

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 1+-12  
1216 København K  
Att: [sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk)

København, den 5. august 2024

## Jordemoderforeningens høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering

Jordemoderforeningen vil gerne takke for muligheden for at give et uddybende høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering.

Kommissionens arbejde tager afsæt i en række udfordringer, som allerede i dag præger det danske sundhedsvæsen, men som forventes at forstærkes markant i de kommende mange år. Jordemoderforeningen deler vurderingen af disse udfordringer.

Sundhedsstrukturkommissionen har udarbejdet seks anbefalinger, som kan implementeres på tværs af tre forskellige forvaltningsmodeller. Vi vil i vores høringssvar ikke berøre de tre forvaltningsmodeller, men alene forholde os til de anbefalinger, der foreslås, uafhængigt af hvilken forvaltningsmodel, man vælger.

Vores høringssvar består af en række kommentarer til afrapporteringen, samt et mere uddybende bilag, hvori vi præciserer vores forslag til at medinddrage opgaveløsningen i svangreomsorgen i den kommende reform og udnytte jordemødres kompetencer bredere - forslag, der alle understøtter sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger om kvalitet i opgaveløsningen, nærhed og understøttelse af sundhedsydelser på laveste effektive omkostningsniveau.

Jordemoderforeningen mener at fremtidens sundhedsvæsen bør indebære

1. mindre fødesteder, fødeklionikker i hele landet samt øget fokus på hjemmefødsler.
2. første graviditetskonsultation og 8 ugers undersøgelsen bliver varetaget af jordemødre for aflastning af det almen medicinske område og for at sikre kontinuitet og ens behandling.
3. øge anvendelsen af jordemødre i den almenmedicinske praksis, da jordemødre blandt andet er uddannet til at varetage opgaver indenfor det gynækologiske speciale og fertilitetsområdet.
4. oprettelse af ungdomsmøttagelser i hele landet med henblik på at styrke den forebyggende indsats målrettet unges fertilitet, abort og prævention med henblik på at sikre et ensartet tilbud på tværs af landet og aflaste den almenmedicinske praksis.
5. sammenhængende barselstilbud med fokus på kvinden, barnet og den nye familie herunder tilbud om besøg i hjemmet af en jordemoder indenfor 24 timer efter fødslen, samt en hot-line til hjælp til opstart af amning indenfor de første 14 dage.
6. oprettelse af enheder for reproduktiv sundhed, med henblik på at sikre lige adgang til ensartet hjælp og vejledning i forbindelse med reproduktion, fertilitet, prævention og overgangsalder.

## Baggrund: Svangreomsorgen og jordemødres kompetencer i det større sundhedsperspektiv

Det første møde med det danske sundhedsvæsen foregår allerede i fostertilværelsen. Her er ambitionen, at den kommende familie bliver tilbudt en svangreomsorg, der sikrer bedst mulig sundhed for mor og barn, styrker familiedannelsen, og at familien bliver grebet, hvis noget ikke er, som det skal være. Familierne skal have støtte og rådgivning om tilværelsen som gravid, om fødslen og den allerførste tid som ny familie. Derfor berører måden, vi organiserer svangreomsorgen på i Danmark stort set alle danske familier, påvirker resten af det enkelte menneskes liv, og får derved betydning for det øvrige sundhedsvæsen.

Udviklingen indenfor sundhedsvæsenet igennem de seneste årtier har medført en centralisering og specialisering, som på mange måder har effektiviseret og højnet kvaliteten i behandlingen. Indenfor svangreomsorgen er den ønskede effektivisering dog lang hen ad vejen udeblevet, fordi en fødsel hverken kan planlægges eller fremskyndes. I stedet er en stor andel fødsler blevet unødigt medikaliseret og underlagt en risikotækning.

Der er således god grund til at sikre en differentieret og målrettet indsats i svangreomsorgen. En indsats vi i høj grad ser harmonere med flere af Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger.

