



Fødegænger - 5022 5-1322
Afdelingsordemester 5-1327
Obstetriske Forvag 5-1322
Obstetriske Bagvag 5-1322
Obstetriske Skiftvag

Neonatalafdelinger - 5023 5-1329
Pædiater Forvag 5-1327
Pædiater Bagvag

Anæstesi/Operation - 4012/4014 5-1348
Anæstesiassistenter 5-1348
5-1348

Kortlægning og analyse af normeringer på fødeområdet



5022
DATA - BABY - SCALES 930
MÅ IKKE FLYTTES
CE97

Kortlægning og analyse af normeringer på fødeområdet

© Sundhedsstyrelsen, 2024.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Foto: Joachim Rode for Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

ISBN: 978-87-7014-584-8

Sprog: Dansk

Version: 1

Versionsdato: 15.12.2023

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Januar 2024

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion	4
1.1. Indledning, baggrund og formål.....	4
1.2. Afgrænsning.....	5
1.3. Teknologisk udvikling og udvikling i retningslinjer	6
2. Population og opgavesammensætning på fødeområdet.....	10
2.1. Populationen af gravide og fødende	10
2.2. Førfødselsforløbet.....	13
2.3. Udviklingen i indgreb og procedurer under fødslen.....	16
2.4. Udvikling i efterfødselsforløbet	19
2.5. Opsamling	20
3. Faggruppernes opgaver og ansvar.....	22
3.1. Faggrupper på området.....	22
3.2. Jordemødre.....	23
4. Personale på fødeområdet	27
4.1. Datakilder til beskrivelse af arbejdsstyrke og beskæftigelse på fødeområdet.....	27
4.2. Arbejdsstyrkens udvikling	27
4.3. Jordemoderuddannelsen og uddannelse af speciallæger i gynækologi og obstetrik	30
4.4. Årsværk fordelt på faggrupper på fødeområdet	31
4.5. Opsamling	36
5. Normering på fødeområdet	38
5.1. Udfordringer med arbejdskraft på fødegangen.....	38
5.2. Vagtbelastning og rotation	38
5.3. Datadrevet vagtplanlægning i det akutte fødeområde	39
5.4. Opsamling	41
6. Sammenfatning	43
6.1. Udvikling i opgaven på fødeområdet.....	43
6.2. Arbejdskraft på fødeområdet.....	44
6.3. Tilrettelæggelse af arbejdet på fødegangen	44
6.4. Opsamling	45
7. Bilag.....	48
7.1. Beskrivelse af datagrundlag	48
7.2. Beskrivelse af algoritme for population af graviditeter i øget risiko	51
7.3. Metode til simulering af fordelingen af kvinder i aktiv fødsel fra time til time.....	55

1. Introduktion

1.1. Indledning, baggrund og formål

Danmark er et af de sikreste lande i verden at føde i med en lav mødre- og børnedødelighed¹. Der fødes omkring 60.000 børn hvert år i Danmark, og fødeområdet varetages med stor faglighed og kvalitet.

Siden årtusindeskiftet er der sket en samling og specialisering af både obstetriske og pædiatriske funktioner på de danske sygehuse, og der findes i dag på landsplan 22 fødeafdelinger, hvor ca. 97 pct. af alle fødsler finder sted.

Gennem årene har der været en faglig udvikling på fødeområdet, der på forskellig vis har påvirket kapaciteten på fødegangene. Der er flere behandlingstilbud og tilbud om øget opfølgning under graviditet og fødsel. Denne udvikling forudsætter i stigende grad brede tværfaglige kompetencer, og udviklingen betyder også, at lægerne har fået flere opgaver i relation til fødsler. Samtidig meldes der fra sektoren om stigende arbejdspress.

Parallelt hermed opleves i hele sundhedsvæsenet en mangel på en bred vifte af sundhedsfaglige ressourcer, herunder også på fødeområdet, hvor der med en vis lokal variation opleves mangel på bl.a. jordemødre². Udfordringer som også Robusthedskommissionen forholder sig til.

Sundhedsstyrelsen udgav i efteråret 2021 nye 'Anbefalinger for svangreomsorgen' og 'Anbefalinger for organisering af fødetilbud'³. Anbefalingerne vedrører sundhedsvæsenets samlede indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel, og beskriver at der bør tilbydes en differentieret indsats, som er tilpasset de kommende forældres ønsker og behov.

Med fødselspakken 'En god start på livet' fra maj 2022⁴ indgik den daværende regering en politisk aftale med aftalepartierne bag Finansloven 2022 om at igangsætte initiativer, med den hensigt at forbedre forholdene på fødeområdet og styrke kontinuitet og tryghed i svangreomsorgen. Her blev der bl.a. afsat midler til rekruttering og fastholdelse af personale på fødeområdet, bl.a. ved ansættelse af yderligere 100 årsværk på fødeafdelingerne, og det blev bestemt, at førstegangsfødende skulle have ret til enten op til to døgn indlæggelse efter fødslen eller hjemmebesøg inden for 24 timer fra udskrivelsen. På

¹ EUROSTAT. [File:Fig05 Infant mortality 2011-2021.png - Statistics Explained \(europa.eu\)](#) (besøgt 05 juli 2023), World Population Review [Infant Mortality Rate by Country 2023 \(worldpopulationreview.com\)](#) (besøgt 05 juli 2023), Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division (besøgt 05 juli 2023), The World Bank. <https://data.worldbank.org> (besøgt 05 juli 2023)

² Implement. Analyse af kompetencemangel i sundhedsvæsenet 2023

³ Anbefalinger for svangreomsorgen. Sundhedsstyrelsen, version 4. 2022. <https://www.sst.dk>, Anbefalinger for organisering af fødetilbud. Sundhedsstyrelsen. 2021. <https://www.sst.dk>

⁴ Indenrigs- og sundhedsministeriet. En god start på livet. 09. maj 2022. <https://www.sum.dk> (besøgt 02 oktober 2023)

Finansloven 2022 blev der også bevilget midler til en kortlægning og analyse af normeringer på fødeområdet, hvilket er baggrunden for udarbejdelsen af nærværende rapport.

Formålet med rapporten er at kortlægge og analysere normeringer på fødeområdet. Det analyseres, hvordan gruppen af fødende og opgavesammensætningen har udviklet sig over tid (kapitel 2), hvilke faggrupper der varetager opgaverne og hvilke kompetencer, der kræves (kapitel 3) samt hvordan personalesammensætningen har udviklet sig over tid (kapitel 4). Endelig beskrives nogle muligheder i forhold til planlægning og arbejdstilrettelæggelse på fødeområdet (kapitel 5) inden rapporten afsluttes med en sammenfatning (kapitel 6). Rapporten bygger på data fra Landspatientregisteret (LPR) og det Medicinske Fødselsregister, Kommunernes- og Regionernes Løndatakontor (KRL), Bevægelsesregisteret, Autorisationsregisteret og DREAM. Det har pga. overgang fra LPR2 til LPR3 i 2019 ikke været muligt at få data herfra som dækker hele perioden fra 2013 til 2022 for alle opgørelser.

1.2. Afgrænsning

Ved fødeområdet forstås i denne kontekst forløbet på fødestedet samt sygehuskontakter i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel. Det er datamæssigt afgrænset til de organisatoriske enheder og faggrupper, som varetager forløbet på fødestedet samt sygehuskontakter i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel (se figur 1.1). Hjemmefødsler er inkluderet, såfremt de er tilknyttet et offentligt fødested.

I denne afgrænsning indgår følgende dele af svangreomsorgen: graviditetsforløbet fra den gravide er visiteret til et fødested (ca. 12. uge), og frem til to uger efter fødslen. Kontakt til almen praksis og kommunal sundhedstjeneste (sundhedsplejerske) indgår ikke i kortlægningen.

Figur 1.1: Illustration af fødeområdet i nærværende kortlægning og analyse



1.3. Teknologisk udvikling og udvikling i retningslinjer

Fødeområdet har over de seneste 20 år undergået en faglig, strukturel og teknologisk udvikling. Forebyggende initiativer, som fx forbedret opsporing af gravide i risiko for komplikationer og forbedrede behandlingsmetoder, har medvirket til øget kvalitet og sikkerhed.

Den løbende faglige udvikling dokumenteres i faglige retningslinjer, som udarbejdes af Sundhedsstyrelsen, og i faglige guidelines for obstetrik, som udarbejdes af det lægevidenskabelige selskab. Den faglige udvikling er med til at styrke kvaliteten i behandlingen og kan samtidig medvirke til en øget aktivitet på fødeområdet, da tendensen i faglige guidelines overvejende går mod anbefaling om tættere opfølgning og tidligere igangsættelse af fødsler. For eksempel har Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) siden 2011 anbefalet igangsættelse af fødslen, så fødslen afsluttes inden udgangen af uge 41, altså på baggrund af graviditetslængden. Der anbefales endvidere tidligere igangsættelse af fødslen på baggrund af forskellige tilstande såsom hypertension (forhøjet blodtryk) i graviditeten og tvillingegraviditet⁵. Et andet eksempel på ændring i faglige guidelines er sænkning af tærskelværdien for diagnosticering af forhøjet blodtryk i graviditeten³. Disse ændringer har til formål at forebygge komplikationer i graviditeten. Samtidig medfører de tilbud om flere opfølgninger og behandlinger for en del af de gravide, i form af fx blodtrykskontrol eller fosterovervågning.

