største fødested, Hvidovre Hospital (med 7.000 fødsler) når hun siger, at ”vi gør alt for at få kvinden til at føde vaginalt, normalt, så barnet kommer den rigtige vej ud,” er det ikke sådan, jordemødre generelt oplever deres hverdag på fødegangen.

Her monterer de eksempelvis ve-drop med kunstigt hormon på hver tredje førstegangsfødende, sætter hver fjerde fødsel i gang med medicin ofte efterfulgt af ve-stimulation og overlader hver femte gravide til en læge, der opererer barnet ud ved kejsersnit.

Tryghed er fundamentet

På en fødeklinik kan jordemødrene tage den nødvendige tid til at arbejde ud fra de værdier, der for dem er fundamentet i faget, men som hospitalerne ikke har samme blik for:

At kunne skabe en tæt relation mellem kvinde og jordemoder med den tryghed og tillid, der får det naturlige hormonsystem op at køre. Tryghed sætter fysiologiske aftryk.

“Når kvinden er tryk, producerer hun de hormoner, der får hende til at føde”, som Suzanne Lerche siger.

“Det frustrerer jordemødrene, at hospitalerne ser stort på alt det, jordemødrene kan, så de brænder inde med deres faglighed. På hospitalet skal en jordemoder bare følge retningslinjer og procedurer og opføre sig som en fabriksarbejder, der kan få nogle småkager hurtigt af båndet”, pointerer privatpraktiserende jordemoder Anne Ruby, der for længst selv har taget konsekvensen og nu er gået skridtet videre.

I disse dage åbner hun en privat fødeklinik med 440 fødsler om året på Vesterbro i København sammen med to kolleger, Lea Toft og Rikke Farnum. “Efter at have været på

kald i 10 år, vil jeg gerne have lidt mere styr på kalenderen og trænger til fagligt fællesskab”, siger hun.

Da jeg skrev nyheden om de nye fødeklinikker på Facebook, blev opslaget i løbet af få timer delt 60 gange og liket 150 gange af næsten udelukkende jordemødre. Begejstringen var entydig længsel efter at “gå med”

På den ny københavnske fødeklinik får jordemødrene højere løn, indflydelse på tilrettelæggelsen af arbejdet og mulighed for at udvikle deres egen fødekultur.

“Alt det, hospitalerne desværre har set stort på de sidste 30 år: at jordemoderarbejde også er et relationsarbejde, og at vi kan arbejde i de dybe psykologiske lag, der kan få kvinden styrket ud af fødslen”, siger Anne Ruby.

Anja Bay, kendt for sin fødselsforberedelse “Smertefri fødsel”, åbner også henholdsvis barselshjem og fødeklinik i København.

Da jeg skrev nyheden om de nye fødeklinikker på Facebook, blev opslaget i løbet af få timer delt 60 gange og *liket* 150 gange af næsten udelukkende jordemødre. Begejstringen var entydig længsel efter at “gå med”.

På de private klinikker i København vil der være brugerbetaling, hos Ruby og co. på afdrag, men på fødeklinikken i Roskilde, hvor i princippet også kvinder fra Region Hovedstaden kan føde takket være det fri sygehusvalg, vil kvinderne kunne føde gratis som følge af et samarbejde med Region Sjælland.

Regionen køber fødslerne af klinikken og sparer ifølge sundhedsøkonomen Kjeld Møller Petersen hver gang mindst 7800 kr. i forhold til, hvad en normal fødsel koster på hospitalet, nemlig 27.652 kr.

Samtidig med at de erfarne jordemødre er begyndt at sive lige så stille, er jordemoderstuderende begyndt at springe fra uddannelsen, fordi det, de oplever i Real Life på fødegangen, ikke matcher de forestillinger, de gjorde sig om livets begyndelse.

Ifølge Jordemoderforeningen er der endnu ikke data på afgang, så forholdet mellem jordemodermangel og -afgang står utydeligt. Men bevægelsen bekræftes af Region Hovedstadens Center for HR.

Læger i krig mod ny fødeafdeling

Alt i alt kommer jordemødrenes farvel på et dårligt tidspunkt, idet Region Hovedstaden i forvejen mangler både jordemødre og speciallæger og ikke desto mindre som følge af

udsigten til et stigende antal fødsler har planer om at etablere en ny obstetrisk fødeafdeling på Bispebjerg Hospital med 3500 fødsler om året og give fødeklinikken som fødested et comeback allerede næste år.

Den sidste lukkede ellers i 2004. Ifølge Jordemoderforeningen fordi konceptet blev udvandet på grund af placeringen på hospitalet. Personale blev trukket fra fødegangen til klinikken, og nogle steder begyndte man at bruge indgreb på klinikken for at spare den fødende for at blive flyttet.

I dag er bevidstheden hos de fødende om, at en naturlig fødsel ikke nødvendigvis bør foregå på et sygehus, igen vokset, og Regionsrådet forklarer i budgetaftalen de nye klinikker med "mange nybagte familiers ønske om en mindre hospitaliseret" fødsel.

Både dansk og international forskning viser da også, at indgreb og alvorlige hændelser som bristninger og blødninger falder med mellem 20 og 60 procent i forbindelse med hjemme- og klinikfødsler, hvor kvinderne føder uden indgreb og derfor også uden læger

Familiernes kritiske budskab har nået formanden for Region Hovedstaden, Sophie Hæstorp Andersen (S), der i et debatindlæg i Politiken erkender, at det ikke er "tilfredsstillende, at fødestederne er tvunget til at fokusere ressourcerne på den sikre fødsel" og underforstået springe kvaliteten i fødslen over. Hun forklarer initiativet på Bispebjerg Hospital med et stigende antal fødsler og mangel på jordemødre.

Regionen planlægger ifølge budgetaftalen for 2019 fødeklinikker på både Rigshospitalet og hospitalerne i Herlev, Hillerød og Hvidovre og kan via de nye klinikker håbe på at kunne holde på de jordemødre, der ellers ville forlade det offentlige fødesystem, samt spare på økonomien, idet lægetomme klinikker er langt billigere end obstetriske fødeafdelinger.