For at kunne styrke den differentierede indsats er det vigtigt at indtænke, at jordemødre er uddannet bredt indenfor den reproduktive sundhed:

- Til at yde rådgivning om seksuel sundhed, også for de unge, der endnu ikke tænker i at stifte familie
- Til at tage vare om sårbare kvinder og deres familier
- Til at varetage kvinders sundhed igennem graviditeten, fødslen og barslen, og sikre fosteret og det nyfødte barn de bedst mulige betingelser
- Til at styrke sundheden for hele familien igennem familiedannelsesprocessen

Det kræver kompetencer, som ud over at adressere svangreomsorgen som kerneværdi, også fordrer specialiseret viden indenfor fysiologi og sygdomslære, gynækologi, fertilitet, neonatologi, psykologi og psykiatri mv.

Jordemoderforeningen ser derfor, at jordemødre kan bidrage bredt i at sikre fremtidens sundhedsindsats - og sundhedsvæsen, både igennem en mere fleksibel og helhedsorienteret svangreomsorg, der i højere grad tager udgangspunkt i den enkelte kvinde og hendes families behov, men også i forhold til at udnytte jordemødrenes kompetencer langt bredere.

## Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering – selve rapporten

### **B. Et borgernært sundhedsvæsen**

Sundhedsstrukturkommissionen peger på, at langt flere opgaver i fremtiden skal varetages tættere på borgeren. Det mener vi bør betyde, at det, der ikke kræver en specialafdelingskompetence, derfor bør udbydes nær borgerne.

Jordemoderforeningen vil gerne opfordre til, at man i langt højere grad udnytter det potentiale, der er i at understøtte det borgernære sundhedsvæsen gennem indsatsen i svangreomsorgen og ved at understøtte sundheden indenfor hele det reproduktive område.

#### **B.1 Fødeklinikker**

Med afsæt i ovenstående anbefaler Jordemoderforeningen, at man ser nærmere på organiseringen af fødeområdet, der i høj grad er kendetegnet ved netop høj volumen og lav kompleksitet. Forskning peget på, at forventede ukomplicerede fødsler har langt højere sandsynlighed for at forblive ukomplicerede, hvis de starter udenfor specialafdelingerne.

Derfor bør man i højere grad rykke så mange fødsler som muligt tættere på borgerne. Dette kan gøres ved, at man opdeler de store fødesteder i mindre enheder med mindre ledelsesspænd, samtidig med, at man i højere grad placerer de ukomplicerede fødsler helt uden for specialafdelingerne, ved at etablere jordemoderledede fødeklinikker i hele landet. Samt ved at øge fokus på de allerede eksisterende muligheder for hjemmefødsler, så flere borgere vælger dette til.

Denne struktur giver mulighed for at højne den oplevede kvalitet for mange fødende, da den i højere grad understøtter, at de ukomplicerede fødsler forbliver ukomplicerede. Samtidig vil den frigøre plads og ressourcer på specialafdelingerne, der derved også vil kunne højne kvaliteten for de komplicerede fødsler i deres varetægt.

Ved at etablere flere fødeklinikker i hele landet vil det være muligt at flytte de ukomplicerede fødsler væk fra specialafdelingerne. En fødeklinik er et alternativ til at føde på en specialafdeling for kvinder med en forventet ukompliceret fødsel. Fødeklinikken kan med sin mindre størrelse skabe trygge og hjemlige rammer, herunder ro, nærvær og et større afsæt i den fødendes behov og ønsker.

For mere uddybende og flere fordele ved etablering af fødeklinikker, se bilag 1.

#### **B. 2 Flyt ansvaret for første graviditetskonsultation og 8 ugers undersøgelsen til jordemødrene**

I mange år har manglen på almen praktiserende læger både i de store byer og yderområderne medført skævhed i sundhedsvæsenet, lange ventetider og i nogle tilfælde lange transporttider.