I Sundhedsstyrelsens 'Anbefalinger for svangreomsorgen, 2021'⁶ anbefales en differentieret tilgang, se tabel 1.1. Det er Sundhedsstyrelsens forståelse, at fødeafdelingerne oplever et stigende behov for særlige forløb til sårbare gravide. Forløb for sårbare gravide har til formål at sikre den nødvendige støtte. Dette kan fx foregå ved at den gravide følges i familieambulatorier.

⁵ DSOG. Hypertension og præeklampi. 2018 <https://www.dsog.dk/obstetrik>, DSOG Tvillinger – Håndtering af fødslen. 2020 <https://www.dsog.dk/obstetrik>

⁶ Anbefalinger for svangreomsorgen. Sundhedsstyrelsen, version 4. 2022. <https://www.sst.dk>

Tabel 1.1: Differentierede tilbud til gravide

Niveau	Tilbud
1	Basalt tilbud om graviditetsundersøgelser, fødselshjælp og barselspleje ved graviditetsforløb uden øget risiko
2	Udvidet tilbud til kommende forældre med behov for ekstra ydelser såsom opfølgning ved jordemoder eller konsultation ved obstetriker (fødselslæge) fx pga. rygning, risikofaktorer eller tidligere dårlig fødselsoplevelse.
3	Tværfaglig indsats til gravide med komplicerede somatiske eller psykiske lidelser, sårbarhed eller sociale problemer.
4	Specialiseret tværsektorielt tilbud ved særligt komplicerede forhold såsom rusmiddelafhængighed, svære psykiske lidelser og/eller alvorlig social belastning.

Kilde: 'Anbefalinger for svangreomsorgen', Sundhedsstyrelsen, 2021

Der er sket en betydelig udvikling inden for ultralydsapparat- og diagnostik, intrauterin terapi (behandling i livmoderen) og prænatal genetisk diagnostik (diagnostik af fosteret) med bl.a. kromosom mikroarray (molekylærgenetisk screening af fosterets arvemateriale) og senest mulighed for helgenomsekventering på Nationalt Genom Center på udvalgte indikationer. Denne udvikling har gjort det muligt at opdage misdannelser og komplikationer tidligere i graviditeten. Hermed kan man vejlede og behandle bedre i forhold til aktuelle graviditet og fremtidige reproduktive valg. Dette har også medført, at man er blevet bedre til at vurdere prognose, herunder afkræfte sygdom på et tidligere tidspunkt. I Danmark har man siden 2004 tilbudt UL-scanning i uge 11-14 (1. trimester scanning) og i uge 18-21 (2. trimester scanning). Tilslutningen er stabil høj på mere end 95 pct. af gravide. Ved tegn på misdannelser eller genetisk sygdom hos fosteret tilbydes supplerende udredning i form af moderkagebiopsi eller fostervandundersøgelse⁷.

Teknologisk udvikling har desuden muliggjort flere telemedicinske løsninger inden for fødeområdet, for eksempel monitorering af gravide med forhøjet blodtryk eller truende for tidlig fødsel i hjemmet. Telemedicin kan begrænse antallet af indlæggelser/ambulante besøg for nogle grupper af gravide, men kræver opfølgning og vurdering ved sundhedspersonale.

Fertilitetsbehandling kan være forbundet med en let øget risiko for komplikationer, såsom for tidlig fødsel og lav fødselsvægt, men denne risiko er faldet væsentligt efter reduktion i

⁷ Sundhedsfaglige aspekter forbundet med at ændre abortgrænsen. Sundhedsstyrelsen 2023. <https://www.sst.dk>, Dansk Føtalmedicinsk Database. Årsrapport 2018. <https://www.rkkp.dk>, Olav Bjørn Petersen. Rigshospitalet, Center for Føtalmedicin og graviditet. Personlig korrespondance. 09 oktober 2023, Retningslinjer for fosterdiagnostik – prænatal information, risikovurdering, rådgivning og diagnostik. Sundhedsstyrelsen version nov. 2022. <https://www.sst.dk>

antallet af graviditeter med mere end et foster⁸. Anvendelsen af ægdonation er steget over tid og er forbundet med en øget risiko for forhøjet blodtryk og svangerskabsforgiftning hos den gravide⁹. Udviklingen inden for fertilitetsbehandling har medført en højere succesrate ved behandling, og flere personer over 40 år bliver gravide ved fertilitetsbehandling end tidligere¹⁰.

Den teknologiske udvikling og udviklingen i faglige retningslinjer har medført en række mindre ændringer for en mindre del af gravide, men gruppen af gravide med behov for øget opfølgning synes at være stigende og medvirker til øget aktivitet på fødeområdet. Der kan være tale om hyppigere kontakt til sundhedsvæsnet og/eller mere tidskrævende kontakter og procedurer. Udviklingen sætter desuden større krav til kompetencer og færdigheder hos det sundhedsfaglige personale. Der anbefales en differentieret tilgang til ydelser under graviditeten, hvorved ressourcer allokeres til gravide med særlige behov.

På sygehusområdet er den strukturelle udvikling gået i retning af specialisering, hvor udvalgte svære og/eller sjældne funktioner samles på færre behandlingssteder for at sikre erfaring, kvalitet og kompetencer. For eksempel er gravide med misbrug og/eller psykiatrisk komorbiditet en regionsfunktion, der varetages i tæt samarbejde med psykiatri, pædiatri og børne- og ungdomspsykiatri, mens varetagelse af gravide med truende ekstrem for tidlig fødsel et eksempel på en højt specialiseret funktion¹¹.

⁸ Henningsen AK, Spangmose AL, Bay B, Kesmodel U, Pinborg A. Statusartikel – Børn født efter assisteret befrugtning. Ugeskrift for Læger 2021;183:V05210475

⁹ eSundhed. Assisteret reproduktion (IVF). <http://esundhed.dk/Emner/Graviditet-foedsler-boern/Assisteret-reproduktion-IVF> (besøgt 11 juli 2023), DSOG. Graviditet efter ægdonation. 2022. <https://www.dsog.dk/obstetrik>

¹⁰ Sundhedsdatastyrelsen. Flere over 40 år i fertilitetsbehandling. 30 05 2023. <https://www.sundhedsdatastyrelsen.dk> (besøgt 11 juli 2023)

¹¹ Specialevejledning for gynækologi og obstetrik. Sundhedsstyrelsen 2023. <https://www.sst.dk>

Teknologisk udvikling og udvikling i retningslinjer

- Fødeområdet har undergået en faglig, strukturel og teknologisk udvikling.
- Tendensen i retningslinjer går primært mod hyppigere opfølgninger og tidligere igangsættelser af fødsler.
- Der anbefales en differentieret tilgang med særlige forløb for sårbare gravide.
- Teknologiske fremskridt har øget muligheden for at diagnosticere og behandle på et tidligt tidspunkt.
- Succesraten for fertilitetsbehandling er steget.
- Den faglige og teknologiske udvikling kan udover øget kvalitet medvirke til øget aktivitet på fødeområdet.
- Der er sket en strukturel udvikling i retning af øget specialisering.

2. Population og opgavesammensætning på fødeområdet

Det følgende afsnit gør rede for udviklingen i fødsler, risikofaktorer, komplicerende tilstande og indgreb under fødslen, som har betydning for arbejdsmængden på fødeområdet, både under graviditet og i selve fødselsforløbet.

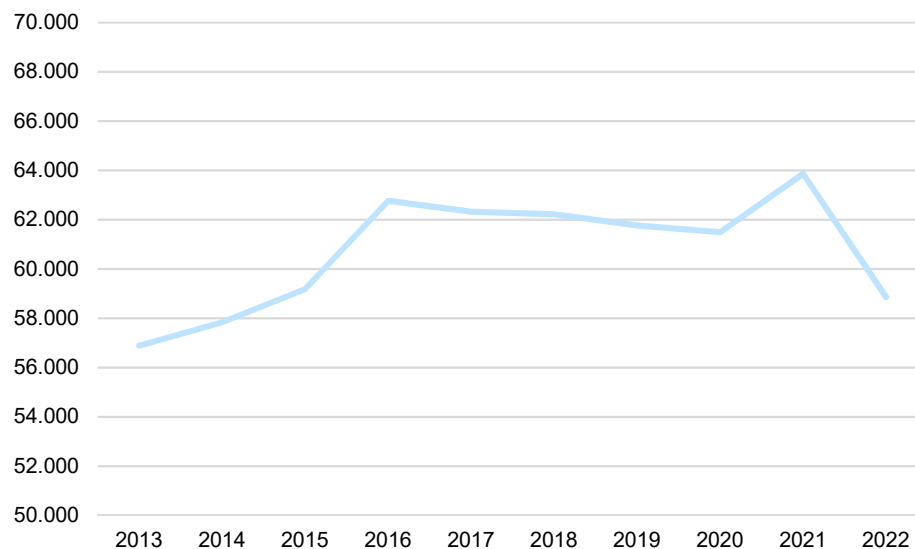
Der knytter sig varierende grad af usikkerhed til de registreringer, som udgør datagrundlaget for dette kapitel. Hvor antallet af levendefødte fx har en høj grad af nøjagtighed, er registreringer af fx blødningsmængde mere afhængige af, om fødestedet har implementeret procedurer, som sikrer, at der registreres korrekt.