Regionen har kunnet nøjes med at sætte 12 mio. kr. af til de fire klinikker, mens den årlige drift af fødeafdelingen på Bispebjerg er sat til 50 mio.

Ideen om at åbne en ny "rigtig" fødeafdeling kritiseres uden omsvøb af de københavnske læger med professorerne Øjvind Lidegaard og Gorm Greisen, Rigshospitalet, i front. Af frygt for at tynde ud i jordemødre og speciallæger, vil lægerne hellere dele pengene ud på de fire eksisterende københavnske fødesteder.

Region Hovedstaden regner med, at befolkningen i hovedstadsområdet i 2030 er vokset med 160.000 i forhold til i dag.

Prognoser peger på baggrund af de to millioner borgere, der til den tid vil være i Storkøbenhavn på, at antallet af fødsler vil stige med 22 procent, så der i 2030 vil være 4.800 flere fødsler om året. Men allerede nu stiger fødselstallet. Ikke fordi hver kvinde

føder flere børn, men fordi der er flere kvinder i den fødedygtige alder. I et forsøg på at skaffe dem jordemødre, har regionen besluttet fra efteråret at højne det årlige antal jordemoderstuderende med 30.

Stod det til Venstre i Region Hovedstaden, havde man kopieret Region Sjællands samarbejde med private fødeklinikker som Storkereden og den ny jordemoderledede og -ejede Roskilde Fødeklinik. Genkomsten af fødeklinikken sker nemlig i en sjælden alliance mellem idealistiske jordemødre og liberale politikere, der ønsker at give borgerne en mere mangfoldig vifte af fødemuligheder.

Her står de to fags forskellige opgaver tydeligt i vejen for hinanden: Fødselslægens fokus er på at redde liv og førlighed, jordemoderens på at skabe “den gode fødsel”, så både barn og mor gennemlever et sundt forløb

En af de politikere, der har kæmpet for, at Region Hovedstaden skulle købe fødsler af private klinikker, som så blev gratis for de fødende, er Venstrepolitiker Anne Ehrenreich, der synes, at familierne selv skal have lov at bestemme, hvordan de vil føde. “Men vi tabte afstemningen til bl.a. Socialdemokratiet, og det ærgrer mig, for jeg tror på, at private initiativer kan være med til at inspirere det offentlige system”, siger hun.

Jordemødre kritiserer lægers frygtkultur

Baggrunden for udviklingen med flere hjemme- og klinikfødsler er et jordemoderopgør med ikke bare den syntetiske fødsels dominans på hospitalet, men også den “frygtkultur”, der giver sig udslag i fødselslægenes fokus på sikkerhed “for enhver pris” – en forsigtighed, som jordemødrene oplever amputerer arbejdet med deres speciale: den spontane, vaginale fødsel.

Her står de to fags forskellige opgaver tydeligt i vejen for hinanden: Fødselslægens fokus er på at redde liv og førlighed, jordemoderens på at skabe “den gode fødsel”, så både barn og mor gennemlever et sundt forløb, og kvinden går psykisk styrket ud af fødselsprocessen.

Jordemødrene hæfter sig bl.a. ved, at hospitalernes fødselsforberedelse lægger for megen vægt på smertelindring og giver de fødende det indtryk, at det er den, der skal hjælpe kvinden igennem fødslen og ikke jordemoderen i samarbejde med den fødende.

“Men fra det øjeblik, epiduralen (lokalbedøvelsen, red.) er lagt, overtager de kunstige hormoner ofte fødslen, og det hæmmer kvinden i at føde aktivt med i sin egen fødsel”, siger Suzanne Lerche.

På Roskilde Fødeklinik har man tre parametre, der opfattes som afgørende for en normal, spontan fødsel: fødsel på et mindre fødested, at jordemoder og fødende kender hinanden

og grundig fødselsforberedelse. “Så det er sådan, vi gør”, siger en anden jordemoder her, Jacqueline Vejstrup.

“Mange tolker sikkerhed under en fødsel som at være på hospitalet tæt på lægehjælp, hvis noget skulle gå galt. Men det er normalt ikke fødslen, der er farlig – det er frygten for fødslen”, siger hun. “Komplikationerne kommer i almindelighed først, når vi af frygt kaster os ud i indgreb – fx ve-stimulerer af frygt for, at fødslen ikke vil gå i gang, og det ene indgreb efter det andet nu ruller”.

Det er en overdrivelse at sige, at jordemødrene flygter, men jeg kan godt forstå, at jordemødrene føler sig pressede, fordi der har manglet så mange jordemødre i lang tid

Både dansk og international forskning viser da også, at indgreb og alvorlige hændelser som bristninger og blødninger falder med mellem 20 og 60 procent i forbindelse med hjemme- og klinikfødsler, hvor kvinderne føder uden indgreb og derfor også uden læger. Udvikler der sig komplikationer, eller vil kvinden smertestilles, bliver hun sammen med sin jordemoder overført til hospitalet.

Men er det, hvad Hvidovre Hospital gør, handler på frygt, når man eksempelvis ve-stimulerer 40 procent af alle førstegangsfødende?

Nej, siger klinikchef på Hvidovre Hospital, Charlotte Wilken-Jensen: “Alle indgreb på vores fødegang er velovervejede. Vi ve-stimulerede fx meget mere for bare et par år siden og gør alt for at styrke den normale, vaginale fødsel”.

– Men jordemødrene på Roskilde Fødeklinik siger, at der ikke længere på hospitalet er tid til, at jordemødrene kan skabe den nærhed, der skal til for, at kvinden kan føde naturligt, og at det forklarer de mange indgreb?

“Det synes jeg er lodret forkert. Langt størstedelen af vores kvinder føder med tillid og sindsro. Et mindretal er bekymrede og føler sig svigtede af ikke i starten af graviditeten at kunne komme til at tale med en jordemoder om, hvad de tænker og føler omkring graviditeten.”