Med afsæt i ønsket om at sikre et sundhedsvæsen af høj og ensartet kvalitet, anbefaler Jordemoderforeningen, at ansvaret for 1. graviditetsundersøgelse samt 8 ugers undersøgelsen efter fødslen flyttes til jordemødrene som aflastning af den pressede almene praksis. Jordemødrene er uddannet i at tage sig af hele det reproduktive område fra fertilitet og graviditet til fødsel og barsel. I dag er der meget stor forskel på, hvordan den gravide bliver mødt af sundhedsvæsenet til den første graviditetskonsultation. I nogle almene praksisser har man ansat jordemødre, andre steder sygeplejersker og nogle steder er det den praktiserende læge, der varetager konsultationen. En del af den første graviditetskonsultation er visitation af den gravide til et specifikt forløb, afhængig af, hvor meget støtte, rådgivning og hjælp den gravide vurderes at skulle have. Her vil jordemødrene kunne sikre en høj kvalitet og en korrekt visitation, da de er uddannet til at vurdere den enkelte gravide og hvilke behov, der kan forventes at komme. Ligesom der vil skabes en større ensartethed både på tværs af de første konsultationer, men også i det samlede svangreforløb, hvor den praktiserende læge i dag spiller en begrænset rolle.

Udfordringen er grundlæggende den samme, når det kommer til den sidste konsultation ifm. graviditeten, nemlig undersøgelsen 8 uger efter fødslen. Her er oplevelsen også vidt forskellig alt afhængig af, hvilken praktiserende læge, man er tilknyttet. Jordemødrene har en høj faglig forudsætning for at forholde sig til hele kvindens helingsforløb både fysisk og mentalt. 8 ugers undersøgelsen vil derved blive et stærkt og mere dækkende tilbud, der sikrer, at den fødende både får vejledning til eventuelle fortsatte fysiske problemstillinger, samt får mulighed for at tale fødsels- og ammeforløbet igennem. Som en del af 8 ugers undersøgelsen drøftes i dag kvindens muligheder for prævention. Det vil derfor kræve en mindre udvidelse af jordemødrenes forbeholdte virksomhedsområde, så de i denne forbindelse får mulighed for at udskrive prævention.

Hvis konsultationerne blev varetaget af jordemødre, kunne de i praksis både varetages i lægehuse, hvor der er en jordemoder tilknyttet, på fødeklinikkerne, samt på regionernes fødeafdelinger – afhængig af den fødendes præferencer eller hvad der giver bedst mening ud fra lokale forhold. Dette vil, udover at sikre en ensartet, høj kvalitet af konsultationerne, også give en øget fleksibilitet hos den enkelte til at vælge det, der findes bedst, nærmest og/eller lettest tilgængeligt.

### **C. Styrk det almenmedicinske område ved at bruge jordemødres kompetencer bredt**

Strukturkommissionens anbefaling 1 adresserer behovet for en betydelig kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske område. Området er allerede i dag et nøgleområde, men vil i fremtidens sundhedsvæsen have en endnu mere central placering. I Jordemoderforeningen opfordrer vi til, at dette potentiale udnyttes i bredeste forstand.

En betydelig andel af jordemødrene arbejder allerede i dag i almen lægepraksis og hos specialpraktiserende læger. Her varetager de opgaver, der er relateret til svangreomsorgen, men de varetager også funktioner, som udnytter deres kompetencer bredere, fx indenfor både det gynækologiske speciale og indenfor fertilitetsområdet. Jordemødre er tillige stærke i at

varetage fx sundhedsfremmende indsatser overfor den enkelte borger på et mere alment plan. Det understreger bredden i de jobfunktioner, som jordemødrene allerede bestrider, og kunne bestride i langt højere grad.

Rapporten peger samtidigt på et andet vigtigt aspekt, nemlig behovet for at sikre en større bredde i opgaveløsningen. Det kræver en tværfaglig indsats. Men for at det kan lykkes, kræver det også en stor fleksibilitet og samtidig selvstændighed i opgavevaretagelsen.

Vi vil derfor opfordre til, at man ser nysgerrigt på nye konstruktioner, hvor fagligheden bruges bredere, kompetencer udnyttes fuldt ud, og hvor jordemødre kan agere mere selvstændigt, uden at skulle trække unødigt på lægerressourcer.

