

BETÆNKNING

OM

Fødselshjælpens tilrettelæggelse

afgivet af det af indenrigsministeriet
den 15. marts 1967 nedsatte udvalg vedrørende
jordemodervæsenets ordning



BETÆNKNING NR. 633

KØBENHAVN 1972

Indholdsfortegnelse

Indledning	5
Kap. I. Udviklingen med hensyn til fødselshjælpens tilrettelæggelse	8
1. Tiden indtil 1953	8
2. Tiden fra 1953	9
A. Jordemoderlovgivningen af 1953	9
B. Fødselsbetjeningen på sygehuse og offentlige klinikker	10
Kap. II. Tilrettelæggelsen af fødselshjælpen i dag	12
1. Den gældende jordemoderordning	12
a) Jordemoderloven	12
b) Distriktsjordemoderloven	13
c) Svangerskabshygiejneloven	14
d) Jordemødrenes arbejdsforhold	16
e) Jordemødrenes økonomiske forhold	16
f) Jordemødrenes krav på befordringsgodtgørelse	18
2. Sygehusbetjeningen af fødsler	18
Kap. III. Vurdering af den nuværende ordning	20
A) Fødeformen	20
a) Fødsel i hjemmet	20
b) Klinikfødsel	20
c) Fødsel på almindeligt sygehus	21
d) Fødsel på obstetrisk specialafdeling	21
B) Jordemoderens stilling under den nuværende ordning	21
Kap. IV. Grundlaget for en ny ordning	24
A. Enhedsledelse af fødselshjælpen	24
B. Fødsels placering	24
C. Samling af jordemødrene i samarbejdsgrupper (centre)	27
D. Offentlig ansættelse af jordemødrene. Jordemødrenes fremtidige arbejdsopgaver	27
E. Vederlagsfri fødselshjælp	29
Kap. V. Udvalgets forslag	30
1. Fødsels placering	30
2. Forebyggende helbredsundersøgelser under svangerskabet	31
3. Betaling for fødselshjælp	31
4. Den lokale organisation	31
5. Det økonomiske grundlag	33
6. Den administrative ledelse	33
7. Tilrettelæggelsen af fødselsbetjeningen i Københavns og Frederiksberg kommuner	34
8. Spørgsmål i forbindelse med overgangen til den foreslåede ordning	34
Kap. VI. Udkast til lov om svangerskabshygiejne og fødselshjælp	35
Kap. VII. Udkast til vejledende retningslinier om svangerskabshygiejne og fødselshjælp	38
Kap. VIII. Forslagets økonomiske konsekvenser	43
Kap. IX. Resumé af kap. I-V	45
Bilagsfortegnelse	47
Bilag	49
Tabelmateriale	80

Indledning

Den 15. marts 1967 nedsatte indenrigsministeriet et udvalg med den opgave at redegøre for og vurdere den stedfundne og fremtidige udvikling med hensyn til praktiserende jordemødres virksomhed og på baggrund heraf afgive indstilling om, i hvilken udstrækning det hidtidige grundlag for jordemodervæsenets ordning i Danmark bør ændres.

Det blev herunder pålagt udvalget at tage de privatpraktiserende jordemødres forhold op til undersøgelse samt at gennemgå og vurdere den nuværende ordning af distriktsjordemodervæsenet, navnlig for så vidt angår distriktsinddelingen og distriktsjordemødrenes lønnings- og pensionsmæssige forhold og eventuelt fremsætte forslag til ændringer heri. Udvalget blev i den forbindelse anmodet om at foretage en gennemgang af reglerne om boliger for distriktsjordemødre og om forlods over for indenrigsministeriet at stille forslag dels til ændrede regler for boligfradrag dels til ændrede retningslinier for boligtilskud.

Udvalget blev endelig anmodet om at undersøge tilrettelæggelsen af jordemoderbetjeningen med hensyn til fødsler på sygehuse og eventuelt at fremkomme med forslag til nærmere retningslinier herfor.

Til formand for udvalget blev udpeget kontorchef Folmer Nielsen, indenrigsministeriet, og udvalget fik i øvrigt følgende sammensætning:

Udpeget af sundhedsstyrelsen:

Overlæge Helge G. Berthelsen, gynækologisk obstetrisk afdeling, Aalborg.

Overlæge, dr. med. H. Kreutzfeldt, sundhedsstyrelsen.

Amtslæge Jørgen Lambertsen, Randers.

Kontorchef A. Skovgaard, sundhedsstyrelsen.

Udpeget af økonomiministeriet:

Kontorchef Heinrich Christensen, økonomi- og budgetministeriet.

Udpeget af Den almindelige danske Jordemoderforening:

Distriktsjordemoder fru Agnes Edinger.

Jordemoder fru Tove Dohn.

Jordemoder fru Kirsten Blinkenberg.

Udpeget af amtsrådsforeningen i Danmark:

Viceborgmester Aage Bjørn Jacobsen, Aabybro.

Udpeget af Den danske Købstadsforening (nu Kommunernes Landsforening):

Kommunalbestyrelsesmedlem fru Emilie Rasmussen, Horsens.

Da det kunne forudses, at spørgsmål af interesse for socialministeriet og Sygehusforeningen i Danmark ville komme til drøftelse i udvalget, blev disse anmodet om at ville lade sig repræsentere i udvalgets møder. Socialministeriet har indtil marts 1968 været repræsenteret af ekspeditionssekretær Per Loft og derefter af ekspeditionssekretær Børge Hansson, medens sygehusforeningen (nu Amtsrådsforeningen) under udvalgsarbejdet har været repræsenteret af direktør P. Andersen-Rosendal.

I nogle af udvalgets møder har distriktsjordemoder fru Lise Hvenegaard og jordemoder fru Mary Hedegaard deltaget i stedet for jordemoderforeningens formand fru Edinger. Desuden har sundhedsstyrelsens statistiske konsulent kontorchef (nu direktør ved Aarhus Universitet) Jens Sørensen, der har forestået udarbejdelsen af det statistiske materiale til udvalgsarbejdet, deltaget i en række møder.

Fuldmægtig i indenrigsministeriet (nu sekretær for Kommunernes Lønningsnævn) J. Mandrup-Christensen har været sekretær for udvalget indtil januar 1971, hvorefter han efter anmodning afløstes af sekretær i indenrigsministeriet J. Bartels Petersen.

Forslag til ændrede regler for distriktsjordemødres boligfradrag blev af udvalget fremsat i notat af 21. februar 1968 (bilag 1), hvori udvalget foreslog, at den hidtidige regel, hvorefter der havde været svaret et ensartet boligfradrag af distriktsjordemoderboliger uanset boligens størrelse og kvalitet, blev afløst af en ordning, hvorefter distriktsjordemødre svarer et boligbidrag efter samme regler, som gælder for statens tjenesteboliger.

Forslaget blev fremsendt til indenrigsministeriet den 16. marts 1968 og tiltrådt af ministeriet. På grundlag af et af udvalget udarbejdet udkast gennemførtes det ved ministeriets cirkulære af 20. marts 1968.

Udvalget har endvidere i samråd med sundhedsstyrelsens rådgiver i anæstesiologi, overlæge E. Wainø Andersen drøftet spørgsmålet om adgang for jordemødrene til at anvende analgesi, jfr. bilag 2. Der har i udvalget været enighed om, at der bør gives jordemødrene adgang her til under visse forudsætninger, og sundhedsstyrelsens repræsentanter i udvalget har erklæret sig rede til at søge arbejdet med disse spørgsmål fremskyndet mest muligt.

Under udvalgsarbejdet er der gennemført forskellige lovændringer, der til en vis grad har ændret grundlaget for udvalgets arbejde.

Som et led i den pr. 1. april 1970 gennemførte kommunalreform og reform af byrdefordelingen mellem stat og kommuner er der således ved § 10 i lov nr. 236 af 4. juni 1969 om ændringer i forskellige lovbestemmelser om statstilskud og refusioner til kommunerne (sundhedsvæsenet) gennemført forskellige ændringer af distriktsjordemoderloven. Ændringerne indebærer, at ansvaret for distriktsjordemodervæsenet, der hidtil har været fordelt på købstad- og amtskommuner, samles hos amtskommunen, og at den hidtidige refusion fra staten af halvdelen af udgiften til distriktsjordemoderlønninger og pensioner afskaffes.

I samme lovs § 11 er foretaget tilsvarende ændringer af loven om svangerskabshygiejne, hvorved udgifterne til de i denne lov foreskrevne forebyggende helbredsundersøgelser, der bl.a. foretages af jordemødre, nu afholdes fuldt ud af amtskommunen samt af Københavns og Frederiksberg kommuner, medens **de hidtil har** været afholdt af amts- og købstadskommuner med fuld refusion fra statskassen. De nævnte bestemmelser er optrykt som bilag 3.

Som et led i kommunalreformen er der ved § 12 i lov nr. 175 af 30. april 1969 om ændringer i forskellige lovbestemmelser som følge af ændringer i den kommunale styrelseslovgivning endvidere sket en ændring af loven om udøvelse af jordemodergerning, hvorved udgifter til jordemødrenes desinfektions- og lægemidler samt sygeplejeartikler m.v. nu afholdes af amtskommunen samt af Københavns og Frederiksberg kommuner mod hidtil købstad- eller amtskommunen.

I samme forbindelse bør nævnes, at ansvaret for det kommunale sygehusvæsen ved lov nr. 237 af 4. juni 1969 er samlet hos amtskommunerne samt Københavns og Frederiksberg kommuner.

Amtskommunerne er herefter ansættelsesmyndighed for såvel de sygehusansatte jordemødre som for distriktsjordemødrene, og alle udgifter til fødselsbetjening på de amtskommunale sygehuse og vedrørende distriktsjordemodervæsenet er henlagt til amtskommunerne, der ligeledes udreder udgifterne vedrørende alle profylaktiske undersøgelser hos jordemødre og til jordemødres desinfektions- og lægemidler m.v.

Efter at der med virkning fra 1. juli 1969 var gennemført en ny lovgivning om statens tjenestemænd, måtte der skabes hjemmel for at gennemføre tilsvarende ændringer af ansættelsesforholdene for distriktsjordemødre, der hidtil er fastsat direkte i distriktsjordemoderloven. Da alle distriktsjordemødre fra 1. april 1970 er amtskommunale tjenestemænd, og udgifterne til deres lønning og pension fuldt ud afholdes af amtskommunen, blev der af indenrigsministeriet fremsat forslag til ændring af distriktsjordemoderloven, hvorefter bestemmelser om løn, pension og andre ansættelsesforhold for distriktsjordemødre fremtidig fastsættes af ansættelsesmyndigheden, ligesom det sker for kommunernes øvrige tjenestemænd. Forslaget blev gennemført ved lov nr. 83 af 12. marts 1970, hvorved samtidig alle de hidtidige bestemmelser i distriktsjordemoderloven om løn og ansættelsesvilkår blev ophævet, dog således at de midlertidigt forbliver i kraft, indtil amtskommunerne har gennemført nye bestemmelser om distriktsjordemødrenes løn og ansættelsesvilkår.

De nu i distriktsjordemoderloven gældende bestemmelser er optrykt i bilag 4.

Til brug ved udvalgets overvejelser med henblik på fremsættelse af forslag om ændrede retningslinier for boligtilskud har udvalget fra ansættelseskommunerne indhentet oplysninger om distriktsjordemødrenes boligforhold. Da boligtilskud imidlertid efter den gennemførte ændring af distriktsjordemoderloven som et led i de samlede ansættelsesvilkår for distriktsjordemødre må fastsættes af ansættelsesmyndighederne efter forhandling med jordemoderforeningen, har udvalget ikke fundet at burde fremsætte synspunkter med hensyn til dette

spørgsmål. Udvalget har i stedet for med skrivelse af 11. august 1970 sendt indenrigsministeriet en af udvalget udarbejdet redegørelse for de hidtidige retningslinier og for de af udvalget indhentede oplysninger om den ved fastsættelse af boligtilskud af kommunerne fulgte praksis (bilag 5) og henstillet til indenrigsministeriet, at dette materiale stilles til rådighed for Amtsrådsforeningen i Danmark og Den almindelige danske Jordemoderforening til brug ved disses forhandlinger om de fremtidige løn- og ansættelsesvilkår.

Den stedfundne udvikling har medført, at udvalgets drøftelser har koncentreret sig om en vurdering af, om de nuværende organisatoriske rammer omkring fødselsbetjeningen danner et tilstrækkeligt hensigtsmæssigt grundlag for en udvikling af fødselsbetjeningen i overensstemmelse med de muligheder, som den stedfindende og kommende udvikling i såvel lægevidenskaben som de sociale og økonomiske forhold vil byde på.

Udvalgets overvejelser, for hvilke der nærmere er redegjort i betænkningen, konkluderer i, at de organisatoriske rammer for fødselsbetjeningen bør ændres. Man finder imidlertid ikke, at det er hensigtsmæssigt, at de faste rammer for opbygningen som hidtil fastslægges i selve loven. Efter udvalgets opfattelse bør lovens centrale opgave være at placere ansvaret for fødselshjælpens forsvarlige tilrettelæggelse

hos en bestemt myndighed, ikke at angive bestemte måder, hvorpå tilrettelæggelsen skal finde sted.

I konsekvens heraf foreslår udvalget distriktsjordemoderloven og visse bestemmelser i lov om udøvelse af jordemodergerning ophævet og afløst af en rammelov, der pålægger amtskommunerne det samlede ansvar for fødselshjælpens tilrettelæggelse, hvad enten fødslerne foregår på sygehus, klinik eller i hjemmet, og således at amtskommunernes tilrettelæggelse foregår under indenrigsministeriets tilsyn. I loven foreslås tillige optaget bestemmelser om svangerskabshygienje m.m. Som konsekvens af udvalgets forslag foreslås den gældende lov om svangerskabshygienje m.m. samt forskellige bestemmelser i lov om offentlig sygesikring ophævet. Herunder vil det være påkrævet at ophæve forskellige bestemmelser i lov om offentlig forsorg, se side 36.

Udvalget har afholdt 18 møder.

Nærværende betænkning er tiltrådt af samtlige medlemmer, idet der dog henvises til det af Andersen-Rosendal på side 29) tagne forbehold. Jordemødrene Kirsten Blinkenberg, Tove Dohn og Mary Hedegaard har ønsket at tilføje til deres tiltrædelse af betænkningen, at de forudsætter, at den i betænkningen skitserede ordning kombineres med rimelige økonomiske forhold for de under ordningen virkende jordemødre.

København i november 1971.

Povl Andersen-Rosendal

Kirsten Blinkenberg

Tove Dohn

Mary Hedegaard

Harald Kreutzfeldt

Folmer Nielsen

(formand)

Alfred Skovgaard

Helge G. Berthelsen

Heinrich Christensen

Børge Hansson

Aage Bjørn Jacobsen

Jørgen Lambertsen

Emilie Rasmussen

Jørgen Bartels Petersen

(sekretær)



KAPITEL I

Udviklingen med hensyn til fødselshjælpens tilrettelæggelse

1. Tiden indtil 1953

Den historiske udvikling af lovgivningen om betjening af fødsler har været betinget af, at fødsler tidligere i alt overvejende grad foregik i den fødendes hjem.

Lovgivningen måtte ud fra dette udgangspunkt tage sigte på dels at stille krav til jordemødrenes uddannelse og hele faglige stade, dels at sikre, at der i alle egne af landet var rimelig adgang til jordemoderbetjening.

En nærmere redegørelse for lovgivningens udvikling i tiden op til 1952 er givet i en i 1952 afgivet betænkning angående jordemodervæsenet, navnlig betænkningens første del, kapitel I og anden del, kapitel I.

Her skal alene nævnes visse hovedtræk i udviklingen.

I en forordning af 1672 fastsattes visse krav til jordemødrenes uddannelse, og jordemodereksamen afholdtes første gang i 1673. Både med sigte på at hævde en sundhedsmæssigt forsvarlig standard i fødselsbetjeningen og for at sikre jordemødrene tilstrækkelige indkomster blev der tillagt de uddannede jordemødre eneret på fødselsbetjening.

I lovgivningen blev det i den følgende tid overdraget kommunerne at drage omsorg for, at der overalt i landet var en passende forsyning med jordemødre, og dette førte efterhånden til, at der i et vist omfang ydedes disse en fast lønning.

For yderligere at fremme tilgangen af jordemødre, blev det i 1791 fastsat, at der tilkom jordemødrene betaling fra dem, de betjente.

En mere fast offentlig organisation af jordemodervæsenet skete dog først ved reglementet for jordemodervæsenet af 21. november 1810.

Heri blev det bestemt, at enhver købstad - eventuelt med tillæg af et vist landdistrikt - skulle udgøre et jordemoderdistrikt. Udenfor købstæderne skulle landet inddeles i jordemoderdistrikter af en sådan størrelse, at jordemødrene kunne overkomme at betjene distrik-

tet, og at befolkningen uden for stort besvær kunne tilkalde hende.

Der blev i reglementet fastsat, at jordemødrene skulle oppebære et nærmere angivet fast vederlag og visse naturalydelse, herunder fribolig. Udgifterne hertil påhvilede i byerne købstaden, medens de på landet for hvert amt pålignedes amtets hartkorn. Stillingerne blev besat af overøvrigheden.

I det følgende århundrede skete der ikke væsentlige ændringer i den herved etablerede ordning. Lovgivningen i denne periode indskrænkede sig til en ajourføring af jordemødrenes løn og betalingstakster, og der blev indført en pensionsordning for dem.

En samlet revision af jordemoderlovgivningen skete i 1914 på grundlag af en i 1913 afgivet betænkning, hvori der er givet en gennemgang af de principielle overvejelser, der har ligget til grund for opbygningen af distriktsjordemodervæsenet. Det fastslås, at hensigten med et jordemodervæsen må være at tilsikre alle landets beboere adgang til kyndig hjælp ved fødslerne; adgangen til denne hjælp må være nogenlunde bekvem, og hjælpen må kunne opnås af alle dele af befolkningen, selv om de er ubemidlede. Kommissionen fastslog dernæst, at samfundet for at nå dette mål må gribe ind på 2 måder: dels må der være et tilstrækkeligt antal forsvarligt uddannede jordemødre, hvilket varetages gennem statens jordemoderskole på Rigshospitalet, dels må der overalt i landet være bekvem adgang til fødselshjælp, således at der intetsteds er for langt til en jordemoder. Dette sidste varetages gennem distriktsjordemoderinstitutionen. Kommissionen begrundede denne institution med følgende ræsonnement: Da der i tyndt befolkede egne, navnlig i de fleste landdistrikter, ikke med en fri jordemodernæring kan skabes tilstrækkelige erhvervsmuligheder for en privatpraktiserende jordemoder, må det offentlige fordele jordemoderhjælpen over disse dele af landet ved at oprette distriktsjordemoderstillinger, hvor de manglende fødselsind-

tægter kompenseres af løn m.v. fra det offentlige, der til gengæld bestemmer jordemoderens bopæl og virksomhedsområde. Kommissionen udtalte i sin betænkning, at »distriktsjordemoderens eneste forpligtelse er *for betaling* at yde fødselshjælp indenfor sit distrikt«. Kommissionen anså det derfor for overflødigt at opretholde distriktsjordemoderstillinger i områder, navnlig større købstæder, hvor befolkningens behov for fødselshjælp kunne påregnes dækket af privatpraktiserende jordemødre.

I konsekvens af disse synspunkter fremsatte kommissionen *dels* forslag om væsentlige økonomiske forbedringer for distriktsjordemødrene med henblik på at tilskynde jordemødrene til at søge ansættelse i tyndt befolkede egne, hvor det havde vist sig vanskeligt at få distrikterne besat, *dels* forslag om, at ansættelse af distriktsjordemødre kunne undlades, hvor der på anden måde var adgang til den nødvendige fødselshjælp. Loven af 1914 blev affattet i overensstemmelse hermed.

Denne lov var gældende indtil gennemførelsen af den nuværende jordemoderlovgivning i 1953. I de mellemliggende år var der alene gennemført en ajourføring af distriktsjordemødrenes lønning og pension samt andre ansættelsesforhold, hvorved deres forhold gradvis tilnærmedes til de for statens tjenestemænd gældende regler.

2. Tiden efter 1953

I 1947 nedsatte indenrigsministeriet et udvalg vedrørende fødselshjælp, der fik til opgave *dels* på grundlag af overvejelser over udviklingen med hensyn til de lægevidenskabelige krav og den almindelige samfundsudvikling at tage stilling til, hvorvidt fødselshjælp fortrinsvis bør ydes i hjemmene eller på institutioner, *dels* på grundlag af en undersøgelse af jordemødrenes arbejds- og erhvervsforhold at udarbejde forslag til revision af jordemoderlovgivningen.

A. Jordemoderlovgivningen af 1953.

Udvalget tog først spørgsmålet om revision af jordemoderlovgivningen op til behandling, og forslag hertil blev afgivet i en betænkning af 1952, der danner grundlag for den nugældende lovgivning.

I udvalget blev det drøftet, om det var rimeligt fortsat at opretholde en ordning, hvorefter jordemodergerningen udøves som et liberalt er-

hverv, men således at en del af erhvervets udøvere udover honorar pr. ydelse modtager en fast løn fra det offentlige.

Det blev i denne forbindelse diskuteret om man

- 1) helt burde overlade jordemoderhjælpen til privatpraktiserende jordemødre, eller
- 2) skulle overgå til en egentlig offentlig ansættelse af samtlige praktiserende jordemødre, så de alene modtog en løn fra det offentlige.

Herunder blev det anført, at den traditionelle distriktsjordemoderordning i nogen grad var et levn fra tider med langt dårligere transportmuligheder. Mod at gøre jordemodergerningen til et helt privat erhverv talte imidlertid, at man måtte imødesætte, at jordemødrene - uanset de forbedrede transportforhold - ikke ville kunne opretholde en tilstrækkelig praksis i tyndt befolkede egne, medmindre fødselshonorarerne forhøjedes så stærkt, at jordemødre i mere tætbefolkede distrikter ville opnå urimeligt store indtægter.

Imod at indføre en fuld offentlig ansættelse talte efter udvalgets opfattelse, at der under en sådan ordning måtte tildeles hver jordemoder et bestemt distrikt, hvor hun skulle varetage alle fødsler, således at befolkningen i distriktet ikke ville have mulighed for som hidtil frit at vælge jordemoder.

Under hensyn til disse betæneligheder fandt udvalget ikke tilstrækkelig anledning til at foreslå nogen mere radikal ændring af principperne for den bestående jordemoderordning, men gik ind for, at der ved siden af de privatpraktiserende jordemødre bevaredes distriktsjordemødre for områder, hvor der ikke er tilstrækkelig praksis- og dermed indkomstmuligheder for private jordemødre.

Distriktsjordemoderordningen blev således foreslået videreført stort set efter de hidtidige principper, men man foreslog forskellige praktiske ændringer gennemført, herunder at der skete en nedlæggelse af en række små jordemoderdistrikter, og man foreslog de under den daværende ordning i de enkelte amter ansatte reservejordemødre, der skulle varetage distriktsjordemødrenes arbejde under vakancer, ferier og sygdom, afskaffet, idet man fandt, at jordemødrene under nutidens samfærdselsforhold kunne afløse hinanden, også selvom distriktsantallet formindskedes.

Herudover foreslog udvalget forbedringer af

distriktsjordemødrenes løn og navnlig af deres pension.

Hidtil havde distriktsjordemoderlønnen været fastsat som en selvstændig lønramme, der under hensyn til, at de pågældende også havde praksisindtægter, var meget lav set i forhold til de af det offentlige til andre grupper udbetalte lønninger, og distriktsjordemødrenes pension var beregnet i forhold til denne lave lønning. Udvalget foreslog nu, at distriktsjordemodervederlaget skulle fastsættes som en procentdel af lønnen efter en for sammenlignelige stillinger gældende lønramme, men at pensionen skulle ydes fuldt ud efter denne lønramme. Forslaget indebar ca. 50 pct.'s lønforhøjelse og noget nær en fordobling af pensionen.

Det foresloges i loven bestemt, at jordemødrenes ansættelsesforhold skulle fastsættes i overensstemmelse med de for statens tjenestemænd gældende. Herved blev altså det sidste skridt taget i den udvikling, der under den foregående periode havde tilnærmet distriktsjordemødrenes forhold til tjenestemændene.

Endelig foreslog udvalget, at den hidtidige jordemoderlov deltes i 2 love, een der indeholdt de materielle regler vedrørende udøvelse af gerning som jordemoder og een indeholdende de organisatoriske bestemmelser om tilrettelæggelsen af den offentlige distriktsjordemoderordning.

Betænkningens forslag blev med mindre væsentlige ændringer gennemført ved lov nr. 90 af 31. marts 1953 om udøvelse af jordemodergerning og lov nr. 89 af samme dato om distriktsjordemødre.

En mere detailleret redegørelse for den nuværende distriktsjordemoderordnings udformning er givet nedenfor i kap. II (side 12 ff).

B. Fødselsbetjening på sygehuse og offentlige klinikker.

Som ovenfor nævnt fik det af indenrigsministeriet i 1947 nedsatte udvalg vedrørende fødselshjælp bl.a. til opgave at tage stilling til, om fødselshjælp fortrinsvis bør ydes i hjemmene eller på sygehuse og fødehjem m.v. I tilknytning hertil måtte udvalget overveje, hvilken økonomisk støtte der fra det offentliges side bør ydes for at åbne hele befolkningen adgang til, at fødsler kan foregå på den mest hensigtsmæssige måde.

En betænkning herom blev afgivet i 1956. I denne konstateres, at fødsler i hjemmet, der

indtil langt ind i dette århundrede var helt dominerende, i de sidste årtier var trængt stærkt tilbage i forhold til fødsler på offentlige og private institutioner.

Institutionsfødslernes andel af det samlede fødselstal steg således i årene fra 1944 til 1954 fra ca. 37 pct. til ca. 45 pct.

I disse tal indgår fødsler, der på grund af komplikationer må ske på sygehuse, men også et stort antal normale fødsler. Medvirkende til denne udvikling havde det været, at et stort antal sygehuse var åbne for modtagelse af normalt fødende.

Udvalget påpegede imidlertid, at mulighederne for fødsel udenfor hjemmet var meget varierende fra egn til egn, og fandt, at det ud fra såvel lægelige som samfundsmæssige synspunkter i øvrigt ville være ønskeligt, at der blev skabt faste rammer om den fremtidige udvikling.

Som grundlag for overvejelser heraf opstilles der en model for en fremtidig tilrettelæggelse af institutionsfødsler, hvorefter kernen i systemet udgøres af gynækologisk-obstetriske specialafdelinger, der står i nært samarbejde med fødeafsnit på lokalsygehuse og velindrettede klinikker.

Forbindelsen til de praktiserende jordemødre, der fortsat skulle varetage hjemmefødslerne, forudsås vedligeholdt gennem deres deltagelse i fødsler på sygehuse.

Udvalget fastslog, at modtagelse af fødende retteligt bør betragtes som en egentlig sygehusopgave og foreslog:

- 1) En samlet planlægning af landets fødsels-hjælp under kommunal ledelse.
- 2) Oprettelse af nye obstetrisk-gynækologiske afdelinger i et sådant omfang, at alle komplicerede fødsler kan modtages. Til afdelingerne burde efter de retningslinier, der var angivet af et af sundhedsstyrelsen og lægeforeningen nedsat fællesudvalg, knyttes også gynækologiske ambulatorier.
- 3) Sygedagstilskud til samtlige kommunale institutioner, der indgår som led i en godkendt kommunal fødselshjælpsordning.
- 4) I princippet fri adgang for alle fødende til offentlige fødselsinstitutioner på samme vilkår som sygehusindlæggelser. Som en midlertidig ordning ubetinget indlæggelsesret for lægeligt og socialt indicerede tilfælde.

5) En udbygning af de profylaktiske svangerskabsundersøgelser.

Til disse foranstaltninger burde knyttes en udvidelse af husmoderafløsningen i landdistrikterne, hvor hjemmefødslerne må påregnes lang tid fremover at udgøre det store flertal af fødslerne. Antallet af svangrehjem burde forøges, og samarbejdet mellem de instanser, der har

med de svangre og fødende at gøre, koordineres i det mulige omfang.

Udvalget stillede ikke forslag om lovændringer i større omfang, men udvalgets forslag har som vejledning for de kommunale sygehusmyndigheder spillet en betydelig rolle for den fortsatte udvikling af sygehusenes muligheder for fødselsbetjening.

KAPITEL II

Tilrettelæggelsen af fødselshjælpen i dag

Det vil fremgå af det foregående, at der i dag ikke findes en samlet tilrettelæggelse af landets fødselsbetjening.

Organisationen bygger på to helt forskellige grundlag, som begge er opstået gennem en naturlig udvikling inden for to forskellige grene af sundhedsvæsenet.

På den ene side er der igennem en gradvis udvikling med henblik på varetagelsen af den traditionelle hjemmefødsel opbygget et system med praktiserende jordemødre, hvis hovedsagelige økonomiske basis er honorarer for de enkelte arbejdsydelser, men hvoraf en del dog - for at opnå en jævn dækning over landet - fra det offentlige modtager særlige faste ydelser i form af løn, pension m.m.

Sideløbende med de senere faser i denne udvikling, er der indenfor det offentlige sygehusvæsen opbygget et apparat til betjening af fødsler. Udgangspunktet herfor har været betjeningen af komplicerede fødsler, som ud fra lægelige hensyn ikke forsvarligt har kunnet gennemføres i hjemmet, men omkring denne kerne er stedsde flere fødsler, også helt normalt forløbende, overgået til sygehuse.

En samlet overvejelse af, hvilke konsekvenser udviklingen på sygehusområdet må få for den nuværende opbygning af jordemoderordningen på grundlag af praktiserende jordemødre med eller uden distriktsj. jordemoderansættelse, har ikke tidligere fundet sted. Årsagen hertil må formentlig søges i, at jordemoderordningen i et vist omfang har kunnet tilpasse sig udviklingen. Et meget stort antal af institutionsfødslerne er blevet betjent af praktiserende jordemødre på det for disse sædvanlige økonomiske grundlag.

1. Den gældende **jordemoderordning**

a) Jordemoderloven.

I lov nr. 90 af 31. marts 1953 om udøvelse af jordemodergerning forudsættes jordemodergerningen at være et liberalt erhverv.

Eneste betingelse for at etablere jordemoderpraksis er efter lovens § 5, stk. 2, at hun for embedslægen foreviser en autorisation som jordemoder, som sundhedsstyrelsen efter § 2, stk. 1, på begæring skal udstede til enhver, der har bestået jordemodereksamen og ikke lider af legemlige eller psykiske mangler af en nærmere angiven karakter. Indenrigsministeren kan under visse betingelser tillade også jordemødre, der er uddannet i udlandet, at drive praksis her i landet.

I lovens kapitel II er angivet visse nærmere *pligter for jordemoderen*. Hun er undergivet sundhedsmyndighedernes, herunder embedslægens, instruktion (§ 6, stk. 1) og tilsyn (§ 17). Medmindre hun har gyldigt forfald, har hun pligt til at begive sig til fødende, som tilkalder hende; dette gælder også udenfor hendes sædvanlige virkeområde, hvis ingen nærmere boende jordemoder kan komme til stede, jfr. § 9. Hun er forpligtet til at afgive nærmere angivne indberetninger om sin virksomhed (§ 11). Jordemødrenes forpligtelser er nærmere fastlagt i sundhedsstyrelsens cirkulære nr. 187 af 15. august 1960 med senere ændringer.

Med hensyn til det *økonomiske grundlag* for udøvelse af jordemoderpraksis indeholder jordemoderloven kun få bestemmelser. Hun kan for sin bistand ikke fordre mere, end hvad der er rimeligt (§ 12). Hun har krav på befordring eller godtgørelse derfor (§ 13). Statskassen afholder hendes udgifter til protokoller, papir og porto (§ 14, stk. 1). Til udgifter til desinfektionsmidler, sygeplejeartikler, lægemidler m.v. ydes af amtskommunen en godtgørelse (§ 14, stk. 2) som ændret ved lov nr. 175 af 30. april 1969 § 12, jfr. sundhedsstyrelsens cirkulære af 14. november 1961 og indenrigsministeriets cirkulære nr. 12 af 22. december 1969). Hun har ikke erstatningskrav mod det offentlige for driftstab i tilfælde, hvor det påbydes hende på grund af smitsom sygdom hos en fødende, hun har betjent, at afholde sig fra betjening af fødsler (§ 15). (Derimod har hun

krav på erstatning, hvis epidemikommissionen forbyder hende at praktisere, fordi hun har betjent en kvinde, der lider af en af de af epidemiloven omfattede sygdomme). Hun har for betjening af fødende, der er ubemidlede og ikke-sygekassemedlemmer, krav på betaling fra det offentlige (§ 16).

Efter § 47, stk. 3, i lov om offentlig forsorg er kommunernes sociale udvalg forpligtet til at afholde udgifterne til jordemoderhjælp for personer, der ikke skønnes at være i stand til at skaffe sig eller sine det fornødne til kur og pleje i forbindelse med fødsel. Jordemoderhjælpen kan omfatte de ydelser, som er omhandlet i den mellem De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark og jordemoderforeningen indgaaede overenskomst, og honoreres efter de i overenskomsten fastsatte takster. Modtager en jordemoder ikke sit tilgodehavende fra en betalingsforpligtiget, vil hun efter bestemmelsen i § 60, stk. 1, i alle tilfælde have krav på at få beløbet udbetalt af det sociale udvalg, idet dog beløbet ikke må overstige honoraret efter sygekasseoverenskomsten.

b) Distriktsjordemoderloven.

Efter § 1, stk. 1 i lov om distriktsjordemødre, jfr. *lovbekendtgørelse nr. 242 af 7. juli 1959*, påhviler der amts- og købstadskommuner (fra 1. april 1970 alene amtskommunerne, jfr. lov nr. 236 af 1. juni 1969 § 10) samt Københavns og Frederiksberg kommuner pligt til at drage omsorg for, at der for befolkningen er adgang til den fornødne jordemoderhjælp.

Kommunernes forpligtelser er nærmere fastsat i § 1, stk. 2 og 3, og er noget forskelligt udformet for landdistrikterne på den ene side og købstæderne på den anden.

På landet skal der efter § 1, stk. 2, ansættes så mange distriktsjordemødre, at beboerne uden for stort besvær kan få jordemoderhjælp. I købstæderne (fra 1. april 1970 »byområder«) ansættes det fornødne antal distriktsjordemødre, medmindre det godtgøres, at der på anden måde er adgang til den nødvendige fødsels-hjælp.

Sondringen mellem land og by stammer som nævnt i kapitel I fra jordemoderloven af 1914 og er begrundet i, at man på den ene side har lagt vægt på, at jordemodererhvervet var en fri næring, på den anden side måtte sikre jordemødre i tyndt befolkede egne med små fødsels-

tal en kompensation for manglende fødsels-indtægter.

Distriktsj ordemødrene er som de øvrige praktiserende jordemødre omfattet af **jordemoderloven**, og med hensyn til deres *forpligtelser* nøjes distriktsjordemoderloven med at henvise til jordemoderlovens bestemmelser herom (distriktsj ordemoderlovens § 3, stk. 1). Herudover er der alene pålagt hende de forpligtelser, *der følger af, at hun er ansat i en tjenestemandsstilling*. Som et eksempel på disse af selve ansættelsesforholdet følgende særlige forpligtelser kan nævnes, at hun alene kan fastsætte tidspunktet for sin ferie efter aftale med embedslægen (distriktsj ordemoderlovens § 7).

Med hensyn til det *økonomiske* grundlag for distriktsjordemødrenes virksomhed gælder der for det første de samme bestemmelser efter jordemoderloven som for andre jordemødre, jfr. foran afsnit a.

Men herudover er der ved distriktsjordemoderloven i dennes hidtidige affattelse tillagt hende forskellige goder af økonomisk karakter. Bestemmelserne herom er ophævet ved lov nr. 83 af 12. marts 1970 og forudsættes afløst af andre regler, der fastsættes af amtskommunerne efter forhandling med jordemoderforeningen. Indtil sådanne regler er fastsat, er de hidtidige bestemmelser imidlertid i henhold til en særlig overgangsbestemmelse fortsat gældende.

Efter de således stadig gældende bestemmelser tilkommer der distriktsj ordemoderen en *løn* beregnet i forhold til statens hidtidige 13. lønklasse (12.300/16.140 kr. årlig), jfr. lovens § 4, stk. 1. Der udbetales dog ikke fuld løn efter denne lønklasse, idet der - under hensyn til, at hun ligesom andre jordemødre har indtægt fra fødselshonorarer - *dels* sker et *nedslag* i lønklasselønnen med 35 pct., efter opnåelsen af 15 års tjenesteadler dog kun 30 pct., *dels* ikke ydes *stedtillæg*.