“Det er en overdrivelse at sige, at jordemødrene flygter, men jeg kan godt forstå, at jordemødrene føler sig pressede, fordi der har manglet så mange jordemødre i lang tid. Ikke desto mindre har flertallet af jordemødre den samme holdning, som jeg har: At vi tilbyder nogle rigtig gode fødsler i det offentlige sygehusvæsen med kvinder, der klarer fødslen, og meget få hjerneskadede og dødfødte børn”, svarer Charlotte Wilken-Jensen.

Hvidovre Hospital har ikke desto mindre været hårdt ramt af jordemodermangel. For et år siden manglede hospitalet en tredjedel af sine 120 jordemødre, men i dag er hullet fyldt op af nyuddannede, som hospitalet har skabt særlige udviklingskurser til.

Æbler og pærer

At jordemødre og læger ser forskelligt på netop behovet for indgreb er en af de almindeligste konflikter på fødegangen. Men hvorfor ønsker jordemødre for deres medsøstre, at de skal føde vaginalt med deres egne hormoner?

Jacob Lykke forklarer: “Den hårde måde at måle på er død. Det er nemt at måle på, for det er enten et “ja” eller et “nej”.

Enten er jeg levende, eller også er jeg død. Og her kan vi tydeligt gennem de sidste årtier se, at vi som læger er blevet bedre til det, vi gør

Fordi kunstig [oxytocin](#) ikke kan det samme som naturlig oxytocin. Kunstige hormoner kan stimulere veerne og drive fødslen fremad. Men ikke – viser forskning af bl.a. den svenske fysiolog, professor Kerstin Uvnäs Moberg – som den fødendes egen hormonproduktion stimulerer tilknytningen mellem mor og barn og fremme amningen. Kunstige hormoner er modsat naturlig oxytocin ude af stand til at forcere hjernebarrieren, men bliver i blodbanen og skaber veer uden at påvirke hjernen.

Den viden er ikke kendt og derfor heller ikke anerkendt på de danske fødegange, bekræfter Jacob Alexander Lykke, dr.med. og overlæge på Rigshospitalet:

”Det er indlysende. Vi taler om æbler og pærer: Amning og bedre kontakt mellem mor og barn kontra et effektivt, hurtigt fødselsforløb...” Fødselslæger forholder sig forskningsmæssigt til det, de skal bruge her og nu på fødegangen”. Hvordan skal kvinden føde? Hvordan er barnets hjertelyd osv?”.

Som fødselslæge på Rigshospitalet er det Lykkes opgave er at opspore sygdomme og helbrede de gravide med bl.a. forhøjet blodtryk, sukkersyge, nyresygdomme, leversygdomme og autonome sygdomme. De alvorlige sygdomme er på Sjælland samlet på Rigshospitalet.

Det arbejde kan han lide: ”Jeg er jo læge,” siger han. ”Det er lægens ansvar, at barnet kommer levende ud”. Men han medgiver, at omkostningen er, at lægerne i stadig højere grad bryder ind i den normale graviditet for at være helt sikre på, at intet går galt.

Men at sikkerheden i den grad er blevet sagens kerne på fødegangen matcher ikke den tryghed, jordemødrene ser som forudsætning for kvindens hormonproduktion. ”Hospitalet tager udgangspunkt i det, der kan måles og vejes,” siger Christina Falck Gansted, jordemoder på Rigshospitalet.

– Hvor mange børn kommer levende til verden? Hvor mange børn dør? Hvor mange fødes ved kejsersnit. Hvor mange børn bliver genindlagt?

Jacob Lykke forklarer:

“Den hårde måde at måle på er død. Det er nemt at måle på, for det er enten et “ja” eller et “nej”. Enten er jeg levende, eller også er jeg død. Og her kan vi tydeligt gennem de sidste årtier se, at vi som læger er blevet bedre til det, vi gør. Ethvert barn tæller for en fødselslæge”.

For fødselslægen kommer kvaliteten i anden række. “Min første prioritet er raske børn. Min anden prioritet tilfredshed”, siger Ole Kierkegaard, overlæge og klinikchef på fødegangen i Horsens

Gansted, der har været jordemoder siden 1997, siger, at det undrer hende, at begrebet “den gode fødsel” på Rigshospitalet ikke rummer “kvindens oplevelse”. Jordemoderen gør sig umage med at lægge kvalitet i fødslen og støtter og hjælper kvinden igennem en proces, som kvindens krop og psyke selv styrer.

For fødselslægen kommer kvaliteten i anden række. “Min første prioritet er raske børn. Min anden prioritet tilfredshed”, siger Ole Kierkegaard, overlæge og klinikchef på fødegangen i Horsens.

Her ve-stimulerer man færre end i København, men sætter procentmæssigt lige så mange fødsler i gang – hver fjerde. Men i princippet hylder han, at alle kvinder kan føde naturligt og anerkender ligesom alle fødselslæger, jeg har interviewet, at al forskning viser, at den naturlige fødsel er sundest.

“Og jeg kan jo se, at de kvinder, der gennemfører en helt normal fødsel uden smertelindring eller indgreb er helt høje bagefter, så kan det lade sig gøre uden al mulig teknologi, er det fint”, siger han, men tager ingen chancer. Ifølge Kierkegaard mangler lægerne det lille redskab, der helt præcist kan fortælle, hvordan barnet har det inde i maven.

Den uvished koster “alt for mange kejsersnit og kopforløsninger, som siden viser sig unødvendige”, siger han.

Klinikchefen i Horsens frygter endnu flere indgreb fremover som følge af personalets skræk for at lave fejl i fortolkningen af det udfordrede [CTG-system](#), der viser, hvordan barnet har det:

“Samtaler med sundhedspersonale kan give fornemmelsen af, at indgreb er det sikre. Naturen det ukontrollable”, hedder det.

Ingen indgreb hjemme og på klink – hvordan?

Ifølge jordemoder Suzanne Lerche, Roskilde Fødeklinik, er der ingen hokuspokus i at få en normal, rask kvinde til at føde, hvis der er tid nok.