#### **D. Styrk og dyrk tilbuddet om Ungdomsmodtagelser**

Borgernær sundhed er et gennemgående tema i kommissionens arbejde. Men der fokuseres i høj grad på borgernær behandling, og begrænset på forebyggelse. Jordemødrene har en række kompetencer, som vi mener bør sættes i spil med henblik på at forebygge mange sundhedsrelaterede problematikker.

I dag ligger en lang række rådgivnings- og oplysningsopgaver indenfor fertilitet, abort og prævention forskellige steder i kommunalt og regionalt regi. Det betyder, at der er stor forskel på adgangen til hjælp, og oplevelserne kan være vidt forskellige.

Sundhedsstrukturkommissionen peger på, at borgerne skal have adgang til et ensartet tilbud, tillige at der gives mest mulighed sundhed for de tilgængelige ressourcer.

Med afsæt i dette anbefaler Jordemoderforeningen, at der oprettes Ungdomsmodtagelser i alle landets kommuner. Ungdomsmodtagelserne skal generelt være optaget af mental sundhed og trivsel blandt unge. Her spiller seksuel sundhed en afgørende rolle, da mange elementer af de unges liv berører deres fysiske, følelsesmæssige, mentale og sociale trivsel relateret til seksualitet.

Det skal være muligt for de unge at komme ind ad døren uden en tid eller henvisning og få en samtale med en jordemoder samt andet social- og sundhedsfagligt personale. Et lavtærskeltilbud som ungdomsmodtagelser kan med få ressourcer løfte en lang række opgaver tæt på borgerne:

- Ungdomsmodtagelser kan tilbyde rådgivning og oplysning, kliniske undersøgelser, undervisning og oplysningsarbejde, samt gratis prævention.
- Ungdomsmodtagelserne skal have et særligt fokus på sårbare unge, der kan have svært ved at finde hjælp i hjemmet eller andre steder i systemet. Det er særligt denne gruppe, der er i risiko for at blive uønsket gravide og skulle igennem en abort eller tvangsfjernelse.

- Ungdomsmodtagelser kan styrke sundheden blandt de unge, fx gennem tidlige opsporing af endometriose hos unge kvinder - en meget overset, men potentielt stærkt belastende sygdom hos kvinder. Tidlig opsporing og korrekt behandling kan potentielt forhindre sygdommen i at udvikle sig og således give mulighed for at hjælpe kvinder til et liv med færre smerter.
- Opsporing af kønssygdomme udgør et centralt element i Ungdomsmodtagelserne. Antallet af klamydiainfektioner har været markant stigende gennem de senere år<sup>1</sup>, men med netop fokus på opsporing finder man flere tilfælde af klamydiainfektion i Ungdomsmodtagelserne, og det giver mulighed for rettidig behandling. Da en udiagnosticeret klamydiainfektion kan medføre infertilitet hos kvinden, kan indsatsen i Ungdomsmodtagelserne være med til at styrke den forebyggende indsats overfor infertilitet.
- Der er i dag store kønsmæssige forskelle på diagnosticering af ADHD i børne- og ungdomsårene. Unge kvinder er stærkt underrepræsenterede i statistikken, selvom man vurderer, at næsten lige så mange kvinder som mænd lever med ADHD<sup>2</sup>. Da kvinder med ADHD er mere følsomme for hormonelle forandringer, giver kombinationen af fokus på prævention og psykisk trivsel et stærkt potentiale for tidlig opsporing og dermed effektiv støtte og evt. behandling<sup>3</sup>.

Folketingets partier har udmøntet en pulje til etablering af to ungeenheder i perioden 2022-2024. I Halsnæs har der siden 2013 været en ungdomsmodtagelse. I kommunen har man efter etableringen set en reduktion af antallet af uønskede graviditeter og aborter med 30 %. Det forventes derfor, at denne fremskudte forebyggelsesindsats vil have positiv indvirkning på unges trivsel, men også på kommunernes og regionernes økonomi. Det skyldes blandt andet at tvangsfjernelser og aborter forventes at falde, ligesom nogle unge vil blive grebet inden de får større psykiske udfordringer.

