

Estimerede udgifter  
ved ændret  
tidspunkt for  
igangsættelse til uge  
41+0

Jordemoderforeningen, maj 2022

## Indhold

Estimerede udgifter ved ændret igangsættelsestidspunkt for fødsler, hos raske gravide, med lav risiko for komplikationer .....	2
Resumé .....	2
Baggrund .....	2
Forudsætninger for estimat .....	2
Kompleksiteten i at beregne de forventede merudgifter .....	3
Det nemme – men forkerte – regnestykke .....	3
Rådgivning og igangsættelse på alle landets fødeafdelinger .....	3
Behov for individuel rådgivning til at træffe et valg, der er tilpasset den enkelte gravide og partner.....	4
Besparelse i form af sparet monitorering ved svangreundersøgelser i GA 41+.....	4
Igangsættelsesprocessen.....	4
Fra indlæggelse til aktiv fødsel .....	5
Aktiv fødsel .....	5
Flere epiduralblokader .....	5
Flere kejsersnit .....	6
Indlæggelse af nyfødte på neonatalafdeling .....	6
Yderligere forhold af økonomisk betydning, der dog ikke er medtaget i analysen .....	6
Det estimerede merforbrug .....	7
Tabel 1 .....	8
Tabel 2 .....	9
Tabel 3 .....	10
Bilag 1 .....	11

## Estimerede udgifter ved ændret igangsættelsestidspunkt for fødsler, hos raske gravide, med lav risiko for komplikationer

### Resumé

Fremrykning af tidspunktet for igangsættelse af fødsler til uge 41+0 blandt gravide kvinder med lav risiko for komplikationer vil medføre et øget ressourceforbrug. Jordemoderforeningen underbygger i nærværende notat, at der vil være en lang række omkostninger, der ikke vil blive inddraget, hvis man laver den – forkerte – antagelse, at omkostningerne kan dækkes ind ved blot at beregne ud fra det øgede timeforbrug ved selve igangsættelsen og ved fødslen.

Jordemoderforeningen estimerer i nærværende notat, at et ændret igangsættelsesregime vil koste mellem 50 -70 mill. kr. og vil kræve mellem 100 – 120 ekstra årsværk.

### Baggrund

Sundhedsstyrelsen udsendte den 2. december 2021 høringsudkastet til den nationale kliniske anbefaling (NKA) for igangsættelse af fødsler blandt raske gravide kvinder, med lav risiko for komplikationer, der har nået graviditetsuge 41+0. Anbefalingen undersøger, hvorvidt man bør tilbyde igangsættelse til denne gruppe af gravide i uge 41+0. I dag er praksis på landets fødesteder, at gravide tilbydes igangsættelse i uge 41+ 3-5. Sundhedsstyrelsen lægger i udkastet op til, at man skal overveje igangsættelse fra gestationsalder 41+0 efter dialog om fordele og ulemper. Gravide, som ikke ønsker igangsættelse monitoreres med løbende tilbud om igangsættelse. Det anbefales, at fødslen sker inden gestationsalder 42+0.

En sådan ændring vil – ud over det faglige spørgsmål - få en række organisatoriske og økonomiske konsekvenser for den danske svangreomsorg.

Jordemoderforeningen har med hjælp fra sundhedsøkonomer fra Nordic Healthcare Group fået foretaget en beregning over de estimerede udgifter forbundet med en sådan ændring.

Dette notat beskriver de overvejelser, der ligger til grund for beregningerne, samt giver et estimat på både omkostninger og behov for øgede jordemoderressourcer.

### Forudsætninger for estimat

Tal fra Sundhedsdatastyrelsen (esundhed.dk) viser, at i 2018 fødte 15.730 kvinder fra uge 41+0 og frem. Af dem fødte 5.730 (36 %) efter at have fået sat fødslen i gang (medtager man også de kvinder, som fik fødslen sat i gang efter primær vandafgang uden efterfølgende veer, var tallet 6.074 (40 %).