Men hvordan går det til, at man hjemme og på klinik kan føde uden indgreb, når der er så mange indgreb på hospitalerne?

I 2016 var der indgreb af en eller anden art i 66 procent af alle førstegangsfødsler på Rigshospitalet, og kun 16 pct. af alle klinikfødsler i Region Sjælland overføres til hospitalet. 86 pct. gennemføres altså uden indgreb.

Klinikchefen på Hvidovre er mere ked af, at hospitalet siden marts 2017 har måttet snyde de gravide for den første jordemoderkonsultation som følge af jordemodermangel

Så tager vi da bare alle sammen en lur, og så kommer veerne som regel tilbage,” siger privatpraktiserende jordemoder Krista Belle Hultén og forklarer, at når livmoderen ikke trækker sig sammen, ligger barnet ”bare og hygger sig.”

– Hospitalerne er ikke desto mindre mest tilbøjelige til at ve-stimulere. Hvorfor gør hospitalerne ikke som hjemmefødselsjordemødrene?

“Det kunne vi også snildt gøre. Det virker fint at gøre det. Den korte forklaring er, at det er der ikke tid til. Og fordi der ikke er plads – det er to sider af samme sag. Fødestuen skal bruges af nogle andre”, siger Jacob Lykke. Indgreb er altså også økonomisk betingede. Når der ikke er tid, skyldes det som regel mangel på jordemødre.

At jordemødre kan spare indgreb, bekræfter også tidligere klinikchef på Rigshospitalet, Morten Hedegaard. “Det er jeg sikker på. Noget af det, der for alvor er vist er, at tilstedeværelsen af en jordemoder har positiv indflydelse både på at undgå indgreb og på kvindens oplevelse af fødslen”.

For at sikre, at alle fødende på Roskilde Fødeklinik kommer til at føde med en jordemoder, de kender, er arbejdet på klinikken struktureret, så de fødende lærer alle fire jordemødre at kende i et mix af konsultationer og fødselsforberedelse. Og for at sikre den kvalitet, jordemødrene her mener ligger i en spontan fødsel, kræver de medansvar af de fødende, som Roskilde-jordemødrene kalder det at skaffe sig den viden, der skal til for at mestre en fødsel uden indgreb.

Til gengæld er fødselsforberedelsen i top sammenlignet med det offentliges audiorieundervisning – ti timer til at lære hinanden at kende og forstå, hvordan man kan bytte indgreb ud med strategier for bl.a. smertelindring. En prioritering der ikke matcher

det offentlige fødesystem, idet mange hospitaler har valgt at spare fødselsforberedelsen væk.

”Der er ikke nogen som helst evidens for, at fødselsforberedelse hjælper i form af færre indgreb eller bedre fødsler,” siger klinikchefen på Hvidovre Hospital, Charlotte Wilken-Jensen. ”Fødselsforberedelse er et spørgsmål om ressourcer, men jeg tror, at langt de fleste kvinder under en fødsel erkender, at det her, det kunne de ikke forberede sig til – dertil er kontroltabet for heftigt. Netop derfor er tillid så afgørende under en fødsel.”

Klinikchefen på Hvidovre er mere ked af, at hospitalet siden marts 2017 har måttet snyde de gravide for den første jordemoderkonsultation som følge af jordemodermangel.

På fødselslægenes anbefaling sættes hvert år 14.000 fødsler i gang, hvoraf flertallet af de fødende er raske kvinder, der måske kunne have født af sig selv, hvis de havde fået lov at gå lidt længere

På DR's hjemmeside kan man se, at gravide har været helt oppe i syvende måned, før de har mødt en jordemoder udenfor den fælles auditorieundervisning, der er indført som erstatning. Den praksis er et brud med Sundhedsstyrelsens anbefalinger, og klinikchefen er da også langt fra stolt af den, men glæder sig over, at hospitalet vendte tilbage til normale tilstande 15. september.

Raske kvinder frarøves normal fødsel

Danmarks igangsættelsespolitik er et godt eksempel på, at fødselslægerne i dag bryder ind i den normale graviditet af hensyn til sikkerheden. På fødselslægenes anbefaling sættes hvert år 14.000 fødsler i gang, hvoraf flertallet af de fødende er raske kvinder, der måske kunne have født af sig selv, hvis de havde fået lov at gå lidt længere. Danske fødselslæger har imidlertid besluttet at pille alle børn ud, inden graviditetens uge 42 af bekymring for, at moderkagen skal sætte ud, eller at kvinden skal ende i kejsersnit.

Beslutningen provokerer så godt som alle jordemødre. Også fordi danske hospitaler har valgt at sætte kvinderne i gang indenfor det, der betragtes som den normale graviditetsperiode.

Men hvorfor ikke vente, spørger bl.a. jordemoder, lektor på Professionshøjskolen Metropol og ph.d.-studerende Eva Rydahl, hvis forskning viser, at der for hvert barn, lægerne i princippet redder ved at sætte fødsler i gang, er 20 andre børn, der udsættes for iltmangel.

Vi ved, at indgreb avler indgreb. Når vi sætter et drop, gør det mere ondt, og så vil kvinden gerne have en

epiduralblokada. Så forstyrrer epiduralen pressefasen, og hun må have hjælp af en sugekop, når hun skal presse barnet ud

Iltmangel kan give hjerneskade og i yderste konsekvens død. Jordemødre og forskere med jordemoderbaggrund kritiserer, at igangsættelserne giver de raske kvinder mere langvarige og smertefulde fødsler og Rydahl pointerer, at fødslen kompliceres yderligere i takt med, hvor umoden graviditeten er.

”Vi ved, at indgreb avler indgreb. Når vi sætter et drop, gør det mere ondt, og så vil kvinden gerne have en epiduralblokada. Så forstyrrer epiduralen pressefasen, og hun må have hjælp af en sugekop, når hun skal presse barnet ud”.