Nedslaget i lønnen kan med indenrigsministeriets godkendelse nedsættes med 5, eventuelt 10 pct., i distrikter med særlig ringe indtægtsmuligheder, men denne hjemmel er kun udnyttet i meget beskedent omfang.

Til lønnen er knyttet ret til *tjenestemandspension* efter statens hidtidige 13. lønklasse uden nedslag. Pensionen beregnes efter regler svarende til de for statens tjenestemænd indtil 1. juli 1969 gældende. Dog er der fastsat en særlig nedsættelse på fra 1 til 5 pct. af pensionen for distriktsjordemødre, der den 1. april 1952 var fyldt 40 år. Denne nedsættelse er be-

grundet med, at disse distriktsjordemødre før 1952 var omfattet af en for distriktsjordemødre særlig pensionsordning, der var mindre gunstig end de daværende tjenestemandspensioner.

Efter distriktsjordemoderlovens § 5 tillægges der almindeligvis distriktsjordemødre en *passende bolig* mod fradrag i lønnen. Fradraget var tidligere fastsat i selve loven til 1200 kr. årlig uanset boligens størrelse og indretning, men er efter en i 1967 gennemført lovændring (lov nr. 97 af 31. marts 1967) ændret således, at der med virkning fra 1. juli 1968 i lønnen sker fradrag efter reglerne for beregning af statens tjenesteboligbidrag.

Stilles der ikke tjenestebolig til rådighed, har distriktsjordemoderen *krav på boligtilskud*, der fastsættes af ansættelsesmyndigheden efter nærmere retningslinier fra indenrigsministeriet.

Efter § 6 ydes der distriktsjordemødre *tilskud til telefon samt instrumenter og apparater med tasker og kasser*. De enkelte amters administration af denne bestemmelse er imidlertid noget varierende.

c) Svangerskabshygieneloven.

Grundlaget for den tidligere gældende lov om svangerskabshygien var et i 1945 fremsat forslag om tillæg til den da gældende lov om modarbejdelse af offentlig usædelighed og venerisk smitte. Forslaget, der tilsigtede indførelse af vederlagsfri blodprøvetagning på svangre kvinder til forebyggelse af medfødt syfilis, udvidedes til at omfatte en almindelig helbredsundersøgelse af svangre kvinder, i første række med sigte på i tide at afsløre truende eller indtrådte svangerskabs- og fødselskomplikationer, og vedtoges som lov nr. 472 af 1. oktober 1945 om svangerskabshygien. Loven blev i 1966 afløst af den nugældende lov nr. 200 af 8. juni 1966 om svangerskabshygien, der supplerede den tidligere lov med bestemmelser af social og social-medicinsk karakter.

Ordningen er herefter i korthed denne, at kvinder i anledning af svangerskab kan få foretaget indtil 5 forebyggende helbredsundersøgelser hos en læge og 6 - i særlige tilfælde 7 - forebyggende undersøgelser hos en jordemoder. Medens de af jordemoderen foretagne undersøgelser alle skal finde sted før fødslen, forudsætter loven, at 2 af de lægelige undersøgelser foretages efter svangerskabets afslutning. I forbindelse med helbredsundersøgelserne skal der af vedkommende jordemoder eller læge gives

fornøden vejledning i svangerskabshygien, og ved den første undersøgelse efter svangerskabets afslutning påhviler det lægen at give oplysning om de sundhedsmæssige problemer i forbindelse med et eventuelt nyt svangerskab, samt at tilbyde vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder.

Loven bestemmer desuden, at henvisning til mødrehjælpsinstitution bør finde sted, hvis lægen eller jordemoderen hos de pågældende kvinder møder personlige, sociale eller økonomiske vanskeligheder, og henvisning er obligatorisk, hvor disse vanskeligheder er årsag til ønske om svangerskabsafbrydelse.

I et forsøg på at få undersøgelsestilbudene udnyttet i videst mulig omfang blev der ved et par lovændringer i 1952 og 1960 samt ved loven af 1966 gennemført en betydelig forbedring af reglerne om fribefordring. Herefter er den svangre kvinde berettiget til at forlange vederlagsfri befordring til jordemoderen (lægen) til helbredsundersøgelse i den 37.-38. svangerskabsuge, samt fribefordring til lægen til foretagelse af 2 helbredsundersøgelser efter svangerskabets afslutning. I visse tilfælde ydes der endvidere befordringsgodtgørelse til jordemoderen, når svangerskabsundersøgelsen i den 37.-38. svangerskabsuge foretages i kvindens hjem. Vedrørende de nærmere betingelser for fribefordring henvises der til indenrigsministeriets cirkulære af 28. september 1966 samt til loven om den offentlige sygeforsikring.

Ved indenrigsministeriets cirkulære af 28. september 1966 er lægernes honorar fastsat til 8,40 kr. for 1. undersøgelse under svangerskabet, 4,10 kr. for 2. og 3. For undersøgelserne efter svangerskabets afslutning er lægernes honorar ligeledes fastsat til 8,40 kr. for 1. undersøgelse, og 4,10 kr. for 2. Jordemødrene oppebærer 3,90 kr. for 1. undersøgelse og 2,60 kr. for de efterfølgende. Foretager lægen undtagelsesvis de undersøgelser, der normalt foretages af jordemoderen, udgør hans honorar herfor 2,60 kr. pr. undersøgelse. Udgifterne til honorarerne, der reguleres efter de for statens honorarer gældende regler, afholdes af amtskommunerne og Københavns og Frederiksberg kommuner. For undersøgelser på sygehuse, offentlige klinikker m.v. ydes der ikke honorar.

Opgjort efter det pr. 1. april 1971 gældende prisniveau tilkommer der lægen 46,20 kr. for 1. undersøgelse og jordemoderen 21,45 og 14,30 kr. for henholdsvis 1. og senere undersøgelser.

For så vidt angår spørgsmålet om svangerskabsundersøgelsernes betydning for jordemødrenes økonomiske forhold, henvises til bilag 7.

Til brug ved undersøgelserne er der udfærdiget særlige kuponkort, hvoraf en afrites som regnskabsbilag ved hver konsultation.

Ved indenrigsministeriets cirkulære af 28. september 1966 som ændret ved cirkulære af

22. december 1966 samt ved sundhedsstyrelsens cirkulære af 28. september 1966 er der fastsat nærmere retningslinier for helbredsundersøgelsernes gennemførelse.

Med hensyn til spørgsmålet om, i hvilket omfang undersøgelsestilbudene udnyttes, henvises for så vidt angår 1945-loven til nedenstående oversigt:

Antallet af svangre kvinders besøg hos læge og jordemoder

Finansår 1/4-31/3	Antal levende- fødte børn*)	1. besøg hos læge		2. og 3. besøg hos lægen		Antal besøg hos jorde- moder (indtæl 7)	
		i alt	i % af levende- fødte **)	i alt	1 % af 1. besøg	i alt ***)	i % af antal første besøg hos lægen
1946/47	96100	71990	75	90010	63	260533	52
1949/50	79900	69536	87	95006	68	261648	54
1952/53	76900	71188	92	100669	71	286182	57
1955/56	76800	74029	96	108820	73	301488	58
1958/59	74700	72995	98	109180	75	308367	60
1961/62	76400	77696	102	119245	77	345008	63
1962/63	77800	80141	103	122209	76	353223	63
' 1963/64 "	82400	83117	101	130280	78	379781	65
1964/65	'83400	86653	104	135879	78	390445	64
1965/66	75800	89698	105	142062	79	408484	65

*) Tallene angiver antal levendefødte børn i det kalenderår, hvori de 9 første måneder af det pågældende finansår indgår.

**) Vedrørende den usikkerhed, der knytter sig til den anvendte beregningsmåde, henvises til teksten nedenfor.

***) I de anførte tal indgår de »jordemoderundersøgelser« der undtagelsesvis er foregået hos en læge, jfr. svangerskabs-hygienelovens § 1, da det ikke på grundlag af foreliggende statistisk materiale har været muligt at udskille disse tilfælde.

For så vidt angår spørgsmålet om udnyttelse af tilbudene efter 1966-loven kan følgende anføres:

I finansåret 1967/68 blev der i alt foretaget 267.672 lægeundersøgelser og 368.138 jordemoderundersøgelser. Heraf udgjorde 78.344 1. undersøgelse hos læge og 65.572 1. undersøgelse hos jordemoder, svarende til henholdsvis 96 pct. og 81 pct. af de i kalenderåret 1967 levendefødte børn, (81.410). I finansåret 1968/69 blev der i alt foretaget 260.243 lægeundersøgelser, heraf 75.873 1. undersøgelser svarende til 102 pct. af de i 1968 levendefødte børn (74.543), samt 347.451 jordemoderundersøgelser, heraf 62.098 1. undersøgelser svarende til 85 pct. af de i kalenderåret levendefødte børn. I 1967/68 og 1968/69 blev der som 1. lægeundersøgelse efter svangerskabets afslut-

ning udført henholdsvis 46.752 og 47.089 undersøgelser.

Udnyttelsesgraden af første lægebesøg er teoretisk lig med forholdet mellem antallet af første besøg hos læge og antallet af svangre kvinder. Antallet af svangre kvinder kendes ikke, men for at få et tilnærmet udtryk for udnyttelsesgraden har man sat førstebesøgene i forhold til antallet af levendefødte børn, som ret nøje svarer til antallet af fødende kvinder.

Da antallet af første undersøgelse hos lægen også omfatter de kvinder, hvis svangerskab af en eller anden grund er blevet afbrudt, vil det beregnede udtryk for udnyttelsesgraden af første lægebesøg være for højt. Endvidere er oplysningerne om antallet af svangerskabsundersøgelser baseret på de til sundhedsstyrelsen indsendte kuponer, hvorfor oversigten ikke omfat-

ter undersøgelser foretaget på sygehuse, ambulatorier m.v., idet der som foran anført ikke ydes honorar, for så vidt angår disse undersøgelser.

d) Jordemødrenes arbejdsforhold.

Af jordemodergerningens karakter af frit erhverv følger, at hver jordemoder har sine egne patienter og må stå til rådighed for fødselsbetjeningen af disse, når fødslen indtræder, uanset på hvilket tidspunkt dette sker. Den praktiserende jordemoder har derfor ikke som de fleste andre befolkningsgrupper mulighed for at opnå en fast arbejdstid og en forud fastlagt fritid.

Disse specielle forhold knytter sig dog alene til den del af jordemoderens arbejde, der består i betjeningen af fødsler, idet deres øvrige virksomhed (tilsynsbesøg efter fødsler, svangerskabsundersøgelser, kontormæssig virksomhed) kan tilrettelægges ret frit.

Med henblik på en kortlægning af de særlige arbejdsforhold for praktiserende jordemødre og for at opnå et grundlag til bedømmelse af arbejdstidens længde for jordemødre med forskellige fødselstal, har udvalget indhentet oplysninger fra de udenfor Københavns og Frederiksberg kommuner praktiserende jordemødre om deres arbejde i en 14-dages periode 10.-23. marts 1968. Undersøgelsesmaterialet er bearbejdet af sundhedsstyrelsens medicinal-statistiske afdeling, der om undersøgelsen har afgivet den i bilag 6 optrykte redegørelse.

Efter undersøgelsen har i den pågældende periode af i alt 279 jordemødre 122 jordemødre været til rådighed til stadighed gennem hele perioden, medens 99 har været til rådighed i 13 ud af 14 døgn. Kun halvdelen af jordemødrene har fast aftale med **nabo**j ordemødre om gensidig afløsning i weekends, og faste afløsningsaftaler af anden karakter forekommer kun i ganske få tilfælde.

Den effektive arbejdstid er *fordelt over hele døgnet*, idet gennemsnitligt 56 pct. er placeret i dagtimerne (08.00-18.00), 20 pct. i aften-timerne (18.00-24.00) og 24 pct. i nat-timerne (00.00-07.00).

Den tid, jordemødrene gennemsnitligt har anvendt på arbejde i relation til jordemodergerningen, er pr. døgn, hvor jordemoderen har stået til rådighed *), på grundlag af undersøgelsen beregnet til 4,1 time for jordemødre med 75 fødsler (191 jordemødre havde i 1967: 0-

99 fødsler), 5,1 time for jordemødre med 125 fødsler (102 jordemødre havde i 1967: 100-149 fødsler), 6,3 timer for jordemødre med 175 fødsler (49 jordemødre havde i 1967: 150-199 fødsler) og 6,9 timer for jordemødre med 225 fødsler (65 jordemødre havde i 1967: 200 eller flere fødsler).

e) Jordemødrenes økonomiske forhold.

Størsteparten af jordemødrenes *indtægter* hidrører fra *honorarer for fødselshjælp*. Disse er for så vidt angår fødende, der er medlemmer af sygekasse, fastsat i en med *De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark* indgået overenskomst (senest af 1. april 1971), der tillige indeholder takster for *tilsynsbesøg*. Overenskomsten giver jordemødrene ret til *feriegodtgørelse*, og sygekasserne refunderer jordemødrenes udgifter til *fødepakker* **).

Betaling for *forhastet tilkaldelse* (dvs. tilkaldelse i tilfælde, hvor der ikke ved jordemoderens ankomst findes tegn til begyndende fødsel, og fødslen ej heller indtræffer inden 24 timer efter tilkaldelsen) er i den nye overenskomst optaget som en normal bestemmelse, efter at der efter den tidligere overenskomst i en forsøgsperiode har været adgang til at yde betaling herfor. Tidligere måtte patienten selv afholde udgifterne i forbindelse med forhastet tilkaldelse.

For ikke-sygekassemedlemmer kan fødsels-honorar opkræves efter en af *jordemoderforeningen fastsat og af monopo*ltilsynet godkendt takst. I praksis anvender de fleste jordemødre dog samme takster, som er fastsat i *sygekasseoverenskomsten*.

For betjening af fødende, der er ubemidlede, men ikke er sygekassemedlemmer, fastsættes fødselshonoraret, som omtalt side 13 i henhold til *forsorgslovens* § 47, stk. 3 og § 60, stk. 1, efter de til enhver tid i overenskomsten med sygekasserne fastsatte satser.

Befordringsgodtgørelse betales jordemødrene af sogne- og købstadkommunerne efter en mellem jordemoderforeningen og *De samvirkende Kommunalforeninger* indgået aftale.

Honorarer for *forebyggende helbredsundersøgelser* efter loven om svangerskabshygiejne

*) De af undersøgelsen omfattede jordemødre har gennemsnitlig stået til rådighed 6½ dag pr. uge.

**) Sundhedsstyrelsens forskrifter af 21. april 1969 angående forbindsstoffer til fødselshjælp.

af amtskommunerne efter takster fastsat af de kommunale organisationer efter forhandling med jordemoderforeningen med godkendelse af Kommunernes Lønningsnævn.

Jordemødrenes driftsudgifter er navnlig knyttet til anskaffelse og vedligeholdelse af automobil, tilvejebringelse af konsultationslokale (med toilet og venteværelse), anskaffelse af instrumenter og hjælpemidler og telefon.

I bilag 7 er foretaget en opstilling over indtægter og driftsudgifter for jordemødre med forskellige fødselstal.

For distriktsjordemødrenes vedkommende kommer til de nævnte indtægter distriktsj. ordemoder lønnen og fordelene ved at have tjenestebolig eller oppebære boligtilskud.

Med hensyn til driftsudgifterne får distrikts-

jordemødrene tilskud til udgifter til instrumenter og telefon.

Til de nævnte fordele kommer distriktsjordemødrenes pensumligt aktuarmæssigt at omregne værdien af dette pensions gode til et beløb, der kan tillægges den årlige indtægt.

Nedenfor er - på grundlag af de pr. 1. april 1971 gældende honorarsatser m.v., jfr. nærmere bilag 7 - foretaget en opstilling af driftsoverskuddet for privatpraktiserende jordemødre og distriktsjordemødre (henholdsvis på slutløn og begyndelsesløn). Der er samtidig anført antallet i 1967 af henholdsvis distriktsjordemødre og privatpraktiserende jordemødre med forskellige fødselstal:

Årligt fødselstal	Driftsoverskud			Årligt fødselstal	Antal jordemødre	
	Privat praktiserende	Distriktsjordemoder*)			Privat praktiserende	Distriktsjordemoder
		Begyndelsesløn	Slutløn			
75	ca. 26.000	45.000	53.000	50– 99	23	108
125	ca. 43.000	62.000	70.000	100–149	7	95
175	ca. 64.000	83.000	91.000	150–199	10	39
225	ca. 82.000	101.000	109.000	200 og derover	45	20

Antallet af henholdsvis distriktsjordemødre og privatpraktiserende jordemødre fordelt efter forskellige årlige fødselstal viser, at den oprindelige forudsætning for at opretholde et forskelligt økonomisk grundlag for de to grupper - at distriktsjordemødrene er koncentreret i tyndt befolkede egne med lave fødselstal - ikke længere er til stede. Efter de tilgrundliggende forudsætninger måtte det forventes, at distriktsjordemødrene ville være koncentreret i gruppen med de laveste fødselstal, samt at privatpraktiserende jordemødre ikke ville forekomme i denne gruppe.

Årsagen hertil er dels, at der i tiden siden gennemførelse af distriktsjordemoderloven i 1953 er nedlagt et stort antal små landdistrikter, hvorved den økonomiske basis for de tilbageblevne er forbedret, dels at antallet af privatpraktiserende jordemødre i provinsbyerne har været dalende, hvorfor distriktsjordemødrene i omegnen af byene har overtaget en del af de hidtidige privatpraktiserende jordemødres fødsler.

Den bymæssige udvikling omkring provinsbyerne har endvidere forbedret praksismulighederne for jordemødre, der er ansat i de i disse områder - på grundlag af områdets tidligere tyndt befolkede karakter - oprettede distriktsjordemoderstillinger.

Som følge dels af den nævnte ulighed i vilkårene for privatpraktiserende jordemødre og distriktsjordemødre dels af, at der i de senere år er nyoprettet mange **hospitalsj** ordemoderstillinger, har antallet af jordemødre, der har nedsat sig i privat praksis i de senere år været meget lavt, og i visse provinsbyer har der i perioder kunnet konstateres mangel på privatpraktiserende jordemødre, uanset at der i disse områder i og for sig foreligger tilstrækkelige indkomstmuligheder.

Af nogle kommuner blev den foreliggende

*) I beregningen for distriktsjordemødre er alene medtaget selve distriktsj. ordemoderlønnen, ikke værdien af de øvrige distriktsjordemodergodter, jfr. bilag 7.

mangel på praktiserende jordemødre foreslået afhjulpnet ved oprettelse af distriktsjordemoderstillinger også i de egentlige byområder. Da de forudsætninger herfor, som distriktsjordemoderloven bygger på, imidlertid ikke kunne anses for opfyldt, fandt indenrigsministeriet ikke at kunne godkende oprettelse af disse stillinger.

Om denne situation blev der i 1967 ført en række drøftelser mellem jordemoderforeningen, købstadforeningen, amtsrådsforeningen og indenrigsministeriet, og der blev herunder opnået enighed om, at de to kommunale organisationer som en midlertidig ordning over for deres medlemmer ville anbefale, at kommunerne *dels* yder praktisk støtte til etablering af jordemødre i privat praksis, *dels* yder de pågældende privatpraktiserende jordemødre et vederlag på indtil 550 kr. månedlig for bistandsforpligtelsen efter jordemoderlovens § 9.

De muligheder for en forbedring af privatpraktiserende jordemødres forhold, der herved blev åbnet mulighed for, er efter det for udvalget oplyste udnyttet i 8 tilfælde.

f) Jordemødrenes krav på befordringsgodtgørelse.

Ifølge bestemmelsen i jordemoderlovens § 13 har en jordemoder krav på passende befordring eller godtgørelse herfor, når hun tilkaldes til en hjemmefødende. Tilsvarende befordring eller godtgørelse herfor tilkommer der jordemoderen, når hun i øvrigt foretager rejser i sin praksis, herunder for at bistå ved fødsler på sygehus eller lignende - under forudsætning af, at rejsen strækker sig udover 1 km fra bopælen og uden for den by, hvori hun er bosat.

Dette krav har jordemoderen, hvad enten den fødende er medlem af en sygekasse eller ej. I de tilfælde, hvor den fødende er nydende medlem i gruppe A, opnår jordemoderen imidlertid i visse tilfælde ret til befordringsgodtgørelse fra den fødendes opholdskommune. Reglen i § 21 i bekendtgørelse nr. 403 af 23. oktober 1967 af lov om den offentlige sygesikring bestemmer nemlig, at der på begæring ydes befordringsgodtgørelse til jordemødre, som yder hjælp til A-medlemmer i **barselstilfælde** efter reglerne i lovens kap. IV i overensstemmelse med takster fastsat i overenskomst mellem jordemoderforeningen og de kommunale organisationer. For ydelse af befordringsgodtgørelse til jordemødre i forbindelse med besøg hos patienten er der fastsat visse afstands-

begrænsninger. Der ydes således ikke befordringsgodtgørelse ved de fleste kørsler indenfor bymæssig bebyggelse og heller ikke ved kørsel til patienter, der opholder sig indenfor 1 km's afstand fra jordemoderens bopæl. Der ydes endvidere normalt kun befordringsgodtgørelse til en jordemoder for kørsel indenfor en afstand af 10 km i hver retning. Der ydes dog altid, uanset afstand, befordringsgodtgørelse til den nærmest boende jordemoder, der ikke er forhindret i at yde bistand, og til den distriktsjordemoder, i hvis distrikt medlemmet opholder sig.

Uanset de ovenfor omtalte afstands begrænsninger er opholdskommunen forpligtet til at yde godtgørelse for jordemoderens befordring, når hun tilkaldes til fødsel på sygehus, på hvilket sygekassen i opholdskommunen har **ret** til indlæggelse mod nedsat betaling. Kommunen er endvidere forpligtet til at yde godtgørelse for nødvendige udgifter ved, at en jordemoder, der skal bistå ved fødslen på sygehuset, ledsager den fødende til dette, og ved jordemoderens tilbagerejse i sådanne tilfælde.

Det er en betingelse for ydelse af befordringsgodtgørelse, at befordringen sker i forbindelse med en behandling, som sygekassen har betalingspligt for. Der ydes således ikke alene befordringsgodtgørelse for kørsel til fødsel, men også for kørsel i forbindelse med 2 tilsynsbesøg efter fødslen, samt til kørsel i forbindelse med en forhastet tilkaldelse. Derimod har en jordemoder ikke krav på befordringsgodtgørelse, såfremt hun tilkaldes til en abort eller til egentlige sygdomstilfælde.

Lov om offentlig sygesikring, der træder i kraft den 1. april 1973, medfører, at administrationen af befordringsgodtgørelser til jordemødrene fra denne dato overgår til amtskommunen helt eller delvis. Samtidig åbnes der adgang til at yde jordemødrene befordringsgodtgørelse i videre omfang, end det er tilfældet i dag i forbindelse med tilkaldelser til sygehuse.

2. Sygehusbetjeningen af fødsler

I overensstemmelse med de anvisninger, som blev givet i betænkning II om fødselshjælp m.v. fra 1956, er der i den siden forløbne periode sket en væsentlig udbygning af kapaciteten på sygehusenes fødeafdelinger og gynækologisk-obstetriske afdelinger jfr. tabel 7 a, hvoraf det fremgår, at antallet af sengepladser til fødende

på egentlige specialafdelinger fra 1956 til 1969 er steget fra ca. 500 til 880. Hertil er der siden kommet yderligere ca. 100 sengepladser fordelt på 5 nyoprettede specialafdelinger. Af tabel 7 b fremgår det imidlertid, at antallet af sengepladser i forhold til antallet af fødsler er noget varierende i de forskellige dele af landet.

Ligeledes efter forslag fra betænkningen er der i 1961 ved en ændring af sygehusloven etableret muligheder for en tilknytning af private fødeklinikker til den offentlige fødselsbetjening, idet loven skabte hjemmel for at yde tilskud i henhold til sygehusloven også for indlæggelsesdage på sådanne institutioner under forudsætning af, at de indgik som et led i det kommunale sygehushvæsen.

De herved etablerede muligheder er i første række udnyttet af Københavns amtskommune, der har sluttet aftale om indlæggelse af fødende på i alt 10 fødeklinikker i hovedstadsområdet. Med disse klinikker er der sluttet kontrakter, som dels giver kommunen indlæggelsesret for fødende mod en nærmere fastsat betaling, og dels giver kommunen et indseende med fødeklinikkernes indretning og ledelse. Udenfor hovedstadsområdet er der på tilsvarende måde etableret kontrakter mellem kommuner og 7 private fødeklinikker.

De forøgede muligheder for fødsler på institution har haft en meget stærk stigning i institutionsfødslernes andel i det samlede fødselstal til følge, idet institutionsfødslerne, som det fremgår af tabel 2 a, i tiden fra 1956 til 1969 er steget fra ca. 36.000 til ca. 58.000, medens hjemmefødslerne i samme tidsrum er faldet fra ca. 42.000 til ca. 13.000. Hjemmefødslernes andel af det samlede fødselstal er herved formindsket fra ca. 54 pct. til ca. 19 pct., jfr. tabel 2 b. Af den sidstnævnte tabel vil det imidlertid fremgå, at procenten af hjemmefødsler er meget forskellig i de forskellige områder; medens den i hovedstadsområdet kun var 3 pct., lå den i Randers og Ringkøbing amter på nærværd 50 pct.

Udviklingen har også givet sig udslag i jordemødrenes ansættelsesforhold, jfr. tabel 4. Der foreligger ikke for året 1956 en helt klar fordeling af jordemødrene på beskæftigelsesforhold, men fra 1961 til 1969 er antallet af sygehus- og klinikansatte jordemødre steget fra 92 til 184, medens antallet af praktiserende jordemødre samtidig er faldet fra 552 til 392.

Når ændringen af fordelingen mellem jordemødre, der driver praksis, og jordemødre, der

er ansat på institutioner, ikke er ændret så kraftigt, som ændringen i fødestedet for fødslerne egentlig kunne indicere, hænger det sammen med, at jordemoderhjælpen også på sygehus i meget vidt omfang varetages af praktiserende jordemødre.

Det fremgår således af tabel 6 b, at den største andel af de sygehus- og klinikansatte jordemødre fungerer i hovedstadsområdet. Antallet af sygehusansatte jordemødre i provinsen var kun 40 i 1969. Sygehusansatte jordemødre forekom udenfor hovedstaden kun i Odense, Vejle, Århus og Ålborg, amter, hvortil kommer en enkelt i Ribe og Viborg amter. Hertil er siden kommet en enkelt i Storstrøms og Ringkøbing amter.

De sygehusansatte jordemødre aflønnes efter overenskomst mellem jordemoderforeningen og Amtsrådsforeningen i Danmark og Københavns kommune, (der tiltrædes af Frederiksberg kommune) og efter indgået aftale med ministeriet for statens lønnings- og pensionsvæsen.

Efter overenskomsten aflønnes sygehusansatte jordemødre efter samme regler som gælder for andre personalekategorier, dvs. en ugentlig arbejdstid på 41 $\frac{3}{4}$ time.

De pågældende har ret til en ugentlig fridag, og der ydes dem særskilt betaling for overarbejde, for tjeneste i forskudt tid (f. eks. på lørdage, søndage og om natten), ligesom de får særligt vederlag for vagt på sygehuset eller tilkaldevagt i hjemmet efter tilsvarende regler, som gælder for andre personalekategorier på sygehuse.

Hvor fødsler betjenes af praktiserende jordemødre, eksisterer der ikke noget ansættelsesforhold mellem sygehuset og jordemoderen. Sygehuset tilvejebringer den egentlige hospitalsmæssige, herunder lægelige, betjening af fødslen, medens det er patientens egen jordemoder, der udfører jordemoderbetjeningen. Derfor modtager hun vederlag efter de almindeligt gældende bestemmelser om fødselshonorarer.

Fødsler på de efter sygehusloven godkendte klinikker betjenes enten af klinikkens egne jordemødre eller af patientens jordemoder. Klinikken oppebærer i henhold til den indgåede overenskomst med kommunen takstmæssig betaling for patientens ophold på klinikken, medens jordemoderbetjeningen betales af patienten ligesom ved fødsler i hjemmet eller på sygehus, hvor jordemoderbetjeningen foregår ved praktiserende jordemødre (det vil normalt sige af patientens sygekasse eller sygeforsikring).

KAPITEL III

Vurdering af den nuværende ordning

A. Stedet hvor fødslen foregår

Som det fremgår af redegørelsen i kapitel II, findes der ikke her i landet almindelige regler om kvinders ret til fødsel uden for hjemmet - bortset fra, at enligt stillede kvinder har adgang til fødsel på Rigshospitalet og på fødselsanstalten i Jylland - og praksis på dette område er stadig præget af uensartethed, især for så vidt angår indlæggelse af ikke-patologiske tilfælde. Medens der efterhånden er skabt mulighed for, at så at sige samtlige fødende med komplikationer eller forøget risiko kan føde på sygehusene, og inden for store dele af landet på specialafdelinger, er derimod den normale svangres mulighed for indlæggelse i vidt omfang afhængig af den pågældendes opholdssted i landet. Nogle steder modtages alle svangre på sygehus eller på klinik med overenskomst med kommunen, andre steder er der ikke mulighed for normale gravide, der ønsker at føde ude, for at blive indlagt på sygehus eller kommunal klinik.

Til de eksisterende muligheder for fødested skal udvalget bemærke

a) Fødsel i hjemmet.

I 1969 fandt 19 pct. af alle fødsler sted i hjemmet, varierende fra 3 pct. i Københavns kommune til 54 pct. i et enkelt jysk amt, men antallet af fødende, som ønsker denne form for fødsel, er hastigt dalende.

Ud fra et obstetrisk synspunkt har hjemmefødsel i den forløbne tid været anset for forsvarelig, forudsat at der ved jordemoder- og lægeundersøgelse i graviditeten ikke er fundet tegn til, at der vil opstå komplikationer under fødslen. Udviklingen inden for obstetrikken har imidlertid gjort det muligt, selv når en normal fødsel forventes, at påvise faktorer, der kan true fosteret. Endvidere kan der i tilslutning til en tilsyneladende normal fødsel opstå akutte situationer, der kan true moderens og barnets

liv. Dette i forbindelse med det stigende ønske om udefødsel medfører, at man må regne med, at hjemmefødsel på længere sigt vil blive undtagelsen.

b) Klinikfødsel

Den ved sygehusloven etablerede adgang til at knytte fødeklinikker til den offentlige fødselsbetjening har visse steder, og især inden for Københavns-området, bevirket, at det har været muligt at efterkomme helt eller delvis det stigende ønske om udefødsel.

Som ved hjemmefødsel er forudsætningen, at klinikkerne kun skal modtage normale fødende, og at de skal have en vis tilknytning til en obstetrisk specialafdeling eller til en anden sygehusafdeling.

Det er imidlertid udvalgets opfattelse, at klinikfødsel næppe på tilfredsstillende måde kan opfylde de krav, der i fremtiden bør stilles til institutionsfødsel. Således findes der i almindelighed på disse klinikker ikke det lægelige **vagtberefskab** eller de faciliteter, der kan blive behov for, når der optræder uforudsete komplikationer under fødslen, og hvor indlæggelse på sygehus eller specialafdeling derfor bliver nødvendig. I den forbindelse kan nævnes, at **Ingerslev** ¹⁾ for nylig har undersøgt forholdene omkring en nyindrettet kommunal fødeklinik for normal fødende og fundet, at 12 pct. af de fødende blev overflyttet til specialafdeling på grund af komplikationer omkring fødslen.

Efter udvalgets opfattelse kan klinikfødsel indtil videre være en forsvarlig løsning på steder, hvor indlæggelse af normale fødende på sygehus eller specialafdeling endnu ikke kan ske, men forudsætningen bør være en omhyggelig udvælgelse af de normale fødende og et nært samarbejde med sygehusafdeling eller specialafdeling.

¹⁾ Ingerslev, Mogens: Klinikfødsler i fremtidens sygehusvæsen, Ugeskrift for Læger, 1970, pag. 2453-56.

c) *Fødsel på almindeligt sygehus.*

Denne form for fødsel har den fordel fremfor klinikfødsler, at der er vagtberedskab på sygehuset, og på de kirurgiske afdelinger også kirurgiske og anæstesiologisk sagkundskab, men i almindelighed ikke obstetrisk specialsagkundskab. Selv om sådanne sygehusafdelinger kan varetage ikke blot normale fødsler, men tillige i et vist omfang komplicerede fødsler, er denne løsning efter udvalgets opfattelse ikke ideel, idet det ikke kan undgås, at der i nogle tilfælde vil optræde uforudsete komplikationer af en sådan karakter, at overflytning til specialafdeling vil være påkrævet. Den omhandlede form for fødsel må vel indtil videre anses for rimeligt betryggende, når det drejer sig om normale fødsler, men det er vigtigt, at de almindelige sygehuse har et snævert samarbejde med områdets obstetriske specialafdeling, og at de fødsle om fornødent overflyttes hertil.

d) *Fødsel på obstetrisk specialafdeling.*

Som foran omtalt er der inden for sygehusvæsenet i de senere år sket en udbygning af de obstetriske specialafdelinger, som på andre specialområder inden for lægegerningen - og denne udbygning må forudses at ville fortsætte.

Det kan i den forbindelse anføres, at i denne periode er der sket en klar nedgang i den perinatale dødelighed, dvs. spædbørnsdødeligheden før, under og i løbet af de første 7 dage efter fødslen. Således lå den perinatale dødelighed i 1956 på 31,4 ‰, medens den i 1968 udgjorde 18,9 ‰ og man må regne med, at de obstetriske specialafdelinger har en væsentlig andel i denne udvikling.

Kærn²⁾ har vist, at der er en snæver forbindelse mellem udefødslerne antal samt tilstedeværelsen af en specialafdeling på den ene side og den perinatale dødeligheds størrelse på den anden side. Kærn fandt, at den samlede spædbørnsdødelighed tiltog, jo længere vestpå og nordpå man kommer i Danmark, således at den i Nordjylland i midten af halvtredserne lå ca. 20 pct. højere end i hovedstadsområdet.

For fuldbårne børn var dødeligheden i Nordvestjylland dobbelt så stor som i København.

Endvidere har Ingerslev og Thomsen Pedersen³⁾ i 1960 ved en detaljeret analyse af den obstetriske organisation i to jyske amter uddybet Kærns iagttagelser og samtidigt peget på forskellige svagheder i den daværende organisa-

tion. Ved en sammenligning mellem den perinatale dødelighed i et østjysk amt - med højt udviklet obstetrisk organisation - og i et nordjysk var det for det nordjyske amts vedkommende iøjnefaldende, at alt for få fødende med komplikationer og fødende med øget risiko blev indlagt på sygehus, at sygehuse kunne modtage meget få syge svangre, og at der stort set ikke var mulighed for bistand ved speciallæge i obstetrik til forebyggelse og behandling af komplikationer.

Der henvises endvidere til de synspunkter, der er indeholdt i en af *Dansk selskab for gynækologi og obstetrik* i 1970 afgivet betænkning (omtalt nærmere nedenfor i kap. IV s. 26).

B. Jordemoderens stilling under den nuværende ordning

Ved bedømmelsen af den gældende jordemoderordning må det have i erindring, at de ændringer, som fandt sted i 1953, ikke kunne betegnes som en egentlig nyordning, men alene som visse forbedringer af den tidligere ordning, hvis hovedprincipper man byggede videre på. Det er derfor næppe for meget at sige, at den ordning, som blev resultatet af ændringerne i 1953, allerede dengang var ved at komme ud af trit med udviklingen, og den siden da stedfundne udvikling på de lægelige, sygehustekniske og transportmæssige områder har yderligere øget afstanden mellem den bestående jordemoderordning og det samfund, den skal betjene.

Den gældende ordning skulle betjene et samfund, som kun i mindre omfang kendte til hospitalisering af fødsler, men som forudsatte hjemmefødsler som det primære. Dette skyldtes befolkningens tradition, manglen af obstetrik som lægespeciale, sygehuses forholdsvis beskedne udbygning, den manglende forståelse af profylaksens betydning og endelig samfærdselsmidlernes utilstrækkelighed. Man måtte derfor bygge på et system af lokalt placerede jordemødre, som kunne tage sig af de svangre under svangerskabet, bistå ved selve fødslen og drage omsorg for såvel moder som barn efter denne.

Der er næppe tvivl om, at denne ordning

²⁾ Kærn, Teit: Den perinatale dødelighed, Bibliotek for Læger 1959.