Af de 9.656 kvinder, der ikke fødte efter igangsættelse, fødte de 170 kvinder ved et planlagt kejsersnit. Tilbage er altså 9.486 kvinder, der fødte efter spontant indsættende veer fra uge 41+0.

En del af kvinderne, der føder fra uge 41+0 og frem, vil være gået i spontan fødsel på dag 41+0, hvorfor de ikke vil skulle tilbydes igangsættelse. Jordemoderforeningens beregninger beror på, at halvdelen af de kvinder, der føder på dag 41+0 vil skulle tilbydes igangsættelse.

Jordemoderforeningens skøn er, at såfremt alle kvinder vil tage imod et tilbud om igangsættelse, vil det medføre, at op mod yderligere 7.300 kvinder skal have deres fødsel sat i gang. Det vil være forventeligt, at en mindre andel af disse kvinder ikke vil tage imod tilbuddet, der er dog ikke viden om, hvor stor en andel, dette udgør.

Sundhedsstyrelsen estimerer i udkastet til den nationale kliniske anbefaling, at kun yderligere 5.500 kvinder vil tage imod tilbuddet om igangsættelse, hvis grænsen for tilbuddet sættes ned til 41+0. Dette baseres på

et lille norsk studie, fra hvilket det uddrages, at 20 % af de deltagende kvinder ikke vil ønske igangsættelse. Det er imidlertid vanskeligt at læse dette ud af studiet. Desuden baseres estimatet på en beregning fra danske opgørelser, der først inkluderer kvinder fra uge 41+1 ud fra deisen om, at føder kvinderne på dag 41+0, vil de ikke have brug for igangsættelse.

Der er dog som tidligere nævnt kvinder, der vil blive tilbudt igangsættelse denne dag, da de ikke vil være gået spontant i fødsel.

Jordemoderforeningen præsenterer i dette notat tre estimater. Ét baseret på, at 7.300 kvinder vil tage imod tilbuddet, ét, hvor 6.600 kvinder tager imod tilbuddet, og endeligt et overslag baseret på Sundhedsstyrelsen estimat om, at 5.500 kvinder vil tage imod tilbuddet (for nærmere vedrørende beregningsgrundlag, se bilag 1). Jordemoderforeningen finder dog, at Sundhedsstyrelsens overslag vil være væsentligt underestimeret.

### Kompleksiteten i at beregne de forventede merudgifter

Det nemme – men forkerte – regnestykke

Det synes umiddelbart nærliggende at udregne de øgede udgifter ved at tage antallet af ekstra igangsættelser, gange det med den forventede øgede fødselslængde (timer), der er knyttet til at sætte en fødsel i gang, for endeligt at gange det med lønomkostningerne (pr time) for en jordemoder.

Denne regnemetode beror blandt andet på følgende antagelser:

- at der vil være ét fødested i landet, på hvilket alle igangsættelser kan varetages
- at igangsættelserne sker som perler på en snor, og alle kan varetages indenfor dagarbejdstid, i hverdagen
- at kvinderne ikke har brug for yderligere information, støtte og vejledning i opstartsfasen
- at alle kvinderne går hjem ambulans i opstartsforløbet, og derfor ikke har behov for indlægges på omkostningstunge sengeafdelinger
- at kvinderne går i fødsel efter, at igangsættelsen er opstartet på dag 1
- at man kan forudsige præcist, hvornår kvinderne føder, og at man derfor ikke behøver at have et beredskab til at håndtere det akutte
- at der ikke tilstøder komplikationer til indgrebet, som følge af, at man foretager et indgreb
- etc.

Imidlertid er der en række faktorer, der gør, at dette langt fra giver et retvisende billede, og der er brug for mere dybdegående analyser og beregninger.

### Rådgivning og igangsættelse på alle landets fødeafdelinger

Igangsættelse skal tilbydes på det fødested, som kvinden har været tilknyttet gennem sin graviditet, og som hun derved har opnået et kendskab til og føler sig tryk ved.