2.1. Populationen af gravide og fødende

Arbejdsomfanget på fødeområdet er blandt andet afhængigt af antallet af fødsler og de fødendes risikofaktorer og kompleksitet. To vigtige risikofaktorer er høj alder samt over- eller undervægt.

Antallet af fødte steg fra 56.800 i 2013 til 58.800 i 2022. I 2022 faldt antallet af fødte med 8 pct. i forhold til 2021, som var højdepunktet for perioden med 63.800 fødte. Figur 2.1 viser udviklingen i fødte pr. år. Antallet af fødsler fluktuerer naturligt over tid. I et 20-årigt perspektiv var 2013 et lavpunkt, i det der i perioden 2003 til 2010 blev født i gennemsnit ca. 64.200 børn om året, hvorefter antallet af fødsler faldt frem til 2013. Af hensyn til planlægning af sundhedsydelse til gravide, fødende og nyfødte, er der i analysen valgt et 10-årigt perspektiv. Udsving i samme størrelsesorden som mellem 2021 og 2022 er usædvanlige men ikke uden fortilfælde. For eksempel faldt antallet af fødte fra 2010 til 2011 med 7 pct.

Figur 2.1: Antallet af fødte årligt, 2013-2022



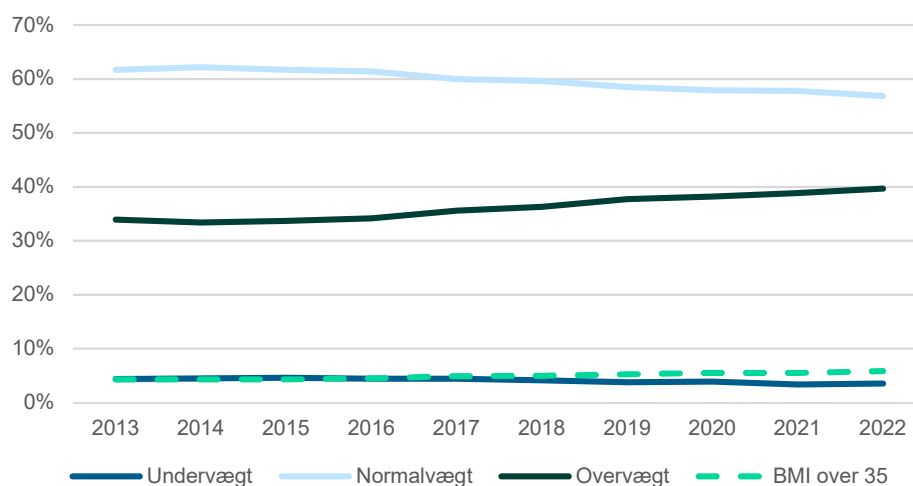
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen (esundhed.dk)

Gruppen af fødende har ændret sig i de forgange ti år. Andelen af fødende, som er normalvægtige (BMI mellem 18,5 og 24,9) er faldet fra 62 pct. til 57 pct., mens andelen af overvægtige fødende er steget fra 34 pct. til 40 pct., og andelen af fødende med BMI på 35 eller derover, defineret som svær overvægt, er steget fra 4 pct. til 6 pct., jf. figur 2.2. Overvægt er vist at øge risikoen for bl.a. graviditetsbetinget diabetes (graviditetsbetinget sukkersyge), igangsættelse af fødslen og kejsersnit¹². Særligt svær overvægt kan udløse tilbud om kostvejledning, vurdering ved obstetrisk læge, screening for graviditetsbetinget diabetes og tilvækstscanning¹³.

¹² Vinter CA, Tanvig MH, Damm P, Naver KV, Andreassen KR et al. Overvægtige gravide og komplikationer i relation til graviditet og fødsel. Ugeskrift for Læger 2012; 174: 1079-82

¹³ DSOG. Den overvægtige gravide. 2017. <https://www.dsog.dk/obstetrik>

Figur 2.2: Andelen af fødende med undervægt, normalvægt og overvægt, samt andelen af fødende med BMI over 35, 2013-2022



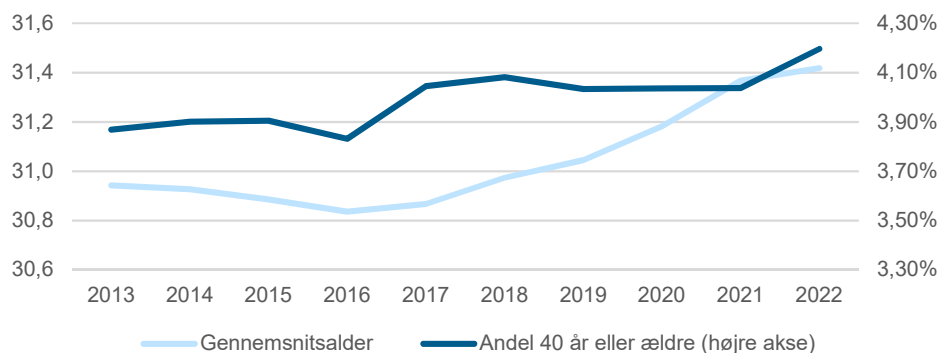
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen (esundhed.dk)

Note: Undervægt BMI < 18,5, normalvægt BMI = 18,5-24,9, overvægt BMI ≥ 25. Fødende med BMI over 35 indgår også i fødende med overvægt.

Ligeledes er de fødendes alder steget fra 2013 til 2022, jf. figur 2.3. Gennemsnitsalderen for fødende er således steget fra 30,9 år til 31,4 år. Samtidig er andelen af fødende, som er 40 år eller ældre, steget fra 3,9 pct. til 4,2 pct. For gravide med alder > 40 år er der påvist en øget risiko for komplikationer¹⁴, herunder kromosomafvigelser hos fosteret, hvilket bl.a. kan udløse tilbud om supplerende fosterdiagnostik.

¹⁴ Frederiksen LE, Ernst A, Brix N, Lauridsen LLB, Roos L et al. Risk of Adverse Pregnancy Outcomes at Advanced Maternal Age. *Obstetrics and Gynecology* 2018; 131 (3): 457-63

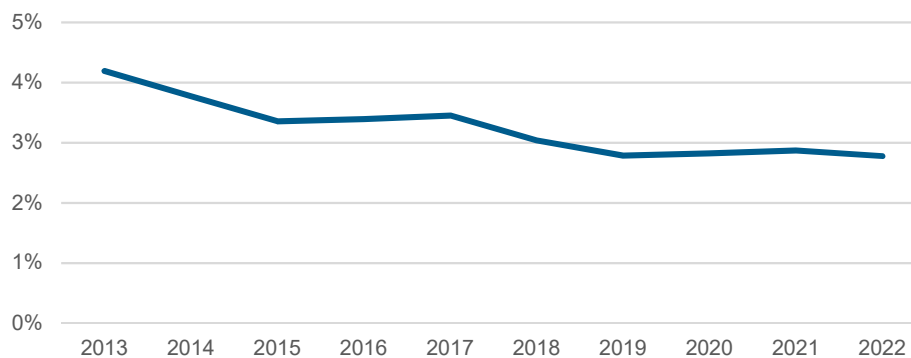
Figur 2.3: Gennemsnitsalder og andel fødende på 40 år eller ældre, 2013-2022



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen (esundhed.dk)

Antallet af flerfoldsfødsler og -graviditeter (graviditeter med mere end ét foster) har været faldende gennem hele perioden. Dette skyldes primært fremskridt inden for fertilitetsbehandling som betyder, at der normalt kun sættes ét æg op per behandling. Fra 2013 til 2022 er andelen af nyfødte fra flerfoldsfødsler faldet fra 4 pct. til 3 pct., jf. figur 2.4. Flerfoldsgraviditet øger risikoen for, at der tilstøder komplikationer under graviditet eller fødsel.