³⁾ Ingerslev, M. og G. Thomsen Pedersen: Forhandlinger ved Nordisk Forening for Obstetrik og Gynækologi. 11. kongres i Helsingfors 18.-20. august 1960.

rummede betydelige fordele. Der opnåedes efter tidens forhold gennem den store stab af veluddannede og interesserede jordemødre en høj grad af sikkerhed for de svangre og for fødslernes forsvarlige afvikling. Der bestod ofte et personligt tillidsforhold mellem jordemoderen og den svangre, som i høj grad bidrog til at skabe et tryghedsforhold hos de fødende, hvilket heller ikke må undervurderes som terapeutisk moment, og som yderligere til en vis grad imødekom behovet for social bistand. Bestræbelsen for at tilskynde jordemødre til at nedsætte sig i tyndt befolkede og fjært liggende egne (og senere distriktsjordemoderordningen) bevirkede, at der i alle egne af landet fandtes jordemødre, til hvilke afstanden ikke var større, end at den kunne overvindes med de befordringsmidler, som dengang var til rådighed.

Efterhånden som udviklingen skred fremad på forskellige samfundsområder, viste det sig imidlertid, at denne ordning ikke slog til. Befolkningens traditionelle opfattelse af hjemmefødsler som det »naturlige« af svækkedes efterhånden. Dette skyldtes dels den stigende forståelse af hygiejens betydning, dels en bedre forståelse af, at en fødsel er en begivenhed, der medfører så store forandringer i legemets naturlige rytme, at den hvad muligheden for komplikationer angår, nærmer sig en sygdom. Denne ændring i opfattelsen fremskyndedes ved udviklingen på sygehusområdet, dels derved at befolkningen i stigende grad vænnedes til at betragte sygehuset som det sted, hvor man henvendte sig i tilfælde af større legemlige komplikationer, dels - og dette efterhånden i stigende grad - derved at sygehusene blev bedre og bedre udrustet til at modtage fødslerne, en udvikling, der har nået sin foreløbige kulmination i anerkendelsen af obstetrik som et lægeligt speciale og oprettelsen af obstetriske specialafdelinger.

Disse forhold førte til en udvikling, som i stigende omfang viser en tendens bort fra hjemmefødsler og mod institutionsfødsler.

At denne udvikling har kunnet ske uden ændring af den traditionelle jordemoderordning skyldes, at sygehusfødslerne i meget vidt omfang er blevet betjent af praktiserende jordemødre, idet sygehusmyndighederne har vist tilbageholdenhed over for fastansættelse af jordemødre med heltidsbeskæftigelse på sygehuset.

Antallet af sygehus- og klinikansatte jordemødre er imidlertid alligevel steget ret betydeligt, især i hovedstadsområdet.

Stillingerne har på grund af den tidssvarende arbejdstilrettelæggelse, som der er mulighed for på institutionerne, haft en stor tiltrækningskraft for især de nyuddannede jordemødre. Af jordemødre født i 1934 eller senere havde således 93 i 1967 ansættelse på sygehus og klinik, medens kun 22 er privatpraktiserende eller distriktsjordemødre. I gruppen født 1924-1933 er derimod kun 34 ansat på sygehus eller klinik, medens 79 virker som praktiserende jordemødre.

Årsagen til den manglende tilgang til jordemoderpraksis i de senere år kan i et vist omfang formentlig også søges i, at der hos jordemødre har hersket en betydelig utryghed over for den fremtidige udvikling. Med en fortsat nedgang i antallet af hjemmefødsler bliver de praktiserende jordemødre i stigende grad henvist til at betjene sygehusfødsler og bliver herved afhængige af, i hvilket omfang sygehusene på længere sigt vil gøre brug af deres arbejdskraft. For sygehusenes ledelse må der naturligt opstå spørgsmål om, hvorvidt det for tilrettelæggelsen af afdelingens drift vil være mere hensigtsmæssigt at lade hospitalsansatte jordemødre overtage i hvert fald en del af fødselsbetjeningen. Sådanne overvejelser vil yderligere blive forstærket i det omfang, jordemødrenes tilbageholdenhed over for nedsættelse i praksis giver sig udslag i en lokal jordemodermangel, der kan udsætte sygehusene for at stå uden jordemoderhjælp ved fødsler.

Det var imidlertid ikke blot institutionsfødselens fremtrængen, der tog grunden bort under den gammeldags selvstændige jordemoder med en forholdsvis begrænset og personlig praksis. Selv om jordemødrene udførte et stort og påskønnelsesværdigt arbejde med omsorgen for de svangre i svangerskabsperioden, kunne der for en jordemoder i isolation ikke blive tale om profylakse i moderne forstand, dels fordi den isolerede jordemoder manglede det fornødne undersøgelsesapparat, dels fordi profylaksens omfang og art afhang af den enkelte jordemoders arbejdsmuligheder og derfor ikke kunne blive systematisk og ensartet.

Hvad de sociale aspekter angår, viste der sig et lignende billede. Efterhånden som kravene til social bistand til de svangre og deres familier øgedes, blev det klart, at den isolerede jordemoder ikke havde de nødvendige kontaktmuligheder til andre organer.

Endelig må det siges, at udviklingen også løb fra bestræbelserne for at placere et tæt net

af jordemødre over hele landet, idet den korte afstand til jordmoderen blev mindre påkrævet på grund af de moderne samfærdselsmidler, og idet det viste sig, at jordemødrene - trods alle forsøg på at sprede dem - samlede sig i de tættest befolkede områder.

Til slut må det tilføjes, at hele denne udvikling medførte en forringelse af den enkelte jordemoders forhold. Nogle fik distrikter, som de ikke kunne overkomme, og andre fik distrikter, som de ikke kunne leve af, og hertil kom, at de førstnævnte fik ganske utilfredsstillende arbejdsforhold med lang og skiftende arbejdstid og belastende vagter.

At udviklingen allerede omkring midten af 1950-erne var løbet ret langt i den ovenfor angivne retning ses af de ganske vidtrækkende forslag, der indeholdtes i betænkningen fra 1956, jfr. side 10.

Af forskellige grunde blev disse forslag ikke fuldt ud gennemført, men betænkningen må dog ikke undervurderes som katalysator for den ovenfor beskrevne udvikling.

Som en følge af udviklingens krav må også nævnes **ændringen** i 1966 af svangerskabs-hygieneloven, hvorved adgangen til forebyggende helbredsundersøgelser udvidedes til at omfatte indtil 5 hos en læge og 6 å 7 hos en jordemoder. Det forhold, at disse foranstaltninger ikke var led i en samlet systematisk opbygning af fødselshjælpen, har imidlertid formentlig været medvirkende til, at lovens muligheder ikke er blevet rationelt udnyttet, jfr. herom side 14 ff og side 28.

Af de ovenfor anførte grunde er der enighed i udvalget om, at den gældende **jordemoder-**ordning har overlevet sig selv og bør afløses af en ny ordning.

KAPITEL IV

Grundlaget for den ny ordning

A. Enhedsledelse af fødselshjælpen

Det fremgår af foregående kapitel, at en af grundene til, at den gældende ordning ikke (længere) fungerer tilfredsstillende, er den spredte organisation af fødselshjælpen. Udvalget mener derfor, at der må sigtes på en samlet organisation under en enhedsledelse.

Der er allerede - se ovenfor side 8-9 - ad lovgivningsvejen gjort flere skridt til at samle fødselshjælpen under én offentlig myndigheds - amtskommunens - ledelse. Den nødvendige enhed kan imidlertid ikke opnås alene ved at henlægge disse opgaver til amtskommunen, idet sundhedsvæsenet er delt mellem social- og sundhedsudvalget og sygehusudvalget. Der må derfor tages stilling til, under hvilket af disse udvalg fødselshjælpen skal sortere.

For at lægge fødselshjælpen under social- og sundhedsudvalget taler det, at fødselshjælpen har stærke sociale aspekter, og at der derfor bør være nær kontakt til de sociale myndigheder og disses bistandsforanstaltninger. Det har imidlertid været afgørende for udvalget, at fødselshjælpen i alle dens faser (profylakse, fødsel og barselshvile) bør være en enhed, og da det er sygehusvæsenet, der forestår (eller vil komme til at forestå) den centrale fase - fødslen - finder udvalget, at fødselshjælpen i sin helhed bør være en sygehusopgave.

Man foreslår derfor fødselshjælpen henlagt under amtsrådets sygehusudvalg.

Ved denne ordning kan man efter udvalgets opfattelse opnå den hidtil savnede ensartede opbygning af fødselshjælpen i alle landets områder og en optimal udnyttelse af de forhåndenværende ressourcer (sygehuse, læger, jordemødre m.m.).

Man opnår tillige den nødvendige samling og koordinering af de enkelte ledes bestræbelser. Endelig kan man gennem det i § 23, stk. 2, i lov om offentlig sygesikring omhandlede fællesudvalg af amtskommunens social- og sundhedsudvalg og sygehusudvalget - opnå den nødvendige kontakt med de sociale myndigheder.

Tilsvarende betragtninger (ensartet arbejdsgang, optimal udnyttelse af ressourcer og koordinering af bestræbelserne) har ført udvalget til at foreslå den lægelige ledelse af hele fødselshjælpen (inden for og uden for sygehusene) henlagt til chefen for amtskommunens gynækologisk-obstetriske specialafdeling.

I de tilfælde, hvor der findes flere specialafdelinger inden for amtskommunens område, må sygehusudvalget tage stilling til, hvorvidt ledelsen af fødselshjælpen i det samlede område bør henlægges til en bestemt chef, eller hvorvidt cheferne for gynækologisk-obstetriske afdelinger skal have ledelsen af et bestemt fast afgrænset område.

Det bemærkes i denne forbindelse, at der ikke herved er tilsigtet nogen begrænsning af embedslægens beføjelser i henhold til loven om embedslægevæsenet, selv om det nok rent faktisk vil føre til en noget svækket indflydelse for embedslægerne på fødselshjælpens daglige drift.

B. Stedet hvor fødslen finder sted

De muligheder for fødselens placering, som kan komme på tale, er: 1) den fødendes hjem og 2) en institution. Inden for sidstnævnte mulighed er der 3 varianter: a) klinik, b) alm. sygehusafdeling og c) gynækologisk-obstetriske specialafdeling.

ad 1) Som ovenfor - bl. a. side 20 og 22 - omtalt, hviler den bestående ordning på den forudsætning, at hjemmefødslen er det primære. Udviklingen har imidlertid medført, at hjemmefødslerne er trængt stærkt tilbage, og det er sandsynligt, at de i løbet af en overskuelig årrække de fleste steder vil blive betragtet som et levn fra fortiden. Foruden de på side 20 omtalte forhold, vil man her tilføje følgende, som yderligere understreger, at hjemmefødslernes tid er ved at være forbi.

Til trods for en stadig bedre visitation til sygehus eller specialafdeling af kvinder med

forventede komplikationer eller med forøget risiko, og til trods for forbedrede hygiejniske og boligmæssige forhold, optræder der alligevel ved ca. 10 pct. af fødslerne uventede komplikationer, hvoraf mange røber deres alvorlige karakter pludseligt og ofte først bliver kendelige, når kvinden er i fødsel, eller efter fødslen. I disse uforudsete komplikationstilfælde er øjeblikkelig indsats med læger og apparatur nødvendig. Medens det altid på sygehusene er muligt med ganske kort varsel at tilkalde lægelig assistance, er dette ofte ikke muligt ved **hjemmefødsler**; dette kan forringe muligheden for et heldigt udfald, og man risikerer at blive nødt til under eller efter fødslen at transportere patienten til sygehus, hvilket er betænkeligt, selv hvor det drejer sig om mindre afstande.

Mod institutionsfødsler — og derfor som argument for hjemmefødslerens bevarelse — er det anført, at det på institutionerne kan være vanskeligt for patienten at opnå det samme kendskab som ved hjemmefødsel til de personer, der skal bistå ved fødslen. Ved hjemmefødsler vil patienten være bekendt med jordemoderen fra de profylaktiske undersøgelser, og den assisterende læge vil ofte være kvindens egen praktiserende læge. Hertil må imidlertid bemærkes, at udviklingen har medført, at de hjemmefødende i stadig stigende grad betjenes af andre end de sædvanlige læger. I det omfang det er muligt at lade en af de jordemødre, der har deltaget i de profylaktiske undersøgelser, ledsage den fødende til institutionen og assistere ved fødslen der, vil den personlige kontakt mellem patient og jordemoder i øvrigt til en vis grad kunne bevares.

Der har også været talt om den forøgede infektionsrisiko, som man tidligere erfaringsmæssigt måtte regne med på fødeafdelingerne, men den risiko er i dag reduceret betydeligt, ikke mindst gennem den udbredte anvendelse af det såkaldte »**rooming – in**« system (dvs. en indlæggelsesform, hvor patienter indlagt samme dag i videst muligt omfang søges holdt samlet, og hvor barnet befinder sig hos moderen).

På dette grundlag er udvalget nået til den opfattelse, at det er en forudsætning for opnåelse af en tilfredsstillende fødselshjælp, at der tilsikres alle kvinder, der fremsætter ønske derom, adgang til fødsel på institution.

Det bemærkes for en ordens skyld, at det ikke hermed er tanken, at der skal indføres en absolut ret til institutionsfødsel (uafviselighed). Fødsler må i henseende til aktuell indlæggelses-

mulighed behandles på lige fod med andre indlæggelser i overensstemmelse med gældende Visitationsregler.

Det bemærkes endvidere, at der er enighed i udvalget om, at valget for den normalt svangre mellem institutions- eller hjemmefødsel ikke kan afgøres efter generelle regler, men må afhænge af en individuel bedømmelse i det konkrete tilfælde, og at valget i sidste instans må træffes af den fødende selv.

Det er imidlertid væsentligt, at den gravide, inden hun bestemmer sig for valg af fødested, tilbydes mulighed for en eller to ambulante undersøgelser på områdets specialafdeling. Da det ikke er ualmindeligt, at de, der f.eks. på grund af forholdene i hjemmet trænger mest til fødsel på institution, ønsker at føde hjemme, er det af stor betydning, at kvindens egen læge og jordemoderen udover en obstetrisk rådgivning tillige rådgiver kvinden om valg af fødested ud fra deres kendskab til kvindens personlige og sociale forhold.

Det er tidligere omtalt, at institutionsfødslernes andel af samtlige fødsler i 1969 udgjorde 81 pct., men at andelen var meget forskellig fra landsdel til landsdel. Det må derfor forudses, at der vil hengå nogen tid, inden et forslag om befolkningens adgang til fødsel uden for hjemmet kan realiseres overalt i landet.

ad 2) Af de ovenfor anførte grunde opererer den ordning som udvalget vil foreslå, med institutionsfødsler som det primære.

Det næste spørgsmål bliver herefter, om fødslen bør finde sted på klinik, alm. **sygehusafdeling** eller specialafdeling.

a) *Klinik.* Selv om det er udvalgets opfattelse, at fødsel på klinik næppe opfylder de krav, man i fremtiden må stille til en institutionsfødsel, navnlig fordi tilkaldelse af lægelig assistance kan være vanskelig, finder udvalget dog af hensyn til muligheden for en hurtig realisation af det opstillede mål, at de kvalitativt bedste af de eksisterende klinikker i en tid fremover må indgå som en del af amtskommunernes samlede institutionsmæssige fødekapacitet. Der har imidlertid i udvalget været enighed om, at der på længere sigt bør stræbes mod afvikling, eventuelt overgang til anden funktion (f.eks. som barselshvileafdelinger) af klinikkerne, samt om at nyetablering ikke bør finde sted.

b) *Almindelige sygehusafdelinger.* I det omfang bestående klinikker ikke udfylder eller

menes at kunne udfylde det behov for yderligere institutionspladser, som det ovennævnte mål - institutionsfødsel efter ønske - forudsætter, må de nødvendige pladser fremskaffes på almindelige sygehusafdelinger eller specialafdelinger.

I dag finder et stort antal fødsler sted på de almindelige sygehusafdelinger, og det er udvalgets opfattelse, at denne fødeform i betragtning af disse afdelingers udstyr med apparatur og lægeassistance er rimeligt betryggende, når det drejer sig om normale fødsler.

Det er selvsagt vanskeligt at foretage nøjagtige beregninger af, hvor mange sygehussenge det vil være nødvendigt at fremskaffe for at institutionspladsernes antal må betragtes som værende tilstrækkeligt.

Under forudsætning af en belægningsprocent på 90 og en gennemsnitlig liggetid på 8 dage vil det imidlertid efter udvalgets beregninger ved et fødselstal på 70000 årligt være nødvendigt at tilvejebringe yderligere 350 sengepladser for at kunne tilbyde samtlige fødende adgang til fødsel uden for hjemmet. Det bemærkes, at disse sengepladser ikke vil være ensartet fordelt over landet, idet visse områder allerede har mange institutionspladser, medens andre har relativt få. Om de sidstnævnte områder må det yderligere bemærkes, at de er sammenfaldende med de områder, hvor hjemmefødsler endnu finder sted i ikke ubetydeligt omfang, og da udbygningen af kapaciteten for institutionsfødsler tænkes gennemført i takt med befolkningens ønsker, bliver der næppe tale om en øjeblikkelig udvidelse, men om en forøgelse af sengepladserne over en årrække (som vel kan blive relativt kort i betragtning af den stigende og måske accelererende tendens henimod institutionsfødsler). Det bliver en opgave for de planlæggende sygehusmyndigheder at indpasse denne udvidelse i den almindelige planlægning og udbygning af sygehusvæsenet, hvoraf udbygningen med fødepladser må antages at blive en ret beskedent del.

c) *Specialafdeling.* Efter indenrigsministeriets vejledende retningslinier for planlægningen af sygehusvæsenets fremtidige udbygning (indenrigsministeriets cirkulære af 8. juni 1971), bør hver enkelt sygehuskommunes samlede sygehusvæsen normalt råde over en gynækologisk-obstetrisk specialafdeling. Der anføres ikke noget om disse afdelingers størrelse, eller om hvilke arter af fødende de skal modtage.

I en af Dansk selskab for gynækologi og obstetrik i 1970 afgivet betænkning*) anbefalede selskabet imidlertid, at der etableres tilstrækkelig sengekapacitet til, at samtlige fødsler kan finde sted på specialafdeling. Dette kræver efter selskabets beregninger etablering af yderligere 1000 sengepladser til fødende på specialafdelingerne, i hvilken forbindelse selskabet peger på den ovenfor nævnte mulighed for at reducere behovet for sengepladser ved at oprette barselshvileafdelinger.

Udvalget er enig i, at selskabets forslag repræsenterer den optimale ordning af fødsels-hjælpen. Da det imidlertid ikke kan påregnes, at det under hensyn til den samlede prioritering inden for sygehusvæsenet vil være muligt i løbet af få år at foretage udvidelser af eksisterende specialafdelinger og etablering af nye i et sådant omfang, at samtlige fødsler kan finde sted på specialafdeling, er der i udvalget enighed om, at man i første række bør bestræbe sig på at tilvejebringe sengeplads på specialafdelingerne i et sådant omfang, at der inden for de *nærmeste år* skabes mulighed for overalt i landet at modtage dels *samtlige fødende med komplikationer og forøget risiko*, dels et mindre antal normalt fødende inden for en rimelig afstand fra specialafdelingerne på disse. Først på længere sigt vil det være rimeligt at regne med, at samtlige fødsler kan finde sted på specialafdeling.

Det bemærkes i denne forbindelse, at såfremt man benytter den fødselsform, der i de senere år har fundet indpas enkelte steder i landet, og som består i, at den helt normalt fødende på specialafdeling få dage efter fødslen overflyttes til en speciel indrettet barselshvileafdeling, vil man kunne reducere behovet for nye sengepladser væsentligt. Barselshvileafdelingen vil med fordel og uden investeringer af større omfang kunne indrettes på de mindre delte og blandede sygehuse, ligesom de foreliggende pladsmuligheder på klinikker, som amtskommunen ikke finder egnede til anvendelse i forbindelse med selve fødselsbetjeningen, vil kunne udnyttes. Hertil kommer, at en barselshvileafdeling normalt i personalemæssig henseende udover lederen (jordemoder eller sygeplejerske) alene der også for så vidt angår driften vil kunne opnå væsentlige besparelser ved anvendelsen af den beskrevne fremgangsmåde.

*) Ugeskrift for Læger - 1970 pag. 2456-62.

C. Samling af jordemødrene i samarbejdsgrupper (centre)

De ovenfor (side 26) fremsatte bemærkninger om sygehusafdelingernes (specialafdelingernes) stadig mere fremtrædende plads indenfor fødselshjælpen kunne føre tanken hen på en løsning, hvorved *såvel fødsler som profylakse* finder sted *på sygehuse ved sygehusansatte jordemødre*. Man ville herved opnå en stærk koncentration (enhed) af fødselshjælpen og ville radikalt have udryddet den enkelte jordemoders isolation. Udvalget finder imidlertid, at en række grunde taler imod en sådan løsning. For det første bryder en sådan løsning stærkt med det tilvante og vil meget let kunne medføre, at det personlige forhold til jordemoderen afløses af noget, der af den gravide opfattes som en »institutionsbehandling«. Dette og de relativt store afstande til sygehuset (som ikke bliver mindre under den nye sygehusstruktur) vil tillige kunne medføre, at profylaksetilbudet ikke bliver udnyttet. Endelig må det tilføjes, at de sociale aspekter af fødselshjælpen vanskeligt kan tilgodeses af en ren sygehusordning.

Det er derfor udvalgets opfattelse, at man ikke - i hvert fald ikke på udviklingens nuværende stadium - bør søge en ordning som den beskrevne gennemført.

Udvalget har endvidere drøftet en ordning, hvorefter *fødsler på institution varetages af institutionsansatte jordemødre*, men hvor *profylaksen* varetages af jordemødre tilknyttet lokalt placerede centre (*centerjordemødre*). Der vil herigennem kunne sikres alle gravide en rimelig afstand til svangreundersøgelsesstedet, ligesom *center* jordemødrene vil være velegnede på grund af deres lokale placering til at påtage sig arbejdsopgaver af opsøgende og social karakter. Udvalget finder imidlertid ikke en ordning, som den her omtalte, velegnet til gennemførelse her i landet. For det første vil den skarpe adskillelse mellem profylakse og fødsel indebære et brud på den fra alle sider påskønnede kontinuitet i omsorgen for den svangre, der kendetegner den nugældende ordning. For den gravide indebærer dette, at hun ikke på forhånd har haft mulighed for at etablere personlig kontakt med den jordemoder, der skal betjene fødslen. Den udprægede specialisering vil endvidere medføre, at fødeinstitutionen i stor udstrækning må tilrettelægge behandlingen og fødselsbetjeningen på grundlag af udefra

indhentede oplysninger. Ordningen må endvidere forekomme *center* jordemoderen utilfredsstillende, da den ikke rummer mulighed for at følge den gravide gennem hele perioden.

Udvalget har imidlertid fundet, at ulemperne ved den ovenfor omtalte centerordning vil kunne afhjælpes i det omfang, *centerjordemoderen* foruden varetagelsen af svangreundersøgelserne tillige får til opgave at *betjene fødslerne på fødeinstitutionerne*. Det vil herigennem være muligt at fjerne den hidtidige jordemoders isolation, samtidig med at man bevarer hende, ikke som *den* centrale, men som *en* central person i fødselshjælpen. Gennem de profylaktiske undersøgelser på centret vil der således være åbnet mulighed for at etablere en personlig kontakt mellem den gravide og den jordemodergruppe, hvorefter en vil komme til at betjene fødslen. Den fødende vil kunne føle sig beroliget ved at vide, at fødslen betjenes af en jordemoder, hun kender, og for jordemoderen er det af afgørende betydning, at hun har opnået et indgående forhåndskendskab til den patient, hun skal betjene. Hertil kommer, at denne løsning ikke medfører en ensidig specialisering i bestemte arbejdsopgaver, men netop rummer mulighed for at udnytte de nuancerede og forskelligartede færdigheder, jordemoderen opnår gennem sin uddannelse. Udvalget har herefter ment, at sidstnævnte løsning er den, der bedst vil kunne forene en kommende udvikling med ønsket om bevarelse af de dele af den nuværende jordemoderordning, som fortsat må tillægges afgørende vægt.

Vedrørende de nærmere enkeltheder i forbindelse med etablering og administration af centre henvises til omtalen heraf i kapitel V om udvalgets forslag.

D. Offentlig ansættelse af jordemødrene. Jordemødrenes fremtidige arbejdsopgaver

Den foreslåede samling af jordemødrene i centre åbner mulighed for tilrettelæggelse af faste vagtordninger for hvert center. Herigennem vil der kunne opnås en betydelig bedre udnyttelse af den enkelte jordemoders arbejdsindsats samtidig med, at der skabes sikkerhed for, at der indenfor centrets område til enhver tid vil være den fornødne jordemoderassistance til rådighed. Det er udvalgets opfattelse, at en vagtordning - for at kunne tilrettelægges tilfredsstillende og virke effektivt - må baseres på offentligt ansatte jordemødre.

Hertil kommer, at det vil være nødvendigt for

at imødekomme udviklingens krav, at fremtidens fødselshjælp for så vidt angår jordemoderbetjeningen, bygger på en samlet stab af offentligt ansatte jordemødre. Jordemødrenes offentlige ansættelse vil endvidere efter udvalgets opfattelse kunne være det nødvendige grundlag for gennemførelsen af en række foranstaltninger, der kun vanskeligt vil kunne realiseres ved hjælp af den privatpraktiserende jordemoder.

I ældre tid, hvor jordemoderens væsentligste opgave bestod i at betjene fødslen, var det forholdsvis let at fastsætte et honorar for jordemoderens arbejdspræstation, men efterhånden som jordemoderens arbejdsopgaver er blevet udvidet, er det blevet stadig vanskeligere at fastsætte et passende vederlag for de enkelte ydelser. I en fremtidig udvikling, hvor der må forventes overdraget jordemoderen stadig flere arbejdsopgaver af social og pædagogisk karakter, vil det være nærmest umuligt at indpasse en aflønningsform, der baserer sig på en honorarbeting.

I kraft af fastansættelsen vil det være lettere at afløse svangerskabshygienlovens regler om et bestemt antal jordemoderundersøgelser med en mere smidig ordning, hvor der i større omfang, end det er tilfældet i dag, lægges vægt på den enkelte kvindes behov for undersøgelse. Det fremgår af redegørelsen foran side 14 ff om svangerskabshygienloven, at af lægeundersøgelsen udnyttes den første fuldt ud, medens dette ikke er tilfældet for 1. j. ordemoderundersøgelse. De efterfølgende jordemoderundersøgelser udnyttes endvidere i mindre omfang end 2. og 3. undersøgelse hos lægen. Ofte vil grunden til udeblivelse fra helbredsundersøgelserne være kvindens manglende forståelse for undersøgelsens betydning, og udeblivelse vil netop ofte foreligge i de tilfælde, hvor der er størst behov for regelmæssige undersøgelser. Der synes derfor at være et vist behov for en opsøgende virksomhed med henblik på motivering af de kvinder, der udebliver fra undersøgelserne. En sådan opsøgende virksomhed vil i samarbejde med de praktiserende læger kunne udføres af offentligt ansatte jordemødre, der vil være velegnede til at stimulere de gravide til at benytte sig af tilbudene i videst mulig omfang.

Et af sundhedsstyrelsen nedsat udvalg vedrørende revision af sundhedsplejerskeordningen har i en i 1970 afgivet betænkning (nr. 573) anbefalet, at der i fremtiden tillægges

sundhedsplejersken opgaver af opsøgende karakter med særlig hensyntagen til de tilfælde, hvor der konstateres et virkeligt behov for rådgivning og hjælp, og har i denne forbindelse påpeget den betydning, et snævert samarbejde mellem jordemoder, sundhedsplejerske og praktiserende læge vil kunne få for omsorgen for den svangre. Det er udvalgets opfattelse, at de grunde, der er anført til støtte for forslaget om en mere behovspræget tilrettelæggelse af spædbørnstilsynet, også i høj grad gør sig gældende med hensyn til svangerskabsprofylaksen.

Indenfor det sociale og sundhedsmæssige område har udviklingen i de senere år medført opbygning af et stadigt mere differentieret servicesystem baseret på specialuddannet arbejdskraft. Udviklingen er samtidig gået i retning af, at de forskellige serviceforanstaltninger oftere skal virke sammen i indsatsen overfor den enkelte, hvilket stiller stigende krav om samarbejde mellem foranstaltningerne. Spørgsmålet om, hvorledes disse foranstaltninger virker, afhænger ikke alene af den generelle planlægning og koordination mellem de forskellige foranstaltninger, men i høj grad også af de bestræbelser, der udfoldes for at gøre den enkelte bekendt med de forskellige muligheder og for at bringe vedkommende i kontakt med foranstaltningerne. Jordemoderen vil i forbindelse med svangreundersøgelserne naturligt opnå et indgående kendskab til den gravide og til hendes personlige forhold og vil derigennem blive opmærksom på, om den gravide eller hendes familie har behov for bistand af den ene eller anden karakter. Jordemødrene vil derfor med udbytte kunne inddrages i bestræbelserne på at udbygge den opsøgende og forebyggende indsats med det formål at afværge, at sociale eller sundhedsmæssige skader indtræder, eller sikre at bistand sættes ind i de tilfælde, hvor skaden er indtrådt. Jordemødrene vil i forbindelse med dette arbejde komme i kontakt med en lang række institutioner og sagkyndige som f. eks. sygehus, mødrehjælp, praktiserende læge og speciallæge, familievejleder, sundhedsplejerske, hjemmesygeplejerske, hjemmehjælper og husmoderafløser. Det er udvalgets opfattelse, at et tilfredsstillende resultat af jordemoderens indsats på dette område forudsætter en bekvem og personlig kontakt til den praktiserende læge og de andre medicinske og sociale medarbejdere.

For nogle praktiserende jordemødre, der har store fødselstal, vil ansættelse under det offent-

lige medføre en større eller mindre indtægtsnedgang. Betragtet ud fra en større helhed er det imidlertid udvalgets opfattelse, at fastansættelse af jordemødrene vil rumme betydelige fordele for disse. Ikke alene vil en fortsættelse af den igangværende udvikling i retning af stadig flere fødsler på institution betjent af institutionsansatte jordemødre medføre en forringelse af de praktiserende jordemødres erhvervsmuligheder, men yderligere indebære risiko for, at de praktiserende jordemødre hovedsageligt kommer til at beskæftige sig med de forebyggende svangerskabshygiejneundersøgelser. Et system, der bygger på fastansatte jordemødre, vil rumme muligheder for en udvidelse af jordemoderens traditionelle arbejdsopgaver ud over, hvad der er muligt med den nuværende organisation. Gennem en effektivt fungerende vagtordning baseret på et fast organisatorisk tilhørsforhold vil der være mulighed for tilvejebringelse af ordnede og tidssvarende arbejdsforhold for jordemødrene, samtidig med at der opnås mulighed for en betydelig bedre udnyttelse af den enkelte jordemoderes arbejdsindsats. Herudover betyder fastansættelsen, at jordemødrene opnår en i økonomisk henseende mere sikker og tryk stilling, svarende til andre lønmodtagere.

Den tiltagende hastighed i udviklingen indenfor medicin og teknik har medført et behov ikke alene for vedligeholdelse af een gang opnåede færdigheder, men tillige for indførelse i den nyeste teori og instruktion i de nyeste metoder. Med det offentliges voksende forståelse for efteruddannelsens betydning er der god grund til at tro, at de administrerende organer vil søge at arbejde hen imod etablering af en effektiv efteruddannelse for jordemødre. Hertil kommer, at udvalgets forslag om samling af jordemødrene i større enheder vil sikre, at een gang opnåede færdigheder fortsat vil kunne bevares og videreudvikles.

Udvalget har endvidere ved udformningen af den fremtidige ordning lagt vægt på, at der tilvejebringes et system, der på en naturlig måde kan tilpasses eventuelle ændringer i de opgaver, jordemødrene uddannes til at varetage.

Jordemoderens hovedopgave er og må fortsat være varetagelsen af de profylaktiske undersøgelser og forløsnings af gravide. En eventuel snævrere forbindelse mellem jordemoderuddannelsen og sygeplejerskeuddannelsen vil imidlertid indebære, at jordemoderen kan varetage arbejdet på svanger-, barsels- og

gynækologiske afdelinger på lige fod med sygeplejersken. Hertil kommer, at en samordning af de to uddannelser vil forbedre jordemoderens muligheder for at deltage i plejen for den gravide og i plejen af det nyfødte barn, samt at jordemoderen vil kunne påtage sig opgaver indenfor svangreforsorgen i videre forstand. På noget længere sigt kan man endog tænke sig, at de funktioner, der i dag varetages af jordemødre, sundhedsplejersker og eventuelt hjemmesygeplejersker, kan udføres af samme personer med samme uddannelse med den deraf følgende forbedrede kontinuitet i indsatsen. Udvalget har tidligere peget på, at jordemødrene med fordel vil kunne inddrages i mere socialt betonet arbejde. Den fulde udnyttelse af jordemoderens arbejdsindsats på dette felt forudsætter imidlertid, at der i uddannelsen indgår fag af social og administrativ karakter.

E. Vederlagsfri fødselshjælp

Jo mere det erkendes, at samfundet har et ansvar for de samlede sociale og sundhedsmæssige foranstaltninger, jo mere synes det nærliggende, at ydelserne automatisk stilles vederlagsfrit til rådighed for hele befolkningen, og at udgifterne finansieres på samme måde som udgifterne ved samfundets øvrige foranstaltninger. Dette har lige fra starten været gældende med hensyn til de forebyggende svangerskabsundersøgelser. Med hensyn til betalingen for selve fødselsbetjeningen har udviklingen i retning af flere udefødsler i sig selv bevirket, at det offentlige har afholdt en stadig stigende del af udgifterne herved, idet den takst, sygekasserne har betalt for medlemmernes ophold på sygehus m. v., jo længe har været af nærmest symbolsk betydning. På denne baggrund finder udvalget det rimeligt, at enhver form for fødselshjælp stilles vederlagsfrit til befolkningens rådighed af amtskommunerne. Udvalget har herved taget i betragtning, at det efter bemærkningerne til forslag til lov om offentlig sygesikring forudsættes, at de hidtil ydede sygekassetilskud til behandling og ophold på sygehuse m. m. bortfalder fra den 1. april 1973.

Andersen-Rosendal ønsker at tilføje, at såfremt der efter 1. april 1973 måtte blive opretholdt en ordning med takstbetaling for sygehusophold, må der for fødsler (såvel hjemme- som udefødsler) betales samme takst, da fødsler ikke bør være billigere end sygebehandling.

KAPITEL V

Udvalgets forslag

Fødslen af et barn har en sådan betydning i en kvindes liv, såvel fysisk som psykisk, at det må fordres af et moderne samfund, at dette både af hensyn til kvinden og af hensyn til det ventede barn **tilvejebringer** en fødsels-hjælp af en sådan karakter, at denne begivenhed kan finde sted under så gode og betryggende forhold som muligt. Levestandarden i et højt industrialiseret land som Danmark er i dag så høj, at man med rette kan stille krav om ikke alene, at dødeligheden for moder og barn bringes ned til et minimum, men også at moderen opretholder en sådan helbredstilstand, at hun efter barselssengen er lige så rask, som da svangerskabet begyndte. På samme måde bør barnet gives de bedste startbetingelser i livet og ikke handicappes af lidelser, der er opstået i forbindelse med svangerskab og fødslen, og som kunne være undgået.

Det er udvalgets opfattelse, at fødselsbetjeningen - uanset under hvilken form den foregår - bør inddrages under en samlet tilrettelæggelse fra det offentlige side, såvel i administrativ som faglig henseende. Ved den i forbindelse med kommunalreformen gennemførte lovgivning er ansvaret såvel for det kommunale sygehusvæsen - og hermed for betjeningen af de fødsler, der foregår på kommunale sygehuse - som for distriktsjordemodervæsenet henlagt til de nye amtskommuner, og udvalget finder, at der herved er skabt grundlag for en hensigtsmæssig samling af ansvaret for fødselsbetjeningen som helhed.

Udvalget går derfor ind for, at det ved lov pålægges amtskommunerne at tilvejebringe den fornødne adgang for befolkningen til forebyggende undersøgelser i anledning af svangerskab og til betjening af fødsler samt at udarbejde nærmere planer for tilrettelæggelsen deraf.

Ved en sådan samling af ansvaret vil mere detaljerede lovregler om fødselshjælpens nærmere tilrettelæggelse være overflødiggjort, og

loven vil kunne indskrænke sig til et krav om forelæggelse af amtskommunernes planer for de centrale sundhedsmyndigheder.

Herved vil der være åbnet mulighed for, at der fremover til stadighed kan ske en tilpasning til den faglige udvikling og nye erfaringer på fødselshjælpens område, ligesom tilrettelæggelsen vil kunne tilpasses forskellige forudsætninger, der måtte gælde i de forskellige dele af landet.

Kapitel VI indeholder et af udvalget udarbejdet udkast til lov om svangerskabshygien og fødselshjælp.