Det medfører, at alle fødesteder skal have et beredskab, der kan håndtere både rådgivningen til de gravide og det ekstra antal igangsættelser, der vil være knyttet til deres fødested.

Da man ikke kan forudsige det eksakte forløb for den enkelte kvinde, og dermed ikke ved, præcis hvornår hendes fødsel starter, og hvornår den slutter, vil det være nødvendigt med et beredskab med en vis merkapacitet. Denne vil være afhængig af bemanningen på det enkelte fødested, og i hvor høj grad stedets eksisterende normering kan varetage ekstra opgaver.

I den endelige beregning, som Jordemoderforeningen har fået foretaget, er der beregnet ud fra forskellige scenarier, i hvilke det antages, at fødestederne har en vis bufferkapacitet af varierende størrelse (se tabel 1-3).

Behov for individuel rådgivning til at træffe et valg, der er tilpasset den enkelte gravide og partner  
Det er en forudsætning for, at kvinden og hendes partner kan træffe det for dem personlige og bedste valg vedrørende igangsættelse, at de har modtaget fyldestgørende vejledning og støtte. Det er anbefalingen, at dette gøres ud fra et landsdækkende beslutningsstøtteværktøj, og at der er den nødvendige tid efterfølgende til, at parret kan træffe beslutningen. En sådan vejledning kan altså ikke gives i en gruppeproces og heller ikke i umiddelbar relation til en eventuel igangsættelse.

Sundhedsstyrelsen tilkendegiver i høringsudkastet til den nationale kliniske anbefaling, at kvinderne bør tilbydes information i slutningen af uge 39, hvor mere end halvdelen af de gravide endnu ikke vil have født. Informationsopgaven vil derfor medføre et overvældende ressourceforbrug samtidig med, at informationen vil være irrelevant for en stor dels vedkommende, da deres fødsel vil starte spontant inden uge 41+0.

På baggrund af samtaler med flere af landets cheffjordemødre, vil det derfor være Jordemoderforeningens anbefaling, at informationen finder sted omkring uge 40+5.

Opgørelser viser, at antallet af kvinder, der føder fra uge 40+6 og frem udgør ca. 18.000 gravide (2018-tal). Modregner man disse kvinder med de kvinder, der allerede i dag formentligt tilbydes samtale ved igangsættelse, skal yderligere godt 11.000 kvinder tilbydes en samtale i uge 40+5, hvis dette tidspunkt vælges til information.

I Jordemoderforeningens estimat indgår også, at der skal tages højde for tid til bookning af samtale og tid til bookning af det videre forløb. Det vurderes derfor, at samtalen, der typisk også yderligere vil rumme måling af værdier etc., vil vare en time. Estimatet tager ikke højde for, at en yderligere stor andel af kvinder vil booke tid til samtale, men ikke kommer til at gøre brug af den, da de vil gå i spontan fødsel forinden. Dette kræver selvsagt ekstra bufferkapacitet, der dog ikke er indbereget.

Besparelse i form af sparet monitorering ved svangreundersøgelser i GA 41+

En del fødesteder gennemfører kontrol med CTG (fosterhjerter-ve-overvågning), og ultralyd inkl. flow-måling ved 41+3 og frem. Det tilbydes dog ikke på alle fødesteder. Vi estimerer, at 2/3 af alle gravide i dag får dette tilbud ved uge 41+3. Ved en antagelse af, at 9.000 kvinder yderligere sættes i gang, vil der eksempelvis være 6.000 færre undersøgelser af denne karakter.

Igangsættelsesprocessen

På dag 1 for igangsættelse (en igangsættelse kan forløbe over flere dage), skal der foretages undersøgelser, der vurderer, hvilken metode, der vil være mest velegnet til igangsættelse for den enkelte kvinde. Samtidig skal fosterets og moderens tilstand også overvåges. Dertil skal kvinden informeres om det videre forventede forløb, og der skal indhentes informeret samtykke. Ofte er der tillige behov for en mere støttende samtale.