Figur 2.4: Andel nyfødte fra flerfoldsfødsler, 2013-2022



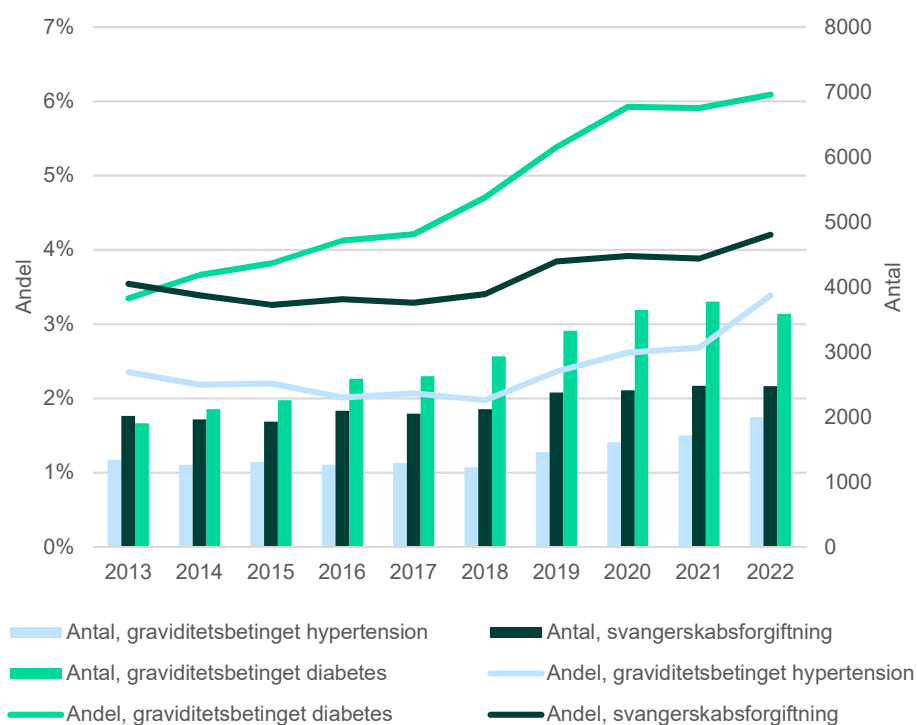
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen (esundhed.dk)

2.2. Førfødselsforløbet

Fødeområdet møder den gravide længe før fødslen. Flere tilstande og forhold kan tilsige, at den gravide følges tættere end ellers, på grund af en øget risiko for den gravides eller fosterets helbred. Dette kan bl.a. være pga. psykisk sårbarhed eller somatisk sygdom. Figur 2.5 viser udviklingen i tre udvalgte tilstande; graviditetsbetinget hypertension, svangerskabsforgiftning og graviditetsbetinget diabetes. Andelen af fødende, som har haft

graviditetsbetinget hypertension eller svangerskabsforgiftning i løbet af graviditeten steg i løbet af de forgangne 10 år fra 2,4 pct. til 3,4 pct., svarende til ca. 660 flere fødende, mens andelen som har haft graviditetsbetinget diabetes næsten blev fordoblet, fra 3,4 pct. i 2013 til 6,1 pct., i 2022 svarende til en stigning på ca. 1.700 fødende. For svangerskabsforgiftning var stigningen på 460 fødende svarende til en stigning fra 3,5 pct. til 4,2 pct. Alle tre tilstande udløser tilbud om tættere opfølgning af den gravide og evt. anbefaling om igangsættelse af fødslen. For eksempel vil der ved mistanke om svangerskabsforgiftning typisk tilbydes hyppig kontrol med blodprøver, BT-måling, urinundersøgelse og fosterovervågning¹⁵.

Figur 2.5: Antal og andel fødsler efter udvalgte graviditetsbetingede tilstande, 2013-2022



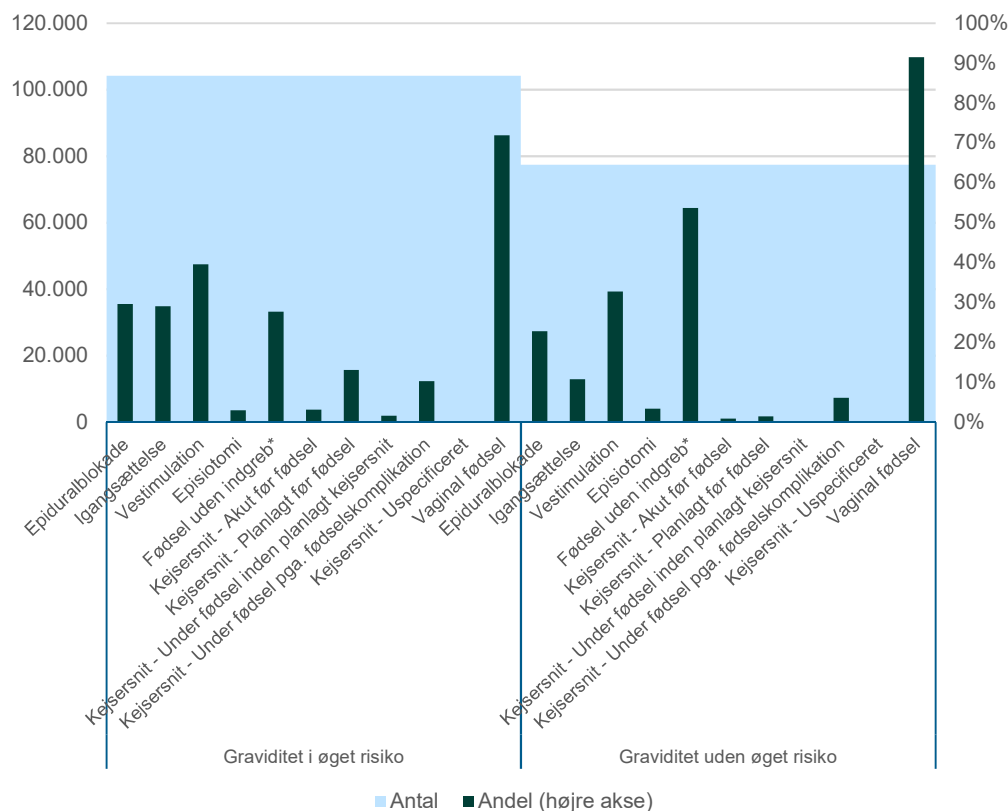
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen (esundhed.dk)

¹⁵ DSOG. Præeklampsie og hypertension. 2018. <https://www.dsog.dk/obstetrik>

Før fødslen er der flere risikofaktorer, som kan føre til, at den gravide følges tættere, med større aktivitet til følge. På baggrund af en opgørelsesmetode udviklet i samarbejde mellem fødeafdelingen på Amager og Hvidovre Hospital og Sundhedsstyrelsen, har Sundhedsdatastyrelsen opgjort antallet af graviditeter i øget risiko i perioden 2020-2022. Algoritmen er beskrevet nærmere i bilag 7.2. På grund af overgangen fra LPR2 til LPR3 i 2019 har det ikke været muligt at opgøre antallet 10 år tilbage i tid.

Opgørelsesmetoden er opbygget over en algoritme, hvor tilstedeværelse af en eller flere udvalgte diagnose- og/eller ydelseskoder i tiden fra graviditetsuge 12+0 til fødslen medfører, at graviditeten klassificeres som værende i øget risiko. For nogle koder vil en enkelt forekomst være tilstrækkelig, mens der for andre kræves flere registreringer eller samtidig indlæggelse. Det drejer sig bl.a. om risikofaktorer i forhold til alder og BMI samt koder for fx sociale problemer, forhøjet blodtryk, tvillingegraviditet, blødning i graviditeten eller igangsættelse af fødslen. Covid-19 epidemien kan tænkes at indvirke på andelen af graviditeter, der klassificeres som værende i øget risiko. Opgørelsen viser, at antallet af graviditeter i øget risiko udgør størstedelen af alle graviditeter i perioden, jf. figur 2.6 Den viser også, at gravide i øget risiko har større risiko for at få foretaget indgreb under fødslen eller for at få foretaget et kejsersnit. I perioden kunne 104.219 (57 pct.) graviditetsforløb klassificeres som værende i øget risiko ved denne definition, mens 77.403 (43 pct.) klassificeres som uden øget risiko. Sammenligner man de to grupper, fødte 72 pct. vaginalt i gruppen af gravide i øget risiko, mens det for gravide uden øget risiko var 91 pct. Hhv. 28 pct. og 54 pct. blev forløst ved en fødsel uden indgreb. Andelen af gravide i øget risiko vil afhænge af den anvendte definition.

Figur 2.6: Antal graviditeter klassificeret som værende i øget risiko og uden øget risiko, samt andel med indgreb under fødslen og kejsersnit, 2020-2022.



Kilde: Egne beregninger baseret på Det Medicinske Fødselsregisteret (MFR) pr. 6. august 2023, og Landspati-entregisteret (LPR) pr. 6. august 2023, Sundhedsdatastyrelsen.