Som grundlag for udarbejdelsen af de enkelte amtskommuners planer for tilrettelæggelsen af helbredsundersøgelserne og fødselsbetjeningen foreslås det pålagt indenrigsministeriet at udfærdige vejledende retningslinier, hvortil et af udvalget udarbejdet udkast er optaget i kapitel VII. De af udvalget foreslåede retningslinier er søgt nøje koordineret med de tilsvarende retningslinier, som indenrigsministeriet har udarbejdet efter sygehusloven som grundlag for amtskommunernes udarbejdelse af planer for amternes sygehusvæsen. Nedenfor skal fremhæves nogle af de hovedsynspunkter, som udvalget har lagt til grund ved udkastets udformning.

1. Fødselens placering

Medens fødsler, der frembyder risiko for et sygeligt forløb, altid bør finde sted på en obstetrisk specialafdeling, er der i udvalget enighed om, at for normalt fødende kan valget af, på hvilket sted, fødslen skal ske, ikke afgøres generelt, men må afhænge af en individuel bedømmelse i det enkelte tilfælde, og at dette valg i sidste instans må træffes af den fødende selv.

Der bør derfor gives enhver normalt fødende, der ønsker det, adgang til fødsel på sygehus eller klinik på lige fod med andre indlæg-

gelser i overensstemmelse med gældende visitationsregler, ligesom der bør være sikret kvinder, der ønsker at føde i deres eget hjem, den tilstrækkelige jordemoderassistance hertil. Har udviklingen indenfor et område medført, at kun meget få kvinder foretrækker at føde hjemme, anser udvalget det for rimeligt, at der åbnes mulighed for at indføre en ordning, der udelukkende bygger på institutionsfødsel.

For at valg af fødested for den enkelte fødende kan ske på et fuldt forsvarligt grundlag, er det imidlertid efter udvalgets opfattelse væsentligt, at der skabes mulighed for, at alle svangre kvinder før fødslen kan undersøges ambulant på en obstetrisk specialafdeling eller af en praktiserende speciallæge, dels med henblik på konstatering af eventuelle tegn på, at fødslen vil kunne være forbundet med komplikationer, således at der opnås mulighed for at træffe alle nødvendige foranstaltninger - herunder eventuel indlæggelse på svangreafdeling - til sikring af fødsels tilfredsstillende gennemførelse, dels med henblik på rådgivning af kvinden vedrørende valg af fødested.

Udviklingen har i de senere år medført, at stadig flere kvinder undersøges ambulant på specialafdeling, men udvalget har ikke taget stilling til, hvorvidt undersøgelse alene bør kunne finde sted efter henvisning fra en praktiserende læge.

Den samlede sygehusplanlægning bør tilrettelægges således, at der til enhver tid er tilstrækkelig kapacitet til at modtage de fødende, der ønsker fødslen gennemført på institution. Der må under de nuværende økonomiske forhold tages hensyn til den kapacitet, der i dag forefindes på de private klinikker. På længere sigt må der foretages en udbygning af specialafdelingerne i et sådant omfang, at samtlige fødsler kan foregå der, jfr. Kap. IV B. Ved udbygningen af amtskommunernes sygehusvæsen bør der tages hensyn til den sengekapacitet, der i dag findes på Rigshospitalets fødeafdeling og på Fødselsanstalten i Jylland. Udvalget har imidlertid ikke stillet forslag vedrørende disse institutioner, idet udvalget forudsætter, at der vil være truffet bestemmelse om disse institutioners fremtidige tilhørsforhold, inden udvalgets forslag kan træde i kraft.

Vedrørende specialafdelingernes funktioner i fremtidens fødselshjælp henvises der til det af udvalgets obstetrisk sagkyndige medlem, overlæge Helge Berthelsen udarbejdede notat (bilag 8).

2. Forebyggende helbredsundersøgelser under svangerskabet

De profylaktiske undersøgelser i svangerskabet bør efter udvalgets opfattelse fortsat varetages af jordemødre og praktiserende læger. Udvalget har imidlertid fundet det væsentligt, at der skabes mulighed for en fortsat forbedring af de profylaktiske undersøgelsers faglige standard, hvilket den nedenfor under 4 foreslåede henlæggelse af jordemoderundersøgelserne til centralt placerede centre skulle åbne mulighed for. Der vil herved tillige være skabt grundlag for at anlægge mere behovsprægede synspunkter ved tilrettelæggelsen af undersøgelse, ligesom jordemødrene vil kunne pålægges en opsøgende virksomhed i de tilfælde, de gravide udebliver fra undersøgelse.

3. Betaling for fødselshjælp

Med hensyn til sundhedsmæssige ydelser af forebyggende karakter er det et generelt princip, at disse stilles til rådighed for hele befolkningen uafhængigt af økonomiske kriterier. I overensstemmelse hermed afholder det offentlige udgifterne i forbindelse med de forebyggende helbredsundersøgelser, medens udgifterne i forbindelse med selve fødselsbetjeningen i princippet påhviler de fødende. I realiteten afholdes udgifterne til selve fødselsbetjeningen dog af sygekasserne eller det offentlige. Det er som anført side 29 udvalgets opfattelse, at såvel assistance ved fødsler og ophold på institution (sygehus eller klinik) i forbindelse med fødsler, som ydelse af profylaktiske undersøgelser bør stilles vederlagsfrit til rådighed for befolkningen af det offentlige, uanset hvor fødslen foregår.

Det bør være amtskommunen, der afholder udgifterne i forbindelse med fødselshjælp.

4. Den lokale organisation

Fødselshjælpens faglige organisation bør opbygges omkring en obstetrisk specialafdeling, der dels kan varetage komplicerede fødsler, dels et antal normale fødsler herudover.

Til afdelingen bør knyttes et svangreambulatorium, der står åbent for alle gravide kvinder indenfor afdelingens geografiske område, jfr. ovenfor under 1.

Specialafdelingens chef bør endvidere pålægges pligt til, for så vidt angår obstetrisk-faglige spørgsmål, at koordinere samarbejdet i området mellem specialafdelingen, eventuelle

andre sygehusafdelinger, hvor der foregår fødsler, fødeklিনikker, jordemødrene i centrene og de praktiserende læger.

Det lægeligt-administrative *tilsyn* med jordemødre udenfor specialafdelingen bør derimod som hidtil påhvile embedslægerne. I de områder af landet, der endnu ikke er dækket af en specialafdeling, må den nævnte koordinering af samarbejdet indtil videre varetages af sygehusudvalget eventuelt med bistand af amtslægen. Den nærmere planlægning af amtskommunens fødselshjælp bør i øvrigt finde sted på grundlag af forudgående drøftelser med amtslægen.

Til de obstetriske specialafdelinger bør være knyttet en eller flere jordemødre med henblik på varetagelsen af svangreundersøgelserne i ambulatoriet.

I øvrigt må jordemoderassistancen og de forebyggende helbredsundersøgelser under svangerskabet varetages af jordemødre placeret udenfor sygehusene. Disse jordemødre bør samles i centre, der tilsammen dækker større fast afgrænsede distrikter indenfor det samlede område, der henhører under den pågældende obstetriske specialafdeling.

Det bør tilstræbes, at alle centrenes jordemødre jævnlіgt deltager i fødselsassistance ved områdets obstetriske specialafdeling med henblik på vedligeholdelse af kontakten til afdelingen og udbygning af jordemoderens faglige kunnen.

Centret bør være tilstrækkeligt stort til, at dets jordemødre kan præstere såvel den ønskelige svangreforsorg, barselstilsyn m. v., som det til fødselshjælpens afvikling nødvendige vagtmandskab.

Centret bør samtidig være tilstrækkeligt stort til, at der både kan tilrettelægges en arbejds- og vagtfordeling, der giver mulighed for en effektiv udnyttelse af jordemødrenes arbejdskraft, og kan tages størst muligt hensyn til almindelige arbejdstidsnormer.

Udvalget er nået frem til, at et fuldt udbygget vagtberedskab med en jordemoder i permanent vagt og med 2 jordemødre til varetagelse af svangreundersøgelser m. v. i dagtimerne kræver ca. 7 jordemødre ved centret.*) En arbejdspræstation på 24 effektive timer pr. døgn vil naturligvis ikke kunne udnyttes i almindelige 8-timers vagter i et center af den foreslåede form. Tjenestetiden må for en del afvikles som rådighedstjeneste, hvor mindst 2 jordemødre pr. døgn kan kaldes til fødsel, me-

dens 1-2 andre jordemødre afvikler det planlagte dagarbejde uforstyrrede.

Vagtholdets størrelse er afhængigt af det antal fødsler, der skal betjenes, og af på hvor mange steder disse fødsler skal foregå - og endelig af, hvor meget man kan og ønsker at rationalisere selve fødselshjælpen.

Dagarbejdets personalebehov afhænger så af, hvor store krav man ønsker honoreret med hensyn til antallet af svangrekonsultationer, disses placering i konsultationslokaler eller i kvindernes hjem, barselstilsynets omfang, psykoprofylaksens udbygning og lignende.

Behovet for personale her afhænger naturligvis også af, i hvor høj grad det er muligt at rationalisere arbejdsgangen i centret.

Det næste spørgsmål bliver herefter, om der kan gives et begrundet skøn over, hvilket befolkningsunderlag dette antal jordemødre kan betjene, eller med andre ord, hvor stort et distrikt der kan knyttes til et center med en jordemoderstab af den nævnte størrelse.

Udvalget har herved ikke ment at kunne lægge det foreliggende talmateriale vedrørende antallet af fødsler pr. jordemoder til grund for en vejledning om, hvilket antal fødsler en centerjordemoder bør kunne overkomme, idet materialet efter sagens natur vedrører den hidtidige jordemoderordning og derfor må være af begrænset værdi til belysning af jordemødrenes arbejdsbyrde under en ny ordning.

Udvalget finder derimod, at et nyoprettet centers område som udgangspunkt vil kunne fastsættes til det område, som hidtil er blevet betjent af de jordemødre, der udgør centrets stab, idet man herved går ud fra, at det er kendt, hvilket distrikt (befolkningsunderlag) der hidtil er blevet betjent af de pågældende jordemødre.

*) En skitse-mæssig beregning er følgende:

Antal effektive arbejdsdage årligt:

(365 dage - 52 søndage, 9 helligdage, 10 fridage som godtgørelse for mistet søn- og helligdagsfrihed, 24 feriedage og 20 sygedage) 250.

Antal effektive arbejdstimer årligt:

(250 dage à 6,81 time) 1702,5.

Antal timer i året:

(365 dage à 24 timer) 8760

1 jordemoder i permanent vagt kræver:

(8760 timer: 1702,5 arbejdstimer) 5.15 jordemødre pr. center, hvortil kommer 2 jordemødre til varetagelse af svangreundersøgelser m. v. i dagtimerne.

Herved må man imidlertid være opmærksom på følgende forhold, som kan forrykke billedet:

1. Det kan tænkes, at en del af de fødende i det distrikt, der hidtil har udgjort de pågældende jordemødres samlede arbejdsområde, er blevet betjent af sygehusansatte jordemødre.
2. Det må have i erindring, at der ved den nye ordning pålægges jordemødrene en række opgaver, som de ikke hidtil har haft.
3. Det kan forekomme, at der indenfor området findes enkelte jordemødre med meget høje fødselstal, som i realiteten er udtryk for en overarbejdspræstation, som ikke kan forventes under den nye ordning.

Disse forhold kan bevirke, at det antal jordemødre, som er nødvendigt til vagtberedskabet, er - eller hurtigt viser sig at være — utilstrækkeligt til at betjene det distrikt, som de pågældende jordemødre hidtil har betjent, således at det straks eller senere kan blive nødvendigt at ansætte flere jordemødre.

Der bør straks fra centrets etablering føres en udførlig statistik vedrørende jordemødrenes arbejde, således at man får et materiale i hænde, som gør det muligt på det tidligst mulige tidspunkt at træffe afgørelse om, hvorvidt ansættelse af flere jordemødre ved centret er nødvendig, eller om en begrænsning af distriktet (med eventuel overførelse af en del af distriktet til andet mindre belastet distrikt) kan tjene til justering af forholdene.

Centrene, der bør indeholde et eller to konsultationslokaler til forebyggende helbredsundersøgelser, samt et kontor, må etableres på et centralt sted i distriktet med gode trafikforbindelser. Udvalget finder det ønskeligt, at centrene placeres i tilknytning til en kommunes social- og sundhedsudvalg, eller, hvor det findes hensigtsmæssigt, i grupper af praktiserende lægers lægehuse, idet der herved vil være skabt grundlag for et frugtbart samarbejde mellem nogle af de instanser, der deltager i omsorgen for den svangre samtidigt med, at der åbnes mulighed for at lade jordemoderen koordinere indsatsen overfor den gravide.

Det er udvalgets opfattelse, at varetagelsen af de ret betydelige administrative og planlægningsmæssige opgaver, der er forbundet med centerordningen, nødvendiggør, at der ansættes en **amts** jordemoder i hver amtskommune, eventuelt en fælles amtsjordemoder for to min-

dre naboomskommuner. Amtsjordemoderen må have den daglige ledelse af og det løbende tilsyn med **center** jordemødrenes arbejde og vil herigennem kunne medvirke til, at arbejdet i centrene tilrettelægges rationelt og effektivt. Hun må drage omsorg for, at der udarbejdes vagtskemaer for de enkelte centre, ligesom hun må være rede til at bistå de enkelte jordemødre med råd og anvisninger. Amtsjordemoderen vil endvidere i samarbejde med specialafdelingens chef kunne virke for, at personalets faglige viden bevares og fornyes. Amtsjordemoderen må forestå samarbejdet mellem centrene og de organer, der stiller foranstaltninger til de gravides rådighed, ligesom hun må formidle den løbende kontakt med områdets specialafdeling. Hun må endvidere i samarbejde med specialafdelingens chef bistå amtsrådet med den nærmere udformning af fødselstilrettelæggelsen indenfor amtskommunen.

5. Det økonomiske grundlag

Som nævnt under pkt. 3 finder udvalget, at såvel profylaktiske undersøgelser af enhver art under svangerskab som al fødselshjælp bør være vederlagsfri for de fødende, og at udgifterne ved fødselshjælp bør betales af amtskommunerne.

Udvalget finder derfor, at alle jordemødre bør ansættes under amtskommunen, bortset fra jordemødre, som er ejere af eller ansat ved private klinikker, med hvilke amtskommunen har sluttet aftale om fødselsbetjening.

De nærmere ansættelsesvilkår for jordemødrene finder udvalget ikke at kunne tage stilling til, idet disse må fastlægges gennem forhandlinger mellem amtskommunerne og jordemødrenes organisation og godkendes af kommunernes lønningsnævn. Udvalget finder dog, at det må være en selvfølge, at udgifterne til jordemødrenes arbejdsredskaber og materiale afholdes af amtskommunen.

Heller ikke om de nærmere vilkår for kontrakter mellem amtskommunen og private klinikker, hvortil amtskommunen har indlæggelsesret, finder udvalget at kunne udtale sig.

6. Den administrative ledelse

Udvalget har drøftet, til hvilket af de ved kommunalreformen etablerede udvalg administrationen af de til samarbejdsgrupperne knyttede jordemødre bør henlægges.

Af hensyn til den koordination af fødselsbetjeningen i og udenfor de kommunale sygehuse, som udvalget må anse for målet med en nyordning, finder udvalget, at også ansvaret overfor amtsrådet for den administrative planlægning og ledelse af fødselsbetjeningen bør henlægges til amtsrådets sygehusudvalg. Gennem det i sygesikringslovens § 23, stk. 2, omhandlede fællesudvalg af amtskommunens social- og sundhedsudvalg og sygehusudvalget vil der kunne etableres den nødvendige kontakt til og samordning med den sociale sektor og dennes bistandsforanstaltninger.

7. Tilrettelæggelsen af fødselsbetjeningen i Københavns og Frederiksberg kommuner

Udviklingen indenfor fødselshjælpen har i det storkøbenhavnske område fulgt andre baner end udviklingen i den øvrige del af landet. Udvalgets forslag vil derfor kun vanskeligt kunne gennemføres i fuldt omfang i Københavns og Frederiksberg kommuner. Udvalget har imidlertid ikke fremsat særskilte forslag om fødselshjælpens tilrettelæggelse, for så vidt angår disse kommuner, da en række herunder hørende spørgsmål for tiden er genstand for overvejelser i et af området nedsat fællesudvalg. Udvalget forudsætter dog, at fødselshjælpen i det storkøbenhavnske område tilrettelægges under størst mulig hensyntagen til de af udvalget fremhævede grundprincipper for en nyordning, således at fødselshjælpen i Storkøbenhavn mest muligt søges tilnærmet fødselshjælpen i den øvrige del af landet.

8. Spørgsmål i forbindelse med overgangen til den foreslåede ordning

For de praktiserende jordemødre vil en gennemførelse af udvalgets forslag betyde væsentlige ændringer både med hensyn til det økonomiske grundlag for deres virke og med hensyn til tilrettelæggelsen af deres arbejde.

Alle på tidspunktet for ordningens gennemførelse ansatte distriktsjordemødre må efter udvalgets opfattelse umiddelbart overgå til den nye ansættelsesordning.

Der har i udvalget været enighed om, at amtskommunerne også bør tilbyde de jordemødre, der hidtil aktivt har drevet en privat praksis, ansættelse efter de nye regler.

Det må imidlertid forudses, at et mindre antal privatpraktiserende jordemødre enten ikke kan (f. eks. på grund af alder) eller ikke vil (f. eks. fordi de ikke ønsker at påtage sig en bestemt arbejdsbyrde) indgå under den egentlige offentlige ansættelse.

Såfremt udvalgets forslag om at al fødselsbetjening stilles vederlagsfrit til rådighed for befolkningen gennemføres, vil det ikke - eller i alt fald kun i meget begrænset omfang - være muligt at opretholde en privat jordemoderpraksis. I en række af disse tilfælde, hvor en egentlig offentlig ansættelse ikke kan etableres, vil der imidlertid efter udvalgets skøn være mulighed for, at amtskommunerne på andet grundlag vil kunne anvende de pågældende jordemødres arbejdskraft, f. eks. ved at de knyttes til centrene på deltidbasis og uden forpligtelse til deltagelse i vagtberedskabet eller ved, at de beskæftiges på barselshvileafdelinger. Udvalget finder dels, at det fra et samfundsmæssigt synspunkt må være af værdi at kunne udnytte den uddannede arbejdskraftreserve, der er til stede, dels at det offentlige må have en moralsk forpligtelse overfor de relativt få jordemødre, der af den ene eller den anden grund ikke kan indpasses i den nye ordning. Man skal derfor gå ind for, at amtskommunerne i videst muligt omfang søger gennem særlige aftaler at sikre sådanne jordemødre passende beskæftigelse under nyordningen i en overgangsperiode.

For de klinikker, der hidtil har haft overenskomst med kommunen, hvorefter kommunen mod vederlag har haft indlæggelsesret på klinikken, indebærer udvalgets forslag ikke umiddelbart større ændringer.

De øvrige klinikker, hvis økonomiske grundlag har været betaling fra patienterne (eller disses sygekasse eller sygeforsikring), vil under forudsætning af, at ophold på offentlige institutioner bliver vederlagsfri, ikke have mulighed for at videreføre driften, medmindre de opnår mulighed for tilsvarende overenskomstmæssig tilknytning til amtskommunernes fødselsorganisation.

Sådanne overenskomster bør efter udvalgets opfattelse af amtskommunerne - i den udstrækning det med rimelighed kan indpasses i den samlede planlægning - tilbydes de allerede eksisterende klinikker der er i stand til at opfylde de efter en faglig bedømmelse nødvendige krav til fødselsbetjeningen.

KAPITEL VI

Udkast til lov om svangerskabshygiejne og fødselshjælp

Kapitel I

Almindelige bestemmelser

§ 1. Det påhviler amtskommunerne og Københavns og Frederiksberg kommuner at tilvejebringe for kommunens befolkning vederlagsfri adgang til forebyggende helbredsundersøgelser i anledning af svangerskab og til fødselshjælp.

Stk. 2. Ved »kommunen« forstår i denne lov en af de i stk. 1 nævnte kommuner.

§ 2. Kommunen ansætter jordemødre og hjælpepersonale i det omfang, det er nødvendigt for at opfylde pligten efter § 1.

§ 3. Den umiddelbare forvaltning af de i § 1 nævnte opgaver varetages af det i § 2 i lov om sygehusvæsenet omhandlede udvalg.

§ 4. Indenrigsministeriet udfærdiger efter forhandling med sygehusrådet, jfr. § 18 i lov om sygehusvæsenet, vejledende retningslinier for tilrettelæggelsen af forebyggende helbredsundersøgelser i anledning af svangerskab og af fødselshjælpen.

Stk. 2. Det påhviler hver kommune at udarbejde en plan for løsningen af kommunens opgaver i henhold til denne lov og at revidere planen i det omfang, udviklingen gør det påkrævet. Planen og revisionen af denne skal godkendes af indenrigsministeren efter indstilling fra sygehusrådet.

§ 5. Kommuner, læger og jordemødre er forpligtet til efter regler fastsat af sundhedsstyrelsen at afgive indberetning om virksomheden i medfør af denne lov.

Kapitel II

Svangerskabshygiejne

§ 6. Kvinder kan i anledning af svangerskab vederlagsfrit få foretaget indtil 5 forebyggende helbredsundersøgelser - heraf 3 under svangerskabet - hos en læge.

Stk. 2. Udover de i stk. 1 nævnte undersøgelser kan kvinder i anledning af svangerskab vederlagsfrit få foretaget helbredsundersøgelser hos en jordemoder.

Stk. 3. Sundhedsstyrelsen fastsætter regler for gennemførelsen af de forebyggende helbredsundersøgelser, herunder om antallet af undersøgelser i henhold til stk. 2.

Stk. 4. I forbindelse med helbredsundersøgelserne skal der af lægen eller jordemoderen gives fornøden vejledning i svangerskabshygiejne, og ved den første undersøgelse efter svangerskabets afslutning påhviler det lægen at give oplysning om de sundhedsmæssige problemer i forbindelse med et eventuelt nyt svangerskab. Herunder påhviler det lægen enten at tilbyde vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder eller, hvis lægen ikke ønsker selv at yde sådan vejledning, eller hvis kvinden ikke ønsker at modtage vejledning af denne læge, at henvise til en mødrehjælpsinstitution eller til anden lægelig vejledning.

Stk. 5. Selv om kvinden er under 18 år og ugift eller umyndiggjort i personlig henseende, kan den i stk. 4 nævnte vejledning tilbydes og ydes uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver eller værgen.

§ 7. Hvor lægen eller jordemoderen hos kvinden møder personlige, sociale eller økonomiske vanskeligheder, bør der ske henvisning til en mødrehjælpsinstitution eller anden hjælpeinstitution. Henvisning til mødrehjælpsinstitution skal omgående finde sted, hvor disse vanskeligheder ifølge de for lægen eller jordemoderen foreliggende oplysninger er årsag til et ønske om svangerskabsafbrydelse.

§ 8. Statens seruminstitut skal efter indenrigsministerens nærmere bestemmelse foretage de blodprøveundersøgelser, som er nødvendige i anledning af de i § 6 omhandlede helbredsundersøgelser.

Stk. 2. Indenrigsministeren kan bestemme, at de nævnte blodprøveundersøgelser foretages af andre laboratorier.

§ 9. Udgifterne ved foretagelse af de i § 8 omhandlede blodprøveundersøgelser afholdes af statskassen.

Stk. 2. Udgifterne til honorarer til læger for de i § 6 omhandlede helbredsundersøgelser m. m. og til den i § 12 omhandlede **befordring** afholdes af kommunen.

Stk. 3. For helbredsundersøgelser, der foretages på en offentlig institution af de ved den ansatte læger, ydes der ikke honorar i henhold til denne lov. Indenrigsministeren kan bestemme, at denne regel også finder anvendelse på nærmere angivne private institutioner, der modtager tilskud fra det offentlige.

§ 10. Vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder kan uden for de i § 6 nævnte tilfælde uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver eller værgen ydes til personer, der er under 18 år eller umyndiggjort i personlig henseende. Dette gælder dog kun, såfremt den pågældende er fyldt 15 år.

§ 11. Staten kan yde private foreninger tilskud på indtil halvdelen af deres udgifter ved offentlig oplysningsvirksomhed om seksualhygiejne. Til udgifterne ved oprettelse og drift af seksualklinikker kan der dog ydes tilskud på indtil 90 %.

Fribefordring. Tilskudsbestemmelser

§ 12. Indenrigsministeren fastsætter regler om fribefordring i forbindelse med de i § 6 omhandlede helbredsundersøgelser og i forbindelse med indlæggelse til fødsel på sygehus eller anden institution, der indgår som led i kommunens fødselsordning.

§ 13. De i medfør af §§ 2 og 12 afholdte udgifter kan efter nærmere af indenrigsministeren fastsatte regler medtages ved opgørelsen af kommunernes tilskudsberettigende udgifter i henhold til lov om sygehusvæsenet.

Kapitel IV

Ikrafttrædelsesbestemmelser m.v.*

§ 14. Loven træder i kraft den 1. april 1973.

Stk. 2. Samtidig ophæves lov nr. 89 af 31.

marts 1953 om distriktsjordemødre med senere ændringer og lov nr. 200 af 8. juni 1966 om svangerskabshygiejne med senere ændringer, jfr. dog stk. 3.

Stk. 3. De i stk. 2 nævnte love og de i medfør af disse udfærdigede forskrifter forbliver dog i kraft, indtil de afløses af regler fastsat i medfør af denne lov. Indenrigsministeriet bekendtgør, fra hvilke tidspunkter de hidtidige bestemmelser bortfalder.

§ 15. I lov nr. 90 af 31. marts 1953 om udøvelse af jordemodergerning med senere ændringer, foretages følgende ændringer:

1. § 9 affattes således: »Enhver jordemoder er forpligtet til på begæring at yde den fornødne jordemoderhjælp, når hurtig jordemoderhjælp efter de foreliggende oplysninger må anses for påtrængende nødvendig. Har jordemoderen gyldigt forfald, eller kan rettidig jordemoderhjælp blive ydet af en anden, som efter forholdene er nærmere dertil, er hun dog fritaget for den omhandlede forpligtelse.

Stk. 2. Sundhedsstyrelsen fastsætter retningslinier for omfanget af den i stk. 1 omhandlede forpligtelse.«

2. § 10 affattes således: »Ønsker en jordemoder at ophøre med at udøve jordemodergerning, skal hun afgive skriftlig meddelelse derom til sundhedsstyrelsen. Herved frigøres hun for den i § 9 omhandlede pligt til at yde jordemoderhjælp. Sundhedsstyrelsen udsteder offentlig bekendtgørelse om, at den pågældende er ophørt med at udøve jordemodergerning.«

§ 16. I lov nr. 311 af 9. juni 1971 om den offentlige sygesikring foretages følgende ændringer:

1. § 2, stk. 1, affattes således: »Personer, hvis indtægt ikke overstiger den i § 3 nævnte grænse, har adgang til vederlagsfri lægehjælp, tilskud til tandbehandling og fysiurgisk behandling m. v. efter reglerne i § 6, stk. 1-3, § 8, stk. 2, og § 9 stk. 2.«

2. § 11, stk. 1 og 2 ophæves.

3. § 11, stk. 3, bliver herefter stk. 1 og affattes således: »Den offentlige sygesikring yder ved fødsel lægehjælp i overensstemmelse med § 6.«

4. § 12, stk. 1, affattes således: »Bestemmelser, der udfærdiges af socialministeren i medfør af § 2, stk. 2, 2. pkt., § 6, stk. 2, § 6, stk. 3, 1. pkt., § 8, stk. 2, 1. pkt. **og** § 9, stk. 2, 1. pkt., fastsættes i overensstemmelse med over-

enskomster afsluttet i henhold til § 26, stk. 2.«

5. § 17, stk. 3 udgår.

6. I § 18, stk. 1 og 2 udgår »eller jordemoderen«.

7. I § 19 udgår »og jordemødre«.

8. I § 27, stk. 6 udgår »jordemødre«.

9. I § 29 udgår sidste pkt.

§ 17. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kgl. anordning sættes i kraft på Færøerne med de afvigelser, som landsdelens særlige forhold tilsiger.

*) Udover de nedenfor omhandlede ændringer kan det overvejes, hvorvidt det vil være nødvendigt at ændre bestemmelserne i § 47 og § 60 i lov om offentlig forsorg, jfr. lovbekendtgørelse af 10. november 1969. Efter oplysning fra socialministeriet vil eventuelle ændringer i givet fald blive indpasset i en samlet ændring af forsorgsloven.

KAPITEL VII

Udkast til vejledende retningslinier om svangerskabshygiejne og fødselshjælp

I. Indledning

Ifølge § 1 i lov nr. 000 af om svangerskabshygiejne og fødselshjælp påhviler det amtskommunerne og Københavns og Frederiksberg kommuner (i det følgende betegnet sygehuskommunerne) at tilvejebringe den for befolkningen nødvendige adgang til vederlagsfri betjening af fødsler.

Loven pålægger sygehuskommunerne det samlede ansvar for fødselshjælpens tilrettelæggelse, hvad enten fødslerne foregår på sygehus, klinik eller i hjemmet, ligesom ansvaret for tilvejebringelsen og tilrettelæggelsen af forebyggende helbredsundersøgelser i anledning af svangerskab efter loven er henlagt til sygehuskommunerne. Samtidig med lovens ikrafttræden er lov nr. 89 af 31. marts 1953 om distriktsjordemødre og lov nr. 200 af 8. juni 1966 om svangerskabshygiejne med senere ændringer ophævet.

Ved loven er tillige den del af bestemmelserne i lov om offentlig sygesikring, der vedrører sygehuskommunernes betaling for jordemoderhjælp, jordemødrenes befordringsgodtgørelse og jordemødrenes deltagelse i landssamarbejdsudvalg ophævet, idet det nødvendige antal jordemødre til helbredsundersøgelserne og til fødselsbetjeningen skal ansættes og aflønnes af sygehuskommunerne.

Efter lovens § 4, stk. 1, udfærdiger indenrigsministeriet efter forhandling med sygehusrådet vejledende retningslinier for tilrettelæggelsen af forebyggende helbredsundersøgelser i anledning af svangerskab og af fødselshjælpen. På grundlag heraf skal hver enkelt sygehuskommune ifølge § 4, stk. 2, udarbejde en samlet plan for løsningen af sygehuskommunernes opgaver indenfor fødselshjælpen og de forebyggende helbredsundersøgelser.

De indtil videre gældende vejledende retningslinier indeholdes i det følgende. De er

efter forhandling med sundhedsstyrelsen og sygehusrådet udarbejdet på grundlag af betænkning nr. 000 om fødselshjælpens tilrettelæggelse, afgivet af det af indenrigsministeriet den 15. marts 1967 nedsatte udvalg vedrørende den fremtidige jordemoderordning.

II. Sygehusvæsenets opgaver i fødselsbetjening

I de seneste årtier er der konstateret en stigende tendens mod, at stadig flere kvinder føder udenfor hjemmet. Således er institutionsfødslerne (fødsel på sygehus eller klinik) andel af samtlige fødsler steget fra 49 % i 1956 til 81 % i 1969. På baggrund af denne udvikling er det nu fundet påkrævet, at det henstilles til sygehuskommunerne indenfor et rimeligt tidsrum at udbygge den institutionsmæssige fødselskapacitet således, at enhver kvinde, der har ønske derom, får mulighed for at føde sit barn udenfor hjemmet (på sygehusafdeling eller godkendt klinik).

Det er ikke på grundlag af det foreliggende statistiske materiale muligt nøjagtigt at angive, hvor mange nye institutionspladser en gennemførelse af denne henstilling vil kræve. Det må også bemærkes, at hjemmefødslerne andel af det samlede fødselstal er meget forskellig fra landsdel til landsdel. Med rimelig sikkerhed kan det imidlertid siges, at der næppe bliver tale om en pludselig voldsom udvidelse af institutionspladsernes antal, idet der kun er tale om en forøgelse i takt med befolkningens ønsker. Endvidere må det bemærkes, at såfremt det nedenfor omtalte forslag om oprettelse af barselshvileafdelinger følges i de forskellige sygehusområder, vil behovet for nye sygehuspladser blive reduceret væsentligt.

Det bemærkes for en ordens skyld, at det ikke er tanken at indføre en absolut ret til institutionsfødsel (uafviselighed). Fødsler må i henseende til aktuell indlæggelsesmulighed be-

handles på lige fod med andre indlæggelser efter gældende Visitationsregler.

Ved etablering af muligheden for, at enhver fødende, der ønsker det, kan føde på institution, skabes der et begyndelsesgrundlag for en udvikling, som på længere sigt kan tænkes, og som efter den obstetriske sagkundskabs opfattelse er ønskelig, mod en ordning, hvorefter der bliver mulighed for, at enhver fødsel kan foregå på specialafdeling.

På kortere sigt bør - således som det fremgår af indenrigsministeriets vejledende retningslinier for planlægningen af sygehusvæsenets fremtidige udbygning (indenrigsministeriets cirkulære af 8. juni 1971) - enhver sygehuskommunes sygehusvæsen indeholde en specialafdeling for obstetrik og gynækologi. Disse afdelinger bør som minimum dimensioneres således, at de kan modtage alle gravide fra området med tilstedeværende eller forventelige komplikationer eller med forøget risiko. De nævnte kategorier udgør skønsmæssigt ca. 40 % af samtlige fødende.

Det fremgår heraf, at de områder, i hvilke der ikke findes en obstetrisk-gynækologisk specialafdeling, eller hvor den eksisterende afdeling ikke er dimensioneret til at opfylde det ovenfor nævnte krav, snarest muligt bør udbygge sit sygehusvæsen med det manglende.

Som udgangspunkt for sygehuskommunernes planlægning af gynækologisk-obstetriske afdelinger kan det vejledende anføres, at sengebehovet for disse afdelinger vil udgøre 0,90-1,00 pr. 1000 indbyggere. Det må dog fremhæves, at denne angivelse indeholder en høj grad af skøn (belægningsprocentens størrelse, liggetidens længde m. v.) og er behæftet med stor usikkerhed. Variationer i befolkningskoncentrationen, i befolkningens aldersfordeling, i sygehusets placering og i opbygningen af sygehuskommunernes sundheds- og socialvæsen i det hele vil kunne motivere væsentlige afvigelser fra den vejledende norm.

I forbindelse med vurderingen af sengebehovet bør sygehuskommunerne i særlig grad have opmærksomheden henvendt på muligheden for at benytte den fremgangsmåde, at den *helt normalt* fødende efter kortere tids ophold på sygehusafdeling overflyttes til en specielt indrettet barselshvileafdeling. Behovet for andre sengepladser vil herved selvsagt formindskes betydeligt, medens behovet for fødestuer på fødeafdelingen vil stige tilsvarende. Barselshvileafdelinger vil med fordel og uden in-

vesteringer af større omfang kunne indrettes på de mindre, delte og blandede sygehuse, ligesom de foreliggende pladsmuligheder på klinikker, som sygehuskommunen ikke finder egnede til anvendelse i forbindelse med selve fødselsbetjeningen, vil kunne udnyttes. Barselshvileafdelingen bør funktionelt henføres til og ledes af områdets specialafdeling.

III. De profylaktiske svangreundersøgelser

For bedst muligt at udnytte sygehuskommunernes specialafdeling(er) og andre fødeinstitutioner er det nødvendigt, at områdets fødselsinstitutionsordning knyttes nært sammen med de forebyggende svangreundersøgelser. De forebyggende svangreundersøgelser bør dog fortsat finde sted uden for fødeinstitutionen og bør fortsat i almindelighed varetages i et samarbejde mellem kvindens egen praktiserende læge og jordemødre. Specialafdelingen bør imidlertid råde over et ambulatorium, hvortil svangre kan visiteres af egen læge med henblik på rådgivning om fødested og med henblik på konstatering af eventuelle tegn på komplikationer. Det vil være ønskeligt, om samtlige gravide inden for specialafdelingens optagelsesområde, der skal føde på denne, kan modtages til undersøgelse i ambulatoriet en eller to gange i graviditetsperioden.

Efter loven kan kvinder få foretaget 5 forebyggende helbredsundersøgelser - heraf 3 under svangerskabet - hos en *læge*. Det påhviler amtskommunerne og Københavns og Frederiksberg kommuner at afholde de hermed forbundne udgifter til honorarer. I forbindelse med ophævelsen af svangerskabshygiejneloven er den hidtidige begrænsning i adgangen til at få foretaget helbredsundersøgelser hos en *jordemoder* blevet ophævet. Der kan nu foretages det antal jordemoderundersøgelser, der i det enkelte tilfælde skønnes nødvendige. Samtidig er bestemmelsen om amtskommunernes betaling af jordemoderhonorarer ophævet, idet loven henlægger tilrettelæggelsen og administrationen af de forebyggende jordemoderundersøgelser til sygehuskommunerne og fastsætter, at disse undersøgelser varetages af offentlig ansatte jordemødre uden særskilt honorering. Der er herved tilvejebragt grundlag for tilrettelæggelsen af mere behovsprægede undersøgelser, end det hidtil har været muligt, samtidig med, at der er skabt mulighed for at inddrage jordemødrene i en opsøgende virksom-

hed i de tilfælde, hvor den gravide udebliver fra undersøgelser. I tilslutning til undersøgelserne bør der etableres psykoprofylaktiske kurser, ledet af jordemødre eventuelt i samarbejde med sundhedsplejersker og fysioterapeuter.