En stor andel af kvinderne går hjem med medicin til at sætte fødslen i gang, som de selv skal tage efter anvisning fra hospitalet. Da der anvendes et potent medikament, er det vigtigt, at kvinden tager medicinen under de rigtige forudsætninger, hvilket erfaringsmæssigt afføder en del telefoniske kontakter med jordemoderen. Al kontakt kræver journalføring. Det estimeres, at den samlede kontakt pr igangsættelsesbesøg varer ca. en time, inklusiv efterfølgende telefonkonsultationer.

Opgørelser fra et dansk fødested viser, at omkring halvdelen af de igangsatte føder indenfor det første døgn, 25 % indenfor det andet døgn, mens de resterende 25 % bruger tre eller flere døgn på at føde. Dette skal også inddrages i estimatet.

Tidsforbruget baseres derfor på:

- 100 % af kvinderne modtager undersøgelse dag 1
- 50 % modtager desuden undersøgelse dag 2
- 25 % modtager desuden undersøgelse dag 3 (let overestimeret for at kompensere for de kvinder, der føder senere)

I dette estimat er ikke medregnet, at opgørelser viser, at ca. halvdelen af kvinderne kommer ind til en ambulant vurdering i løbet af aftenen eller natten på igangsættelsesdagen – uden at være så langt i proces, at de anbefales indlæggelse.

Der er ligeledes ikke indberegnet, at en del kvinder af forskellige årsager ikke kan sendes hjem ambulant i opstartsfasen.

Der er således formentligt tale om en betydelig underestimering af omkostningerne.

#### Fra indlæggelse til aktiv fødsel

Da man netop anvender et potent medikament, tilstræber man at kvinderne – når de begynder et få veer – indlægges til observation og videre forløb. Kvinderne er ofte i denne opstartsfasen i længere tid, end de kvinder, der går spontant i fødsel, ligesom de også vurderes hyppigere at have brug for smertelindring i denne fase. Da de samtidig netop kommer tidligere ind, vil de kræve længere tid på hospitalet og dermed mere kontakt til jordemoderen.

En del kvinder har som tidligere anført meget lange opstartsforløb (strækkende sig over mange dage) og kræver yderligere tæt opfølgning.

Det estimeres, at jordemoderforbruget ved denne del af igangsættelsesprocessen udgør fire mertimer pr forløb (i forhold til den spontant startende fødsel).

Det skal dog tilføjes, at dette estimat har været vanskeligt at tidssætte, og med fordel vil kunne kvalificeres yderligere.

#### Aktiv fødsel

Opgørelser fra et dansk hospital over en fireårig periode viser, at kvinder, der sættes i gang fra uge 41+0 gennemsnitligt er 2,5 timer længere tid i aktiv fødsel (med behov for en jordemoder kontinuerligt tilstede) sammenlignet med kvinder, der går i spontan fødsel fra uge 41+0. Dette estimat er stort set ens for første- og flergangsfødende.

#### Flere epiduralblokeer

I de randomiserede internationale studier, der har undersøgt effekten af igangsættelse ved uge 41+0 vs. uge 42+0, finder man et let øget forbrug af epiduralblokeer som smertelindring under fødslen. Imidlertid er der stor forskel på praksis i forhold til forbrug af epiduralblokeer imellem de forskellige lande.

De kliniske opgørelser fra danske fødesteder finder et betydeligt højere forbrug af epiduralblokeer blandt de kvinder, der sættes i gang fra uge 41+0<sup>1</sup> sammenlignet med de kvinder, der går spontant i fødsel. Opgørelsen viser, at forskellen udgør 200 ekstra epiduralblokeer pr 1000 igangsættelser.

Vi har i vores analyse derfor valgt at medregne en øget udgift til epiduralblokeer, men tabel 1 -3 præsenterer data således, at estimatet for ekstra udgifter til epiduralblokeer let kan udelades.

---

<sup>1</sup> Opgørelsen baseres på udtræk på kvinder, der er blevet sat i gang primært på diagnosen gestationsalder.