Det er med afsæt i dette, at Jordemoderforeningen anbefaler, at Ungdomsmodtagelserne rulles ud i alle landets kommuner med henblik på at sikre et lavtærskelstilbud med bredt fokus på seksuel sundhed og trivsel til alle unge i landet. Samtidig med dette, vil det aflaste det hård pressede almenmedicinske område.

### **E: Styrk sammenhængen i borgernes forløb**

Svangreomsorgen er et centralt eksempel på sundhedstilbud, som involverer et bredt samarbejde mellem sektorer: Kvinden starter initialt i graviditeten hos den praktiserende læge - eller dennes praksispersonale - som henviser videre til hospitals- eller hjemmefødselsregi. Efter fødslen henvises kvinden og familien til tilbud i kommunalt regi, samtidig med, at en del af efterfødselsforløbet fortsat varetages i regionalt regi.

---

<sup>1</sup> <https://www.ssi.dk/sygdomme-beredskab-og-forskning/sygdomsleksikon/k/klamydia>

<sup>2</sup> <https://psykiatrifonden.dk/viden/temaer/kvinder-adhd/oversete-kvinder>

<sup>3</sup> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35461165/>

Sådan er det for alle familier. Enkelte kvinder har dog brug for, at samarbejdet er ekstra stærkt imellem sektorerne. Måske fordi de har en ekstra sårbarhed, lider af en psykisk sygdom eller har et forbrug af afhængighedsskabende rusmidler.

Jordemødrene er vant til at indgå i et stærkt samarbejde på tværs af sektorerne, og denne erfaring er væsentlig at medtage netop i et sundhedsvæsen, der skal knyttes tættere på borgeren og i væsentlig grad flyttes ud i det almenmedicinske tilbud.

De fleste familier tænker ikke over, at deres forløb varetages i flere forskellige sektorer, da der er etableret et stærkt vejnet mellem sektorerne. Og sådan skal det være.

Alligevel ser vi i dag, at de seneste mange års besparelser på svangreomsorgen synes at have medført bekymrende sundhedsmæssige tilbagefald. Fx ser vi, at antallet af kvinder, der ammer fuldt efter 2 uger, har været faldende gennem den seneste 10 år (fra 91 % til knapt 86 %)⁴, selvom ønsket om at kunne amme sit barn forventeligt stadig er lige stort.

Med afsæt i netop ønsket om at sikre borgerne sammenhængende forløb og let adgang til relevante sundhedstilbud, anbefaler Jordemoderforeningen at etablere et stærkt og sammenhængende barselstilbud med fokus på kvinden, barnet og den nye familie.

Barselstilbuddet skal være forankret i kvindernes nærmiljø, og startes allerede i graviditeten, med fødselsforberedelse i mindre hold. Dertil anbefaler Jordemoderforeningen et efterfødselsforløb til alle kvinder – både førstegangs- og flergangsfødende – der kan tage hjem efter deres fødsel til en ukompliceret barsel. Tilbuddet skal rumme opfølgende hjemmebesøg ved jordemoder indenfor 24 timer efter fødslen, samt en hot-line til hjælp til opstart af amning indenfor de første 14 dage.

Dette vil, udover forventeligt at medføre økonomiske besparelser, sikre bedre udnyttelse også af personaleressourcer og ikke mindst en langt bedre start på livet for de nye familier i deres eget hjem. For mere uddybende, se bilag 2 med nære forslag til barselstilbud.

## **F. Oprettelse af enheder for reproduktiv sundhed**

I disse år dokumenteres det gang på gang, at der har været en stærk underprioritering i forskningen af kvindesygdomme, ligesom kvinder har været underrepræsenterede i den almene forskning af sygdomme. Dette har ført til, at vores viden om kvindesygdomme ikke er så udviklet, som den burde have været, og at kvinder måske fejlbehandles, da den viden vi har om almene sygdomme, stammer fra undersøgelser baseret på studier på mænd.