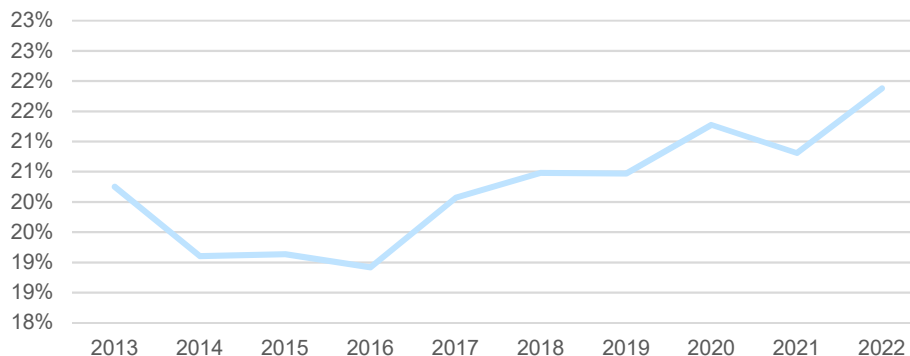
Note: Fødsler uden indgreb er i denne opgørelse defineret som fødsler uden epiduralblokkade, fødespinal, igangsættelse, episiotomi, vestimulation og kejsersnit. Det blå område markerer det samlede antal personer i hver gruppe i alle tre år.

2.3. Udviklingen i indgreb og procedurer under fødslen

Hvis der tilstøder komplikationer under fødslen, og for at mindske risici for mor og barns helbred, kan der iværksættes en række indgreb under fødslen eller for at fremskynde fødslen.

Igangsættelse af fødsler kan ske på adskillige indikationer, herunder graviditetslængde, forhøjet blodtryk med flere. Figur 2.7 viser udviklingen i andelen af fødsler efter igangsættelse af enhver art. Andelen er steget fra 20,3 pct. i 2013 til 21,8 pct. i 2022.

Figur 2.7: Andel fødsler efter igangsættelse, 2013-2022

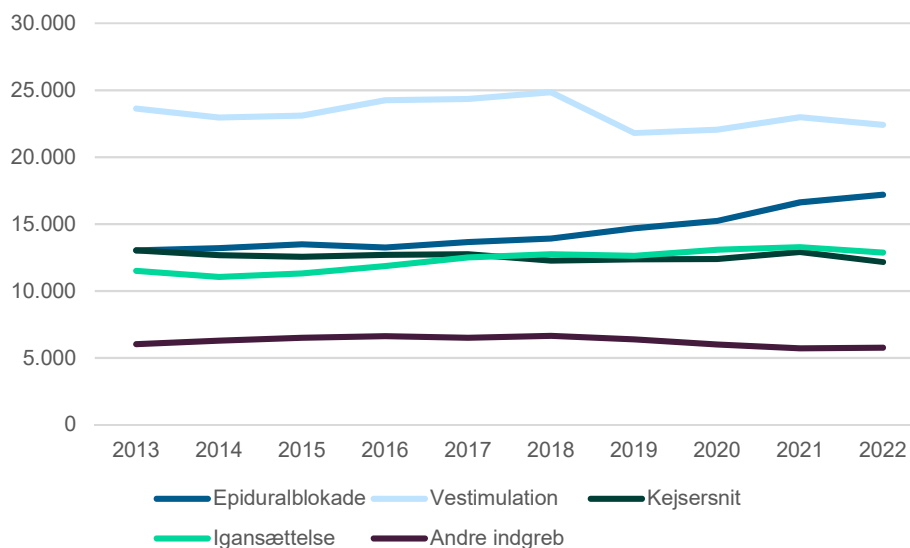


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen (esundhed.dk)

I absolutte tal er der sket en stigning i antallet af epiduralbloker på ca. 4.100 fra 2013 til 2022, svarende til en stigning på 32 pct., mens antallet af igangsættelser af fødsler er steget med 1.300, svarende til en stigning på 12 pct., jf. figur 2.8. Samtidig er antallet af fødsler, hvor der anvendes vestimulation faldet med ca. 1.200 svarende til et fald på 5 pct. og antallet af kejsersnit er faldet med ca. 900 svarende til et fald på 7 pct. i samme periode.

Igangsættelse af fødsler er arbejdskrævende og dækker over en række indgreb både mekaniske og farmakologiske, som har til formål at fremskynde fødslen. De udføres eller iværksættes af personalet på fødegangen, og den fødende bliver herefter enten behandlet i delvist ambulanseregion, hvilket vil sige at den fødende opholder sig i eget hjem med tæt kontakt til, og hyppige besøg på, fødeafdelingen; eller indlægges til observation. Vestimulation har til formål at fremskynde fødslen og kræver overvågning af barnets hjerterefrekvens under hele fødslen. Anlæggelse af epiduralblokade omfatter, at en anæstesi-læge tilkaldes og udfører proceduren på fødegangen. Herefter overvåges den fødende af jordemoderen med regelmæssige blodtryksmålinger, temperaturmålinger samt vurdering af fosterhjerterlyd for at opdage mulige komplikationer til epiduralblokaden. Kejsersnit foretages enten planlagt, ved komplikationer eller pga. manglende fremgang under fødslen. Kejsersnit og vurdering af indikation herfor foretages af obstetrisk læge. Kejsersnit involverer desuden en række andre fagpersoner, herunder operationspersonale, anæstesi-læge og -sygeplejerske mhp. bedøvelse.

Figur 2.8: Antal indgreb under fødsler, fordelt på epiduralblokade, vestimulation, kejsersnit, igangsættelse og andre, 2013-2022

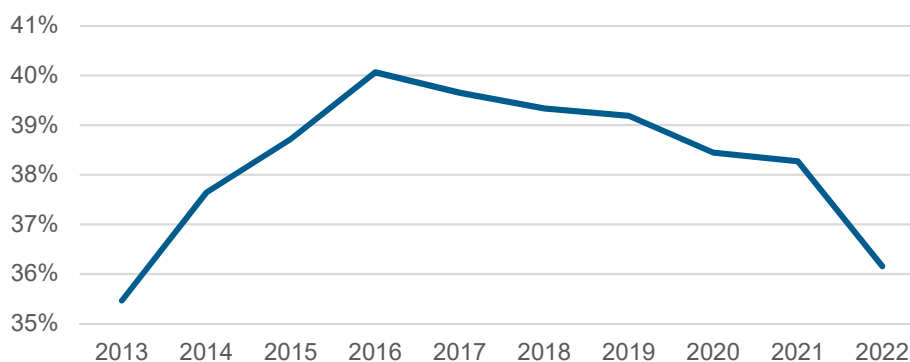


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen (esundhed.dk)

Note: Andre indgreb omfatter spinalblokade, episiotomi og vakuumeks traction

Andelen af fødsler, som forløber uden nogen af de ovenstående indgreb var stigende i begyndelsen af perioden, fra 35 pct. i 2013 til 40 pct. i 2016. Fra 2016 til 2022 faldt andelen igen til 36 pct., jf. figur 2.9.

Figur 2.9: Andelen af fødsler, som forløber spontant uden indgreb, 2013-2022.



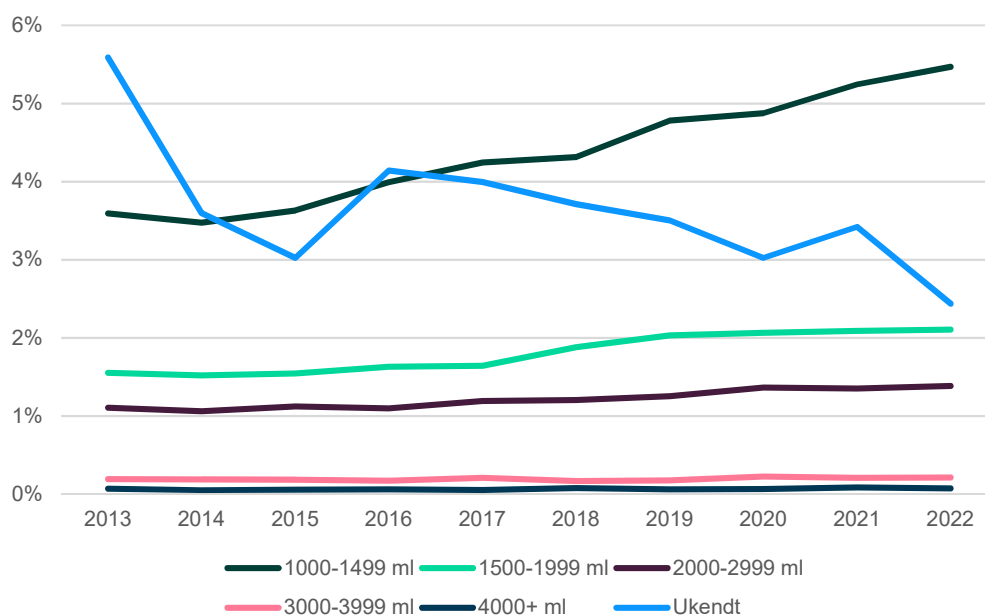
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen (esundhed.dk)

Note: Indgreb omfatter epiduralblokade, vestimulation, kejsersnit, igangsættelse, spinalblokade, episiotomi og vakuumeks traction.