### Flere kejsersnit

I det svenske SWEPIs-studie (Wennerholm et al, 2019)<sup>2</sup> finder man ikke, at andelen af kvinder, der bliver forløst med kejsersnit, er højere i gruppen af igangsatte kvinder.

Dansk klinisk praksis viser derimod, at andelen af kvinder, der sættes i gang efter uge 41+0 med gestationsalder som den primære indikation, er højere end andelen af kvinder, der går spontant i fødsel efter uge 41+0 (21 % vs. 13,5 %).

I Sverige har man i visse regioner allerede indført tilbuddet om igangsættelse i uge 41+0. I disse regioner har man observeret, at andelen af kejsersnit er steget fra ca. 19 % til 23 % (her skal man være opmærksom på, at det er den overordnede frekvens - man skeler altså ikke til graviditetslængden),

<https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2021/04/Remissvar-NAG-210414-Svenska-Barnmorskeforbundet-1.pdf>.

Vi har i vores analyse derfor valgt at medregne en øget udgift til kejsersnit, men tabel 1-3 præsenterer data således, at estimatet for ekstra udgifter til kejsersnit let kan udelades.

### Indlæggelse af nyfødte på neonatalafdeling

En bedring i fødselsudkommet efter igangsættelse vil potentielt også kunne føre til en besparelse i antallet af indlæggelser på neonatalafdelingen.

I SWEPIs-studiet finder man, at signifikant færre børn indlægges blandt gruppen af igangsatte. Men det pointeres samtidig, at hvis nyfødte med en 'major birth defect' blev ekskluderet, var der ikke længere en signifikant forskel.

I det hollandske INDEX-studie<sup>3</sup> (Keulen et al, 2019) finder man heller ikke en signifikant forskel i antallet af indlæggelser på neonatalafdeling.

Derfor har vi ikke iberegnet en potentiel besparelse på dette felt.

### Yderligere forhold af økonomisk betydning, der dog ikke er medtaget i analysen

- Økonomi til etablering af nødvendige lokaler
- Lægemedelforbrug/utensilieforbrug ved igangsættelsen
- Lægefaglige vurdering ved komplikationer
- Ekstra udgifter forbundet med øget ve-stimulerende drop og cup-forløsnings er ikke indregnet (vestimulerende drop vil formentligt ikke koste så meget mere, idet medikamentet er forholdsvis billigt<sup>4</sup>, og tid er allerede iberegnet tilstedeværelse på fødestuen)
- Erfaringen fra en række fødesteder i Danmark viser, at kvinder med igangsatte fødsler i højere grad føder om natten, sammenlignet med kvinder, der går spontant i fødsel. Flere igangsættelser vil derfor kræve ekstra jordemoderressourcer til nattevagten. Jordemoderforeningens analyse bygger på, at kvinderne føder konsekutivt, hvorfor merudgiften til oprettelse af et tilstrækkeligt nattevagtsberedskab ikke er medregnet.

---

<sup>2</sup> Wennerholm U-B, Saltvedt S, Wessberg A, Alkmark M, Bergh C, Wendel SB, et al. : Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEdish Post-term Induction Study, SWEPIs): multicentre, open label, randomised, superiority trial. BMJ (Clinical research ed.) 2019;367 l6131

<sup>3</sup> Keulen JK, Bruinsma A, Kortekaas JC, van Dillen J, Bossuyt PM, Oudijk MA, et al. : Induction of labour at 41 weeks versus expectant management until 42 weeks (INDEX): multicentre, randomised non-inferiority trial. BMJ (Clinical research ed.) 2019;364 l344

<sup>4</sup> Dagspris den 10. januar anføres at være kr. 63,89 pr enhed: <https://pro.medicin.dk/Medicin/Praeparater/397>

- Af de igangsatte, der får epiduralblokade, vil 20 % få feber under fødslen alene som en bivirkning til epiduralblokaden. Af sikkerhedsmæssige årsager mistænker man infektion som årsag til feber, hvilket medfører længere tids indlæggelse efter fødslen af både mor og barn.
- ...