Heldigvis er der i dag stigende opmærksomhed på behovet for mere viden på området og for, at kvinder gennemgår livsfaser, igennem hvilke der kan være behov for en ekstra sundhedsfremmende indsats. Fx har kvinder fået en meget stærkere stemme i forhold til

---

⁴ Sundhedsdatastyrelsen. [Amning og udsættelse for tobaksrøg i første leveår \(esundhed.dk\)](https://www.esundhed.dk).



overgangsalderen. En periode i kvindens liv, der kan være knyttet til stærke gener, som kan have stor betydning for kvindes videre sundhed, både fysisk og mentalt.

Samtidig ser vi en stigning i fertilitetsbehandling og et markant faldende fødselstal. Der er derfor et stort behov for råd og vejledning om familieplanlægning.

Sundhedsstrukturkommissionens arbejde hviler på behovet for at skabe et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen med høj og ensartet kvalitet, hvor unødigt brug af specialiserede funktioner reduceres<sup>5</sup>.

Med afsæt i dette anbefaler Jordemoderforeningen oprettelse af ”Enheder for reproduktiv sundhed”, der skal rådgive danskerne om fertilitet, prævention, forebyggelse af kønssygdomme, genetisk rådgivning før og under graviditet og slutteligt understøttelse af sundheden i overgangsalderen. Enheden kan også anvendes til opfølgende konsultationer efter en fødsel, herunder til kontrol af bristninger for at undgå langsigtede komplikationer og tab af livskvalitet på den lange bane.

Enheder for reproduktiv sundhed skal være en sundhedsfremmende indsats i borgernære miljøer med henblik på at gribe danskere tidligere i deres overvejelser om familieforøgelse, inden de nødvendigvis ender i lange, opslidende fertilitetsforløb.

Op mod 20 % af befolkningen oplever infertilitet i perioder eller vedvarende infertilitet. I Danmark er næsten hvert 8. barn kommet til verden med hjælp fra fertilitetsbehandling<sup>6</sup>. En stor del af den offentlige samtale handler om, hvordan vi hjælper familier med at få børn, når de opdager deres infertilitet. Men en relativt lille del handler om, hvad man kan gøre for at mindske risikoen for at ende i behandling. Enheden for reproduktiv sundhed vil derfor have til opgave at stå til rådighed for mænd, kvinder og par til en snak om, hvad de kan gøre for at forbedre deres fertilitet, også inden de har besluttet sig for at skulle have børn.

Enheder for reproduktiv sundhed skal fungere uden henvisning fra egen læge, men skal være en udstrakt hånd tidligere i livet. Det vurderes, at den forebyggende indsats med henblik på at øge danskernes reproduktive sundhed generelt vil have stor økonomisk effekt på den lange bane, da dette forventes at mindske behovet for lange fertilitetsforløb. Det forventes dertil, at der fortsat vil være et stort pres på selve fertilitetsforløbene. Enheder for reproduktiv sundhed vil i disse tilfælde også kunne understøtte lægerne i disse forløb blandt andet ved insemination.

## **G. Brug teknologien, men brug den kritisk**

Det pointeres i sundhedsstrukturkommissionens arbejde, at det danske sundhedsvæsen i dag - set i internationalt perspektiv - er stærkt, og at sundhedsydelserne generelt er af høj

---

<sup>5</sup> Indenrigs- og Sundhedsministeriet. “Kommissorium for Sundhedsstrukturkommissionen”. 2023.

<sup>6</sup> <https://www.hvidovrehospital.dk/afdelinger-og-klinikker/Fertilitetsklinikken/baggrundsinformation/Sider/Aarsager-tilbarnloeshed.aspx>

kvalitet. De ydelser, man i dag udfører i sundhedsvæsenet, er langt overvejende baseret på et evidensbaseret grundlag, hvor forskning af høj kvalitet er det bærende element.