Andelen af fødsler med en blødning større end 1.000 ml er steget siden 2013 fra 6,5 pct. til 9,3 pct. i 2022. En større blødning medfører en større risiko for komplikationer og foranlediger i nogle tilfælde yderligere indgreb efter fødslen for at standse blødningen. Figur 2.10 viser andelen af blødninger større end 1.000 ml opdelt efter blødningens størrelse

samt andelen af fødsler, hvor blødningsmængden efter fødslen, ikke er blevet registreret. Andelen med ukendt blødningsmængde er faldet i perioden. Dog er det ikke sandsynligt, at større, og derfor mere klinisk betydende, blødninger skulle have været registreret i ringere grad end mindre blødninger.

Figur 2.10: Andelen af fødende med blødning større end 1.000 ml samt ukendt blødningsmængde, 2013-2022



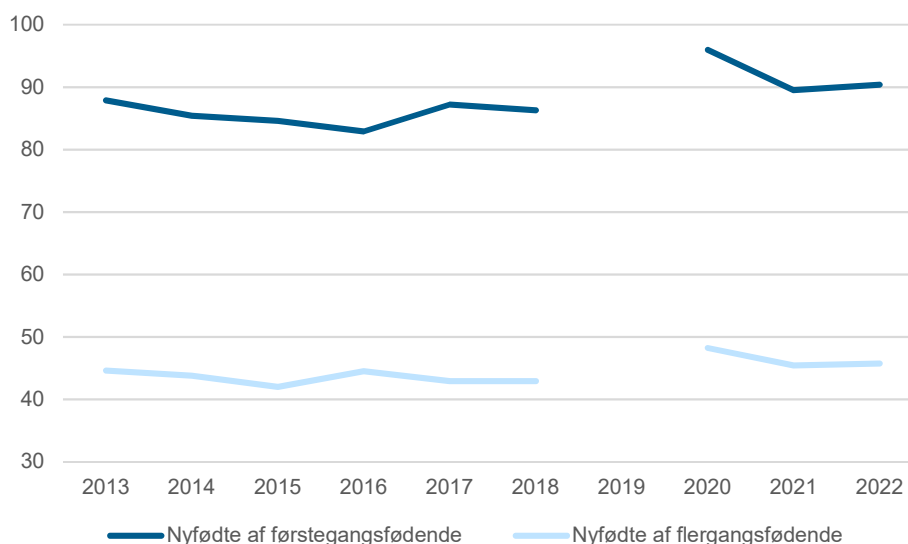
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen (esundhed.dk)

2.4. Udvikling i efterfødselsforløbet

Indlæggelsestiden efter fødslen er steget en smule fra 2013 til 2022, fra 88 til 90 timer for nyfødte af førstegangsfødende og 45 til 46 timer for nyfødte af flergangsfødende. Her medregnes både nyfødte indlagt på neonatalafsnit/børneafdeling og på barselsgang. Figur 2.11 viser udviklingen 2013 til 2022. I aftalen *En god start på livet* fra maj 2022 blev det bestemt, at førstegangsfødende skulle have ret til op til 2 døgn indlæggelse efter fødslen, eller hjemmebesøg inden for 24 timer fra udskrivelsen¹⁶. Midlerne blev udmøntet 2022, hvorfor effekten heraf ikke kan ses af figur 2.11.

¹⁶ Indenrigs- og sundhedsministeriet. En god start på livet. 09. maj 2022. <https://www.sum.dk> (besøgt 02 oktober 2023)

Figur 2.11: Gennemsnitlig varighed af indlæggelse ved fødslen i timer, 2013-2022.



Kilde: Det Medicinske Fødselsregisteret (MFR) pr. 6. august 2023 og Landspatientregisteret (LPR) pr. 6. august 2023, Sundhedsdatastyrelsen samt esundhed.dk.

Note: På grund af overgangen fra LPR2 til LPR3 er data for 2019 ikke tilgængelige.

2.5. Opsamling

Med undtagelse af 2022, har antallet af fødsler været stigende siden 2013. Samtidigt er de fødende gennem perioden blevet ældre, og andelen af overvægtige er øget, hvilket tilsiger, at der var en større andel af graviditeter med tilstedende risikofaktorer¹⁷. Imidlertid faldt andelen af flerfoldsfødsler. Andelen af fødende med graviditetsbetinget diabetes, -hypertension og svangerskabsforgiftning steg i perioden, og selvom det ikke er muligt at vurdere, om andelen af graviditeter i øget risiko er øget over de sidste ti år, er det bemærkelsesværdigt, at mere end halvdelen af graviditeter, efter den anvendte definition, er i en eller anden form for *øget risiko*. Samlet set er der indikationer for, at arbejdsmængden for personalet på fødeområdet i forbindelse med førfødselsforløbet er øget fra 2013 til 2022.

I forbindelse med fødslen er antallet af igangsættelser af fødsler og anvendelse af epiduralblokader steget, hvilket sammen med en stigning i større blødninger kan pege i retningen af en øget arbejdsmængde. Modsat er der set et fald i vestimulation og kejsersnit. Efter at have været stigende siden 2013, vendte udviklingen i andelen af fødsler, som fandt sted spontant og uden indgreb i 2016, så det i 2022 var 36 pct. af alle fødsler, som fandt sted uden indgreb, sammenlignet med 35 pct. i 2013.

¹⁷ Frederiksen LE, Ernst A, Brix N, Lauridsen LLB, Roos L et al. Risk of Adverse Pregnancy Outcomes at Advanced Maternal Age. *Obstetrics and Gynecology* 2018; 131 (3): 457-63, DSOG. Den overvægtige gravide. 2017. <https://www.dsoq.dk/obstetrik>

Samlet indikerer udviklingen i populationen af fødende og aktivitet på fødeområdet, at der siden 2013 har været en stigende arbejdsmængde på fødeområdet, hvilket kan betyde flere og/eller mere komplekse og tidskrævende kontakter. I 2022 var antallet af fødsler væsentligt lavere end i 2021. Det er dog for tidligt at sige, om faldet i antallet af fødsler afspejler en blivende tendens eller et midlertidigt udsving.

Population og opgavesammensætning på fødeområdet

- Antallet af fødsler steg fra 2013 til 2021 og faldt i 2022.
- De fødende er blevet ældre i gennemsnit, og en større andel af fødende er overvægtige end tidligere.
- En større andel får konstateret graviditetsbetinget diabetes, graviditetsbetinget hypertension eller svangerskabsforgiftning.
- Antallet af epiduralblokader og igangsættelser er steget, mens vestimulation og kejsersnit er faldet.
- Antallet af fødsler uden mindst ét af udvalgte indgreb toppede i 2016 og faldt igen frem mod 2022.

3. Faggruppernes opgaver og ansvar

I dette kapitel beskrives det sundhedsfaglige personale og deres ansvarsområder på fødeområdet.

Det sundhedsfaglige personale består primært af jordemødre og læger i gynækologi og obstetrik. Derudover indgår sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter (SOSU-assistenter) samt administrativt personale som fx lægesekretærer/sundhedsadministrative koordinatore. Ved nogle forløb involveres desuden diætister, læger inden for andre specialer såsom anæstesi, samt operationspersonale - ved kejsersnit.

3.1. Faggrupper på området

Opgaverne på fødeområdet varetages af en række forskellige faggrupper, der hver især bidrager med deres særlige sæt af kompetencer til den samlede opgaveløsning.

Kort beskrevet varetager jordemødre de ukomplicerede fødsler, evt. assisteret af SOSU-assistenter eller sygeplejersker. Ved komplikationer uden for jordemoderens ansvarsområde tilkaldes en obstetrisk læge (fødselslæge) samt ved behov en anæstesilæge. Jordemoderen er dog fortsat den gennemgående fagperson i hele fødselsforløbet, også ved komplicerede forløb, hvor jordemoderen samarbejder med obstetrisk læge. Ved komplikationer for det nyfødte barn efter fødslen tilkaldes en børnelæge (eller på nogle sygehuse anden læge med kompetence). Hjemmefødsler konverteres til sygehus, eller der tilkaldes lægeambulance, såfremt der opstår komplikationer hos mor eller barn.

Jordemødre og læger er de eneste faggrupper, som er autoriseret til at varetage fødsler, og som har de nødvendige kompetencer til selvstændigt at varetage opgaver på fødeområdet. Herudover kan andre faggrupper understøtte behandling og udføre plejeopgaver.

Jordemødre har ligesom læger et selvstændigt virksomhedsområde, der definerer hvilke opgaver de selvstændigt kan og må udføre¹⁸.

Den stigende kompleksitet på fødeområdet beskrevet i kapitel 1 kan betyde stigende krav til kompetencer i forhold til opgaveløsningen.

¹⁸ Indenrigs- og sundhedsministeriet. Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. LBK nr. 122 af 24/01/2023, Indenrigs- og sundhedsministeriet. Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv. VEJ nr. 151 af 08/08/2001

3.2. Jordemødre

I Danmark er jordemoderen den centrale sundhedsperson i graviditets-, fødsels- og barselsforløb. Jordemoderen har det faglige ansvar, og er den sundhedsperson, som den gravide har hyppigst kontakt med under graviditeten.