### Det estimerede merforbrug

Baseret på ovennævnte faktorer har Jordemoderforeningen fået udarbejdet en økonomisk analyse, der tager højde for en lang række af de parametre, der er nævnt. Der er analyseret ud fra tre scenarier, ét, hvor 7.300 kvinder forventes at tage imod tilbuddet, ét hvor 6.600 kvinder tager imod tilbuddet, og endeligt ét, der baseres på SST estimat, hvor 5.500 kvinder forventes at tage mod tilbuddet (vi mener dog, at dette er stærkt underestimeret), se tabel 1-3. Af bilag 1 fremgår beregningsforudsætningerne for estimaterne.

Analyserne baseres også på forskellige situationer afhængig af, i hvor høj grad det forventes, at fødestederne på forhånd har bufferkapacitet til at kunne klare et ekstra antal fødsler.

Jordemoderforeningen har ud fra analyserne valgt at basere vurderingen af behovet for ekstra ressourcer ud fra en betragtning om ikke at anvende yderpunkterne i estimatet, således at der hverken estimeres meget lavt eller meget højt.

**Det estimeres derfor, at de samlede ekstra udgifter vil beløbe sig til 50-70 millioner kroner, og at det vil kræve yderligere 100 – 120 ekstra jordemoderårsværk**

Jordemoderforeningen har med dette estimat forsøgt at belyse de omkostninger og det ekstra behov for jordemødre, der vil være forbundet med at ændre anbefalingen for igangsættelse af fødslen til uge 41+0.

i 2015 foreslog administrationen til Region Hovedstaden, at der af de på daværende tilførte midler til svangreomsorgen i Region Hovedstaden blev anvendt 13 millioner kroner ekstra alene som følge af de øgede udgifter, der var forbundet med igangsættelse efter det ændrede regime i 2011<sup>5</sup>.

På daværende tidspunkt havde man på landsplan øget antallet af igangsættelser med 1.400.

Det forventes, at antallet af igangsættelser vil øges markant mere, hvis anbefalingen bliver, at kvinder skal tilbydes igangsættelse fra uge 41+0. Dokumentet fra Region Hovedstaden underbygger derfor, at Jordemoderforeningens estimat langt fra er overvurderet.

---

<sup>5</sup> Region Hovedstaden. Afsluttende beretning for regnskabsåret 2014, bilag 1



Tabel 1

## Merudgifter ved 7.300 ekstra igangsatte fødsler

Klik for at tilføje tekst

Antal ekstra igangsatte fødsler = 7300	Beregnet uden at tage hensyn til vagtlag og aktivitet pr sygehus	----- Hvis der tages højde for vagter på fødesteder -----						
		Der udløses ekstra bemanning på alle sygehuse - mindst ét vagtlag	Der udløses ekstra bemanning ved over 4,5 times ekstra arbejde i døgnet	Der udløses ekstra bemanning ved over 6 times ekstra arbejde i døgnet	Der udløses ekstra bemanning ved over 7,5 times ekstra arbejde i døgnet	Der udløses ekstra bemanning ved over 9 times ekstra arbejde i døgnet		
Timer pr år	68.175	68.175	68.175	68.175	68.175	68.175	68.175	Antal timer/år
Timer /døgnet	186,8	186,8	186,8	186,8	186,8	186,8	186,8	Antal timer/døgnet
Omregnet til vagter a 8 timer	23,3	69,0	48,0	39,0	30,0	24,0	24,0	Antal vagter a 8 timer
Omregnet til antal 3-holds skift	7,8	23	16	13	10	8	8	Antal 3-holds skift
<b>Omregnet til fuldtidsstillinger</b>	<b>58</b>	<b>171</b>	<b>119</b>	<b>97</b>	<b>74</b>	<b>60</b>	<b>60</b>	<b>Antal ekstra ansatte</b>
Udgift til løn/vagtlag	24,6	72,8	50,6	41,2	31,7	25,3	25,3	Mio.kr.
Personale og driftsudgifter v. ansættelser	3,7	10,9	7,6	6,2	4,7	3,8	3,8	Mio.kr.
Større risiko for kejsersnit	7,8	7,8	7,8	7,8	7,8	7,8	7,8	Mio.kr.
Udgift til flere utensilier og epiduralbehandlinger	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	Mio.kr.
<b>Total udgifter</b>	<b>38,9</b>	<b>94,2</b>	<b>68,8</b>	<b>57,8</b>	<b>46,9</b>	<b>39,6</b>	<b>39,6</b>	<b>Mio.kr.</b>
Hvor mange fødeafdelinger får ekstra vagtlag		23	16	13	10	8		
Hvor mange fødeafdelinger skal løse opgaven uden ekstra bevilling		0	7	10	13	15		