”Lige så snart vi griber ind, risikerer vi at sætte en sneboldeffekt i gang,” siger Sanne Lausen Wolff, jordemoder, cand.scient.san., Skejby Sygehus:

”Det er et enormt dårligt udgangspunkt for en god fødsel, for kvinderne bliver både trætte og utålmodige allerede inden, fødslen går i gang. Endelig er der også risiko for at igangsættelsen slet ikke lykkes. Så er der kun en vej tilbage, kejsersnittet,” siger hun.

Men risikoen for et kompliceret forløb er højere – ”langt højere” ved at vente, sagde Morten Hedegaard, mens han endnu var klinikchef på Rigshospitalet. De kvinder, der siger ja tak til at blive sat i gang, får bedre fødsler, end dem, der siger nej tak, siger han med fokus på den restgruppe, der under alle omstændigheder skal sættes i gang.

Han vurderer igangsættelse som et blidere indgreb end det kejsersnit, der truer dem, der får lov at gå for længe.

At der er for mange kejsersnit i fødselsverdenen er ikke kun jordemødre, men mange fødselslæger enige i, også Bjarke Lund Sørensen, som netop har sagt sin stilling som specialeansvarlig obstetrisk overlæge på Slagelse sygehus op efter at have måttet opgive at ”rydde op” på fødegangen:

”Indgreb kan redde liv, og lægens opgave er at tage ansvar for, at fødslen i sidste ende er sikker for mor og barn. Men vi skal kun have de nødvendige indgreb, og her var for mange. Den oprydning krævede en fælles holdning i lægestaben, men den kunne jeg ikke mobilisere,” siger han.

Jordemoder Jacqueline Vejlstrup, Roskilde Fødeklinik:
“Hospitalsjordemoderen har masser af kundskaber, men ingen indflydelse overhovedet i dag, hvor hun er underlagt hospitalets procedurer og retningslinjer

I bestræbelsen på at få droslet bl.a. antallet af akutte kejsersnit på Slagelse sygehus ned prøvede Bjarke Lund Sørensen at få sine lægekolleger med på en ny, fælles strategi:

”Jeg forsøgte at invitere en konfliktramt lægegruppe til dialog, men kom ingen vegne. Efter et halvt år kunne jeg ikke længere tage ansvaret for fødegangens praksis,” siger han og flytter nu tilbage til Roskilde Sygehus, hvor lægerne er enige om indgrebspolitikken.

Den tidligere klinikchef siger, at han nærmest ”står på jordemødrenes side i ønsket om at holde flere fødsler naturlige”:

”Jeg vil meget gerne have frygten ud af fødestuen. Og mere ro ind. Det er mange jordemødre dygtige til. Af hensyn til den fødende er det afgørende at holde angsten ude og at håndtere eventuelle komplikationer roligt, så kvinden ikke bliver mærket for livet af de ord, der bliver sagt eller råbt.

En forudsætning for, at det kan lykkes, er et 100 procents gnidningsfrit samarbejde mellem jordemødre og læger”, lyder det fra Bjarke Lund Sørensen.

Jordemødrene er lavest i hierarkiet

Men kan et forbilledligt udfolde sig i et univers, hvor to faggruppers opgave er så forskellig som lægens og jordemoderens, og i et så klart hierarki som hospitalets – med jordemødrene nederst?

Jordemoder Jacqueline Vejlstrup, Roskilde Fødeklinik: ”Hospitalsjordemoderen har masser af kundskaber, men ingen indflydelse overhovedet i dag, hvor hun er underlagt hospitalets procedurer og retningslinjer.

Jeg kan godt følge, at vi som fødselslæger æder den naturlige fødsel op med alle vores risikofaktorer. Skal vi acceptere denne her ve-pause? Hvor lang tid må den være? Det presser jordemoderen i hendes arbejde

Selv på det område, der er hendes spidskompetence og selvstændige område, den normale fødsel, er retningslinjerne langt fra altid udarbejdet i samarbejde med jordemødre.”

Vejlstrups oplevelse er, at ”de fleste også hospitalsjordemødre er kærlige og professionelle – men på trods af rammerne. Ikke i kraft af dem. Det tapper dem, så alt for mange tørrer ud og holder op efter 4-6 år”.

Nogle hospitalsjordemødre affinder sig med vilkårene, mens andre sammenligner sig med robotter og klager over at det ”nærmest er forbudt at tænke selv.” Den højere løn,

jordemødre kan opnå ved at gå privat, trækker i nogle, men jordemødre taler mere om frustrationen ved ikke at føle sig fagligt anerkendt og hørt.

”Det er fair nok, at der er et hierarki på et hospital, for vi kan ikke diskutere alting, men jeg oplevede mig gang på gang krænket i min faglighed, når der sådan pludselig kom en ny vejledning ind fra højre, uden at jordemødrene blev hørt, selvom den påvirkede vores arbejdsområde,” siger jordemoder Nana Krage Lykke om dengang, hun som kun 30-årig gik ned med stress.

Kollegaen på Rigshospitalet, Christina Falck Gansted, siger, at det også bekymrer hende, når en instruks bliver så specifik, “at den ikke rummer jordemoderens vurdering”.

“Jeg er provokeret af grundtanken i at udarbejde procedurer for det, jeg er uddannet i. Som om jordemødre ikke er selvstændigt tænkende mennesker”.

Det var værre i gamle dage, hvor overlægen gik stuegang med en hale af jordemødre efter sig. Ikke desto mindre tror jeg, at mange erfarne jordemødre oplever, at de er blevet reduceret til en, der bare passer den fødende. I stedet for at være en jordemoder, der giver omsorg, guider og tager beslutninger

Charlotte Wilken-Jensen genkender ikke jordemødrenes beskrivelse, men siger, at der på Hvidovre Hospital tværtimod er et fladt hierarki og efter de mange nyansættelser et godt klima og et ligeværdigt samarbejde mellem læger og jordemødre. Både læger og jordemødre på Hvidovre er fx inde over nye retningslinjer.

Lus mellem to negle

Den yngre fødselslæge Jacob Lykke, der netop har modtaget den prestigefyldte, internationale forskningspris “The George C. Williams Prize”, siger, at han godt kan forstå, at jordemoderen i det offentlige sundhedssystem kan opfattes som “en lus mellem to negle, eftersom hun har den naturlige fødsel som sin kompetence”.