I særlig grad må opmærksomheden være henvendt på, i hvilket omfang det vil være hensigtsmæssigt at lade jordemødre påtage sig opgaver af mere forebyggende social karakter. Hvis jordemoderen får formodning om sygelige tilstande hos den gravide, skal hun selv sagt straks henvise til læge. Får jordemoderen uden for de tilfælde, hvor hun i henhold til særlig lovgivning har anmeldelsespligt, under de forebyggende undersøgelser oplysninger om personlige, sociale eller økonomiske problemer, bør hun foretage henvisning til mødrehjælpen eller de i øvrigt i betragtning kommende sociale myndigheder.

IV. Jordemødrenes placering i fødselshjælpen

Som tidligere omtalt følger det af loven om svangerskabshygiejne og fødselshjælp, at al vederlagsfri jordemoderassistance ydes af offentligt ansatte jordemødre. Det påhviler herefter sygehuskommunerne at ansætte det såvel til varetagelsen af de profylaktiske undersøgelser som til betjeningen af fødslerne fornødne antal jordemødre. Dette er dog ikke til hinder for, at sygehuskommunerne indtil videre kan indgå overenskomst med ejere af private fødeklinikker efter de i sygehusloven indeholdte bestemmelser.

Bestemmelser om løn og andre ansættelsesvilkår, herunder kørselsgodtgørelse, må fastsættes af ansættelsesmyndigheden efter forhandling med jordemødrenes organisation og med godkendelse af det i § 67 i lov om kommunernes styrelse omhandlede nævn.

Jordemødrenes ansættelse under det offentlige åbner mulighed for, at der ved planlægningen af sygehuskommunernes fødselshjælp kan sigtes mod en ordning, der indebærer en rationel, ensartet udnyttelse af jordemødrenes arbejdskraft samtidig med, at der kan gives jordemødrene planlagt fritid.

I samklang hermed og af hensyn til ønskeligheden af at kunne tilbyde befolkningen en jordemoderassistance, der til enhver tid er på højde med udviklingen, anbefales det i udvalgsbetænkningen, at de forebyggende jordemoderundersøgelser henlægges til centre, hvor der er knyttet fastansatte jordemødre. Be-

tænkningen anbefaler endvidere af hensyn til kontinuiteten i omsorgen for den svangre, at de fra de profylaktiske undersøgelser kendte jordemødre tillige betjener fødslerne på sygehuskommunens fødeinstitutioner.

I overensstemmelse hermed må samtlige jordemødre, der nu er i aktiv virksomhed og som ikke er fast knyttet til en gynækologisk-obstetrisk afdeling, samles i centre.

Fødselsbetjeningen på sygehuskommunens institutioner bør tilrettelægges på en sådan måde, at fødslen kan betjenes af en jordemoder fra det center, hvor kvinden har fået foretaget svangreundersøgelserne. Hvor fødsler finder sted på anden institution end specialafdeling, bør der ikke ansættes jordemødre ved institutionen. Til svangreundersøgelserne 1-2 gange af de kvinder, der skal føde på specialafdeling, må der til denne knyttes et mindre antal jordemødre. Da også fødslerne på specialafdeling normalt skal betjenes af centerjordemødre, bør der dog ikke ansættes mere end 2-3 jordemødre på specialafdelinger af normal størrelse. I de områder af landet, hvor udviklingen har medført, at fødslerne på specialafdelingerne betjenes af sygehusansatte jordemødre, bør de af disse jordemødre, der ikke er påkrævede til varetagelsen af profylaksen i selve ambulatoriet, tilknyttes et af centrene. I det hele taget vil jordemødrenes offentlige ansættelse under amtskommunerne og samlingen hos disse af ansvaret for hele fødselshjælpens tilrettelæggelse, inclusive svangerskabsprofylaksen, åbne mulighed for, at jordemoderens tilknytningsforhold til henholdsvis center og specialafdeling kan ændres, i det omfang udviklingen gør det ønskeligt.

Det må i denne forbindelse understreges, at tiden næppe er inde til at gennemføre en ordning, hvorefter adgang til hjemmefødsel afskæres for de kvinder, der måtte ønske det. Centerordningen må derfor indtil videre tilrettelægges med henblik også på betjening af hjemmefødsler.

De nedenfor anførte retningslinier vil kunne tjene sygehuskommunerne som udgangspunkt for en mere konkret udformning af kommunernes centerordning. Det må dog fremhæves, at lokale forskelligheder kan betinge visse afvigelser fra de generelle normer.

Ved planens udarbejdelse bør der tilstræbes en geografisk centerdistriktsinddeling, der i videst mulig omfang forener hensynet til de gravides bekvemme adgang til jordemoderunder-

søgelser med en hensigtsmæssig udnyttelse af jordemødrenes arbejdskraft.

Centrene, der må dække større afgrænsede distrikter inden for det samlede område, bør søges placeret på centralt beliggende steder i distrikterne med gode trafikforbindelser.

Hvad angår størrelsen af det enkelte centers befolkningsunderlag, kan det foreliggende statistiske materiale næppe afgive grundlag for en tilstrækkelig sikker forhåndsberegning heraf. Det anbefales derimod, at man ved planlægningen af centrenes størrelse tager som udgangspunkt det antal jordemødre, som er nødvendig til etablering af en vagtordning, hvorefter der døgnet rundt er mindst 1 jordemoder til rådighed til betjening af fødsler. I udvalgsbetænkningen er det hertil fornødne antal jordemødre beregnet til 5 jordemødre. Herudover må der beregnes 2 jordemødre pr. center til varetagelse af svangerskabsprofylaksen i dagtimerne. Et fuldt funktionsdygtigt center vil kræve en bemanning på 6-7 jordemødre.

For så vidt angår spørgsmålet om centrets geografiske udstrækning (befolkningsunderlaget), vil det være naturligt at fastsætte denne til det område, de til centret knyttede jordemødre hidtil har betjent.

Herved må man imidlertid være opmærksom på følgende forhold, som kan forrykke billedet:

1. Det kan tænkes, at en del af de fødende i det distrikt, der hidtil har udgjort de pågældende jordemødres samlede arbejdsområde, er blevet betjent af sygehusansatte jordemødre.
2. Det må have i erindring, at der ved den nye ordning forventes pålagt jordemødrene en række opgaver, som de ikke hidtil har haft.
3. Det kan forekomme, at der inden for området findes enkelte jordemødre med meget høje fødselstal, som i realiteten er udtryk for en overarbejdspræstation, som ikke kan forventes under den nye ordning.

Disse forhold kan bevirke, at det antal jordemødre, som er nødvendigt til vagtberedskabet m. m., er - eller hurtigt viser sig at være - utilstrækkeligt til at betjene det distrikt, som de pågældende jordemødre hidtil har betjent, således at det straks eller senere kan blive nødvendigt at ansætte flere jordemødre. Det anbefales i øvrigt, at der straks fra centrets etablering føres en udførlig statistik vedrørende jordemødrenes arbejde, som gør det muligt på

det tidligst mulige tidspunkt at træffe afgørelse om, hvorvidt ansættelse af flere jordemødre ved centret er nødvendig, eller om en begrænsning af distriktet (med eventuel overførelse af en del af distriktet til andet mindre belastet distrikt) kan tjene til justering af forholdene.

I kontrollen og behandlingen af den svangre deltager foruden jordemødre praktiserende læger, speciallæger, sygehusansatte læger, sygeplejersker og eventuelt hjemmesygeplejersker, hvorefter sundhedsplejersken indtræder i tilsynet med det spæde barn. Herudover har den gravide ofte behov for at komme i kontakt med en lang række hjælpeforanstaltninger, såsom socialrådgiver, familievejleder, husmoder-afløser og mødrehjælp. Denne indsats af forskellige kræfter giver mulighed for at sikre moderen den bedst mulige hjælp af specialuddannet personale, men skaber på den anden side risiko for manglende personlig kontakt og dobbeltarbejde eller huller i systemet, dersom kræfterne ikke koordineres. Man skal derfor tilråde, at der ved etableringen af centre tages tilbørligt hensyn til muligheden for at koordinere og samordne indsatsen over for den gravide. Der bør herved tilstræbes en geografisk og lokalemæssig samling af de personer uden for fødeafdelingen, der kommer i berøring med den gravide. Man skal i denne forbindelse henlede opmærksomheden på muligheden af at placere centre i tilknytning til kommunernes social- og sundhedsudvalg eller i grupper af praktiserende lægers lægehuse.

V. Styringen af fødselshjælpen

Efter den nye lov har kommunerne ansvaret for fødselshjælpen tilrettelæggelse og gennemførelse inden for kommunens område.

Hovedsigtet med nyordningen har været hensynet til koordinationen af fødselshjælpen i og uden for sygehusene. Den administrative ledelse af såvel sygehusbetjeningen som centerordningen eller anden organisationsform må derfor henlægges til sygehuskommunernes sygehusudvalg. Hensynet til den nødvendige samordning af kommunens planer inden for fødselshjælpsområdet med planer inden for social- og sundhedssektoren under social- og sundhedsudvalget gør det påkrævet, at de respektive planer søges koordineret ved hjælp af det i bestemmelsen i § 23, stk. 2, i lov om offentlig sygesikring omhandlede fællesudvalg.

Fødselshjælpens faglige organisation bør opbygges omkring en obstetrisk-gynækologisk specialafdeling, hvis chef bør pålægges pligt til, for så vidt angår obstetrisk-faglige spørgsmål, at koordinere samarbejdet i området mellem specialafdelingen, eventuelle andre sygehusafdelinger, hvor der foregår fødsler, fødeklinikker, jordemødre i centrene og de praktiserende læger. Herudover bør specialafdelingens chef, sammen med den nedenfor omtalte amtsjordemoder, virke for, at jordemødrenes viden og kunnen bibeholdes og videreudvikles, hvilket bl. a. må ske gennem jordemødrenes varetagelse af fødsler på specialafdelingen. Han bør endelig lede oplysningsvirksomheden over for befolkningen.

De oprettede centre bør funktionelt henhøre under specialafdelingen, hvis chef bør bære det lægelige ansvar for driften af centrene.

Udgifterne til centerjordemoderlønninger m. v. kan med henblik på statsrefusion opføres regnskabsmæssigt som en sygehusudgift.

I de områder af landet, hvor der ikke findes specialafdelinger, må de ovenfor nævnte koordineringsopgaver med videre indtil videre varetages af sygehusudvalget eventuelt med bistand af embedslægen. Den nærmere planlægning af områdets fødselshjælp bør i øvrigt finde sted på grundlag af forudgående drøftelser med embedslægen, hvem tillige det lægeligt administrative tilsyn med jordemødrene påhviler.

Varetagelsen af de betydelige planlægningsmæssige og administrative opgaver, der er forbundet med den ovenfor skitserede fødselshjælpsordning, nødvendiggør efter indenrigsministeriets opfattelse ansættelse af en amtsjordemoder. Amtsjordemoderen må have den daglige ledelse af og det løbende tilsyn med centerjordemødrenes arbejde. Hun vil således kunne medvirke til bl. a. udarbejdelsen af en hensigtsmæssig vagtinddeling, hvorved arbejdet i centrene tilrettelægges rationelt og effektivt. Hun vil kunne formidle en væsentlig del af det administrative samarbejde, jordemødrene vil få med medicinsk-socialt sagkyndige, herunder det løbende samarbejde med specialafdelingen. Endvidere må amtsjordemoderen tage initiativ til og medvirke ved møder, studiekredse og lignende med henblik på, at jordemødrenes viden og færdigheder bevares og udbygges, ligesom hun må yde den enkelte jordemoder fornøden personlig støtte og vejledning. Af hensyn til planlægningen af sygehuskommunernes fødselshjælpsordning er det ønskeligt,

at eventuel ansættelse af en amtsj ordemoder sker på et tidligt tidspunkt.

Der vil intet være til hinder for, at **nabo-**amtskommuner, der måtte ønske det, træffer aftale om i fællesskab at ansætte en amtsj ordemoder, således at de med ordningens gennemførelse forbundne udgifter fordeles på amtskommunerne f. eks. i forhold til fødselstallet eller antallet af beskæftigede jordemødre.

VI. Fremsendelse af planer til godkendelse

Sygehuskommunernes planlægning af svangerskabshygiejnen og fødselshjælpen bør dække en 15-årig periode. Forestillinger om mere langsigtede projekter må dog indgå i de overvejelser, som lægges til grund for planlægningen. Planlægningen for de første 5 år af den 15-årige planlægningsperiode bør udarbejdes med betydelig detaljerethed, således at der gives fyldige redegørelser for planlægningens forudsætninger og forventede konsekvenser. Planerne må søge så realistisk som muligt at vurdere, i hvilken takt de stillede mål kan gennemføres. Herunder bør angives, hvor stort et forbrug af ressourcer såvel økonomiske som personelle, der må påregnes at medgå hertil.

De i henhold til lovens § 4, stk. 2, til indenrigsministeriets godkendelse fremsendte planer må indeholde følgende:

1. Redegørelse for den nuværende adgang til fødsel uden for hjemmet, herunder redegørelse for adgangen til fødsel på specialafdeling.
2. Redegørelse for den fremtidige adgang til fødsel uden for hjemmet, herunder med oplysninger om planerne for områdets udbygning med specialafdeling(er).
3. Redegørelse for den fremtidige j ordemoderbetjening af hjemmefødsler.
4. Redegørelse for den fremtidige betjening af de forebyggende jordemoderundersøgelser. Herunder må specielt redegøres for organisationen af jordemødre i centre med angivelse af centrenes geografiske område. Råder amtskommunen over flere specialafdelinger, må det oplyses, til hvilken specialafdeling det enkelte center agtes knyttet.

Der må endvidere redegøres for, i hvilket omfang sygehuskommunen påregner at lade sygehusfødslerne, herunder fødsler på specialafdeling, betjene af centerjordemødre. Det forventede antal ansatte jordemødre på specialafdeling må oplyses.

KAPITEL VIII

Forslagets økonomiske konsekvenser

A. Anlægs- og investeringsudgifter

1° Gennemføres udvalgets forslag om tilvejebringelse af yderligere sengeplads i et sådant omfang, at alle fødsler normalt kan finde sted på institution, vil der opstå udgifter til oprettelse af ca. 350 nye sengepladser. På grundlag af indhentede oplysninger fra forskellige hospitalsadministrationer er det anslået, at gennemsnitsudgiften til en fødeseng på en »ren« obstetrisk specialafdeling beløber sig til 300.000-350.000 kr. Følges udvalgets forslag om overflytning af helt normalt fødende til særligt indrettede barselshvileafdelinger, vil behovet for nye sengepladser imidlertid kunne reduceres betydeligt. Etableringen af nye sengepladser må af hensyn til en hensigtsmæssig indpasning i sygehuskommunernes planlægning påregnes at ville strække sig over en årrække, og oprettelse af nye og udvidelser af eksisterende specialafdelinger vil til en vis grad overflødigsgøre ellers uundgåelige udvidelser af kirurgiske afdelinger. På denne baggrund har udvalget ikke ment at kunne angive et bestemt skøn over udgifterne ved etableringen af de påkrævede nye sengepladser.

2° Oprettelse af de af udvalget foreslåede centre vil næppe medføre investeringsudgifter i større omfang. Da der ikke stilles større krav til de lokalemæssige faciliteter, går udvalget ud fra, at det de fleste steder vil være muligt at placere centrene i forbindelse med eksisterende offentlige institutioner eller opnå lejemål med private (f. eks. i lægehuse). Investeringsudgifterne ved oprettelse af centre vil således formentlig kunne indskrænkes til mindre ombygningsarbejder samt apparaturanskaffelser m. v. De samlede udgifter herved har udvalget anslået til ca. 2-3 mill. kr. (60-70 centre).

B. Driftsudgifter

1° Udvalget har anslået, at institutionsfødselsprocenten, når den fornødne sengekapaci-

tet er tilvejebragt, vil komme op på ca. 95, hvilket vil indebære en *stigning* i antallet af institutionsfødsler med ca. 11.000, svarende til ca. 70.000-80.000 sygedage. Den gennemsnitlige sygedags-udgift for en specialafdeling er anslået til 200 kr. i 1970/71 eksklusive forrentning og afskrivning.

Det offentliges samlede driftsudgifter i forbindelse med sygehusbetjening af fødsler vil således i løbet af en årrække stige med indtil 14-16 mill. kr. I det omfang barselshvileafdelinger inddrages i fødselstilrettelæggelsen vil denne udgiftsstigning kunne begrænses væsentligt, da barselshvileafdelingens driftsudgifter er betydeligt mindre end sygehusafdelingens.

2° Udgifterne i forbindelse med driften af centrene har udvalget anslået til følgende beløb i april-70 pris- og lønniveau:

400 centerjordemødre*) samt	
14 amtsjordemødre	16.400.000 kr.
70 centre, husleje å 20.000 kr..	1.400.000 kr.
70 centre, instrumenter, medicin, arbejdstøj, kontorartikler m. v. å 50.000 kr.	3.500.000 kr.
414 jordemødres befordringsud- gifter á 6.000 kr.	ca. 2.500.000 kr.
	ca. 23.800.000 kr.

Hertil kommer pensionsbyrden for det offentlige.

Det offentlige (herunder sygekassernes) udgifter til distriktsjordemoderlønninger, fødsels-honorarer og honorarer for jordemødrenes svangerskabshygiejneundersøgelser er for 1969 /70 opgjort således:

*) Lønudgiften er opgjort på grundlag af 13. lønningsklasse (slutløn) i lov nr. 154 af 7. juni 1958. Der indgår ikke ulempe- og vagttillæg i lønnen.

Honorarer fra sygekasser.	16,0 mill. kr.
Distriktsjordemoderlønninger . . .	6,5 mill. kr.
Svangerskabshygien- undersøgelser.	5,0 mill. kr.
	27,5 mill. kr.

Herudover yder det offentlige, som omtalt side 17, tilskud til dækning af distriktsjordemødrenes eller boligtilskud, tilskud til telefonudgifter og anskaffelse af instrumenter m. m. Hertil kommer det offentliges godtgørelse af jordemødrenes befordringsudgifter, ligesom det offentlige

afholder udgifterne til jordemødrenes pension.

3° Samfundets udgifter i forbindelse med driften af de af udvalget foreslåede foranstaltninger vil således stige for så vidt angår sygehusbetjeningen. For så vidt angår driften af centrene bemærkes, at der i beregningen indgår adskillige usikkerhedsmomenter, hvoraf de vigtigste i forbindelse med niveau for distriktsjordemødrenes lønninger vil være af betydelig vægt. Det foretagne skøn viser dog, at der næppe vil blive tale om væsentlige forskydninger i forhold til samfundets nuværende udgifter til jordemoderbetjeningen.

KAPITEL IX

Resumé af kapitel I-V

I *kapitel 1* redegøres der for de historiske forudsætninger for den gældende jordemoderordning.

I *kapitel 2* omtales jordemoderloven og distriktsjordemoderloven samt svangerskabshygje- og fødselsloven. Der redegøres endvidere for de økonomiske og arbejdsmæssige forhold for henholdsvis privat praktiserende jordemødre og distriktsjordemødre. Endelig omtales den stedfundne udvikling indenfor sygehusbetjeningen, hvor det konstateres, at et stadig stigende antal fødsler finder sted udenfor hjemmet.

I *kapitel 3*, der indeholder udvalgets vurdering af den nuværende ordning, konstateres det, at der i løbet af de sidste 10-15 år er sket betydelige fremskridt indenfor fødselshjælpen, hvilket bl. a. har givet sig udtryk i et fald i den perinatale dødelighed. Der er i periodens løb konstateret et stigende ønske hos befolkningen om udefødsel, et ønske det mange steder er lykkedes at imødekomme gennem etablering af specialafdelinger.

For jordemoderen har udviklingen medført, at grundlaget for deres traditionelle arbejdsopgaver, varetagelsen af *hjemmefødslen*, er forsvundet eller ved at forsvinde. Jordemødrene har dog i det store og hele været i stand til at tilpasse sig de ændrede forhold, men i de senere år er der konstateret en svigtende tilgang til praksis, samtidig med at antallet af sygehusansatte jordemødre er steget. Som en alvorlig begrænsning i det nuværende systems muligheder for at leve op til nutidens krav fremhæves jordemoderens isolation i forhold til andre dele af det sundhedsmæssige og sociale mønster. Der er tillige opstået en betydelig ulighed i de enkelte praktiserende jordemødres erhvervsmuligheder, ligesom der er konstateret en begyndende mangel på jordemødre i dele af landet på grund af disses *vægning* ved

at nedsætte sig som praktiserende jordemødre.

I *kapitel 4* omtales hovedprincipperne for en nyordning, samt enkelte detaljer i forbindelse med gennemførelsen af en sådan. De i kapitlet omtalte grundprincipper danner grundlag for udvalgets forslag.

I *kapitel 5* foreslår udvalget herefter bl. a.:

1. Etablering af en *enhedsledelse af fødselshjælpen* i hver amtskommune, således at amtsrådets *sygehusudvalg* får det styrelsesmæssige ansvar for fødselshjælpen i amtskommunen, og således at det lægelige ansvar for fødselshjælpen pålægges *chefen for amtskommunens obstetrisk-gynækologiske afdeling*.
2. Udbygning af amtskommunens fødselskapacitet i et sådant omfang, at der normalt er adgang for enhver kvinde, der ønsker det, *til at føde på institution* (sygehusafdeling eller klinik).
3. Oprettelse eller udbygning af specialafdelinger med minimumskapacitet af et sådant omfang, at *samtlige gravide med forventede komplikationer eller med forøget risiko kan føde på specialafdeling*.
4. *Samling af jordemødrene i centre* med de fornødne faciliteter til forebyggende undersøgelser, og hvorfra jordemødrene tilkaldes til fødsel i hjemmet eller på institution (specialafdeling, almindelig sygehusafdeling eller anerkendt klinik).
5. I princippet *offentlig ansættelse* (af amtskommunen) *af samtlige jordemødre*.
6. Tilrettelæggelse af profylaktiske undersøgelser ud fra behovsprægede synspunkter.
7. Etablering af bedre *samarbejdsmuligheder* for jordemødrene med *andre sundhedsmæssige og sociale myndigheder*.
8. *Vederlagsfri fødselshjælp* i alle faser.

Bilagsfortegnelse

Bilag 1.	Notat af 21/2 1968 om boligfradrag	Side 49
- 2.	Om jordemødres adgang til at anvende analgesi	52
- 3.	§ 10–11 i »byrdefordelingsloven«	— 54
- 4.	Nugældende affattelse af distriktsjordemoderloven	55
- 5.	Notat af 11/8 1970 om boligtilskud	57
- 6.	Jordemoderundersøgelsen 1968	60
- 7.	Driftsindtægter og udgifter for praktiserende jordemødre	70
- 8.	Overlæge Helge Berthelsens bemærkninger	72
- 9.	Redegørelse vedrørende Sverige	75
- 10.	Redegørelse vedrørende England	76
- 11.	Redegørelse vedrørende Holland	78
- 12.	Fortegnelse over tabelmateriale	79

København, den 21. februar 1968.

Notat om ændring af boligfradragssatser for distrikts jordemødre med tjenestebolig

1. Hittidige boligfradrag

a) Før 1. april 1958.

Efter § 5, stk. 1, i distriktsjordemoderloven nr. 89 af 31. marts 1953 fastsattes fradraget i overensstemmelse med de for statens tjenestemænd dengang gældende regler (§ 36, stk. 4, i tjenestemandsløven af 1946), d. v. s. til 12 % af grundlønnen, 3.000 kr., eller 560 kr. årlig.

b) Fra 1. april 1958.

Ved lønnings- og pensionsloven af 1958 ændredes princippet for beregning af tjenesteboligbidrag for *statens tjenesteboliger*, idet det i lovens § 36, stk. 4, blev fastsat, at bidrag fastsættes »under hensyn til boligens størrelse, alder, kvalitet og udstyr.« Med hjemmel i samme bestemmelse fastsattes bidragene efter forhandling med tjenestemandsgeselskaberne i finansministeriets cirkulærskrivelse af 18. juni 1958. Satserne, der er optrykt som bilag 4 i den tidligere til udvalgets medlemmer udsendte betænkning nr. 422/1966, er opsat i en tabel, hvor de er gradueret efter boligens *art, størrelse, installationer og beliggenhed*.

Ved lov nr. 201 af 10. juni 1959 blev det ved lønnings- og pensionsloven indførte nye lønnings- og pensionssystem overført på *distriktsjordemoderområdet* med virkning fra 1. april 1958.

Medens loven i øvrigt holdt sig tæt op ad statens nye tjenestemandssystem, valgte man for så vidt angår boligfradrag fortsat at fastholde en fælles fradragssats på 1.200 kr. årlig. Ved fremsættelsen af lovforslaget blev denne fastsættelse begrundet således:

»Med hensyn til forslaget til ændring af distriktsjordemoderlovens § 5 bemærkes, at den væsentlige forhøjelse af tjenesteboligbidragene, som er gennemført ved statstjenestemandsløven af 1958, også må få virkning for distrikts-

jordemødrene, hvis boligbidrag efter 1953-lovens § 5, stk. 1, hidtil har været 360 kr. årlig. På grundlag af statens nye regler ville boligbidragene for distriktsjordemødrene efter en foretagen undersøgelse komme til at udgøre højest varierende beløb, der måtte antages i almindelighed at ville ligge mellem ca. 8-900 kr. og ca. 1.400 kr. Det må imidlertid anses for uhensigtsmæssigt at gå fra det nuværende faste bidrag på 360 kr. over til bidrag af så varierende størrelse. Herved ville hidtil ensartet aflønnede distriktsjordemødre få tillagt en højest forskellig nettoløn, hvilket formentlig kunne virke urimeligt, dels fordi deres forhold antagelig vil blive betragtet som i det store og hele ensartede uanset forskellen i boliger, og dels fordi der gælder samme bolignorm for dem alle, og de ikke selv er herrer over karakteren af den bolig, der tildeles dem. Man har derfor fundet det rimeligt, at boligbidraget også fremtidig fastsættes ensartet for alle distriktsjordemoderboliger, og at dette bidrag, uanset om der er garage til boligen, fastsættes til 1.200 kr. årlig.«

Under forarbejderne til loven indhentede indenrigsministeriet oplysninger om boligforholdene for distriktsjordemødrene i 5 amter. Det fremgik heraf, at boligerne næsten alle var eenfamiliehuse, havde garage og alle moderne installationer, og at de størrelsesmæssigt koncentrerede sig om grupperne 55-67 m² og 67-82 m², dog med enkelte boliger i gruppen 45-55 m². Ved beliggenhed på landet ville statens satser (incl. garagebidrag på 300 kr.) derfor typisk give fradrag på 1.272 og 1.428 kr. årlig, i enkelte tilfælde 1.116 kr. årlig. Da jordemødrene ikke selv var herre over, hvilken bolig de fik tillagt, og da man anså det for uheldigt, at der blev for store variationer i den øjeblikkelige stigning i den *udbetalte* løn ved lønreformens gennemførelse, blev det besluttet at fastholde det ensartede fradrag.

2. Grundlaget for den fremtidige boligfradragsfastsættelse

Ved økonomiministeriets cirkulære nr. 84 af 19. april 1966 skete en væsentlig forhøjelse og en betydelig stærkere graduering af bidragene for statens tjenesteboliger.

Ændringen måtte efter grundlaget for fastsættelsen af det hidtidige boligfradrag for distriktsjordemødrene få konsekvenser også for dette område, men da fradragssatsen var fastsat i selve loven, måtte der ved ændring af denne tilvejebringes hjemmel herfor, og dette skete ved lov nr. 97 af 31. marts 1967, hvorefter fradragene fastsattes af indenrigsministeriet efter forhandling med jordemoderforeningen og de kommunale organisationer. Ved nedsættelsen af jordemoderudvalget har indenrigsministeren bl. a. anmodet udvalget om forlods overfor indenrigsministeren at stille forslag om ændrede boligfradragsregler.

Ved økonomiministeriets cirkulærskrivelse af 29. juni 1967 er statens boligbidragssatser under hensyn til den på det private boligmarked stedfundne huslejestigning påny forhøjet med virkning fra 1. november 1967.

3. Overvejelser vedrørende den fremtidige boligfradragsfastsættelse

I bemærkningerne til det den 22. februar 1967 af indenrigsministeren fremsatte forslag til lov om ændring af lov om distriktsjordemødre er det forudsat, at der sker en ændring af distriktsjordemødrenes boligfradrag svarende til den stedfundne ændring af statens tjenesteboligsatser. Distriktsjordemoderboligsatserne skal altså bringes *på niveau med* statens satser, jfr. forelæggelsestalen.

Valget står herefter mellem, om man

- skal gå over til fuldt ud at følge statens regler, eller
- fortsat skal operere med standardiserede fradrag *enten* således, at man har en fælles sats for alle jordemoderboliger *eller* således, at man graderer, men i et mindre omfang end statens regler, f. eks. ved at holde garagebidraget udenfor standardfradraget eller ved at indføre en graduering efter beliggenhed.

En anvendelse af statens satser på de efter undersøgelserne i 1959 i praksis forekommende distriktsjordemoderboliger ville efter henholdsvis 1958- og 1967-satserne føre til følgende bidrag:

Beliggenhed	Boligstørrelse	Statssats 1958	Statssats 1967	Forhøjelse i forhold til	
		Bolig + garage = i alt	Bolig + garage = i alt	Statssats 1958	1.200 kr.
på landet	45-55 m ²	816 + 300 = 1116	1428 + 440 = 1868	752	668
	55-67 m ²	972 + 300 = 1272	1674 + 440 = 2114	842	914
	67-82 m ²	1128 + 300 = 1428	2238 + 440 = 2678	1250	1478
i købstæder m. v.	45-55 m ²	918 + 300 = 1218	1644 + 440 = 2084	866	884
	55-67 m ²	1080 + 300 = 1380	1980 + 440 = 2420	1040	1220
	67-82 m ²	1242 + 300 = 1542	2550 + 440 = 2990	1448	1790

Rent *teknisk* vil det næppe være vanskeligt fuldt ud at følge statens tjenesteboligsatser. Kommunerne, der står for administrationen af jordemødrenes tjenesteboliger, anvender statens regler for så vidt angår tjenesteboliger for andre kommunale tjenestemænd, og for de kommunale forvaltninger vil det derfor næppe være vanskeligt at anvende samme regler også for så vidt angår distriktsjordemoderboligerne.

Da tjenesteboligsatserne også fremover vil kunne forventes revideret med passende mellemrum under hensyn til udviklingen på det private boligmarked, jfr. kap. IV (side 18) i

betænkning 422/1966, vil det også for indenrigsministeriet være det enkleste, hvis det ved en ændring af distriktsjordemoderregulativets § 20, stk. 1, fastsættes, at tjenesteboligfradraget er det til enhver tid af økonomiministeriet for statens tjenesteboliger fastsatte.

Ministeriet fritages herved for at skulle optage forhandlinger med organisationerne og udsende ændringscirkulære til distriktsjordemoderregulativet, hver gang statens satser ændres. Det må dog være en forudsætning, at der, såfremt de grundliggende principper for beregning af statens tjenesteboligsatser ændres

væsentligt, optages forhandlinger med jordemoderforeningen og de kommunale organisationer om, hvorvidt der skal ske en tilpasning af de nye regler ved deres overførelse til distriktsjordemoderboligerne.

Spørgsmålet bliver herefter, om overvejelser vedrørende den rimelige fordeling af boligbidragsbyrden mellem jordemødrene fører til et andet resultat. Det må her erindres, at lemper i forhold til statens satser for nogle distrikts jordemødre efter det grundlæggende princip (hvorefter satserne skal være *på niveau med* statens) må føre **til**, at andre jordemødre pålægges højere bidrag, end statens boligbidragssatser ville føre til. Umiddelbart vil det formentlig forekomme mest rimeligt, at der **som** efter statens tjenesteboligregler - betales mere for en stor, god og velbeliggende bolig end for en mindre og mindre god bolig med ringere beliggenhed. Der er næppe heller noget grundlag for at pålægge de ganske få jordemødre, der ikke har garage, et gennemsnitsbidrag, der er beregnet ud fra den forudsætning, at de fleste jordemoderboliger har garage. Det synspunkt, at jordemødrene er pligtige at overtage den tjenestebolig, de får stillet til rådighed, og ikke er herre over, hvilken bolig de får tillagt, er allerede tilgodeset ved fastlæggel-

sen af bidragsniveauet på tjenesteboligsatser, der ligger lavere end lejeboligbidragene (disse ligger i staten 3 satser over tjenesteboligsatsen, i kommunerne som regel betydeligt højere).

Man kunne i øvrigt rejse det spørgsmål, om tjenestemændene (herunder også distrikts jordemødrene) ved valget af de stillinger, de søger, ikke har en vis mulighed for at tage hensyn til boligforholdene, og dette synspunkt har måske ikke mindst vægt for stillingskategorier, hvor der - som for jordemødrene - gør sig en vis personalemangel gældende.

4. Forslag

Udvalget finder, at såvel tekniske grunde som rimelighedsbetragtninger taler for fremtidig at fastsætte boligfradragssatserne efter statens regler.

Man vedlægger som bilag et udkast til en hertil sigtende ændring af distriktsjordemoderregulativets § 10, stk. 1.

Ændringen bør efter udvalgets opfattelse såvel af hensyn til tilrettelæggelsen af den fremtidige opkrævning af boligfradrag, som for at give de berørte distriktsjordemødre et passende varsel sættes i kraft pr. 1. juni 1968.

Notat om jordemødrenes adgang til at anvende analgesi

Uanset at mødreundervisning, åndedræts- og afslapningsøvelser, er blevet mere almindelig, synes det stadig at være en udbredt forventning hos de fødende, at der før og under fødslen gives mulighed for smertelindring, og efter de for udvalget foreliggende oplysninger fremgår det, at der i praktisk taget alle tilfælde, hvor det har været ønsket fra den fødendes side, og hvor det har været praktisk muligt og lægeligt forsvarligt, synes at være ydet analgesi ved en læge. Efter sygeforsikringslovens § 17 dækker sygekasserne nu i modsætning til tidligere udgifter hertil, for så vidt angår medlemmer i gruppe A fuldt ud, for så vidt angår medlemmer i gruppe B refunderes udgiften efter nærmere i vedtægterne optagne bestemmelser.

Problemerne med hensyn til brugen af analgesi ved hjemmefødsler ligger nærmest i, at det kan være vanskeligt at skaffe en læge til at give denne, såfremt analgesigivningen skal strække sig over flere timer, og at den fødende derfor kun får analgesien i et ganske kort tidsrum før fødslen, medens de stærkeste smerter ligger på et tidligere tidspunkt. Det er på denne baggrund af betydning for spørgsmålet om den hjemmefødendes praktiske mulighed for at opnå lindring i det ønskelige omfang, om det kan tillades jordemødre på egen hånd at give analgesi.

I henhold til indenrigsministeriets bekendtgørelse af 14. maj 1970 af lov om udøvelse af lægegerning, anses det bl. a. for strafbart kvaksalveri, hvis en person, der uden at have autorisation som læge eller anden i lovgivningen hjemlet særlig adkomst, foretager operative indgreb, iværksætter fuldstændig eller lokal bedøvelse eller yder fødselshjælp.

Tandlæger har længe haft ret til at foretage nærmere fastsatte former for lokalbedøvelse i tænderne og i disses omgivelser, og ved sundhedsstyrelsens bekendtgørelse af 11. november 1955, der har hjemmel i lov nr. 190 af 11. juni 1954, er der tillagt dem ret til at iværk-

sætte universel analgesi. Forudsætningen herfor er dog, at den pågældende tandlæge har gennemgået undervisning i anæstesiologi på tandlægehøjskolerne eller deltaget i et af sundhedsstyrelsen godkendt kursus, samt at det anvendte apparat er af en type, der af sundhedsstyrelsen er godkendt til brug for tandlæger. Derimod har jordemødrenes ret til at yde fødselshjælp hidtil ikke indbefattet ret til at anvende nogen form for bedøvelse.