Tabel 2

## Merudgifter ved 6.600 ekstra igangsatte fødsler



Antal ekstra igangsatte fødsler = 6600	Beregnet uden at tage hensyn til vagtlag og aktivitet pr sygehus	-----Hvis der tages højde for vagter på fødesteder -----						
		Der udløses ekstra bemanning på alle sygehuse - mindst ét vagtlag	Der udløses ekstra bemanning ved over 4,5 times ekstra arbejde i døgnet	Der udløses ekstra bemanning ved over 6 times ekstra arbejde i døgnet	Der udløses ekstra bemanning ved over 7,5 times ekstra arbejde i døgnet	Der udløses ekstra bemanning ved over 9 times ekstra arbejde i døgnet		
Timer pr år	62.750	62.750	62.750	62.750	62.750	62.750	62.750	Antal timer/år
Timer /døgnet	171,9	171,9	171,9	171,9	171,9	171,9	171,9	Antal timer/døgnet
Omregnet til vagter a 8 timer	21,5	69,0	48,0	39,0	27,0	24,0	24,0	Antal vagter a 8 timer
Omregnet til antal 3 -holds skift	7,2	23	16	13	9	8	8	Antal 3-holds skift
<b>Omregnet til fuldtidsstillinger</b>	<b>53</b>	<b>171</b>	<b>119</b>	<b>97</b>	<b>67</b>	<b>60</b>	<b>60</b>	<b>Antal ekstra ansatte</b>
Udgift til løn/vagtlag	22,7	72,8	50,6	41,2	28,5	25,3	25,3	Mio.kr.
Personale og driftsudgifter v. ansættelser	3,4	10,9	7,6	6,2	4,3	3,8	3,8	Mio.kr.
Større risiko for kejsersnit	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	Mio.kr.
Udgift til flere utensilier og epiduralbehandlinger	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	Mio.kr.
<b>Total udgifter</b>	<b>35,6</b>	<b>93,2</b>	<b>67,8</b>	<b>56,8</b>	<b>42,3</b>	<b>38,6</b>	<b>38,6</b>	<b>Mio.kr.</b>
Hvor mange fødeafdelinger får ekstra vagtlag		23	16	13	9	8		
Hvor mange fødeafdelinger skal løse opgaven uden ekstra bevilling		0	7	10	14	15		