Kommissionens arbejde påpeger i anbefaling 2 behovet for en digital transformation af sundhedsvæsenet for at kunne tilpasse sig fremtidens behov. Jordemoderforeningen kan ikke være uenig i, at implementering af digitale løsninger kan være med til at løse nogle af fremtidens udfordringer i sundhedsvæsenet.

Erfaringerne igennem de senere år viser dog med tydelighed, at de digitale løsninger ikke altid har ført til lettere og bedre løsninger af opgaver og frigivelse af ressourcer.

Dertil kræver brug af digitale løsninger en høj grad af compliance hos patienterne. Hvis man ikke er opmærksom på dette, risikerer man at visse patientgrupper stilles betydeligt dårligere. Vi hilser det derfor velkomment, at man i rapporten påpeger, at digitalisering ikke skal være et mål i sig selv, men et stærkt redskab til at løse sundhedsvæsenets udfordringer.

Vi henstiller til, at man på linje med øvrige tiltag i sundhedsvæsenet også arbejder evidensbaseret med hensyn til implementering af ny teknologi og nye digitale løsninger. I den henseende hilser vi Strukturkommissionens forslag i anbefaling 3 om at fremme sundhedstjenesteforskning og styrke ph.d.-forløb for en bredere skare af sundhedsfaglige grupper meget velkomment.

## **H. Jordemødrene er der**

De senere år har sat fokus på manglen på jordemødre på de danske fødegange. Men jordemødrene er der, de har dog de seneste år søgt væk fra fødegangene hurtigere, end stillingerne har kunnet fyldes ud. Årsagerne til dette er mange, men data viser tydeligt, at jordemødrenes kompetencer bruges bredere indenfor det overordnede sundhedsvæsen. For eksempel viser opgørelser fra 2021, at omkring 375 jordemødre, svarende til mere end 10 % af den samlede arbejdsstyrke (som i 2021 udgjorde 3052 jordemødre), var ansat i øvrige stillinger i sundhedsvæsenet, dog udenfor hospitalsansættelse<sup>7</sup>.

Der uddannes i dag knapt 200 jordemødre årligt. Uddannelsen er eftertragtet, de studerende har høj faglighed og gennemførelsesprocenten er høj. Med godt 2000 jordemødre ansat i hospitalsregi, uddannes der hvert år flere jordemødre, end der er ledige stillinger på landets fødegange. Samtidig ser vi for første gang i mange år, at der i Nord- og Midtjylland er en begyndende arbejdsløshed blandt jordemødrene. Der er derfor stærke kompetencer at inddrage i de mange opgaver, som kan varetages bredere i både specialiserede enheder og i det almenmedicinske tilbud.

---

<sup>7</sup> Arbejdsstyrken af sundhedsuddannede. Sundhedsdatastyrelsen.

<https://www.esundhed.dk/Emner/Beskaeftigede-i-sundhedsvaesnet/Arbejdsstyrken-af-sundhedsuddannede>.

Hentet den 6. juli 2024.

## Bilag 1; Etablering af fødeklিনikker

Fødeklिनikkerne kan enten være en "alongside" klinik beliggende på samme grund som det regionale fødested, men være helt adskilt fra fødeafdelingen hvad angår fysiske rammer, ledelse, personale og fødende. Eller de kan være placeret på en selvstændig adresse og derved bringe fødestedet tættere på borgerne. Hvorvidt, der skal oprettes fritstående fødeklिनikker eller "alongside" klिनikker afhænger af demografi, geografi og organisering af fødeområdet i den enkelte region. Fødeklिनikkerne kan ligeledes have forskellige fysiske beliggenheder, ejerskabsstrukturer og ledelses- og organiseringsformer.

Dertil vil oprettelsen af fødeklिनikkerne også bidrage til mere passende størrelser på fødeafsnittene, da nogle fødende vil blive flyttet væk og afdelingerne derved vil blive mindre. Fødesteder med mere passende størrelser – både fødselsklिनikker og mindre afdelinger på hospitalerne – vil være med til at understøtte sammenholdet og viden om hinandens kompetencer i personalegruppen, hvilket vil understøtte patientsikkerheden, kvaliteten i fødselshjælpen samt fastholdelse af personale.