Lykke kan godt forstå, at det fx generer jordemødrene, at fødselslægerne griber ind i normale graviditeter;

“Jeg kan godt følge, at vi som fødselslæger æder den naturlige fødsel op med alle vores risikofaktorer. Skal vi acceptere denne her ve-pause? Hvor lang tid må den være? Det presser jordemoderen i hendes arbejde, siger hun og uddyber:

“Men det var værre i gamle dage, hvor overlægen gik stuegang med en hale af jordemødre efter sig. Ikke desto mindre tror jeg, at mange erfarne jordemødre oplever, at de er blevet reduceret til en, der bare passer den fødende. I stedet for at være en jordemoder, der giver omsorg, guider og tager beslutninger. De er blevet mere regelfortolkere end selvstændige”.

Udfordringen er at skelne imellem, hvad vi kan, skal og bør. – Vi kan *meget*, men bør kun gøre det *rigtige*”

Han opfordrer dog jordemødrene til at tage kampen op, for at kunne “skabe modreaktioner til det, der sker på lægefronten, så vi kan få trukket den løse linje op mellem den normale og den patologiske fødsel, som hospitalerne praktiserer i dag”.

Sideløbende med fødeklinikkens comeback, stiger antallet af hjemmefødsler. På landsplan er tallet fordoblet på to år til 3,3 pct. af alle fødsler. Men især i Region Sjælland, hvor man har en kendt hjemmefødselsordning, er tallet visse steder over 10 pct. – i Nykøbing Sjælland fx 16 procent.

Kommunerne kompenseres af staten med 17.318 kr. for en hjemmefødsel og med 20.000 for en klinikfødsel. En hjemmefødsel er takseret til 17.318 kr. og en klinikfødsel til 20.000 kr.

Nødvendig troværdighed

Det konservative medlem af Lejres kommunalbestyrelse Grethe Nørtoft Saaby er både jordemoder og politiker, og ifølge hende skyldes danskernes tillid til jordemødrene, at en jordemoder er nødt til at være troværdig for at kunne gøre sit arbejde godt.

Som hun forklarede Jes Dorph-Petersen og TV2's seere, arbejder jordemødre “i det her helt hellige, intime rum” med forældrepar, og hvis der er “tryghed og tillid mellem mig og familierne, glider en fødsel bare bedre”.

Ifølge filosofen og tidligere formand for Etisk Råd, [Jacob Birkler](#), handler det om, at personligheden for en jordemoder bærer professionalismen:

“Det er præcis gennem engagement og personlig tilstedeværelse, at jordemoderen bliver nærværende. Så hun skal netop vise “sit sande ansigt”.

Hvilket etikeren forklarer med, at jordemødre ikke fortrinsvis arbejder logisk, men etisk – efter hvad der er “det gode” at gøre.

For netop den faggruppe, danskerne opfatter som mest troværdig, er det afgørende at “gøre det rigtige”.

“I fødselsverdenen kan vi i dag alt muligt”, siger Birkler, der som tidligere formand for Etisk Råd kender hospitalsverdenen indefra – ikke mindst fødegangen, idet han underviser jordemoderstuderende:

“Udfordringen er at skelne imellem, hvad vi kan, skal og bør. – Vi kan *meget*, men bør kun gøre det *rigtige*”, siger han, hvilket ifølge jordemødrene er at tro på kroppen og hjælpe kvinden igennem en fødsel, der bygger på tillid til, at hun er i stand til at føde sit barn, indtil det modsatte er bevist.

Bilag 6

Den tid er forbi, hvor vores kroppe og psyker skal ofres for
at bringe nye børn til verden

Af: Olga Ravn

Offentliggjort i Politiken d. 02.10.2020

Den tid er forbi, hvor vores kroppe og psyker skal ofres for at bringe nye børn til verden

Olga Ravn
Politiken
2. OKTOBER 2020

De fødendes vilkår i Danmark er i dag så dårlige, at jeg tror, de færreste forstår det.

Jeg vidste, at det stod grelt til, for jeg har oplevet det på egen krop, men det var først, efter at jeg i begyndelsen af september udgav en roman om at blive mor og få en fødselsdepression, at jeg for alvor indså, hvor udbredt den traumatiske fødselsoplevelse er.

Kan det virkelig være rigtigt, at i det danske velfærdssamfund anno 2020 afhænger selve forløsningen af dit barn af din indkomst?

Glem al snak om, at de nye forældre ikke kan løfte opgaven, er for sarte eller har projektbørn. Lad os fortælle jer om et sundhedsvæsen, der er så beskåret, at der på barselsgange kan være 20 indlagte mødre med 20 nyfødte børn og to sygeplejersker på vagt til at tage sig af de 40 mennesker.

Siden min bog udkom, er jeg blevet oversvømmet af personlige vidnesbyrd fra kvinder, der har oplevet at blive tabt eller møde et sundhedspersonale, der gerne vil hjælpe, men enten ikke ved hvordan eller ikke har ressourcerne. Det er disse mange beskeder, der i sidste ende har fået mig til at skrive dette indlæg.

Da jeg blev gravid anden gang i 2019, blev jeg tildelt et forløb på Familieambulatoriet på Hvidovre Hospital for sårbare gravide. Da jeg med barn nummer to mødte ind til første jordemoderkonsultation, fik jeg at vide, at jeg ville få særlig støtte i graviditeten, bl.a. fordi jeg havde en fødselsdepression første gang.

Min jordemoder forklarede, at denne særbehandling konkret bestod i, at jeg bl.a. ville få den samme jordemoder gennem hele graviditeten, at jeg ikke måtte afvises af hospitalet, hvis jeg var i aktiv fødsel, også selv om der ikke var plads, og at jeg desuden kunne blive op til fire nætter på hospitalet efter fødslen (dog med det aber dabei, at de ikke kunne love fire nætter i tilfælde af pladsmangel). Jeg kan huske, at en af de ansatte på familieambulatoriet brugte udtrykket, at jeg »fik deres Rolls-Royce«.