Der har tidligere på initiativ af jordemoderforeningen og sundhedsstyrelsen været arbejdet med spørgsmålet om at tillade jordemødrene på egen hånd at give analgesi. Det i 1947 nedsatte udvalg vedrørende fødselshjælp m. v. berørte ligeledes problemet i sin betænkning II. Udvalget mente dog ikke at kunne tage definitivt stilling til spørgsmålet, bl. a. fordi det ville være nødvendigt at inddrage anæstesiologerne i overvejelserne, men udvalget fandt, at spørgsmålet om, hvorvidt det på visse vilkår kunne tillades jordemødrene at iværksætte analgesi uden lægelig medvirken snarest ved sundhedsstyrelsens foranstaltning burde gøres til genstand for en fornyet undersøgelse i samarbejde med såvel den anæstesiologiske sagskundskab som jordemodterskolen og jordemødrene. De herefter iværksatte undersøgelser viste imidlertid, at det til benyttelse ved analgesigivning beregnede apparatur ikke var velegnet til anvendelse ved hjemmefødsler, dels på grund af apparaturets tekniske standard, dels på grund af apparaturets ret betydelige vægt.

Der er siden sket en stadig udvikling af nye apparaturtyper, og der rådes i dag over apparaturtyper af en sådan teknisk kvalitet, at de formentlig uden forøget risiko vil kunne anvendes af jordemødre ved analgesigivning. Det er samtidigt lykkedes at reducere apparaturets vægt betydeligt.

Der har på denne baggrund i udvalget, der i sine drøftelser af de her omhandlede spørgsmål, har været bistået af sundhedsstyrelsens rådgiver i anæstesiologi, overlæge Wainø An-

dersen, været enighed om det ønskelige i, at jordemødrene sættes i stand til at anvende analgesi ved fødsler under forudsætning af, at jordemødrene har gennemgået et godkendt kursus, samt at det anvendte apparatur er af en type, der er godkendt af sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsens repræsentanter i udvalget har erklæret sig rede til at søge arbejdet med disse spørgsmål fremskyndet mest muligt.

Hjemmelen for at gennemføre en eventuel ændring af de gældende regler findes i § 5, stk. 1, 2. pkt., i lov nr. 90 af 31. marts 1953 om udøvelse af jordemodergerning, der bestemmer, at indenrigsministeren kan træffe bestemmelse om, at narkose under visse former skal kunne gives af jordemødre.

Medens der således endnu ikke i Danmark er adgang for jordemødre til at anvende analgesi som led i udøvelse af deres gerning, er dette derimod tilfældet i en lang række andre lande. I det følgende gives der en kortfattet redegørelse for forholdene i England og Sverige.

I *England* er der indrømmet jordemødrene adgang til på egen hånd at give inhalérbar analgesi, når dette sker ved benyttelse af ap-

paratur, der af Central Midwives Board er godkendt hertil. Det kræves endvidere, at det ved en lægeundersøgelse er konstateret, at den fødende er i stand til at tåle inhalérbar analgesi. Andre former for analgesi er jordemødrene berettiget til at bruge uden forudgående lægelig undersøgelse. Uden lægelig assistance er jordemoderen ikke berettiget til at anvende anæstesi. I tilfælde, hvor gennemførelse af episiotomy er nødvendig, kan jordemoderen dog iværksætte lokalanæstesi, såfremt lægelig assistance ikke kan afventes.

Den *svenske* socialstyrelse har i et cirkulære af 2. oktober 1969 fastsat nærmere bestemmelser vedrørende smertelindring under fødsel. På egen hånd kan jordemoderen benytte sig af de fleste former for analgesi, idet dog det omtalte cirkulære især anbefaler anvendelse af lattergas og trilen. I særlige tilfælde, såsom ved syning af bristninger, har jordemoderen endvidere adgang til at benytte infiltrationsanæstesi. Det er i cirkulæret forudsat, at der i reglen af en læge er taget stilling til, hvilken form for smertelindring, der kan benyttes i det konkrete tilfælde.

§ 10 og § 11 i lov nr. 236 af 4. juni 1969 om ændringer i forskellige lovbestemmelser om statstilskud og refusioner til kommunen

§ 10

I lov om distriktsjordemødre, jfr. lovbe-
kendtgørelse nr. 242 af 7. juli 1959, foretages
følgende ændringer:

1. I § 1, stk. 1, 1. pkt., ændres »på landet
amtskommunen, i København og købstæderne
bykommunen« til: »i København og Frede-
riksberg kommunen og i øvrigt amtskommun-
nen«.

2. I § 1, stk. 2, 2. pkt., ændres »sogneråd« til:
»kommunalbestyrelser«.

3. I § 1, stk. 3, ændres »I købstæderne« til:
»I byområder«.

4. I § 1, stk. 4, udgår »både købstad og land-
distrikt eller«.

5. I § 1 indsættes efter stk. 4 som nyt stykke:
»Stk. 5. For områder med ringe fødselstal,
der på grund af deres geografiske beliggenhed
ikke kan henføres under den almindelige di-
striktsinddeling, kan der med indenrigsministe-
rens godkendelse af amtskommunen træffes
særlige foranstaltninger til tilvejebringelse af
fødselshjælp.«

6. I § 2 ændres »på landet af amtsrådet og i
købstæderne af byrådet« til: »af amtsrådet«.

7. § 13 ophæves.

§ 11

I lov nr. 200 af 8. juni 1966 om svanger-
skabshygien foretages følgende ændringer:

1. I § 4, stk. 1, udgår »vederlagsfrit«.

2. § 5 affattes således:

»§ 5. Udgifterne ved foretagelse af de i § 4
omhandlede blodprøveundersøgelser afholdes
af statskassen.

Stk. 2. Udgifterne til honorarer til læger og
jordemødre for de i § 1 omhandlede helbreds-
undersøgelser m. m. og til den i § 2 omhand-
lede befordring afholdes i København og Fre-
deriksberg af kommunen og i øvrigt af amts-
kommunen.

Stk. 3. For helbredsundersøgelser, der fore-
tages på en offentlig institution af de ved den-
ne ansatte læger og jordemødre, ydes der ikke
honorar i henhold til denne lov. Indenrigsmini-
steren kan bestemme, at denne regel også fin-
der anvendelse på nærmere angivne private in-
stitutioner, der modtager tilskud fra det offent-
lige.

Stk. 4. Kommuner, læger og jordemødre er
forpligtet til efter regler fastsat af sundhedssty-
relsen at afgive oplysninger om virksomheden
i medfør af denne lov.«

Gældende affattelse af lov om distriktsj ordemødre

(Bekendtgørelse nr. 242 af 7. juli 1959 med de ændringer, der følger af lov nr. 97 af 31. marts 1967, lov nr. 236 af 4. juni 1969 og lov nr. 83 af 12. marts 1970).

Kapitel I.

Almindelige bestemmelser

§ 1. For så vidt der ikke på anden måde er tilstrækkelig adgang for befolkningen til fødselshjælp, påhviler det i København og Frederiksberg kommunen og i øvrigt amtskommunen at sørge for, at der til enhver tid er adgang til den nødvendige jordemoderhjælp. Kommunerne modtager fra embedslægerne de til opfyldelsen af denne pligt nødvendige oplysninger.

Stk. 2. På landet skal der ansættes så mange distriktsjordemødre, at beboerne uden for stort besvær kan få jordemoderhjælp. Distrikternes størrelse og grænser samt distriktsjordemoderens bopæl bestemmes af vedkommende amtsråd, efter at disse har indhentet udtalelser fra embedslæger og kommunalbestyrelse, dog med forbehold af indenrigsministerens godkendelse. Ansættelse af distriktsjordemødre kan undlades, når det for indenrigsministeren godtgøres, at der på anden måde er adgang til den nødvendige fødselshjælp.

Stk. 3. I byområder ansættes med indenrigsministerens samtykke det fornødne antal distriktsjordemødre, medmindre det godtgøres, at der på anden måde er adgang til den nødvendige fødselshjælp.

Stk. 4. Efter overenskomst mellem vedkommende kommuner kan der oprettes distrikter, der omfatter sammenhørende grænseområder indenfor forskellige amtsråds kredse.

Stk. 5. For områder med ringe fødselstal, der på grund af deres geografiske beliggenhed ikke kan henføres under den almindelige distriktsinddeling, kan der med indenrigsministerens godkendelse af amtskommunen træffes særlige

foranstaltninger til tilvejebringelse af fødselshjælp.

§ 2. Besættelse af distriktsjordemoderstillinger foretages af amtsrådet, dog at besættelse af de i § 1, stk. 4, omhandlede stillinger sker i henhold til de herom truffede overenskomstmæssige bestemmelser.

§ 3. Det påhviler distriktsj ordemoderen at yde befolkningen sin bistand i overensstemmelse med lovgivningens almindelige regler om jordemoderhjælp.

Kapitel II.

Lønninger m.m.

§ 4. Bestemmelser om løn, pension og andre ansættelsesforhold for distriktsjordemødre fastsættes af ansættelsesmyndigheden med godkendelse af det i § 67 i lov om kommunernes styrelse omhandlede lønningsnævn.

Kapitel III.

Ophævet.

Kapitel IV.

Andre bestemmelser

§ 11. Når en distriktsjordemoder afskediges, taber hun retten til at praktisere indenfor det distrikt, hvor hun sidst har været ansat, eller i de tilgrænsende områder. Ingen kan samtidig udøve jordemodergerning og oppebære pension som distriktsjordemoder.

Stk. 2. I særlige tilfælde, hvor hensynet til befolkningens adgang til fødselshjælp tilsiger det, kan indenrigsministeren efter indstilling fra den ansættende myndighed gøre undtagelse fra de i stk. 1 anførte regler.

Kapitel V.

Overgangs- og ikrafttrædelsesbestemmelser

§ 15. Bestemmelserne i § 71 i lov nr. 154 af 7. juni 1958 finder tilsvarende anvendelse med hensyn til distriktsj ordemødres adgang til at

forbeholde sig pensionering efter de hidtil gældende regler, således at tidsfristerne i nævnte paragraf beregnes i forhold til datoen 1. juli 1959, og således at meddelelse sker til ansættelsesmyndigheden.

Stk. 2. For distriktsjordemødre, som er afskediget eller afskediges med pension efter reglerne i nærværende lovs § 10, den 1. april 1958 eller senere, og som den 1. april 1958 var fyldt 46 år, foretages følgende nedsættelse af pensionskvotienten, jfr. § 54, stk. 3, i lov nr. 154 af 7. juni 1958:

Alder den 1. april 1958	Nedsættelse af pensionskvotient
46-50 år	procenttallet nedsættes med 1
51-55	- 2
56-60	- 3
61-65	- 4
66 år og derover	- 5

§ 16. For distriktsjordemødre, der er afskediget med pension inden 1. april 1958, beregnes pensionen efter de hidtil gældende regler, dog at reglerne i lov nr. 81 af 21. marts 1959 om pensioner, der er fastsat i henhold til de før 1. april 1958 gældende lønnings- og pensionslove, finder tilsvarende anvendelse.

§ 17. I det omfang, det skønnes nødvendigt, kan der af de i § 1 omhandlede kommuner oprettes faste ordninger vedrørende vikarer for distriktsjordemødre under disses forfald.

Stk. 2. Reglen i § 8, stk. 3, 5. punktum, i lov nr. 126 af 13. juni 1941 om jordemoder-væsenet, jfr. bekendtgørelse nr. 154 af 30. marts 1949, finder fortsat anvendelse i det omfang, tjenesten som reservejordemoder har fundet sted før nærværende lovs ikrafttræden.

§ 18. De i denne lov indeholdte lønnings- og pensionsregler og dermed samhørende bestemmelser har virkning fra 1. april 1958 for di-

striksjordemødre, der var ansat den nævnte dato, og i øvrigt fra ansættelsestidspunktet. Distriktsjordemødrene medtager deres hidtidige tjenestealder ved anvendelsen af den i § 4 angivne lønramme. Endvidere har reglen i § 13, stk. 1, virkning fra 1. april 1958. Reglerne i § 13, stk. 2 og 4, samt § 14, 2. punktum, har virkning fra 1. april 1952.

Stk. 2. Ved nærværende lovs ikrafttræden ophæves reglerne om distriktsjordemødre i lov nr. 126 af 13. juni 1914 med senere ændringer, således som denne lov i henhold til lov nr. 99 af 16. marts 1949 og senere ændret ved lov nr. 521 af 19. december 1949, lov nr. 474 af 11. december 1950 og lov nr. 115 af 31. marts 1952.

§ 19. Denne lov kan efter forhandling med det færøske hjemmestyre ved kgl. anordning sættes i kraft på Færøerne med de lempelser, som måtte findes ønskelige af hensyn til øernes særlige forhold.

Stk. 2. (Bortfaldet som følge af kgl. anordning nr. 247 af 28. august 1953).

Lov nr. 83 af 13. marts 1970 indeholder følgende ikrafttrædelsesbestemmelser:

§ 2. De hidtidige bestemmelser i § 3, stk. 2, §§ 4-10, § 11, stk. 1, og § 12 i lov om distriktsjordemødre samt de i medfør af disse bestemmelser udfærdigede forskrifter forbliver i kraft, indtil de afløses af regler fastsat i henhold til bestemmelsen i § 1, nr. 2.

Sådanne regler kan fastsættes med virkning fra 1. juli 1969.

Indenrigsministeren bekendtgør, fra hvilke tidspunkter de hidtidige bestemmelser bortfalder.

§ 3. Loven gælder ikke for Færøerne, men kan ved kgl. anordning sættes i kraft for øerne med de afvigelser, som de særlige færøske forhold tilsiger.

Notat af 11. august 1970 om boligtilskud til distrikts jordemødre uden tjenestebolig

1. Efter § 4 i lov om distriktsj ordemødre som affattet ved lov nr. 83 af 12. marts 1970 fastsættes bestemmelsen om løn, pension og *andre ansættelsesforhold* af ansættelsesmyndigheden med godkendelse af Kommunernes Lønningsnævn.

I bemærkningerne til lovforslaget om den i 1970 gennemførte affattelse af bestemmelsen er det forudsat, at de nye løn- og ansættelsesvilkår (som bør gennemføres med henblik på en tilpasning til den nye lovgivning om løn- og ansættelsesvilkårene for statens tjenestemænd) fastlægges gennem forhandlinger mellem Amtsrådsforeningen i Danmark og Den almindelige danske Jordemoderforening.

Indtil nye bestemmelser er gennemført forbliver efter § 2 i lov nr. 83 af 12. marts 1970 **distriktsj** ordemoderlovens hidtidige bestemmelser om løn- og ansættelsesforhold og de i medfør heraf udfærdigede forskrifter i kraft. Indenrigsministeren bekendtgør, fra hvilke tidspunkter, de hidtidige bestemmelser botr falder.

2. Da der endnu ikke af amtskommunerne er fastsat nye bestemmelser om distriktsjordemødrenes boligforhold, der endvidere fastsættes, fastsættes om tilskud til distriktsj ordemødre uden tjenestebolig fortsat gældende.

Hjemmelen for ydelse af boligtilskud findes således fastsat i den *hidtidige affattelse af distriktsjordemoderlovens § 5, stk. 3*, der har følgende affattelse: »Hvor der ikke findes passende tjenestebolig eller lejet bolig, har distriktsjordemoderen krav på tilskud til boligudgifter. Tilskuddet fastsættes af den ansættende myndighed efter nærmere af indenrigsministeriet udarbejdede retningslinier«.

Om baggrunden for denne bestemmelse henvises til bemærkningerne side 89-92 i den i 1952 afgivne betænkning angående jordemoder væsenet, der går ind for, at der i alminde-

lighed tillægges distriktsj ordemødre tjenestebolig, og at der - hvor sådan bolig ikke anvises - ydes boligtilskud.

Forslaget er motiveret med, at det offentlige for at sikre, at boligen placeres hensigtsmæssigt indenfor jordemoderdistriktet, må kunne *bestemme boligens placering*, og at det naturlige modstykke hertil må være, at der stilles tjenestebolig til rådighed for hende, eller at hun får et boligtilskud.

Om fastsættelsen af tilskud er det i betænkningen anført, at en distriktsjordemoder uden tjenestebolig gennem en rimelig boliggodtgørelse bør kunne opnå *så vidt mulig samme økonomiske stilling* som sin kollega med tjenestebolig.

Betænkningen går endvidere ind for, at godtgørelsen bør fastsættes af de kommunale myndigheder efter nærmere af indenrigsministeriet angivne retningslinier, *at de ansættende myndigheder ikke i for høj grad bør lægge vægt på individuelle forhold*, men fastsætte et nogenlunde ensartet tilskud for samtlige distriktsjordemødre uden tjenestebolig indenfor boligforhold, der endvidere fastsættes, fastsættes om tilskud til distriktsj ordemødre uden tjenestebolig fortsat gældende. Fastsættelsen bør ske under hensyntagen til det *almindelige huslejeniveau i den pågældende del af landet* for boliger af en sådan størrelse og indretning, som med rimelighed kan danne normen for en distriktsjordemoders bolig, idet visse forhold dog i enkelte tilfælde vil kunne motivere et særligt højt tilskud. Om hvad der kan betegnes som en passende størrelse for en distriktsj ordemoderbolig, udtales det i betænkningen, at boligen - under hensyn til at der bør være et konsultationslokale og plads til en fastboende hushjælp - bør være på mindst 3½ å 4 værelser.

Endelig anføres det, at der ved fastsættelsen må tages hensyn til, at jordemødre med godtgørelse ikke som deres kolleger med tjeneste-

bolig betaler tjenesteboligbidrag, og at det absolute maksimum bør være jordemoderens faktiske boligudgift.

3. Retningslinier for fastsættelse af boligtilskud er af indenrigsministeriet givet i følgende cirkulærer:

Cirkulære

- nr. 77 af 15/5 1953 om distriktsjordemødre.
- nr. 251 af 24/11 1961 om tilskud til dækning af distriktsjordemødres boligudgifter.
- nr. 17 af 3/2 1965 om udsættelse af revision af tilskud til dækning af distriktsjordemødres boligudgifter.
- nr. 61 af 25/3 1966 om tilskud til dækning af distriktsjordemødres boligudgifter, og
- nr. 44 af 31/3 1967 om boligfradrag for og boligtilskud til distriktsjordemødre.

De i cirkulærerne indeholdte retningslinier om boligtilskuddenes beregning vedlægges i fotokopi.

Som det fremgår heraf henstillede indenrigsministeriet i 1953, at den ansættende myndighed fastlagde godtgørelsen under eet for alle godtgørelser for 5 år ad gangen.

For distriktsjordemødre, der havde egen bolig i *lejet lejlighed* fulgte cirkulæret den i betænkningen anførte linie, hvorefter tilskuddet skulle fastsættes på grundlag af det almindelige huslejeniveau i den pågældende del af landet.

For distriktsjordemødre med bolig i *egen ejendom* anbefalede cirkulæret **derimod** en individualiseret tilskudsfastsættelse, idet tilskuddet henstilles beregnet på grundlag af jordemoderens boligudgift fastsat som en fast procent (f. eks. 8 %) af bygningsskylden (nu forskelsværdien). Godtgørelsen skulle derefter fastsættes således, at den svarede til den del af boligudgiften, der kunne henføres til boligens anvendelse for en distriktsjordemoder, og der skulle herved tages hensyn til boligens størrelse og dens anvendelse til andre formål, f. eks. ægtefællens erhvervsvirksomhed. Fra det således beregnede tilskud skulle forlods fradrages 360 kr. (den dagældende **tjenesteboligsats**). Endvidere skulle der kunne ske nedsættelse, *når* distriktsjordemoderen ikke havde indrettet konsultationslokale og badeværelse forskriftsmæssigt, og *når* tilskuddet åbenbart ville overstige hendes faktiske boligudgifter. På den

anden side skulle det kunne forhøjes, når distriktsjordemoderen havde været nødsaget til at afholde særligt store udgifter.

I 1959 (efter gennemførelse af tjenestemandsskatten af 1958) henholdt man sig fortsat til 1953-cirkulæret bortset fra, at det til tjenesteboligfradraget svarende nedslag forhøjedes til 1200 kr.

I 1961 ændres perioden for tilskudsfastsættelse (som følge af en ændring af perioden mellem de almindelige vurderinger) fra 5 til 4 år, første gang dog kun for tiden fra 1. april 1962 til 31. marts 1965.

I 1965 henstilles revisionen pr. 1. april 1965 udsendt til 1. april 1966 som følge af en udskydelse af 13. almindelige vurdering.

I 1966 henstilles det, at revisionen pr. 1. april 1966 alene foretages med virkning for tiden indtil den 31. marts 1967, men i 1967 henstilles det, at de hidtil ydede boligtilskud udbetales uændret, indtil nye retningslinier bliver udsendt.

Denne seneste henstilling gælder fortsat, idet der ikke efter gennemførelsen af den 14. almindelige vurdering i 1969 er udsendt nye retningslinier af indenrigsministeriet, idet bestemmelserne herom nu som nævnt under pkt. 1 forudsættes fastsat ved forhandlinger mellem amtsrådsforeningen og jordemoderforeningen og godkendt af Kommunernes Lønningsnævn. Der er således ikke henstillet gennemført nogen nedsættelse af boligtilskuddene som følge af de ændrede boligfradragregler for tjenesteboliger, der blev gennemført pr. 1. juli 1968.

4. Til belysning af de af amts- og købstadskommunerne hidtil foretagne fastsættelser af boligtilskud har udvalget fra kommunerne indhentet oplysninger om distriktsjordemødrenes boligforhold.

Der vedlægges kopi af den til kommunerne udsendte skrivelse med tilhørende spørgeskemaer. Besvarelsen er givet fra 109 distriktsjordemødre, der bor i en af dem selv ejt ejendom og 29 distriktsjordemødre, der bor i en af dem selv lejet lejlighed, jfr. vedlagte oversigter, hvor de på spørgeskemaerne givne oplysninger er opsummeret. På grundlag af spørgeskemaernes oplysninger vedrørende boligernes areal i opvarmelige værelser og kamre, samt udstyr er til sammenligning med distriktsjordemoderens egen udgift til egen bolig i sidste kolonne angivet det boligfradrag, der efter de pr. 1. november 1967 gældende tjeneste-

boligfradrag 1. november 1967 skulle være betalt, såfremt der havde været tale om en tjenestebolig. Beregningen af disse »boligfradrag« skal dog tages med forbehold, idet de til grund liggende svar i nogen grad er præget af nogen usikkerhed navnlig med hensyn til størrelsen af arealet i »opvarmelige værelser og kamre«.

Efter oversigterne synes kommunerne at have fastsat boligitilskuddene til jordemødre i egen ejendom mere på grundlag af almindelige rimelighedsbetragtninger end på grundlag af indenrigsministeriets retningslinier.

Dette hænger formentlig sammen med, at disse retningslinier ville føre til store forskelle

i tilskuddene, og at man i kommunerne - ligesom i betænkningen fra 1952, men ikke i indenrigsministeriets 1953-cirkulære - lægger vægt på at holde et nogenlunde ensartet niveau.

I tilfælde, hvor en distriktsjordemoder selv er interesseret i at have egen ejendom, har man formentlig også fra ansættelsesmyndighedernes side følt grund til nogen tilbageholdenhed ved tilskuddets udmåling.

Endelig har tekniske overvejelser nok til en vis grad tilskyndet til en standardisering af kommunernes tilskud til forskellige jordemødre.



Jordemoderundersøgelsen 1968

1. Beskrivelsen af materialet

a. Med henblik på at skaffe aktuelle oplysninger vedrørende jordemødrenes arbejdsforhold blev der foranstaltet en tælling gennem en 14-dages periode i foråret 1968. Arbejdet med tilrettelæggelsen af tællingen og udsendelse, modtagelse, revision og kodning af tællingsmaterialet samt planlægning af tabelleringen udførtes af personale i medicinalstatistisk afdeling, mens den maskinelle behandling udførtes af Danmarks Statistik.

Efter forudgående drøftelse i Indenrigsministeriets udvalg vedrørende jordemodervæsenets

ordning og i samarbejde med repræsentanter for jordemoderforeningen udarbejdedes 1) spørgeskema (døgnskema) med tilhørende 2) vejledning og 3) indsendelsesskrivelse, som er gengivet i bilag a, b og c.

b. Man medtog i undersøgelsen samtlige jordemødre, der for det foregående år af embedslægerne til sundhedsstyrelsen var oplyst som aktive, idet dog alle jordemødre i Københavns og Frederiksberg kommuner og jordemødre, der var indehavere af eller ansatte på klinikker, der falder ind under sygehusloven, ikke omfattedes af tællingen. Nedenstående tabel 1 viser undersøgelsens omfang.

Tabel 1. Aktive jordemødre marts 1968 og heraf medtaget i jordemoderundersøgelsen 1968.

	Jordemødre i alt	Jordemødre ikke medtaget i undersøgelsen		Jordemødre medtaget i undersøgelsen	
		København Frederiksberg	I øvrigt	Ikke besvaret	Besvaret
Øerne	332	101	72	42	157
Jylland	265	—	24	79	162
Hele landet	597	101	96	121	279

Udover til de 400 jordemødre i de to sidste kolonner sendtes tællingsskemaerne til 13 jordemødre, om hvem man senere fik oplyst, at de på tællingstidspunktet var ophørt med at praktisere. Det skal nævnes, at embedslægerne orienteredes om tællingens afholdelse og i et antal tilfælde henviste nyansatte eller nyetablerede jordemødre til sundhedsstyrelsen, således at de kunne medtages i tællingen.

Det fremgår af tabel 1, at godt $\frac{2}{3}$ af de adspurgte jordemødre deltog i tællingen og returnerede spørgeskemaerne i udfyldt stand. *Besvarelsesprocenten* var så høj, at man skønnede det unødvendigt at supplere materialet med en senere tælling af de jordemødre, der ikke medvirkede i første omgang. Da besvarelsesprocenten - som det fremgår af tabel 2 - var lavest for den lille gruppe jordemødre, der assisterede ved færre end 50 fødsler om året,

kan de i redegørelsen givne gennemsnitstal formentlig anses for typiske for hovedparten af jordemødrene. Men det bør dog understreges, at der for den enkelte jordemoder naturligvis kan forekomme betydelige afvigelser fra de typiske eller gennemsnitlige tal.

Tabel 2. *Besvarelsesprocent for udspurgte jordemødre efter antal fødsler, jordemødrene medvirkede ved i 1966.*

Antal fødsler i 1966	Udsendte spørgeskemaer	Ikke indkomne	Indkomne	Besvarelsesprocent
Færre end 50	47	27	20	43
50-149	208	63	145	70
150 el. flere	136	30	106	78
Uoplyst (nye)	9	1	8	89
I alt	400	121	279	68

Tabel 3. Besvarelsesprocent for *adspurgte* jordemødre efter jordemødrenes alder (fødselsår)

Fødselsår	Privatpraktiserende jordemødre			Distriktsjordemødre		
	Samtlige ultimo 1967	I alt indkomne	Besvarelsesprocent	Samtlige ultimo 1967	I alt indkomne	Besvarelsesprocent
Født efter 1933	9	6	67	22	16	73
» 1929-33	4	3	75	29	24	83
» 1924-28	12	9	75	33	27	82
» 1919-23	25	18	72	42	38	90
» 1914-18	10	9	90	47	32	68
» 1909-13	23	17	74	36	27	75
» før 1909	26	11	42	88	42	48
I alt	109	73	67	297	206	69

Med hensyn til besvarelsesprocenten kan det yderligere nævnes, at alle aldersgrupper for både privatpraktiserende og distriktsjordemødre er således repræsenteret, at materialet også i denne henseende er repræsentativt (tabel 3), idet dog besvarelsesprocenten for den ældste aldersgruppe ligger noget lavere end de øvrige, nemlig på mellem 40 og 50. Det kan tilføjes, at besvarelsesprocenten er næsten ens for Øerne og Jylland, også for så vidt angår den ældste aldersgruppe.

2. Tællingens resultater

a. I tabel 4 er vist, med hvor mange *arbejdsdage* de deltagende jordemødre er indgået i undersøgelsen.

»Normal arbejdsdag« er defineret som omfattende alle de dage, hvor jordemoderen ikke udtrykkeligt har angivet på skemaet, at hun har været på week-end, bortrejst, syg eller lig-

Tabel 4. Jordemødrene fordelt efter antal normale arbejdsdage i undersøgelsesperioden.

Antal normale arbejdsdage	Antal jordemødre
14	122
13	99
12	36
11	3
10	10
9	1
8	2
7	1
6	3
5	1
4	1
I alt 279	

nen de; men dette betyder, at der for visse arbejdsdage findes et helt tomt døgnskema, nemlig hvis jordemoderen ikke har assisteret ved fødsler og ikke har foretaget nogen anden arbejdsmæssig aktivitet, idet jordemoderens arbejde i så fald har bestået i at være til rådighed. Det ses af tabel 4, at et aneligt antal jordemødre, nemlig 122, har været i arbejde alle undersøgelsesperiodens 14 dage, mens 99 og 36 har haft henholdsvis 1 og 2 fridage (ikke-arbejdsdage). Det gennemsnitlige antal arbejdsdage er 13, hvilket synes rimeligt, når hensyn tages til, at ca. halvdelen har fast week-end-ordning, og at der var et lille antal syge eller på ferie i en del af perioden.

b. Da jordemødrenes samlede arbejdstid hænger nøje sammen med det antal fødsler, de medvirker ved, er der i tabel 5 vist en fordeling af jordemødrene efter det *gennemsnitlige antal fødsler*, de har medvirket ved i undersøgelsesperioden. Det vil ses, at gennemsnittet er ens for samtlige på Øerne og i Jylland, mens der er en tendens til, at jordemødre i alderen 45-60 år har lidt flere fødsler end de øvrige, og at den ældste aldersgruppe ligger under landsgennemsnittet. En opdeling af materialet på privatpraktiserende og distriktsjordemødre viser som ventet højere gennemsnitligt antal fødsler for førstnævnte gruppe end for distriktsjordemødrene. Navnlig har privatpraktiserende jordemødre med bopæl i provinsbyerne et relativt højt antal fødsler.

c. Jordemødrenes *arbejdstid* er i undersøgelsen blevet optalt fordelt på de forskellige aktiviteter, der fremgår af spørgeskemaet og vejledningen (bilag a og b). Den gennemsnitlige daglige arbejdstid er derefter udregnet for hver aktivitet, dels for jordemødrene grupperet efter fødselsår, dels for jordemødrene grupperet ef-

Tabel 5. Gennemsnitligt antal fødsler pr. jordemoder i undersøgelsesperioden efter alder og landsdel.

Fødselsår	Gennemsnitligt antal fødsler		
	Øerne	Jylland	Hele landet
Født efter 1933	7	5	6
» 1929–33	5	5	5
» 1924–28	5	7	6
» 1919–23	8	6	7
» 1914–18	8	7	8
» 1909–13	7	6	7
» før 1909	5	4	4
I alt	6	6	6

ter antallet af fødsler, de medvirkede ved i undersøgelsesperioden, og endelig er der foretaget en fordeling af den gennemsnitlige daglige arbejdstid på døgnets timer (nat, dag, aften). Til slut er optalt, hvor mange kilometer jordemoderen har transporteret sig selv i forbindelse med sit arbejde, samt hvor mange telefonsamtaler, der er ført. Til brug for et forsøg på beregning af en jordmoders årlige arbejdstid er endelig udregnet gennemsnitlig arbejdstid pr. fødsel efter fødselskategori og pr. svangerskabsundersøgelse.

d. Med hensyn til gennemsnitlig, daglig arbejdstid pr. aktivitet, opgjort efter jordemødrenes alder, kan det kort konstateres, at der er kun ubetydelig forskel mellem aldersgrupperne. Når bortses fra, at visse aldersgrupper havde lidt flere fødsler i gennemsnit i undersøgelsesperioden og derfor havde en større samlet arbejdstid pr. dag, er der ikke konstateret nogle forskelle mellem aldersgrupperne i henseende til fordelingen af arbejdstiden på de forskellige aktiviteter.

e. Arbejdstidens fordeling på de forskellige aktiviteter fremgår af tabel 6. Ser man først på de absolutte tal for gennemsnitlig daglig arbejdstid, ses det, at den samlede daglige arbejdstid naturligvis stiger med et stigende antal fødsler (næstsidste kolonne), men at stigningen ikke er proportional med antallet af fødsler, jordemødrene medvirker ved. Dette hænger sammen med, at den pr. fødsel medgåede arbejdstid er meget stærkt dalende med antallet af fødsler. Samlet arbejdstid pr. fødsel (sidste kolonne i tabel 6) - altså ikke alene arbejdstiden, der anvendes direkte ved fødslen, men også ved de øvrige aktiviteter, der følger med - daler således fra omkring 16 timer i gruppen med 2-3 fødsler i undersøgelsesperioden til under 8 timer pr. fødsel i gruppen med 14–15

Tabel 6. Gennemsnitlig daglig arbejdstid i minutter efter aktivitet og antal fødsler i undersøgelsesperioden og procentvis fordeling for udvalgte grupper af jordemødre

Antal fødsler pr. Jordemoder	Antal jordemødre	Aktivitetsens art											Samlet arbejdstid pr. fødsel	
		Hjemme- fødsel	Ambulant- fødsel	Klinik- fødsel	Sygehusfødsel			Forhæstet tilkaldelse	Tilsyns- besøg	Svangerskabs- undersøgelse	Andet	I alt		
					Assistance begyndt									
					På sygehus	I hjem- met	På klinik							
Minutter pr. dag														Minutter
2– 3	58	35	–	3	22	19	1	7	16	43	34	180	980	
6– 7	42	75	–	9	78	22	–	12	28	65	49	338	652	
10–11	21	76	3	18	132	33	–	30	29	66	62	449	554	
14–15	8	116	3	15	171	20	–	10	30	85	71	521	465	
Samtlige jordemødre	279	54	1	7	72	22	1	9	21	56	41	284	618	
Procent														
2– 3		20	–	2	12	11	0	4	9	24	18	100	.	
6– 7		22	–	3	23	7	–	4	8	19	14	100	.	
10–11		17	1	4	29	7	–	7	6	15	14	100	.	
14–15		22	0	3	33	4	–	2	6	16	14	100	.	
Samtlige jordemødre		19	0	3	26	8	0	3	7	20	14	100	.	

fødsler i perioden; det svarer altså til, at jordemødrene i den sidste gruppe, hvor der i tællingen var i alt 8 jordemødre, har haft en 8 timers »aktiv« arbejdsdag hver dag i undersøgelsesperioden, mens gruppen med kun det halve antal fødsler, der brugte omkring 11 timer i gennemsnit pr. fødsel, har haft en »aktiv« arbejdsdag på 5-6 timer.

Procentfordelingen i tabel 6 viser, at jordemødre med forholdsvis mange fødsler anvender en større del af deres arbejdstid på »normale« sygehusfødsler, altså sygehusfødsler, hvor assistance begynder på sygehuset (næsten tredobling fra laveste til højeste gruppe), og forholdsvis mindre daglig arbejdstid på tilsynsbesøg, svangerskabsundersøgelser og andet (kontorarbejde). (Dette udelukker naturligvis ikke, at de absolut set anvender mere daglig arbejdstid også på disse aktiviteter end jordemødre med færre fødsler, idet der sker en fordobling i medgået arbejdstid fra det laveste til det højeste antal fødsler for hver af de tre nævnte aktiviteter). Men der er derimod ikke nogen udpræget tendens til, at den andel af arbejdstiden, der bruges på hjemmefødsler, daler fra den laveste til den højeste gruppe af fødsler.

Når fordelingen af arbejdstiden udvikler sig som vist i tabel 6, hænger det først og fremmest sammen med, at den arbejdstid, der medgår til de forskellige former for sygehusfødsler, er faldende, når jordemoderens antal fødsler stiger og dermed antallet af sygehusfødsler.

Tabel 7. Gennemsnitlig arbejdstid pr. fødsel efter kategori og antal fødsler, jordemoderen medvirkede ved i undersøgelsesperioden.

Antal fødsler pr. jordemoder	Fødselskategori				Samtlige
	Hjemme- fødsel	Klinik- fødsel	Assistance begyndt		
			På sygehus	I hjem- met	
Minutter pr. fødsel					
2- 3	394	377	412	533	418
6- 7	376	291	347	501	370
10-11	277	262	343	435	323
14-15	284	.	285	.	291
Samtlige jordemødre	335	264	324	487	341

Gennemsnitlig arbejdstid pr. ambulant fødsel og pr. sygehusfødsel, hvor assistancen startede på klinik, var for hele materialet henholdsvis 453 og 518 minutter.