Det er ifølge *Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner §55-57*¹⁹ kun jordemødre, fraset læger, der har ret til at udføre jordemodervirksomhed. Jordemoderen har kompetence og ret til selvstændigt at tilrettelægge og varetage forebyggende graviditetsundersøgelser, yde fødselshjælp ved ukomplicerede, spontane fødsler dvs. fødsel af ét barn til termin i bagehovedpræsentation, hvor fødslen indsætter, forløber og afsluttes spontant, samt udføre observation af den fødende og barnet i barselsperioden (defineret som første 14 dage efter fødslen). Jordemoderen kan endvidere undersøge, observere, pleje og deltage i behandling af syge gravide. Jordemoderens virksomhedsområde er beskrevet nærmere i *Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv.*²⁰

Ved sygelige fund, komplikationer eller mistanke herom hos den gravide, fosteret eller barnet skal jordemoderen henvise til, eller tilkalde, lægehjælp. Det påhviler jordemoderen at bistå lægen under den behandling, som denne skønner nødvendig. På hospital kan den ansvarlige overlæge give afdelingens jordemødre generel bemyndigelse til varetagelse af bestemte opgaver selvstændigt fx hindesprængning eller anvendelse af vefremmende medicin.

Der er en lang række opgaver, udover selve fødslen, hvor det er naturligt at jordemødre står for eller bidrager til opgaveløsningen (se tabel). I praksis arbejder mange jordemødre med opgaver udover den aktive fødsel, og er tilknyttet forskellige opgaveområder i forbindelse med graviditets-, fødsels- og barselsforløb. Eksempler herpå er jordemoderkonsultationer under graviditeten, fødselsforberedelse, vurdering af gravide, der henvender sig akut fx pga. mistanke om 'mindre liv' og efterfødselskonsultationer mhp. ammevejledning eller kontrol efter bristning. Herudover er der opgaver relateret til oplæring og registrering, og flere jordemødre oplever at administrative opgaver er blevet mere tidskrævende.

¹⁹ Indenrigs- og sundhedsministeriet. Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. LBK nr. 122 af 24/01/2023

²⁰ Indenrigs- og sundhedsministeriet. Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv. VEJ nr. 151 af 08/08/2001

Tabel 3.1: Oversigt over mulige arbejdsopgaver for jordemødre

Område	Opgave
Graviditet	<ul style="list-style-type: none">• Jordemoderkonsultationer• Fødselsforberedelse• Scanning/sonografi• Observation, pleje og behandling af indlagte gravide (svangre-afsnit)• Håndtering af akutte henvendelser under graviditeten• Opfølgning ved risikograviditeter (fx hjertelydsmålinger, BT-kontrol og blodprøvetagning)• Igangsættelse af fødsler
Fødsel	<ul style="list-style-type: none">• Fødemodtagelse• Aktiv fødsel, herunder observation og pleje af nyfødte, syning af bristninger• Hjemmefødsler• Registrering af fødsel
Barsel	<ul style="list-style-type: none">• Screening af nyfødte (hørescreening, hælblodprøve)• Observation, pleje og behandling af indlagt mor (barselsafsnit)• Ammevejledning• Efterfødselskonsultationer, herunder kontrol efter bristning
Administrative funktioner	<ul style="list-style-type: none">• Ledelse fagligt og af personale, herunder koordinerende jordemoderfunktion• Vagtplanlægning- og løn• Forskning- og kvalitetsudvikling, fx udvikling og implementering af procedurer og arbejdsgange• Uddannelsesopgaver, fx oplæring og supervision af nye jordemødre og jordemoderstuderende• Registrering, validering og indberetning

Sundhedsstyrelsen anbefaler kontinuerlig tilstedeværelse af en sundhedsperson (i Danmark typisk en jordemoder) fra den gravide er i aktiv fødsel, eller fra jordemoderen i samråd med den gravide vurderer, at der er behov for jordemoderens tilstedeværelse. Ratioalet for dette er, at det øger sandsynligheden for, at fødslen forløber spontant, nedsætter behovet for medicinsk smertelindring under fødslen, samt øger tilfredsheden med fødselsforløbet²¹.

Læger

På et sygehus med fødeafdeling, der varetager hovedfunktion i gynækologi og obstetrik bør det være muligt at få assistance fra en speciallæge i gynækologi og obstetrik umiddelbart²². På de fleste fødeafdelinger vil der, udover det obstetriske beredskab, være tilstedeværelse af pædiatri og anæstesiologi, således at assistance kan tilkaldes, hvis der opstår komplikationer under fødslen²³. Der kan derudover være særlige krav til kompetencer inden for eget eller tilgrænsende specialer for de gynækologisk og obstetriske afdelinger, der varetager specialfunktioner.

Lægen (speciallæge eller læge i gynækologi og obstetrik) skal inddrages ved komplicerede fødsler eller fødsler med risiko herfor, eksempelvis truende for tidlig fødsel, fødsler der søges fremskyndet eller standset ved særlig behandling, fødsler der kræver operativ forløsning og flerfoldsfødsler. Lægen vil her have det lægefaglige ansvar, som jordemoderen agerer under. Lægen tilegner sig under speciallægeuddannelse i gynækologi og obstetrik kompetencer til at varetage komplicerede graviditets og -fødselsforløb, herunder operativ forløsning²⁴.

Obstetriske læger (fødselslæger) har en række forskellige opgaver i forhold til udredning og behandling af gravide, fødende og barslende. Disse opgaver omfatter blandt andet udredning og behandling af gravide med følgetilstande eller risikofaktorer, der kan komplicere graviditet og fødsel. Obstetriske læger forestår blandt andet scanninger, tilkaldes ved mistanke om komplikationer under fødslen og varetager instrumentel og operativ forløsning. De har også opgaver i efterfødselsforløbet såsom suturering (syning) af svære bristninger, håndtering af blødninger og stuegang på barselsafsnit.

Øvrigt sundhedsfagligt personale

Sygeplejersker og SOSU-assistenten kan assistere jordemoder og læge i forbindelse med fødselsforløbet samt deltage i behandling og pleje på svangre- og barselsafsnit. Det er Sundhedsstyrelsens forståelse, at sygeplejersker primært deltager i behandling og pleje på svangre- og barselsafsnit og ikke på fødegangen.

²¹ Anbefalinger for organisering af fødetilbud. Sundhedsstyrelsen. 2021. <https://www.sst.dk>

²² Specialevejledning for gynækologi og obstetrik. Sundhedsstyrelsen 2023. <https://www.sst.dk>

²³ Anbefalinger for organisering af fødetilbud. Sundhedsstyrelsen. 2021. <https://www.sst.dk>

²⁴ Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi. Målbeskrivelsen for speciallægeuddannelsen i gynækologi og obstetrik. Sundhedsstyrelsen. 2021. <https://www.sst.dk>

Disse faggrupper kan assistere i forhold til at sikre omsorg og pleje af den gravide, fødende og det nyfødte barn, herunder understøtte amme etableringen. Desuden kan særligt SOSU-assistenten have ansvar på fødegangen, både inden og efter fødslen, blandt andet i forhold til at klargøre stuerne, notere fødselstidspunktet, og at sørge for at der bliver taget relevante blodprøver og analyseret blod fra navlestrengen.

Flere aktører beretter, at SOSU-assistentens rolle, på fødeområdet, i de senere år er formindsket. Det skyldes at SOSU-assistentens opgaver i princippet kan varetages af jordmoderen, mens det omvendte ikke gør sig gældende. Derfor erstattes SOSU-assistenten i nogle tilfælde af jordemødre for at øge fleksibiliteten i vagtplanlægning og opgavevaretagelse internt i medarbejdergruppen.

Faggruppernes opgaver og ansvar

- Jordmoderen varetager den ukomplicerede graviditet og fødsel og er gennemgående ved alle graviditets- og fødselsforløb.
- Jordmoderen har både opgaver i forbindelse med graviditet, fødsel og efter fødslen.
- Sundhedsstyrelsen anbefaler kontinuerlig tilstedeværelse af en sundhedsperson, typisk en jordemoder, under aktiv fødsel.
- Ved komplicerede fødsler har lægen ansvaret. Der kan være behov for bistand fra læger i andre specialer, såsom anæstesiologi.
- Læger har opgaver i forhold til komplicerede graviditeter, fødsler og barselsforløb, herunder operativ forløsning.
- Sygeplejersker og SOSU-assistenten kan assistere og deltage i pleje og behandling på fødeområdet.
- SOSU-assistenten spiller en stadig mindre rolle på fødeområdet.

4. Personale på fødeområdet

I dette kapitel beskrives udbuddet af arbejdskraft for de enkelte faggrupper, der er relevante for at løse opgaver på fødeområdet. Udvikling i arbejdsstyrken af jordemødre, samt hvor mange der uddannes, beskrives. Dernæst analyseres efterspørgselsudvikling- og rekrutteringssituation.