Der er evidens for, at kvinder, der starter deres fødsler på en "alongside" fødeklिनик har dobbelt så stor sandsynlighed for at føde uden indgreb sammenlignet med kvinder, der begynder fødslen på en obstetrisk specialafdeling. For kvinder der starter deres fødsler på en fritstående fødeklिनик, er sandsynligheden for at føde uden indgreb 3,5 gange så stor<sup>8</sup>.

Der kan ikke siges noget entydigt om økonomien ved oprettelse af fødeklिनikker, da det blandt andet afhænger af placering og organisering. Men klिनikkerne kan give et kvalitetsløft, samt et styrket arbejdsmiljø, hvilket indirekte og på den lange bane kan have en positiv økonomisk effekt.

Et norsk studie baseret på 1.110 kvinder viser, at der ikke er nogen forskel i komplikationer for hverken førstegangsfødende eller flergangsfødende afhængig af, om de fødte på en fødeklिनик eller på en fødeafdeling<sup>9</sup>. Man fandt derimod flere interventioner, behov for vestimulation og epidural i fødsler på fødeafdelinger. Omkostninger pr. fødsel var 19 procent og 11 procent lavere på fødeklिनikker i forhold til fødeafdelinger for henholdsvis førstegangsfødende og flergangsfødende. Det svarer til reduktioner på 2.567 og 1.101 kroner pr. fødende<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3187863/pdf/bjo0118-1357.pdf>

<sup>9</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3187863/pdf/bjo0118-1357.pdf>

<sup>10</sup> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22901492/>

## Bilag 2: Nære forslag til barselstilbud

### 1: Fødselsforberedelse i mindre hold

En vigtig forudsætning for en god fødsel og en god første tid som ny familie er fødselsforberedelse. Derfor er en del af et stærkt barselstilbud en god fødselsforberedelse i mindre hold, der ikke kun omhandler selve fødslen, men også amning og et stærkt fokus på livet som familie. Jordemoderforeningen anbefaler, at der etableres faste grupper på 8-10 familier med mulighed for dialog, der samlet set deltager i otte timers fødselsforberedelse. Dette kan med fordel fordeles ud over 2-4 gange i løbet af graviditeten.

### 2: Opfølgende besøg fra jordemoder indenfor 24 timer efter hjemsendelse

Det kan være overvældende at stå med et lille nyt menneske, men hovedparten af familierne har bedst af at komme hjem i trygge og gode rammer, når det kan lade sig gøre. Alle skal derfor have ret til et hjemmebesøg fra en jordemoder indenfor 24 timer efter hjemsendelse, hvis man ikke har opholdt sig mere end 24 timer på barselsgangen. Jordemoderen er specialiseret til at varetage omsorgen i den første tid for mor, barn og familie, med øje for kvindens restitution efter en fødsel, barnets trivsel og familiedannelsen.

### 3: Hjælp til opstart af amning i de første 14 dage

Flere og flere tilkøber privat amnehjælp, hvilket indikerer, at der er et betydeligt behov ud over det, man får tilbudt i det offentlige regi i dag. I dag får de fleste hjælp til at lægge barnet til første gang på føde-/barselsgangen, men her er mælken ikke løbet til, og de færreste når at opdage, hvis der er problemer med amningen. Dette vil stadig være problematikken for mange, hvis man har to dages ophold på barselsgangen. Derimod oplever de fleste først udfordringerne, når mælken løber til, typisk på 3-4 dagen efter fødslen. Derfor anbefaler Jordemoderforeningen, at der etableres en "Amme-lance", der kan komme ud til den nye familie, hvis amningen ikke fungerer. "Amme-lancen" kan tilkaldes som en del af hotlinen, der skal tilbydes alle familier den første tid efter hjemkomst.

"Amme-lancen" vil koste mellem 20-22 mio. kroner på landsplan, men vil have betydelige sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende effekter for både mor og barn både på den korte og lange bane.