Tabel 8. Fødslerne i undersøgelsesperioden fordelt efter fødselskategori og antallet af fødsler, jordemødrene medvirkede ved

Antal fødsler pr. jordemoder	Fødselskategori						I alt
	Hjemmefødsel	Ambulant fødsel	Klinikfødsel	Assistance begyndt			
				På sygehus	I hjemmet	På klinik	
Antal fødsler							
2– 3	68	–	6	42	27	2	145
6– 7	108	–	16	123	25	–	272
10–11	77	3	14	100	23	–	217
14–15	42	–	5	63	6	–	116
Samtlige jordemødre	583	8	97	809	164	7	1668

Tabel 7 giver således et udtryk for faldet i arbejdstiden pr. fødsel for hver fødselskategori, og i tabel 8 vises fordelingen af fødslerne i undersøgelsesperioden for de samme grupper af jordemødre. Mens hjemmefødslerne udgjorde næsten 50 % for jordemødrene med 2-3 fødsler, dalede denne andel til omkring 35 % for den højeste gruppe.

f. Fordelingen af arbejdstiden over døgnetimer fremgår af tabel 9 for hver af de 10 akti-

viteter og for den samlede arbejdstid. Arbejdet med direkte fødselshjælp ligger med ca. 40 % i nattimerne (8 timer), ca. 40 % i dagtimerne (10 timer) og ca. 20 % i aftentimerne (6 timer), mens størsteparten af arbejdstiden for de øvrige aktiviteter naturligvis ligger i dagtimerne.

g. En opgørelse af det antal kilometer, jordemødre har kørt i undersøgelsesperioden, viser, at de har kørt i gennemsnit ca. 14 km; pr. fødsel bliver det 2-2,5 km, men det viser

*Tabel 9. Arbejdstidens fordeling på døgnets timer efter aktivitet
Procentvis*

Aktivitet	Periode			I alt
	0.00-7.59	n 8.00-17.59	m 18.00-23.59	
1 Hjemmefødsel	.42	37	21	100
2 Ambulant fødsel	.34	50	16	100
3 Klinikfødsel	.39	41	20	100
Sygehusfødsel, ass. beg.				
4 på sygehus	.37	41	22	100
5 i hjemmet	.35	46	19	100
6 på klinik	.45	28	27	100
7 Forhastet tilkaldelse	.26	54	20	100
8 Tilsynsbesøg	.1	98	1	100
9 Svangerskabsundersøgelse		91	9	100
10 Andet	.13	52	35	100
Samtlige jordemødre	.24	56	20	100
heraf				
fødsler i alt (akt. 1-6)	.39	40	21	100
andet (akt. 7-10)	.6	77	17	100

Tabel 10. Antal kørte kilometer pr. fødsel.

Antal fødsler pr. jordemoder	Antal km pr. fødsel
2- 3	4,1
6- 7	4,3
10-11	1,6
14-15	1,4
Samtlige jordemødre	2,3

sig naturligvis, jfr. tabel 10, at kørselsomfanget pr. fødsel daler med stigende antal fødsler. Det skal bemærkes, at den ved transporten medgæede tid er indregnet i arbejdstiden for de aktiviteter, i forbindelse med hvilke transporten har fundet sted.

h. Antallet af telefonsamtaler uden for »normal« arbejde har i undersøgelsesperioden ud-

Tabel 11. Antal telefonsamtaler (uden for normal arbejdstid) pr. jordemoder.

Antal fødsler pr. jordemoder	Antal telefonsamtaler pr. jordemoder
2- 3	1,3
6- 7	2,9
10-11	3,4
14-15	6,1
Samtlige jordemødre	2,3

gjort ca. 2,3 pr. jordemoder og ca. 0,4 pr. fødsel; antallet var naturligt nok relativt højere for jordemødre med mange end jordemødre med få fødsler, jfr. tabel 11.

3. Beregning af årlig arbejdstid

Undersøgelsens resultater kan anvendes til en beregning af årlig aktiv arbejdstid for jordemødrene, gjort op i relation til det antal fødsler, jordemødrene assisterer ved.

Undersøgelsen strakte sig over 14 dage, hvilket svarer til ca. $\frac{1}{25}$ af året (når ferietiden regnes fra). For de typiske grupper, der er udtaget af undersøgelsen til at repræsentere jordemødre med forskelligt antal fødsler, bliver det årlige antal fødsler som vist nedenfor:

Fødsler i undersøgelsen	svarertii	Årligt antal fødsler
2- 3		50- 75
6- 7		150-175
10-11		250-275
14-15		350-375

Da godt halvdelen af jordemødrene efter de sidste års erfaringer assisterer ved 50-150 fødsler, må de i tabel 12 viste beregninger af årlig »aktiv« arbejdstid for jordemødre med 75 fødsler og med 125 fødsler anses for typiske, idet det dog må huskes, at det fortrinsvis drejer sig om distriktsjordemødre.

De fremkomne tal er dog nok minimumstal for jordemødrene med 125 fødsler, da beregningsgrundlaget hidrører fra gennemsnitstal for jordemødre, der i undersøgelsen havde lidt flere fødsler, end hvad der svarer til 125 fødsler pr. år.

Tabel 12. Beregnet samlet årlig arbejdstid i timer og arbejdstid med fødselshjælp alene for jordemødre med 75 og 125 fødsler årligt.

Jordemødre med	Samlet årlig arbejdstid		Gennemsnitlig daglig arbejdstid	
	I alt	Heraf med fødsels-hjælp	I alt	Heraf med fødsels-hjælp
	Timer			
75 fødsler årligt.	1225	551	4,1	1,8
125 fødsler årligt.	1358	905	4,5	3,0

Det viser sig, at den samlede årlige arbejdstid ikke er meget forskellig mellem de to viste grupper, mens arbejdstiden ved fødselshjælp alene er godt 60 % længere for jordemødrene med 125 fødsler end for dem med 75 fødsler. Udover denne beregnede arbejdstid kan det anføres, at de to grupper af jordemødre vil køre henholdsvis ca. 375 km og 540 km og vil uden for normal arbejdstid føre henholdsvis knap 100 og godt 350 telefonsamtaler.

Forestiller man sig, at alle hjemmefødsler kom til at ske på sygehus, klinik eller lignende, kan der måske opnås en reduktion i daglig

arbejdstid, men forskellene i arbejdstid pr. fødsel mellem hjemmefødsel og klinik- eller normal sygehusfødsel er - jfr. tabel 7 - i gennemsnit så ringe, at reduktionen i arbejdstid af denne grund alene vil blive minimal.

Tabel 13. Beregnet samlet årlig arbejdstid i timer og arbejdstid med fødselshjælp alene for jordemødre med 175 og 225 fødsler årligt.

Jordemødre med	Samlet årlig arbejdstid		Gennemsnitlig daglig arbejdstid	
	I alt	Heraf med fødsels-hjælp	I alt	Heraf med fødsels-hjælp
	Timer			
175 fødsler årligt.	1598	960	5,3	3,2
225 fødsler årligt.	2078	1205	6,9	4,0

Da knap 20 % af distriktsjordemødrene har 150-199 fødsler, og ca. 40 % af de privatpraktiserende har over 200 fødsler, er der i tabel 13 vist tilsvarende beregninger som i tabel 12 for jordemødre med henholdsvis 175 og 225 fødsler, baseret på gennemsnitstal for jordemødre, der i undersøgelsen havde et antal fødsler, der svarede til et årligt antal fødsler på omkring 200 og 250.

Det ses, at den daglige arbejdstid er betydeligt højere end for de i tabel 12 præsenterede grupper, mens den andel af den samlede arbejdstid, der anvendes til fødselshjælp, ikke stiger væsentligt.

Jordemoderundersøgelsen 1968

Døgnskema

Undersøgelsesdag:dag, den / 1968

Udfyldes af jordemoderen				Udfyldes af sundhedsstyrelsens statistiske afdeling	
Begyndelses- og afslutningstidspunkt		Arbejdsart	Antal kørte kilometer		
Time	Minut				
00				Jordemodernr.	
01				Ugedag	
02				Stillingsbetegnelse	
03				Alder	
04				Antal fødsler m. v.	
05				Hjemmefødsel	
06				Ambulant fødsel	
07				Klinikfødsel	
08				Sygehusfødsel 1	
09				Sygehusfødsel 2	
10				Sygehusfødsel 3	
11				Forhastet tilk.	
12				Tilsynsbesøg	
13				Svangersk. unders.	
14				Andet arbejde	
15				Antal kilometer	
16				Antal samtaler	
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					

Antal tjenstlige telefonsamtaler <i>udenfor</i> de tidsrum, hvor der allerede er angivet ovenfor, at jordemoderen har været i arbejde:	I tiden	Antal samtaler
	00—08	
	08—18	
	18—24	

Hvis jordemoderen ikke har været i tjeneste i dag, anføres her årsagen (se vejledningens sidste afsnit):

.....

.....

Det anbefales så vidt muligt at udfylde skemaet løbende **døgnet** igennem.
Et udfyldt døgnskema vil f.eks. kunne se således ud:

Udfyldes af jordemoderen				Udfyldes af sundhedsstyrelsens statistiske afdeling	
Begyndelses- og afslutningstidspunkt		Arbejds- art	Antal korte kilometer		
Time	Minut				
00		HF (fortsat)	13	Jordemodernr.	
01				Ugedag	
02	30			Stillingsbetegnelse	
03				Alder	
04				Antal fødsler m. v.	
05				Hjemmefødsel	
06				Ambulant fødsel	
07				Klinikfødsel	
08		SU (1a + 3b)	20	Sygehusfødsel 1	
09	15			Sygehusfødsel 2	
10	30	BT (2)		Sygehusfødsel 3	
11				Forhastet tilk.	
12	00	AA		Tilsynsbesøg	
13				Svangersk. unders.	
14	00-30			Andet arbejde	
15				Antal kilometer	
16	30	SF	32	Antal samtaler	
17					
18					
19	30				
20					
21					
22					
23					

Nederst på skemaet angives antallet af tjenstlige telefonsamtaler i det pågældende døgn. Der medregnes dog *kun* de samtaler, der er **ført** uden for de tidsrum, hvor det i forvejen er angivet, at jordemoderen har været i arbejde. Samtaler, der føres **f.eks.**, medens jordemoderen har svangerskabskonsultation eller er til fødsel, medtages således *ikke*.

Alle skemaer for den angivne periode udfyldes og indsendes, uanset om jordemoderen har været i virksomhed den pågældende dag eller ej.

Har jordemoderen haft »normal vagt« uden at udføre nogen virksomhed, anføres på nederste linie af døgnskemaet: »Normal vagt«. Dette **må** ikke forveksles med en fast vagtordning, der omtales på indsendelsesskemaet.

Har jordemoderen ikke været i tjeneste, anføres en af følgende grunde:

Sygdom : Syg
Ferie : Ferie
Fridag i henhold til gensidig aftale med andre jordemødre : Fridag
Bortrejse til faglige kursus og lignende : Kursus

Benævnelsen »fridag« bruges både, når der er tale om fridag i henhold til en *fast aftale* om vagtordning med **nabojordemødre**, og når der for *den enkelte dag* er *aftalt* afløsning f.eks. med henblik på bortrejse af privat karakter.

Det skal til slut **bemærkes**, at det er yderst vigtigt for den statistiske bearbejdelse af materialet, at såvel døgnskemaerne som indsendelsesblanketten udfyldes, omhyggeligt og nøjagtigt. De vil ellers ikke kunne medtages i analysen, og denne vil derved blive af dårligere kvalitet.

Vejledning

I perioden fra søndag den 10. til lørdag den 23. marts (begge dage incl.) udfylder jordemoderen hver dag et døgnskema.

På døgnskemaet angives øverst *ugedag* og *dato*.

Den del af skemaet derunder, der udfyldes af jordemoderen, er opstillet således, at man døgnet igennem kan følge hendes virksomhed som jordemoder.

I rubrikken »Begyndelses- og afslutningstidspunkt« angives *tidspunkterne for påbegyndelse og afslutning af et arbejde* ved angivelse af minuttallet ud for det pågældende timetal. Tager en jordemoder til fødsel kl. 13.15 og kommer hjem kl. 17.30, skrives der ud for de trykte tal 13 og 17 i timerubrikken henholdsvis 15 og 30 i minutrubrikken. Påbegyndes og afsluttes et arbejde inden for samme klokke-time, skrives begge minuttal ud for samme timetal. Såfremt flere forskellige aktiviteter påbegyndes og afsluttes inden for samme klokke-time, kan minuttallene for disse om fornødent anføres i marginen med tydelig henvisning til den pågældende klokke-time. (NB: Det er vigtigt, at *minuttal altid skrives*, og at der, når to forskellige slags arbejde udføres i fortsættelse af hinanden, *tydeligt angives det tidspunkt*, hvor den ene art arbejde afsluttes, og den anden påbegyndes).

I rubrikken »Arbejds art« angives *arten af den virksomhed, der er udøvet* i det pågældende tidsrum. Arbejdet angives ved hjælp af følgende forkortelser:

Fødsel i patientens hjem betegnes med HF.

Ambulant fødsel på klinik eller sygehus betegnes med AF.

Fødsel på klinik betegnes med KF.

Fødsel på sygehus, hvor jordemoderens assistance er *begyndt på sygehuset*, betegnes med SF.

Fødsel på sygehus, hvor jordemoderens assistance er *begyndt i patientens hjem*, betegnes med HSF.

Fødsel på sygehus, hvor jordemoderens assistance er *begyndt på klinik*, betegnes med KSF.

Forhastet tilkaldelse, herunder alle besøg hos patienter inden tilkaldelsen til fødsel, betegnes med FT.

Tilsynsbesøg efter barsel betegnes med BT¹⁾. Svangerskabsundersøgelse i jordemoderens konsultation betegnes med SU²⁾.

Svangerskabsundersøgelse i patientens hjem betegnes med HSU.

Kontorarbejde (journal, fødselsanmeldelse m. v.) betegnes med K.

Andet jordemoderarbejde (f. eks. klargøring af instrumenter) betegnes med AA.

I rubrikken »Antal kørte kilometer« anføres ved arbejde uden for jordemoderens konsultationssted (bopæl) ud for angivelsen af arbejdets art det antal kilometer, jordemoderen har kørt, fra hun forlod konsultationsstedet (bopælen), til hun vendte tilbage dertil. Udføres flere funktioner, f. eks. et tilsynsbesøg og en fødsel i samme tur, angives det samlede kilometertal for turen. Kilometertal anføres i alle tilfælde, uanset om en del af eller hele strækningen er tilbagelagt i ambulance, taxa eller lignende.

Udføres svangerskabsundersøgelser af flere kvinder i fortsættelse af hinanden, angives det samlede tidsrum, og efter arbejdsangivelsen anføres i parentes antallet af undersøgelser. Det samme gælder ved flere tilsynsbesøg.

Ved arbejde borte fra jordemoderens konsultation (bopæl) angives som påbegyndelsestidspunkt det klokkeslet, hvor jordemoderen forlader sit konsultationssted (bopæl), og som afslutningstidspunkt det klokkeslet, hvor hun vender hjem.

Strækker et arbejde sig ud over midnat, angives begyndelsestidspunktet på et døgnskema og afslutningstidspunktet på det næste. På begge skemaer angives arbejdets art. På det sidste skema tilføjes ordet »fortsat«.

Under kontorarbejde (K) eller andet arbejde (AA) medtages *ikke* den tid, der bruges til udfyldning af dette skema. Hvis »Andet arbejde« på en enkelt dag overstiger én time, bedes det specificeret nærmere nederst på døgnskemaet.

¹⁾ I parentes skrives antallet af tilsyn på samme tur.

²⁾ I parentes skrives antallet af førstegangundersøgelser (a) og antallet af senere undersøgelser (b) f. eks. således: SU (1a + 3b), hvis der inden for et samlet tidsrum er udført en førstegangundersøgelse og 3 senere undersøgelser.

Jordemoderundersøgelsen 1968

NB! Indsendes i den fremsendte returkuvert
senest *den 26. marts 1968* sammen med de
udfyldte døgnskemaer til Sundhedsstyrelsen.

Indsendelsesblanket

Hoslagt fremsendes 14 stk. døgnskemaer i udfyldt stand, idet der for de dage i undersøgelsesperioden, hvor undertegnede ikke var i tjeneste, er anført årsagen hertil nederst på døgnskemaet for den pågældende dag.

Undertegnede har i løbet af undersøgelsesperioden assisteret ved i alt

.....fødsler, heraf.....førstefødsler.
(antal) (antal)

Af samtlige fødsler var der

.....tvillingfødsler og.....dødfødsler.
(antal) (antal)

Undertegnede har i undersøgelsesperioden foretaget i alt

.....svangerskabsundersøgelser, heraf.....førstegangundersøgelser.

Jeg deltager i følgende *faste* vagtordning*) (med nabojordemødre, klinikker, sygehuse el. lign.):

*) Kun faste vagtaftaler angives, hvorimod enkeltstående aftaler, f. eks. i anledning af bortrejse af privat karakter, *ikke* medtages.

Indsenderens navn:

Stilling:.....Fødselsdato:

Adresse:

Evt. stempel:

Driftsudgifter og indtægter for jordemødre

A. Praktiserende jordemødre

I. Indtægter.

a) Gennemsnitligt honorar for **svangerskabs-**hygiejneundersøgelser og fødselshonorar (uden ulempetillæg) pr. 1. april 1971.

1. Fødehonorar	229,00
2. Besøgshonorar	26,40
3. 2 barselsbesøg	52,80
4. Feriepenge (8 % af 1-3)	24,67
5. Svangerskabsundersøgelse (1, 2, 3 og 4)	64,90
6. Medicingodtgørelse	9,00
7. I alt	406,77

b) Gennemsnitlig beregnet indtægt for alle aktiviteter ved 125 fødsler årligt.

1. Fødselshonorar (125 fødsler å 406,77)	50.846,25
2. Forhastet tilkaldelse (6 tilfælde å 27,15 kr.)	162,90
3. Protokoludskrifter (5 % af tilfældene å 10 kr.) _____	60,00
4. Mødreundervisning (10 % af tilfældene å 120 kr.)	1.440,00
5. Timebetaling for igangsættelse	200,00
6. Befordringsgodtgørelse (125 fødsler å 50 km)	4.437,50
7. Samlet praksisindtægt	57.146,65

II. Beregnede udgifter for en praktiserende jordemoder med 125 fødsler årligt.

På grundlag af indsendte besvarelser fra et mindre antal udspurgte jordemødres driftsudgifter for en jordemoder med 125 fødsler årligt beregnet til nedenstående beløb:

1. Instrumenter	250,00
2. Medicin m. m.	800,00
3. Arbejdstøj m. m.	450,00
4. Kontorartikler	525,00
5. Faglitteratur	425,00
6. Avertering	125,00
7. Ansvarsforsikring	90,00
8. Revision af regnskaber	425,00
9. Egen bil	6.600,00

10. Tjenstlig befordring med andet end 9	100,00
11. Leje af lokaler	3.100,00
12. Andre driftsudgifter	1.200,00
Samlede driftsudgifter	14.090,00

III. Nettooverskud for privatpraktiserende jordemoder med 125 fødsler.

a. Honorarindtægt m. m	57.146,65
b. Driftsudgifter	14.090,00
c. Nettooverskud	43.056,65

B. Distriktsjordemødre

Udover de under A nævnte honorarer m. v. oppebærer distriktsjordemødrene tillige distriktsjordemoderløn samt andre »distriktsjordemodergoder«.

Distriktsjordemoder goderne.

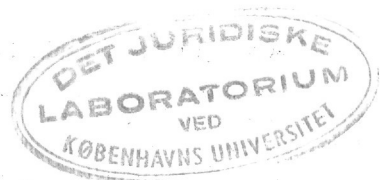
- Distriktsjordemoderløn pr. 1. april 1971 *), jfr. lovbekendtgørelse nr. 242 af 7. juli 1959 § 4.
 - Begyndelsesløn
(13. lønningsklasse 1. trin
X 65 %) 19.438,25
 - Slutløn
(13. lønningsklasse 6. trin
X 70 %) 27.057,03
- Tjenestebolig (jfr. lov nr. 97 af 31. marts 1967).

Da værdien af dette gode udgør forskellen mellem det i jordemoderens løn foretagne boligfradrag og den husleje, der måtte betales for samme bolig på det private bolig-

*) Efter amtsrådsforeningens regler af december 1971 udgør distriktsjordemoderlønnen pr. 1. april 1971:

- Begyndelsesløn:
22. løntrin:
(42.691 × 55 %) 23.480 kr.
- Slutløn:
26. løntrin:
(47.584 × 65 %) 30.930 kr.
Der indgår ikke stedtillæg og ulempetillæg i lønnen.

- marked, har udvalget ikke ment at kunne anslå værdien.
- Såfremt der ikke stilles tjenestebolig til rådighed, ydes der:
3. Boligtilskud (jfr. lovbekendtgørelse nr. 242 af 7. juli 1959 § 5, stk. 3).
På grundlag af indhentede oplysninger fra kommunerne, jfr. bilag 5, er det konstateret, at ydede boligtilskud i høj grad hviler på rimelighedsbetragtninger, hvorfor tilskudene til de enkelte jordemødre kan variere ret betydeligt fra amtskommune til amtskommune. På denne baggrund har udvalget ikke ment at have det fornødne grundlag for at beregne et gennemsnitstilskud.
 4. Tilskud til telefon (jfr. lovbekendtgørelse nr. 242 af 7. juli 1959 § 6) og
 5. Godtgørelse for apparatur og instrumenter m. m. (jfr. lovbekendtgørelse nr. 242 af 7. juli 1959 § 6).
På tilsvarende måde som boligtilskud er de her omhandlede tilskud m. v. i vidt omfang skønsmæssigt fastsat, hvorfor udvalget ikke har kunnet opgøre værdien.
 6. Pension efter 13. lønningsklasse (jfr. lovbekendtgørelse nr. 242 af 7. juli 1959 §§ 9 og 10).
Værdien heraf kan næppe opgøres som følge af de forskelligartede synsvinkler, dette gode kan betragtes **under**.



Bemærkninger til fødselshjælpens fremtidige organisation i Danmark

(af overlæge Helge G. Berthelsen)

Det centrale led i varetagelsen af fødsels-hjælpen i Danmark er og bør fortsat være de profylaktiske undersøgelser i svangerskabet, hvor det nære samarbejde mellem jordemoder og praktiserende læge gør det muligt at opspore sygelige tilstande hos den gravide kvinde, tilstande, som ubehandlede kan indebære risiko for moderens og fosterets liv samt det nyfødte barns førlighed.

Den praktiserende læge har hermed mulighed for at visitere de truede kvinder til behandling på specialafdeling.

Kæm har vist, at spædbørnsdødeligheden omkring fødselstidspunktet, den såkaldte perinatale dødelighed, er direkte proportional med afstanden til en specialafdeling i gynækologi og obstetrik.

Gennem den sidste halve snes år er der oprettet en del afdelinger i specialet, men der er stadig et dokumenteret behov for flere afdelinger.

Dansk selskab for obstetrik og gynækologi har foreslået, at der i hvert storamt bør være 1-2 specialafdelinger i gynækologi og obstetrik; de enkelte afdelinger skal dække et befolkningsgrundlag på mellem 125-150.000 indbyggere.

Gynækologi og obstetrik, der tidligere var to adskilte specialer, betragtes nu som eet speciale med den hovedopgave at beskæftige sig med menneskets reproduktion fra før ægløsning til efter barnets fødsel samt undersøge og behandle alle de følgetilstande, denne funktion kan fremkalde.

Fødselshjælpens organisation

I. Specialafdelingens opgave i tilslutning til graviditet og fødsel vil være:

- 1) at undersøge og behandle eventuelle truede gravide. Til dette formål må afdelingen råde over et »lukket« svangre-

ambulatorium, dvs. et ambulatorium, hvor der kun kan modtages svangre efter visitation gennem egen læge eller speciallæge.

Yderligere må specialafdelingen råde over en svangreafdeling, et såkaldt svangreafsnit til behandling af de syge svangre.

- 2) at varetage den egentlige fødselshjælp, først og fremmest de patologisk fødende, dvs. ca. 40 % af alle fødende.
- 3) at modtage den normale fødende, der ønsker fødsel i specialafdeling.

Der er almindelig enighed om, at et stort antal medfødte neurologiske lidelser, spastisk lammelse og lignende, er af fødselstraumatisk oprindelse, ikke blot forårsaget af skader opstået ved indgreb i tilslutning til fødslen, men ofte skader opstået umiddelbart før forløbsningen. Fosterets hjernevæv er meget følsomt over for iltmangel. De vigtigste kontrolmetoder til at påvise en sådan trussel i et tilsyneladende normalt svangerskab har været og er kontrol af fosterets hjertelyd, og såfremt fostervandet er afgået af dettes farve og karakter. Ofte fremtræder disse tegn på et relativt sent tidspunkt. Selv om det lykkes at afslutte fødslen med levende barn, kan barnets for iltmangel meget følsomme hjernevæv have været udsat for skade, der ofte først manifesterer sig i opvæksten.

I moderne fødselshjælp har perioden omkring fødslen, den såkaldte perinatale periode, været genstand for stor videnskabelig interesse, og flere undersøgelsesmetoder er blevet udarbejdet og gennemprøvet til vurdering af fosterets tilstand i livmoderen. Eksempelvis kan nævnes fostervandsanalyse, cardiotocografi, skalpveneprobe, ultralydsdetektion, undersøgelser, der kræver et ret kostbart apparatur og lægelig ekspertise.

Enhver fødsel indebærer i øvrigt, selv efter

et normalt svangerskab, en akut risiko for såvel moder som barn: fremfalden navlesnor, forliggende moderkage, for tidlig løsning af moderkagen etc., komplikationer, der kræver øjeblikkelig indgriben fra specialafdelingens side.

At tilsyneladende normale gravide bør kunne indlægges på specialafdeling til fødsel af socio-økonomiske årsager skal blot nævnes.

Som det vil fremgå af det foran nævnte, må man tilråde, at der tilvejebringes mulighed for, at alle fødsler kan finde sted på specialafdeling.

Barselsplejen kan principielt varetages på følgende måder: Kvinden kan umiddelbart efter fødslen udskrives til hjemmet, den såkaldte ambulante fødsel. Denne form for barselspleje kan indebære risiko for manglende kontrol og mulighed for hurtig behandling af akut opståede komplikationer såsom efterblødning etc., ligesom den i moderne obstetrik meget intensive undervisning af barselkvinder ikke kan gennemføres adækvat.

Kvinden kan tilbringe barselsengsperioden i specialafdeling, et samfundsøkonomisk belastende forhold at benytte kostbare specialsenge til behandling af ofte helt normale barselkvinder. Endelig kan man i lighed med Linkøping-projektet kort tid efter fødslen overflytte de kvinder, der har haft et normalt svangerskab og en normal fødsel, til et såkaldt barselshvileafsnit. Kvinden kan her få den adækvate barselspleje kombineret med praktisk og teoretisk undervisning i diegivning, barnepleje, barselsengsgymnastik og andre emner, der har stor betydning for moder og barn.

Barselshvileafsnittet, der kun kræver lettere plejemæssige faciliteter, kan oprettes gerne uden for specialafdelingens område i nedlagte klinikker, blandede sygehuse eller lignende.

Barselsafsnittet tilses og ledes af specialafdelingens lægestab.

Dansk selskab for obstetrik og gynækologi tilråder, at der skabes mulighed for, at i alle normale kan føde i en specialafdeling og udtaler, at mange forhold af praktisk og økonomisk karakter taler for at etablere barselshvileafdelinger ved udnyttelse af de foreliggende pladsmuligheder.

- 4) at være det naturlige behandlingsmæssige centrum i storamtets fødselshjælp; heri indgår den vigtige opgave at koordinere samarbejdet mellem praktiserende læge,

jordemoder, sundhedsplejerske, eventuelt praktiserende speciallæge og specialafdelingen.

Der påhviler således afdelingen en række undervisningsmæssige opgaver, ikke mindst i form af efteruddannelse af de pågældende medlemmer af teamet.

- 5) at afdelingen yderligere bør have en udadrettet oplysningsvirksomhed over for områdets kvinder med det formål at understrege betydningen af kontakt med praktiserende læge og jordemoder ved indtrådt graviditet vil styrke det ofte lidt svage led i svangreprofylaksen.

II. Det vil ofte være muligt relativt tidligt i svangerskabet at udskille en gruppe gravide, hvor risikoen for sygelig fødsel vil være forøget, ligesom der i løbet af svangerskabet relativt hyppigt vil fremkomme symptomer på truende sygelig fødsel. Disse forhold vil indtræde hos ca. $\frac{1}{3}$ af alle gravide.

Den praktiserende læge, eventuelt suppleret af den praktiserende specialkollega, vil med deres kendskab til den gravide og de forhold, hvorunder hun lever, samt ved den profylaktiske svangerskabsundersøgelse have mulighed for på et tidligt tidspunkt at behandle og eventuelt visitere de truede gravide til behandling på specialafdeling.

III. Jordemoderen har og bør fortsat have en central placering i dansk fødselshjælp.

Den gennem den profylaktiske svangreundersøgellesperiode etablerede kontakt og den dermed opnåede tillid til jordemoderens ekspertise vil ved hendes tilstedeværelse ved fødslen give den helt nødvendige tryghed for den gravide. Der bør derfor skabes mulighed for, at kvindens egen jordemoder eller den fra svangerskabsundersøgelserne kendte jordemoder deltager i fødslen.

Såfremt den fremtidige fødselshjælp vil indebære, at alle fødsler finder sted i specialafdeling, må jordemødrenes funktionsområde deles op i:

- A) Den praktiserende jordemoder, der i samarbejde med kvindens læge varetager de profylaktiske undersøgelser, bør have ansvaret for den normale fødsel, og i tilfælde af sygelige forhold i tilslutning til fødslen indgå i specialafdelingens behandlingsmønstre. Hun bør være oplært i og desuden

kunne forestå undervisningen ved de såkaldte psykoprofylaktiske kurser for den gravide kvinde.

En stor del af de i et selv normalt svangerskab opståede problemer vil ofte kunne løses, såfremt ægtefællen er velorienteret i svangerskabets problematik. Etablering af fædreundervisning, eventuelt i tilslutning til det psykoprofylaktiske kursus, vil derfor være betydningsfuldt, ligesom det vil være værdifuldt at give ægtefællen lejlighed til at overvære fødslen, såfremt han ønsker det. For at opretholde kontinuiteten i svangrekontrollen samt for at dække vagtberedskabet vil det være rimeligt at oprette jordemodergrupper, eventuelt i kontakt med tilsvarende lægegrupper.

For at sikre en rimelig afstand mellem den gravides bopæl og jordemodergruppen bør gruppen placeres efter geografiske principper med hensyntagen til befolkningstæthed.

- B) De specialafdelingsansatte jordemødre skal først og fremmest koordinere samarbejdet mellem specialafdelingens og den med den fødende indkomne jordemoder. Denne koordinering vil ikke mindst have betydning i den fortsatte undervisning af den praktiserende jordemoder, idet kontakten med specialafdelingen på en naturlig måde vil formidle oplysninger om fremskridt inden for obstetrikken.

De skal være en naturlig reserve i tilfælde af, at den fødendes egen jordemoder er forhindret i at deltage i fødslen. Afdelingens jordemødre vil da sikre, at kvinden ikke er uden den fornødne assistance.

Afdelingens jordemødre skal deltage i de rutinemæssige undersøgelser i svangreambulatoriet og deltage i kontrollen af de i svangreaftsnittet indlagte kvinder.

Antallet af de afdelingsansatte jordemødre

må være så stort, at der er fuld vagtdækning hele døgnet.

IV. Samarbejde.

Som det vil fremgå, kræver moderne fødselshjælp et meget intensivt samarbejde mellem patient, jordemoder, praktiserende læge og specialafdeling.

Foruden dette samarbejde er der hyppigt behov for assistance fra andre medicinske og paramedicinske specialer, f. eks. vil en obstetrisk specialafdeling ikke kunne fungere uden tæt kontakt med det pædiatriske speciale.

Det er klart dokumenteret, at den perinatale dødelighed er afhængig af for tidlig fødsel. Det er ligeledes dokumenteret, at en hyppig årsag til for tidlig fødsel er dårlige sociale forhold.

Det vil derfor være af stor betydning at have et rutinemæssigt samarbejde med den stedlige socialrådgiverinstitution.

I mange tilfælde vil der som supplement til de psykoprofylaktiske kurser være behov for fysioterapeutisk assistance.

For at formidle overgangen fra barselsperiode til spædbørnsperiode vil det være rimeligt med en udvidet kontakt med de bestående sundhedsplejerskeinstitutioner.

Overgangsordning

Selv om antallet af nyoprettede specialafdelinger i de senere år har været stigende, og der fortsat vil finde etablering af nye afdelinger sted, og selv om antallet af institutionsfødsler gennem de senere år ligeledes har været stærkt stigende, må man sikkert regne med, at der endnu i en række år vil være behov for de såkaldte hjemmefødsler. For at sikre en forsvarlig fødselshjælp vil det derfor være nødvendigt i denne periode at etablere en overgangsordning.

Sverige

Det påhviler kommunerne at sørge for, at der kan ydes anstaltsophold til alle fødende kvinder, der har deres opholds- eller hjemsted inden for et sygehus' optagelsesområde. Af medicinske grunde **fraråder** socialstyrelsen hjemmefødsler og fødsler på mindre fødehjem, idet man søger at styrke den i de senere år konstaterede tendens mod koncentration af fødslerne på større enheder for derved at være i stand til at yde obstetrisk specialbistand til alle fødende.

Af samtlige ca. 122.500 fødsler, der forekom i Sverige i 1967, fandt godt 98 % sted på institution. Af institutionsfødslerne skete 76,5 % på fødeafdeling ved sygehus med egen specialuddannet læge og kombineret med afdeling til behandling af kvindesygdomme, 23,1 % på fødeafdeling ved sygehus med overlægen ved det udelte sygehus eller ved den kirurgiske afdeling som ansvarlig læge, medens de resterende 0,4 % fandt sted på andre offentlige fødehjem (private klinikker findes ikke længere i Sverige).

Fødslerne på institutionerne betjenes af fastansatte jordemødre, med mindre der er tale om **komplikationer**, i hvilke tilfælde jordemoderen har pligt til at tilkalde læge. Jordemoderen har adgang til på egen **hånd** at give analgesi i overensstemmelse med socialstyrelsens retningslinier.

Med henblik på betjeningen af de få tilbageværende tilfælde af hjemmefødsler og med henblik på varetagelsen af de forebyggende svangerskabsundersøgelser opretholdes der et

net af distriktsjordemødre. Distriktsjordemødrene udøver sammen med heltidsansatte jordemødre normalt deres forebyggende virksomhed fra »mödrahälsovårds«-centraler, der som oftest er beliggende i forbindelse med sygehuse, men organisatorisk adskilt fra disse.

Der er ikke i de af socialstyrelsen udsendte retningslinier fastsat normer for, hvor mange svangerskabshygienundersøgelser den gravide skal gennemgå, idet det svenske system i vidt omfang bygger på behovsprincippet.

I 1967 blev der i gennemsnit foretaget 3,7 undersøgelser af læger og 7,2 undersøgelser af jordemoder pr. gravid kvinde.

I de tilfælde, hvor der er behov derfor, gives der også via centralerne råd og vejledning i personlige og sociale spørgsmål, samt eventuel henvisning til andre myndigheder. Efter fødslen foretages der ligeledes i centralerne kontrolundersøgelser af kvinderne, hvorunder der bl. a. gives præventionsvejledning.

Med den specialisering af jordemoderens arbejdsopgaver, der har fundet sted i Sverige, er der ikke mulighed for at lade patienten frit vælge jordemoder, ligesom patienten ikke ved fødslen har mulighed for at blive betjent af den jordemoder, der har forestået de profylaktiske undersøgelser.

Alle former for ydet fødselshjælp er gratis gennem den obligatoriske sygeforsikring. Endvidere ydes der fri transport til og fra sygehuse, ligesom der ydes fribefordring til og fra centrene i forbindelse med de forebyggende undersøgelser.

England

Udviklingen indenfor fødselshjælpen har i de seneste årtier været kendetegnet ved en stadig stigende tendens mod hospitalisering af fødslerne.

I årene omkring 1935 fandt $\frac{2}{3}$ af samtlige fødsler sted i hjemmene, medens 80 % af fødslerne i 1968 foregik på fødselsanstalter, fødehjem eller lignende institutioner.

Medens der tidligere var store lokale forskelligheder mellem fordelingen af hjemme- og institutionsfødsler, er denne forskel i de seneste år til en vis grad blevet udlignet, selv om institutionsfødsler gennemgående stadig er hyppigere i byerne end i landdistrikterne.

Der er ikke i lovgivningen tilsikret fødende ret til institutionsfødsel, men det er sundhedsmyndighedernes målsætning, at der i de kommende år iværksættes en udbygning af fødselsanstalterne i et sådant omfang, at enhver gravid kvindes ønske om institutionsfødsel kan efterkommes.

Vederlagsfrie profylaktiske undersøgelser i svangerskabet kan foretages af kvindens egen læge eller af en »general practitioner obstetrician«, dvs. en praktiserende læge, hvis obstetriske kendskaber er godkendt af en »local professional Committee« i samarbejde med kvindens jordemoder. Under hensyntagen til udsigterne til fødsels forløb og til hjemmets tilstand giver lægen patienten råd med hensyn til eventuel indlæggelse på hospital til fødsel. Hvis indlæggelse foretrækkes, henviser han til hospitalet, der så overtager svangerskabsundersøgelserne.