Tabel 3



## Merudgifter ved 5.500 ekstra igangsatte fødsler

Antal ekstra igangsatte fødsler = 5500	Beregnet uden at tage hensyn til vagtlag og aktivitet pr sygehus	-----Hvis der tages højde for vagter på fødesteder-----					Antal timer/år	
		Der udløses ekstra bemanning på alle sygehuse - mindst ét vagtlag	Der udløses ekstra bemanning ved over 4,5 times ekstra arbejde i døgnet	Der udløses ekstra bemanning ved over 6 times ekstra arbejde i døgnet	Der udløses først ekstra bemanning ved over 7,5 times ekstra arbejde i døgnet	Der udløses ekstra bemanning ved over 9 times ekstra arbejde i døgnet		Antal timer/døgnet
Timer pr år	54.225	54.225	54.225	54.225	54.225	54.225	54.225	Antal timer/år
Timer /døgnet	148,6	148,6	148,6	148,6	148,6	148,6	148,6	Antal timer/døgnet
Omregnet til vagter a 8 timer	18,6	69,0	39,0	27,0	24,0	18,0	18,0	Antal vagter a 8 timer
Omregnet til antal 3 -holds skift	6,2	23	13	9	8	6	6	Antal 3-holds skift
<b>Omregnet til fuldtidsstillinger</b>	<b>46</b>	<b>171</b>	<b>97</b>	<b>67</b>	<b>60</b>	<b>45</b>	<b>45</b>	<b>Antal ekstra ansatte</b>
Udgift til løn/vagtlag	19,6	72,8	41,2	28,5	25,3	19,0	19,0	Mio.kr.
Personale og driftsudgifter v. ansættelser	2,9	10,9	6,2	4,3	3,8	2,8	2,8	Mio.kr.
Større risiko for kejsersnit	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9	Mio.kr.
Udgift til flere utensilier og epiduralbehandlinger	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	Mio.kr.
<b>Total udgifter</b>	<b>30,5</b>	<b>91,7</b>	<b>55,3</b>	<b>40,7</b>	<b>37,0</b>	<b>29,8</b>	<b>29,8</b>	<b>Mio.kr.</b>
Hvor mange fødeafdelinger får ekstra vagtlag		23	13	9	8	6		
Hvor mange fødeafdelinger skal løse opgaven uden ekstra bevilling		0	10	14	15	17		

## Bilag 1

## Beregningsforudsætninger



Forudsætninger for antal flere igangsatte fødsler	Antal fødende
<b>Antal flere der skal have informationsmøde</b>	<b>11.600</b>
Beregnet som: Forskel mellem antal 40.5 midt på dagen: Og antal der har informationsmøde i dag:	19.600 8.000
<b>Antal flere igangsat JMF forventning (afrundet til hele 100)</b>	<b>7.300</b>
Beregnet som: Forskel fra antal 41.0 midt på dagen: Igangsatte i dag (opregnet til 62.000 fødende):	13.500 6.215
<b>Antal flere igangsat hvis 10% vælger tilbud fra (afrundet til hele 100)</b>	<b>6.600</b>
Beregnet som: Antal flere igangsat JMF forventning: Andel der forventes at tage imod tilbud:	7.300 90%
<b>Antal flere igangsat- Sundhedsstyrelsens beregning</b>	<b>5.500</b>
Forudsat at 20% vælger tilbud fra og baseret på lavere ant fødster.	

Øvrige beregningsforudsætninger	
Antal fødsler årligt	62.000 fødsler
Informationsmøde inkl. booking, journaloptag mv.	1,0 time
Faktisk igangsættelse, vaginal undersøgelse mv.	1,0 time
Forudsat ekstra undersøgelse #1	50% Forudsat. ekstra undersøgelse mv. 1 time
Forudsat ekstra undersøgelse #2	25% Forudsat ekstra undersøgelse mv. 1 time
Tid afsat til længere fødselsforløb efter at fødsel er gået i gang for alle igangsatte	2,5 time
Tid afsat til højere grad af overvågning før fødsel er gået i gang	4 timer
Besparelse på behov for monitorering ved svangreundersøgelser i GA i 41+	-0,5 time
Ekstra udgifter til utensilier	100 kr. pr igangsættelse
Ekstra udgifter til epiduralblokeer, medicin mv.	1 ud af 5 af de igangsatte har ekstra udgifter til medicin på 1.330 kr.
Større andel af kejsersnit	Ekstra kejsersnit svarende til 10% af de igangsatte gravide kvinder.
Lønudgift pr jordemoder	425.486 kr./år
Udgifter til personaleudgifter, kontorhold, nøglebrikker, tøj, vask mv.	10% af lønsum
Marginaludgifter til ekstra ansatte på sygehus	5% af lønsum