Men det var svært at glæde sig over, for jeg tænkte på alle dem, der ikke fik Rolls-Roycen. Jeg forstod, at det betød, at kvinder i aktiv fødsel gerne må afvises i døren og videresendes til et andet sygehus, som måske ligger langt væk (og en taxatur med veer er altså no joke). At man kan risikere at møde en ny jordemoder til hver konsultation, og at man føder såkaldt ambulant, dvs. at man sendes hjem fire til seks timer efter fødslen.

Der er fire år mellem mine to børn. I de fire år har jeg set flere og flere private tilbud dukke op. Det drejer sig om fødselsforberedelse, ammekurser, private jordemoderkonsultationer og lignende. Der går en lige linje fra besparelserne på fødselsforberedelse på hospitalerne (som nu, mind you, foregår i auditorier med store grupper) til stigningen i private tilbud. De ressourcestærke betaler sig til den nødvendige støtte. Jeg har selv betalt 2.400 kr. for et fødselsforberedende tilbud under min anden graviditet, for jeg vidste, at hospitalet ikke ville kunne løfte opgaven.

Når disse voldsomme beskæringer medfører, at selv meget ressourcestærke kvinder ikke føler sig godt nok rustet til at få børn, så tør jeg slet ikke tænke på, hvor ringe vilkår det giver samfundets svage.

Kan det virkelig være rigtigt, at i det danske velfærdssamfund anno 2020 afhænger selve forløsningen af dit barn af din indkomst?

I Region Sjælland har man haft flere ordninger med ekstra omsorg og ressourcer til gravide og nye forældre. Noget kan tyde på, at det resulterer i færre komplikationer senere hen, og færre komplikationer betyder færre udgifter.

Det er jo fint, det her med, at det faktisk er billigere at sørge for, at folk har det godt. Men den centrale pointe er, at det ikke er acceptabelt, at folk er ulykkelige. I en kommune som Københavns, hvor man i 2015 brugte midler på en kampagne, der i det offentlige rum frisk adspurgte kvinder: 'Har du talt dine æg i dag?', kan det undre, at der ikke afsættes ressourcer til rent faktisk at tage sig af dem, når de gør, som staten ønsker.

Og der er altså ikke småting, vi taler om.

F.eks. bliver komplikationer i forbindelse med bristninger svære at holde øje med, når man sender kvinderne tidligt hjem. Psykolog Eva fortalte mig, hvordan en tydeligt presset jordemoder havde syet hendes bristning forkert sammen, og hun derefter var blevet sendt hjem.

Til trods for svære smerter måtte Eva gennem flere dage kæmpe for at få syningen undersøgt kun for i sidste ende at møde en læge, der spurgte, hvorfor hun ikke var kommet ind tidligere, da det »måtte gøre ondt som ind i helvede«, fordi musklerne forsøgte at hæfte skævt sammen og gav svære nervesmerter. Evas bristninger blev sprættet op og syet sammen igen ni dage efter fødslen. En overlæge fortalte, at hun aldrig havde set en succesfuld gensyning senere end dag ti. Hvis Eva ikke selv havde insistet, ville hendes underliv være skadet for evigt.

I månederne efter havde Eva stærke smerter, og det første til et mislykket ammeforløb og en efterfødselsreaktion.

En anden kvinde fortalte mig, hvorledes man opfordrede hende til at klage efter et frygteligt fødselsforløb. Man ønskede klagen for at kunne vise ledelsen, at bemanningen var for lille.

Kvinder, der ellers har fået at vide, at de absolut skal igangsættes på den og den dato, sendes pludselig hjem, fordi der alligevel ikke er plads den dag.

Vi kan ikke blot afvise disse sager som enkelte tilfælde af lægesjusk. Det er et strukturelt problem. Barsels- og fødselsgangene er presset i knæ. Særlig i hovedstadsområdet, hvor der er fleste fødende, er presset alt for stort. Flere og flere jordemødre og sygeplejersker sygemeldes eller går ned med stress. Det betyder, at folkene på gulvet er studerende og medhjælpere med gode intentioner, men manglende færdigheder.

Når man sender de nyligt barslede tidligt hjem uden ordentlig opfølgning, fører det desuden ofte til, at mange får problemer med amningen eller helt stopper med at amme (som surprise, altså ikke er et instinkt, men noget, som skal læres ligesom at spille fodbold). Der er ikke noget i vejen med ikke at amme, men følelsen af at tabe første runde i moderskabet sidder længe i kvinderne og påvirker både selvværd og tilknytningen til barnet.

Når man sender de nyligt barslende tidligt hjem uden ordentlig opfølgning, bliver det sværere at spotte tegnene på efterfødselsreaktioner. Screeningtesten, der udføres af sundhedsplejersken efter to måneder, er ikke tilstrækkelig.

Næsten alle de efterhånden 100 mødre, jeg har talt med, fortæller mig, at de lyver, når de tager testen. Det siger mig, at det er tabu at indrømme, at det er svært at blive mor. Når man samtidig bogstaveligt talt kastes ud på hænder og albuer med blodet stadig sivende og hormonerne rasende, timer efter man har født, bliver det svært at forstå det som andet end et signal om, at man står alene med barnet. At man ikke kan forvente støtte, at der ikke er plads til at synes, det er svært.

Det samme indtryk får man under graviditeten, når man møder forskellige jordemødre fra gang til gang, som ikke har særlig meget tid til andet end at tage blodtryk og måle mave. På trods af min tur i Rolls-Roycen måtte jeg fortælle detaljeret om min fødselsdepression til utallige sundhedstyper gennem min graviditet. Det var pinefuldt hver gang. På trods af personalets gode intentioner blev det med tiden mekanisk. Der var ikke plads til det hele menneske i systemet. Patientliggørelsen er total. Vi fremmedgøres over for vores kroppe. Det gør det kun endnu svære at gennemføre fødslen, som om noget er et kropsligt stykke arbejde.