Lægen kan på et hvilket som helst tidspunkt søge råd hos en obstetrisk konsulent eller henviser kvinden til særskilt specialistundersøgelse på hospitalet.

Efter de af sundhedsministeriet udsendte retningslinier for profylaktiske undersøgelser skal disse finde sted månedligt indtil den 28. uge, herefter hver 14. dag til den 36. uge, hvorefter undersøgelse bør finde sted ugentlig. Sundhedsministeriet anbefaler, at svangerskabsundersøgelser udføres af læge og jordemoder i fælles-

skab eller, såfremt dette er upraktisk, at der udarbejdes en plan for, hvilke undersøgelser hver især skal foretage.

Det er ved Health Service and Public Health Act 1968 pålagt »Local Health Authorities« at drage omsorg for, at der i det pågældende distrikt er det fornødne antal jordemødre til betjening af hjemmefødsler og til gennemførelse af svangerskabsundersøgelser. »Local Health Authorities« ansætter og aflønner jordemødrene, der arbejder sammen i grupper med fast vagttjeneste. Det er således ikke praktisk muligt at gennemføre foranstaltninger, der sikrer, at den jordemoder, der har forestået svangerskabsundersøgelsen, også betjener fødslen. I adskillige distrikter er der af »Local Health Authorities« oprettet »Maternal and Child Health Centres«, hvor de af jordemoderen foretagne svangerskabsundersøgelser finder sted. Der finder endvidere en udstrakt rådgivnings- og undervisningsvirksomhed sted i centrene.

Til trods for, at hjemmefødende er berettiget til såvel læge- som jordemoderbistand, betjenes ca. 70 % af hjemmefødslerne udelukkende af jordemødre. Indtræder der under en hjemmefødsel komplikationer, kan patienten indlægges eller hjælp fra hospitalet tilkaldes.

Praktiserende lægers virksomhed indenfor fødselshjælpens område overvåges af »Executive Councils«, medens jordemødre er underkastet tilsyn af »Local Health Authorities«.

Kravene om indlæggelse til fødsel er i mange områder så talrige, at der må ske en udvælgelse ved reserveringen af pladser for at give prioritet til de indlæggelser, som af lægelige, obstetriske eller sociale grunde er påkrævet.

Ansvar for planlægningen af og kontrollen med den hospitalsmæssige fødselshjælp påhviler »Regional Hospital Boards«. Disse organer har endvidere til opgave at drage omsorg for, at der på større fødselsanstalter er oprettet såkaldte »flying squads«, der fra fødselsanstalterne rykker ud til den fødendes hjem og dér bistår ved komplikationer, når flytning til ho-

spital er utilrådeligt. Disse medbringer forskelligt specialapparatursåsom blodtransfusionsudstyr, narkoseapparater o.s.v.

I de tilfælde, hvor der i forvejen er truffet bestemmelse om indlæggelse til fødsel, foretages svangerskabsundersøgelserne som tidligere nævnt af de på hospitalerne ansatte læger og jordemødre. Fødslerne betjenes af en læge bistået af en jordemoder.

Almindeligvis udskrives patienten fra hospitalet efter syv dages forløb, hvorefter kvinde og barn overlades til en hjemmejordemoders omsorg.

Som led i bestræbelserne på at opnå størst mulig udnyttelse af de forhåndenværende ressourcer, samt i forsøg på at opnå den fornødne koordination mellem de myndigheder, der tilrettelægger og administrerer fødselshjælpen, er der i distrikterne oprettet såkaldte »Local Maternity Liaison Committees«. Disse har adskillige steder forårsaget betydelige fremskridt,

medens de andre steder enten slet ikke er blevet oprettet eller har fungeret utilfredsstillende.

Det er et grundlæggende træk for fødselshjælpen, at al assistance er vederlagsfri, hvad enten det drejer sig om profylaktiske undersøgelser, selve fødselsbetjeningen eller efterfølgende pleje. I de tilfælde, hvor den fødende ønsker at engagere en privatpraktiserende jordemoder eller at føde på en privat fødeklinik, må hun dog selv afholde udgifterne hertil. Ca. 1 % af samtlige fødsler finder sted på private klinikker.

Hospitalerne og den derfra ydede assistance finansieres af statens midler, medens udgifter til jordemodervæsenet bliver afholdt af byer og grevskaber med delvis statsrefusion. Staten betaler endelig de praktiserende læger honorarer efter takster, hvis størrelse i nogen grad er afhængig af, om den pågældende er anerkendt som »general practitioner obstetrician«.

Holland

Det har været kendetegnende for tilrettelæggelsen af fødselshjælpen i Holland, at fødslerne traditionelt har fundet sted i hjemmene. Inden for de sidste 10 år er der imidlertid konstateret en kraftig tendens mod institutionalisering af fødslerne. Medens således kun 22 % af samtlige fødsler i 1953 fandt sted på institution, var 37 % af samtlige fødsler i 1968 institutionsfødsler.

Jordemodergerningen er et liberalt erhverv, men i takt med den stigende institutionalisering af fødslerne er der konstateret en begyndende fastansættelse af jordemødre på institutionerne. Af det samlede antal aktive jordemødre i 1969 på 701 var 69 ansat på institution.

Den sygeforsikring, der omfatter ca. 75 % af befolkningen, betaler ikke lægehonorar for fødselshjælp og lignende, når jordemoder kan tilkaldes.

Den jordemoder, der skal forestå fødslen, varetager også de profylaktiske undersøgelser. Jordemoderen er forpligtet til at foretage 10 svangerskabshygienundersøgelser under svangerskabet, hvorimod den gravide i normale tilfælde ikke er undergivet lægekontrol. (Jorde-

moderen modtager et engangshonorar, der ikke alene omfatter vederlag for ydet fødselshjælp, men også vederlag for svangerskabshygienundersøgelser og tilsynsbesøg efter fødselens gennemførelse). I øjeblikket overvejes det at lade alle gravide kvinder undersøge i hvert fald en gang af en obstetrisk specialist med henblik på konstatering af eventuelt unormale tilstande og med henblik på rådgivning om fødested m. v.

Som konsekvens af, at jordemoderen alene bærer ansvaret for såvel den gravides tilstand under svangerskabet som fødselens forløb, er det bestemt i lovgivningen, at jordemoderen ikke må tage sig af patologiske tilfælde. Så snart jordemoderen konstaterer en afvigelse fra det normale, er hun forpligtet til at henvise den gravide til kvindens egen læge, der som oftest vil henvise kvinden til en obstetrisk specialist. I disse tilfælde overgår varetagelsen af svangerskabshygienundersøgelserne til den praktiserende læge eller specialisten. I praksis varetages 37 % af fødslerne af jordemødre. Den resterende del bliver betjent enten af praktiserende læger eller specialister.

Fortegnelse over statistisk materiale

(bortset fra jordemoderundersøgelsen 1968)

	Side
Tabel 1. Antal fødte børn 1951-70	80
Tabel 2 a. Antal fødte børn fordelt på hjemme- og institutionsfødsler i 1951-69 ...	80
Tabel 2 b. Hjemmefødsler i % af samtlige fødsler.	81
Tabel 2 c. Levendefødte fordelt efter hjemsted og fødestedets art, 1969.	82
Tabel 3. Jordemødre fordelt efter antal fødsler i 1967.	82
Tabel 4. Antal jordemødre fordelt efter beskæftigelse (1951-1969).	83
Tabel 5. Jordemødre fordelt efter eksamensår.	84
Tabel 6 a. Samtlige jordemødre i 1967 fordelt efter fødselsår.	84
Tabel 6 b. Sygehus- og klinikansatte jordemødre i 1969 fordelt efter fødselsår.	85
Tabel 6 c. Privatpraktiserende samt distriktsjordemødre i 1969 fordelt efter fødselsår	86
Tabel 6 d. Beregnet aldersfordeling af aktive jordemødre i 1972 og 1977.	87
Tabel 7 a. Antal sengepladser pr. 31/3 1969 på fødeafdelinger og gynækologiske afdelinger samt antal fødsler 1967/68.	87-88
Tabel 7 b. Antal fødsler pr. specialseng (1970).	88
Tabel 8 a. Beregnet behov for fødesenge.	89
Tabel 8 b. Beregnet behov for fødesenge under forskellige forudsætninger om belæg- ningsprocent og liggetid.	89
Tabel 9 a. Børn født i tiden 1/4-15/4 1968 fordelt efter fødselstidspunkt	90
Tabel 9 b. Børn født i marts 1968 fordelt efter fødselstidspunkt samt på hjemme- og institutionsfødsler.	90



Tabel 1 Antal fødte børn ¹⁾

År	Levende-fødte	Dødfødte	I alt	År	Levende-fødte	Dødfødte	I alt
1951	76559	1427	77986	1961	76439	971	77410
1952	76943	1372	78315	1962	77808	934	78742
1953	78261	1512	79773	1963	82413	948	83361
1954	76365	1499	77864	1964	83356	906	84262
1955	76845	1400	78245	1965	85796	942	86738
1956	76725	1362	78087	1966	88332	875	89207
1957	75264	1167	76431	1967	81410	715	82125
1958	74681	1174	75855	1968	74543	636	75179
1959	73928	1095	75023	1969	71298	612	71910
1960	76077	958	77035	1970	71007 ²⁾	605 ²⁾	71612

1) Danmarks Statistiks fødselstal efter præsteindberetninger.

2) Foreløbige tal.

Tabel 2 a Antal fødte børn (levende- og dødfødte)

	1951		1956		1961		1968		1969	
	Institu-tions-fødsler	Hjemme-fødsler	Institu-tions-fødsler	Hjemme-fødsler	Institu-tions-fødsler	Hjemme-fødsler	Institu-tions-fødsler	Hjemme-fødsler	Institu-tions-fødsler	Hjemme-fødsler
Københavns kommune ...	7777	2310	6891	1820	6439	1353	9204	414	8583	298
Rigshospitalets fødeafd.										
afd. A	1745	—	2098	—	1922	—				
afd. B	1903	—	2465	—	2201	—				
Frederiksberg kommune ..	5127	2413	1868	48	2627	3	1394	39	1213	21
Københavns amtsrådskr. .			2877	2169	4681	2323	8592	438	7989	264
Roskilde amtsrådskr.			898	657	1208	389	2162	215	2098	156
Frederiksborg amt ...	979	1560	1344	1417	1599	1305	2393	1019	2548	715
Holbæk » ...	683	1613	630	1480	802	1092	1688	249	1783	183
Sorø » ...	1181	1045	1028	1089	944	1009	1415	460	1460	363
Præstø » ...	865	1385	1065	1082	1191	672	1587	207	1531	131
Bornholm » ...	170	679	291	617	347	465	525	121	554	77
Lolland-Falster » ...	597	1782	612	1455	1119	741	1380	234	1441	116
Svendborg » ...	1192	1388	1319	1140	1409	839	1824	231	1786	140
Odense » ...	1873	2649	2033	2491	2452	2062	3824	617	3930	411
Vejle » ...	1376	2502	1552	2124	1828	1725	3249	943	3345	789
Skanderborg » ...	389	2293	487	2141	758	1703	1309	829	1422	605
Århus » ...	2064	1881	2106	1934	2550	1975	3291	1609	3912	1140
Randers » ...	425	2786	387	2509	350	2385	1056	1474	1149	1341
Ålborg » ...	1291	2912	1521	2790	1443	2644	2715	1224	2755	904
Hjørring » ...	469	2837	450	2913	723	2575	1526	1227	1719	963
Thisted » ...	288	1470	302	1265	325	1101	783	458	813	355
Viborg » ...	627	2376	638	2130	615	2037	1282	1168	1329	995
Ringkøbing » ...	458	3536	545	3676	617	3372	1402	2444	1952	1816
Ribe » ...	719	2937	800	2925	981	2749	2266	1017	2326	875
Haderslev » ...	411	809	455	1023	544	700	837	372	818	299
Åbenrå-Sønderborg » ...	908	954	1128	869	1346	783	1578	359	1697	281
Tønder » ...	204	630	166	527	195	358	337	192	334	185
Hele landet	33721	44747	35956	42291	41216	36360	57619	17560	58487	13423

Tabel 2 b Hjemmefødsler i ‰ af samtlige fødsler

	1951 pct.	1956 pct.	1961 pct.	1968 pct.	1969 pct.
Københavns kommune	23	21	17	4	3
Rigshospitalets fødeafdeling A og B	—	—	—	—	—
Frederiksberg kommune		3	0,1	3	2
Københavns amtsrådsreds	32	43	33	5	3
Roskilde amtsrådsreds		42	24	9	7
Frederiksborg amt	61	51	45	29	22
Holbæk amt	70	70	58	13	9
Sorø amt	47	51	52	24	20
Præstø amt	62	50	36	11	8
Bornholm amt	80	68	57	18	12
Lolland-Falster amt	75	70	40	14	7
Svendborg amt	54	46	37	11	7
Odense amt	59	55	46	14	9
Vejle amt	65	58	49	22	19
Skanderborg amt	85	81	69	38	30
Århus amt	48	48	44	33	22
Randers amt	87	87	87	58	54
Ålborg amt	69	65	65	31	24
Hjørring amt	86	87	78	44	36
Thisted amt	84	81	77	36	30
Viborg amt	79	77	77	47	43
Ringkøbing amt	89	87	85	63	48
Ribe amt	80	79	74	31	27
Haderslev amt	66	69	56	30	27
Åbenrå-Sønderborg amt	51	44	37	19	14
Tønder amt	76	76	65	36	36
Hele landet	57	54	47	23	19

Tabel 2 c Levendefødte fordelt efter hjemsted og fødestedets art 1969

Hjemsted	I alt	Sygehus		Klinikker		Hjem	Andet
		Føde- afdelingen	Anden afdeling	Godkendt klinikk ¹⁾	Anden klinik		
Københavns kommune . . .	7450	5060	33	1903	152	298	4
Frederiksberg kommune ..	1007	910	6	52	13	24	2
Københavns amtrådskr. . .	8727	3501	34	4698	234	253	7
Roskilde amtsrådskr.	2338	159	1909	91	25	153	1
Frederiksborg amt	3934	548	1940	734	4	698	10
Holbæk »	1967	41	1744	1		181	
Sorø »	2010	225	1256	168		356	5
Præstø »	1715	716	860	5	2	128	4
Bornholm »	620	2	540	1		76	1
Lolland-Falster »	1564	1152	296		1	109	6
Svendborg »	1837	24	1577	97		139	
Odense »	4365	2568	1313	74	1	401	8
Vejle »	3669	2196	265	297	128	779	4
Skanderborg »	2286	490	826		368	596	6
Århus »	4140	1733	273	948	36	1145	5
Randers »	2883	543	688	3	312	1334	3
Ålborg »	3713	2142	538	1	135	892	5
Hjørring »	2658	685	1021			941	11
Thisted »	1169	20	797			351	1
Viborg »	2506	879	593	1	40	988	5
Ringkøbing »	3823	132	1458	422	5	1795	11
Ribe »	3264	1741	652	1		866	4
Haderslev »	1133	31	803			296	3
Åbenrå-Sønderborg »	1885	1311	287	1	2	278	6
Tønder »	635	90	363			180	2
Hele landet	71298	26899	20072	9498	1458	13257	114

1) I henhold til sygehusloven.

Tabel 3
Jordemoderundersøgelsen 1968
Jordemødrene fordelt efter antal fødsler i 1967

	Privat praktise- rende jordemødre	Distrikts- jordemødre	I alt
< 9 fødte	11	3	14
10- 49 -	15	31	46
50- 99 -	23	108	131
100-149 -	7	95	102
150-199 -	10	39	49
200 og mere -	45	20	65
Ialt	111	296	407

Tabel 4. Antal jordemødre fordelt efter beskæftigelse

	1951			1956			1961			1966			1969								
	Ansatte og priv. praktiserende	Distrikts-jordemødre	I alt	Ansatte og priv. praktiserende	Distrikts-jordemødre	I alt	Sygehus ansatte	Klinik ansatte ³⁾	Privat praktiserende	Distrikts-jordemødre	I alt	Sygehus ansatte	Klinik ansatte ³⁾	Privat praktiserende	Distrikts-jordemødre	I alt					
Københavns kommune	85	-	85	70	-	70	34	17	25	-	76	51	19	18	-	88	51	18	8	-	77
Frederiksberg kommune				11	-	11	8	-	3	-	11	5	4	-	9	-	9	-	-	-	9
Københavns amtsrådskr.	54	16	70	40	8	48	4	11	32	7	54	19	28	13	5	65	22	42	7	3	74
Roskilde amtsrådskr.				6	6	12	-	-	6	5	11	-	-	-	6	6	12	-	4	6	10
Frederiksborg amt	9	20	29	13	14	27	-	-	-	15	11	26	-	-	11	10	21	-	10	11	21
Holbæk »	3	24	27	2	20	22	-	-	-	3	19	22	-	-	3	14	17	-	2	14	16
Sorø »	5	18	23	4	14	18	-	-	-	5	13	18	-	-	5	13	18	-	4	12	16
Præstø »	4	21	25	3	14	17	-	-	-	3	13	16	-	-	2	13	15	-	5	11	16
Bornholms »	-	11	11	-	8	8	-	-	-	-	6	6	-	-	1	6	7	-	-	5	5
Lolland-Falster »	8	24	32	6	19	25	-	-	-	6	13	19	-	-	3	14	17	-	2	13	15
Svendborg »	5	32	37	7	25	32	-	-	-	5	21	26	-	-	5	17	22	-	-	3	15
Odense »	19	27	46	15	20	35	3	-	10	21	34	5	-	8	17	30	11	-	2	19	32
Vejle »	13	23	36	14	18	32	-	-	13	16	29	6	-	9	14	29	6	-	9	14	29
Skanderborg »	13	18	31	10	17	27	-	-	-	8	15	23	-	-	6	12	18	-	-	5	15
Århus »	21	16	37	19	12	31	11	-	12	9	32	11	-	12	6	29	14	-	12	6	32
Randers »	14	23	37	12	18	30	-	-	11	17	28	-	-	7	16	23	-	-	6	14	20
Ålborg »	16	24	40	13	21	34	4	-	9	18	31	6	2	4	18	30	7	1	2	16	26
Hjørring »	8	37	45	9	32	41	-	-	8	25	33	-	-	4	20	24	-	-	6	20	26
Thisted »	1	21	22	2	17	19	-	-	1	16	17	-	-	1	14	15	-	-	-	14	14
Viborg »	5	27	32	3	23	26	-	-	2	23	25	-	-	1	19	20	1	-	1	17	19
Ringkøbing »	14	28	42	14	25	39	-	-	12	24	36	-	-	8	23	31	-	1	7	22	30
Ribe »	15	20	35	14	20	34	-	-	11	23	34	-	-	10	18	28	1	-	7	15	23
Haderslev »	3	11	14	2	12	14	-	-	2	9	11	-	-	3	8	11	-	-	2	7	9
Åbenrå-Sønderborg »	10	12	22	6	12	18	-	-	7	12	19	-	-	5	11	16	-	-	4	11	15
Tønder »	-	11	11	-	9	9	-	-	-	-	7	7	-	-	-	7	7	-	-	4	4
Hele landet	325 ¹⁾	464	789	295 ²⁾	384	679	64	28	209	343	644	103	53	145	301	602	122	62	108	284	576

1) Heraf 26 ved de 3 største fødeinstitutioner. 2) Herunder ledere af klinikker.

3) » 35 » » 5 » »

Tabel 5. Jordemødre fordelt efter eksamensår

	Eksamensår											
	før 1920	1920 -24	1925 -29	1930 -34	1935 -39	1940 -44	1945 -49	1950 -54	1955 -59	1960 -64	1965 -67	Uop- lyst
Samtlige jordemødre, der har taget eksamen 1920-67	—	136	128	94	99	94	112	114	100	113	74	—
Aktive jordemødre i 1967	1	10	36	57	65	62	76	89	72	72	59	5
Aktive jordemødre i 1967 i % . . .	...	7,4	28,1	60,6	65,7	66,0	67,9	78,1	72,0	63,7	79,7	...

Tabel 6 a Samtlige jordemødre i 1967 fordelt efter fødselsår

	Født 1939 eller senere	1934 -38	1929 -33	1924 -28	1919 -23	1914 -18	1909 -13	1904 -08	1899 -1903	1898 eller før	Uop- lyst	I alt
Københavns kommune	23	16	10	5	3	5	9	8	3	6		88
Frederiksberg kommune	1	1	1	1	5	—	2	2	—	—		13
Københavns amtsråds-kreds . .	25	15	5	9	10	6	7	3	1	—		81
Roskilde amtsråds-kreds	—	1	1	—	1	3	3	—	1	1		11
Frederiksborg amt	1	—	3	2	7	2	4	2	—	1		22
Holbæk »	—	3	—	1	2	1	5	1	5	—		18
Sorø »	2	1	—	2	5	—	1	4	—	1		16
Præstø »	1	1	1	—	2	2	2	3	2	—		14
Bornholm »	—	1	—	3	—	2	—	—	—	—		6
Lolland-Falster »	—	—	1	3	2	2	2	1	4	2		17
Svendborg »	—	—	2	1	2	5	4	—	6	1		21
Odense »	6	2	4	4	2	5	—	5	1	—		29
Vejle »	2	1	2	4	5	3	1	3	8	1		30
Skanderborg »	—	—	1	1	—	3	8	3	1	2		19
Århus »	3	2	1	4	5	4	2	4	2	1		28
Randers »	2	—	2	2	4	5	2	—	3	1		21
Ålborg »	2	4	4	2	3	2	6	—	3	1		27
Hjørring »	1	2	2	5	6	4	2	2	1	—		25
Thisted »	—	1	3	1	3	2	1	3	—	—		14
Viborg »	—	1	1	2	2	3	—	5	3	—		17
Ringkøbing »	—	—	3	4	6	3	4	4	2	2		28
Ribe »	1	—	—	2	5	3	5	4	2	4		26
Haderslev »	—	—	2	2	1	2	1	—	2	1		11
Åbenrå-Sønderborg »	—	—	—	2	3	3	2	2	2	1		15
Tønder »	1	1	2	—	—	—	1	—	1	1		7
Hele landet	71	53	51	62	84	70	74	59	53	27		604
Samtlige uddannede jorde- mødre fra 1920-67	90	81	78	85	114	98	105	84	101	215	13	1064
% aktive jordemødre i 1967 . .	78,9	65,4	65,4	72,9	73,7	71,4	70,5	70,2	52,5	12,6	...	56,8

Tabel 6 b Sygehus- og klinikansatte jordemødre i 1969 fordelt efter fødselsår

	Sygehusansatte											Klinikansatte										
	Født 1939 el. senere	1934 -38	1929 -33	1924 -28	1919 -23	1914 -18	1909 -13	1904 -08	1899- 1903	1898 el. før	Ialt	Født 1939 el. senere	1934 -38	1929 -33	1924 -28	1919 -23	1914 -18	1909 -13	1904 -08	1899- 1903	1898 el. før	Ialt
Københavns kommune.....	17	12	9	3	2	3	4	1			51	6	2		1		1	2	4	1	1	18
Frederiksberg kommune.....			1		4		2	2			9											
Københavns amtsrådkreds ...	2	6	2	4	3	4	1				22	26	5	3	3	2	1	2				42
Roskilde amtsrådkreds																						
Frederiksborg amt.....																						
Holbæk amt																						
Sorø amt.....																						
Præstø amt																						
Bornholm amt																						
Lolland-Falster amt																						
Svendborg amt.....																						
Odense amt	5	1		1	2	1		1			11											
Vejle amt	1	1	1		2	1					6											
Skanderborg amt.....																						
Århus amt	7	3	1	2			1				14											
Randers amt																						
Ålborg amt.....	3		1		1	1	1				7					1						1
Hjørring amt																						
Thisted amt																						
Viborg amt.....				1							1											
Ringkøbing amt.....																						
Ribe amt.....																						
Haderslev amt																						
Åbenrå-Sønderborg amt.....																						
Tønder amt																						
Hele landet.....	35	23	15	11	15	10	9	4			122	32	8	3	4	3	2	4	4	1	1	62

Tabel 6 c Distriktsjordemødre samt privatpraktiserende jordemødre i 1969 fordelt efter fødselsår

	Distriktsjordemødre										Privatpraktiserende											
	Født 1939 el. senere	1934 -38	1929 -33	1924 -28	1919 -23	1914 -18	1909 -13	1904 -08	1899- 1903	1898 el. før	Ialt	Født 1939 el. senere	1934 -38	1929 -33	1924 -28	1919 -23	1914 -18	1909 -13	1904 -08	1899- 1903	1898 el. før	Ialt
Københavns kommune.....																	1	1	2	2	2	8
Frederiksberg kommune.....																						
Københavns amtsrådskreds ...					1	1	2	1	1	3				1	2			3		1		7
Roskilde amtsrådskreds			1	2	3	1	1	2		6		1	1			1	1					4
Frederiksberg amt.....	1		2							11	2	2				4	1	3				10
Holbæk amt.....		2		1	2	1	4	1	3	14								1				2
Sorø amt	1		1	2	3	1	3	1	1	12						1			1		1	4
Præstø amt.....	1	1	1		2	2	2	1	1	11	3								1	1		5
Bornholm amt.....		1		2		2				5												
Lolland-Falster amt	1		2	1	3	2	1	1	2	13					1			1				2
Svendborg amt.....			1	1	2	4	3		4	15							2	1				3
Odense amt	2	2	4	2	1	4		3	1	19		1							1			2
Vejle amt	2	1		2	2	2		3	2	14				1	2	1						
Skanderborg amt	1		1	2		3	6	1	1	15	1			1				2	3	1	1	9
Århus amt	1				1	1	1	2		6				1							1	5
Randers amt.....	2		2	3	1	3	2		1	14				1		2	3	1	2	2		12
Ålborg amt.....	1	4	2	2	1	1	3		2	16				1		3	1		1			6
Hjørring amt		2	3	3	5	4	1	2		20	1				2	1	1	2				2
Thisted amt		1	2	2	3	2	2	2		14												6
Viborg amt		1	2	1	2	2		6	3	17							1					1
Ringkøbing amt.....	3	1	3	2	3	3	4	2	1	22	1				2	1		1	1	1	1	7
Ribe amt.....	3	1		2	2	3	3	1		15						3		2		1	1	7
Haderslev amt			1	1	1	2	1		1	7				1	1							2
Åbenrå-Sønderborg amt			1	3	2	2	1	2		11						1	1	1		1		4
Tønder amt	1	1	1				1			4												
Hele landet.....	20	18	30	35	38	47	39	33	24	284	9	7	3	11	18	12	20	8	13	7	108	

Tabel 6 d Beregnet aldersfordeling af aktive jordemødre i 1972 og 1977

	Alder										I alt
	28 år	29-33 år	34-38 år	39-43 år	44-48 år	49-53 år	54-58 år	59-63 år	64-68 år	69 år	
% aktive jordemødre i 1967	79	65	65	73	74	71	70	52	13		
antal jordemødre uddannet fra 1920-67 ...	90	81	78	85	114	98	105	84	101	215	1051
antal aktive jordemødre 1967	71	53	51	62	84	70	74	59	53	27	604
antal jordemødre uddannet fra 1925-72 ...	135	105	81	78	85	114	98	105	84	101	986
antal aktive jordemødre 1972	107	68	53	57	63	81	69	74	44	13	629
antal jordemødre uddannet fra 1930-77 ...	135	150	105	81	78	85	114	98	105	84	1035
antal aktive jordemødre 1977	107	98	68	59	58	60	80	69	55	11	665

Tabel 7 a
Antal sengepladser pr. 31. marts på fødeafdelinger
og gynækologiske afdelinger

Fødeafdelinger	Sengepladser			
	1951	1956	1961	1969
Rigshospitalet	176	176	176	143
Øresundshospitalet	-	-	-	20
St. Josephs Hospital	65	65	100	130*)
Frederiksberg Hospital	28	28	30	34
Diakonissestiftelsen	-	26	25	-
St. Lukas Stiftelsen, Gentofte	12	8	8	4
Københavns amtssygehus, Glostrup	-	-	21	46
Næstved Centralsygehus	-	-	-	18
Fredericia By- og amtssygehus	-	-	-	24
Silkeborg Centralsygehus	-	-	-	16
Hjørring Centralsygehus	-	-	-	13
Viborg amts og bys sygehus	-	-	-	24
Landshospitalet i Sønderborg	33	33	34	26
Københavns amts sygehus, Gentofte	-	-	-	33
Odense amts og bys sygehus	23	23	23	100
St. Maria Hospital, Vejle	-	22	28	20
Kolding By- og Amtssygehus	-	-	-	20
Statens Fødselsanstalt i Jylland	103	103	102	100
St. Josephs Hospital, Esbjerg	-	-	-	46
Ålborg Kommunehospital	-	-	-	35
Korsør Sygehus	-	-	-	12
St. Josephs Hospital, Fredericia	18	18	18	16
Ialt	458	502	565	880

*) heraf medregnet klinikken St. Møllevvej

<i>Gynækologiske afdelinger</i>	1951	1956	1961	1969
Rigshospitalet	87	87	87	66
Kommunehospitalet	24	24	23	–
Øresundshospitalet	–	–	–	90
Hospitalet på Forchammersvej	77	79	79	–
Bispebjerg hospital	–	114	111	105
Sønderbro Hospital	–	140	137	137
Frederiksberg Hospital	138	113	85	95
Diakonissestiftelsen	–	40	38	–
St. Lukas Stiftelsen, Gentofte	46	46	46	46
Københavns amtssygehus, Glostrup	–	–	92	105
Næstved Centralsygehus	–	–	–	27
Fredericia By- og amtssygehus	–	–	–	29
Silkeborg Centralsygehus	–	–	–	26
Hjørring Centralsygehus	–	–	–	26
Viborg Amts og Bys sygehus	–	–	–	23
Landshospitalet i Sønderborg	82	82	83	72
Københavns amtssygehus, Gentofte	–	139	123	79
Korsør Sygehus	–	–	–	18
Odense Amts og Bys Sygehus	57	57	57	84
St. Maria Hospital, Vejle	–	40	38	45
Kolding By- og Amtssygehus	–	–	–	50
Statens Fødselsanstalt i Jylland	36	35	33	56
St. Josephs Hospital, Esbjerg	–	–	–	38
Ålborg Kommunehospital	–	–	–	62
Ialt	547	996	1032	1279

Tabel 7 b Antal fødsler pr. specialseng (1970)

	Fødsler	Specialsenge	Fødsler pr. specialseng
København og Frederiksberg kommuner	8353	327	22*)
Københavns amtskommune	8800	83	106
Frederiksborg »	4044	0	–
Roskilde »	2787	30	90
Vestsjællands »	3621	12	301
Storstrøms »	3120	37	84
Bornholms »	568	0	–
Fyns »	6053	100	60
Sønderjyllands »	3578	26	138
Ribe »	3088	46	67
Vejle »	4753	106	45
Ringkøbing »	3899	10	390
Aarhus »	8452	134	63
Viborg »	3254	24	106
Nordjyllands »	6432	48	134
For hele landet	70803	983	72

*) Opgjort på grundlag af fødested vil der i København og Frederiksberg kommuner være 31 fødsler pr. seng.

Tabel 8 a Beregning af behovet for fødesenge

	Antal levende- fødte børn efter fødested 1968 ¹⁾	Beregnet antal nødvendige fødesenge ²⁾	Antal tilstede- værende føde- senge ³⁾	Beregnet antal manglende føde- senge (kolonne 2 ÷ kolonne 3)	Beregnet antal andre senge brugt til fødsler ⁴⁾	Beregnet antal manglende senge (kolonne 4 ÷ kolonne 5)	Antal jorde- mødre 31. dec. 1968 ⁵⁾	Antal fødsler pr. jordemoder
	1	2	3	4	5	6	7	8
Københavns kommune } Frederiksberg kommune .. }	10.980	362	371	÷ 9	—	÷ 9	88	125
Københavns amtskommune	8.986	296	246	50	—	50	77	117
Frederiksborg »	3.387	112	18	94	58	36	23	147
Roskilde »	2.387	79	18	61	66	÷ 5	13	184
Vestsjællands »	3.693	121	12	109	88	21	30	123
Storstrøms »	3.373	111	18	93	66	27	29	116
Bornholms »	636	21	—	21	16	5	5	127
Fyns »	6.448	212	100	112	89	23	50	129
Sønderjyllands »	3.653	120	18	102	45	57	29	126
Ribe »	3.237	106	46	60	19	41	23	141
Vejle »	4.784	157	79	78	16	62	37	129
Ringkøbing »	3.940	129	24	105	40	65	35	113
Århus »	8.763	288	140	148	40	108	63	139
Viborg »	3.378	111	25	86	38	48	29	116
Nordjyllands »	7.026	231	46	185	63	122	54	130
I alt	74.671	2.456	1.161	1.295	644	651	585	128

1) Foreløbige tal.

2) Under forudsætning af 9 dages liggetid og en belægning på 75 %.

3) På sygehusenes fødeafdelinger og på godkendte fødeklinikker.

4) På andre afdelinger på sygehuse.

5) Efter bopæl.

Tabel 8 b Beregnet behov for fødesenge under forskellige forudsætninger om belægningsprocent og liggetid

	Antal levende- fødte børn efter fødested 1968 ¹⁾	Belægning								
		75 pct.			80 pct.			90 pct.		
		Liggetid			Liggetid			Liggetid		
		9 dage	8 dage	7 dage	9 dage	8 dage	7 dage	9 dage	8 dage	7 dage
Københavns kommune }	10.980	362	322	282	339	302	264	302	268	234
Frederiksberg kommune .. }										
Københavns amtskommune	8.986	296	263	230	277	247	216	247	219	192
Frederiksborg »	3.387	112	100	87	105	93	82	93	83	72
Roskilde »	2.387	79	70	62	74	66	58	66	59	51
Vestsjællands »	3.693	121	107	94	113	101	88	101	90	78
Storstrøms »	3.373	111	99	86	104	92	81	92	82	72
Bornholms »	636	21	19	17	20	18	15	18	16	14
Fyns »	6.448	212	188	165	199	177	155	177	157	137
Sønderjyllands »	3.653	120	107	93	113	100	87	100	89	78
Ribe »	3.237	106	94	82	99	88	77	88	78	69
Vejle »	4.784	157	139	122	147	131	114	131	116	102
Ringkøbing »	3.940	129	115	100	121	107	94	107	95	84
Århus »	8.763	288	256	224	270	240	210	240	213	186
Viborg »	3.378	111	99	86	104	92	81	92	82	72
Nordjyllands »	7.026	231	205	179	217	192	168	192	171	150
Hele landet	74.671	2.456	2.183	1.909	2.302	2.046	1.790	2.046	1.818	1.591

1) Foreløbige tal.

*Tabel 9 a Børn født i tiden
1.-15. april 1968 fordelt efter fødselstidspunkt*

Fødsels- tidspunkt	Antal børn	Heraf Københavns kommune
kl. 00-00 ⁵⁹	136	15
01-01 ⁵⁹	168	23
02-02 ⁵⁹	142	16
03-03 ⁵⁹	162	22
04-04 ⁵⁹	156	11
05-05 ⁵⁹	157	19
06-06 ⁵⁹	137	11
07-07 ⁵⁹	128	12
08-08 ⁵⁹	150	20
09-09 ⁵⁹	142	15
10-10 ⁵⁹	138	16
11-11 ⁵⁹	146	19
12-12 ⁵⁹	149	20
13-13 ⁵⁹	129	14
14-14 ⁵⁹	152	16
15-15 ⁵⁹	136	22
16-16 ⁵⁹	141	18
17-17 ⁵⁹	153	20
18-18 ⁵⁹	112	20
19-19 ⁵⁹	142	21
20-20 ⁵⁹	143	22
21-21 ⁵⁹	133	18
22-22 ⁵⁹	121	12
23-23 ⁵⁹	161	15
uopl.	27	1
I alt	3461	418

*Tabel 9 b
Børn født i marts måned 1968
fordelt efter fødselstidspunkt samt på
hjemme- og institutionsfødsler*

	Københavns kommune	Resten af landet	Hele landet
<i>Hjemmefødsler:</i>			
kl. 8 ⁰⁰ -15 ⁵⁹	9	507	516
» 16 ⁰⁰ -17 ⁵⁹	1	134	135
» 18 ⁰⁰ -23 ⁵⁹	15	326	341
» 24 ⁰⁰ - 7 ⁵⁹	11	616	627
I alt	36	1.583	1.619
<i>Institutionsfødsler:</i>			
kl. 8 ⁰⁰ -15 ⁵⁹	322	1.623	1.945
» 16 ⁰⁰ -17 ⁵⁹	70	395	465
» 18 ⁰⁰ -23 ⁵⁹	181	1.028	1.209
» 24 ⁰⁰ - 7 ⁵⁹	248	1.526	1.774
uoplyst	—	46	46
I alt	821	4.618	5.439
Hjemme + insti- tutionsfødsler i alt	857	6.201	7.058