Vi har så meget fokus på børns tarv, og vi siger, at vi må støtte forældrene for børnenes skyld. Men det her handler slet ikke om børnene. Det handler om os, der føder dem.

Livsvigtige og centrale informationer overleveres lige nu fra mund til mund gennem kvinderne i stedet for at blive videreformidlet sagligt af sundhedssystemet: at man får babyblues på tredjedagen, at mælken ikke løber til med det samme, at det er normalt ikke at elske sit barn fra første øjeblik. Det fører til misinformation og tvivl. Og det er mit indtryk, at kvinderne i stigende grad undlader at bede om hjælp, da de oplever, at der ingen hjælp er at få. I stedet lider de i ensomhed og slår sig selv i hovedet. Forveksler det, som er fællesskabets svigt, med deres egen utilstrækkelighed.

Det er mig magtpåliggende at understrege, at komplikationer under graviditet, fødsel og i den såkaldte postpartum-periode desværre kan være dødelige. Efterfødselsreaktioner kan tage livet af dem, der rammes af det. Både mødre og børn. Det er liv og død, det handler om. Og det er en hel generation af kvinders ve og vel, der tabes på gulvet, når vi som fællesskab svigter at hjælpe dem ordentligt ind i moderskabet.

Så hvad kan man gøre?

Man kan måske i første omgang tilbagerulle den regel, at kvinder skal sendes hjem, fire timer efter de har født. Er det virkelig så lidt, I er villige til at give? 240 minutter til os, der står for menneskeartens videreførelse?

Eller endnu bedre. Man kan tage kvinden med på råd. Se på det hele menneske. Lad hende komme hjem i en fart, hvis det er det, hun ønsker, men giv hende så den passende støtte i hjemmet.

Når jeg taler med forældre, jordemødre og sundhedsplejersker, vender de alle tilbage til det samme centrale problem. Der mangler kontinuitet. Graviditet, fødsel og postpartum bør ses som én lang sammenhængende periode, kvinderne bør følges af de samme mennesker hele vejen.

Det er først og fremmest to steder, hvor vi skal styrke kontinuiteten.

Den første er under graviditeten – her virker løsningen oplagt: Gør det til en ret at have den samme jordemoder under hele graviditeten. Sørg for, at de, der følger den gravide, kender hendes historie, hendes frygt og styrker. Og indret så arbejdsmiljøet, så de ansatte ikke går ned med stress eller af andre slidsomme grunde sygemeldes.

Det andet sted, hvor der skal være bedre kontinuitet, er i overgangen fra hospital til hjem. Også her forekommer løsningen enkel: Spørg kvinden, hvad hun har brug for. Inddrag hende systematisk gennem hele forløbet. Lad hende sammen med sundhedspersonalet vurdere, om hun skal føde hjemme, sendes hjem tidligt eller blive på sygehuset.

Min drøm er, at man efterfølgende får besøg af den samme jordemoder hver dag i de første fem dage efter fødslen, om det er hjemme eller på hospitalet, og at sundhedsplejersken er med til det sidste møde. At overgangen ind i forældreskabet anses som en meget længere periode end bare den dag, barnet blev født, og måske endda, at man, GISP!, har den samme journal alle steder, én journal, hvilket luftkastel!

Ser man på WHO's anbefalinger, er netop begrebet kontinuitet helt centralt. Allerøverst på WHO's prioriteringsliste for omsorgs- og sundhedssektoren står: »Kontinuitet med en primær professionel omsorgsperson« – dvs. en læge, behandler, jordemoder el.lign.

At vi ikke yder denne omsorg til vores gravide – og faktisk til alle, der er patienter i Danmark – ville svare til, at vi ikke vaskede hænder under coronapandemien. Alle bliver sygere af det.

I regeringen og støttepartiernes eget forståelsespapir står der på side 9, at den nye regering vil, at »kvaliteten og forebyggelsen i sundhedsvæsenet styrkes og at forholdene for patienter, herunder vilkårene for fødende, forbedres«.

Så lad os se, hvad I er lavet af, kære politikere. Sæt handling bag ordene.

Lav fødesteder med maksimalt 4.000 fødsler om året. Lad fokus på såkaldt prænatal tilknytning, altså at man allerede knytter sig til sit barn under graviditeten, indgå som fast del i svangreomsorgen.

Der er omkring 60.000 børnefødsler om året i Danmark. Af disse vurderer man, at cirka 3.000 kvinder udvikler en efterfødselsreaktion. Lene Jørgensen beskriver i sin bog 'Efterveerne' fra 2015, at cirka 2-6 procent udvikler fødselsrelateret posttraumatisk stress. Det svarer til mellem 1.200 og 3.600 om året. Og så er der mørketallet.

At blive forældre og føde er en livsomvæltende og voldsom oplevelse. Går det galt, bærer man traumerne med sig resten af livet. Det er alvor, det her, og vi kan ikke lade, som om det bare er forældrene, der skal tage sig lidt mere sammen.

Den tid er forbi, hvor en mor skal tvinges til at ofre alt for sit barn. Det er ikke i orden at få kroniske smerter efter en fødsel, fordi der ikke var tid til at tilse bristningen ordentligt. Det er ikke i orden at blive selvmorderisk pga. en efterfødselsreaktion, fordi der ikke er ressourcer nok til at spotte og behandle sygdommen i tide. Det er ikke i orden, at der ikke er ressourcer til at behandle efterfødselsreaktionerne, selv om de opdages. Det er ikke i orden, at kvinder opfordres til at klage af dem, der skal forløse dem og deres børn, at det er de skadede, der skal føre kampen. Rallende, blødende, med et spædbarn skrigende på armen er man ikke parat til at starte en underskriftsindsamling. Det er ikke i orden, at en grundig og dybdegående fødselsforberedelse kun er for de rige. Vi har så meget fokus på børns tarv, og vi siger, at vi må støtte forældrene for børnenes skyld. Men det her handler slet ikke om børnene.

Det handler om os, der føder dem.

Den tid er forbi, hvor vores kroppe og psyker skal ofres for at bringe nye samfundsborgere til verden.