Endelig kortlægges, hvor mange årsværk og personer, der er beskæftiget på selve fødeområdet, og hvordan det har udviklet sig i perioden 2013-2022, og det analyseres hvordan fravær, anciennitet, arbejdstid og personaleomsætning har ændret sig.

4.1. Datakilder til beskrivelse af arbejdsstyrke og beskæftigelse på fødeområdet

Arbejdsstyrken er udbuddet af arbejdskraft, der står til rådighed for arbejdsmarkedet. De faggrupper, der primært er relevante for fødeområdet er jordemødre og læger samt sygeplejersker og SOSU-assistenten. Herudover er der andre faggrupper, herunder lægesekretærer. I rapporten omfatter betegnelsen lægesekretærer også sundhedsadministrative koordinatore. Datagrundlaget er nærmere beskrevet i bilag 7.1.

I analysen af antal beskæftigede på selve fødeområdet bruges data fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (KRL). Her indgår de relevante faggrupper fra de enheder og afdelinger, som udfører opgaver på fødeområdet. Enheder, som overvejende varetager opgaver i relation til fødeområdet er medtaget i denne del af analysen. jf. bilag 7.1. Læger håndteres samlet for hele det gynækologisk og obstetriske område, da det ikke er muligt at adskille løndata for denne faggruppe. Også medarbejdere, som fx arbejder med administrative opgaver er medregnet, hvis de er registreret på en af de relevante lønenheder.

Der er regionale forskelle i organisering, og enheder og afdelinger er udvalgt i samarbejde med de fem regioner og KRL.

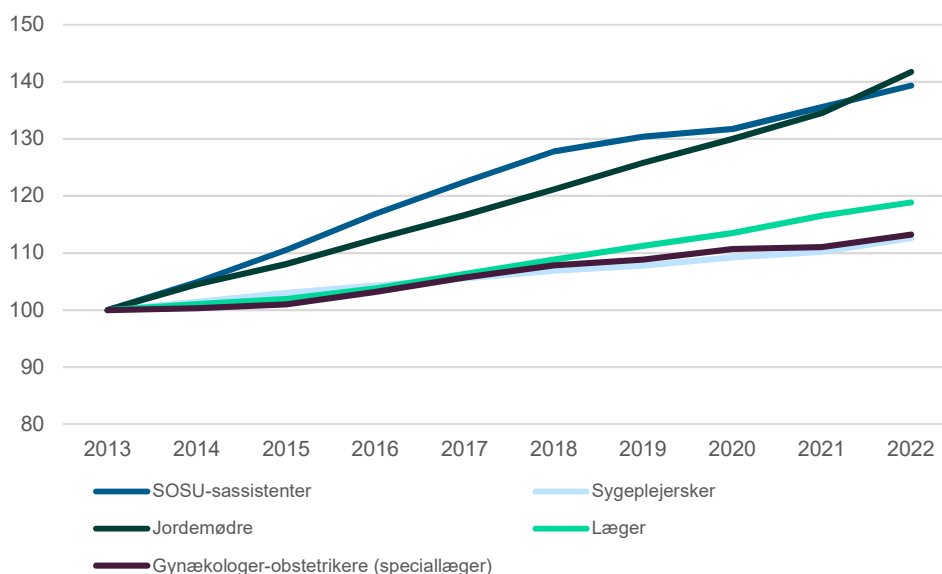
4.2. Arbejdsstyrkens udvikling

I 2022 var der i den samlede arbejdsstyrke 3.297 jordemødre og 680 speciallæger i gynækologi og obstetrik i arbejdsstyrken. Til sammenligning var der 80.204 sygeplejersker. Langt størstedelen af sygeplejersker arbejder uden for fødeområdet, men i dette kapitel sammenlignes lejlighedsvis med sygeplejersker, fordi det er en faggruppe, som på mange måder er sammenlignelig med jordemødrene, dog generelt mindre specialiseret.

Arbejdsstyrken af på sundhedsområdet er stigende. Det gælder også de faggrupper, som primært bemande fødeområdet. Figur 4.1 viser udviklingen i arbejdsstyrken fra 2013 til

2022. I perioden er arbejdsstyrken af jordemødre steget med 47 pct. Det hænger tæt sammen med den stigende uddannelsesaktivitet. I samme periode er gruppen af speciallæger i gynækologi og obstetrik vokset med 14 pct. Til sammenligning er gruppen af SOSU-assistenters arbejdsstyrke steget med 43 pct. og sygeplejersker med 13 pct.

Figur 4.1: Udvikling i den samlede arbejdsstyrke af udvalgte faggrupper af sundhedsuddannede (indeks)



Kilde: Egne beregninger baseret på Det Statistiske Autorisationsregister (pr. 24. september 2023), DREAM (pr. 24. september 2023), Yderregisteret (pr. 24. september 2023) og CPR (pr. 24. august 2023), Sundhedsdatastyrelsen.

Fra 2013 til 2021 er der kommet 279 flere jordemødre på de offentlige hospitaler. I samme periode er der kommet 276 flere jordemødre i det øvrige sundhedsvæsen – og det er særligt i speciallægepraksis og vikarbureauer (se tabel 4.1). Endelig er der kommet 243 flere jordemødre, der arbejder i anden beskæftigelse uden for sundhedsvæsenet. Tendensen er således, at jordemødrenes beskæftigelse udenfor hospitalerne stiger langt mere, dog fra et lavt niveau, end deres beskæftigelse på hospitalerne. Antallet af beskæftigede jordemødre stiger, også på de offentlige hospitaler, men andelen af jordemødre der arbejder på hospitalerne bliver mindre. Således havde 65 pct. af jordemødre deres primære ansættelse på et offentligt hospital i 2013, hvor det i 2021 var 56 pct.

Beskæftigelsesstatus er baseret på DREAM, og derfor indgår der kun oplysninger om hovedbeskæftigelse. Jordemødre, som fx arbejder på et offentligt hospital og har et bijob gennem et vikarbureau, vil derfor kun optræde under offentlige hospitaler. Antallet af jordemødre, som arbejder i vikarbureauer er derfor sandsynligvis underestimeret. Anvendelsen af vikarer varierer desuden mellem regioner og i forskellige perioder.

Tabel 4.1 viser jordemødres primære beskæftigelse efter branche og er illustreret i figur 4.2.

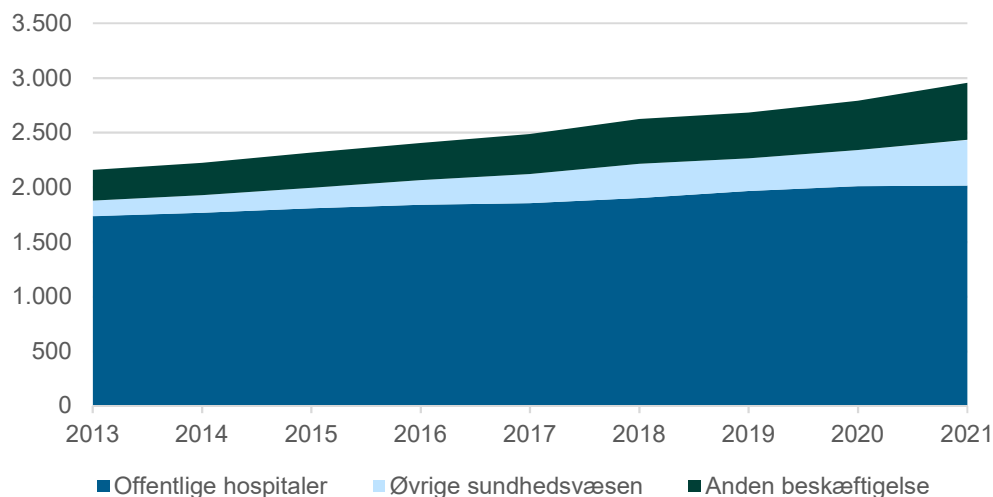
Tabel 4.1: Jordemødres arbejdsmarkedsstatus og herunder primære beskæftigelse fordelt efter branche, år 2013 og 2021

Branche	2013	2021	Udvikling Antal	Udvikling Pct.
Offentlige hospitaler	1.736	2.015	279	16%
Speciallægeklinikker inkl. almen praksis	64	182	118	184%
Jordemoderklinikker: private og få offentlige	19	44	25	132%
Vikarbureauer	13	103	90	692%
Private hospitaler	<5	6	-	-
Sundhedsvæsen i øvrigt	42	83	41	98%
Anden beskæftigelse	280	523	243	87%
Ikke i beskæftigelse/uoplyst	494	625	131	27%
I alt	2.652	3.581	929	35%

Kilde: Autorisationsregisteret (Opdateret d. 28. april 2023) og DREAM (opdateret d. 23. april 2023).

Noter: 2021 er seneste dataår. Der indgår jordemødre med dansk autorisation i alderen op til 65 år. Ikke i beskæftigelse omfatter bl.a. orlov, efterløn, støttet beskæftigelse og under uddannelse.

Figur 4.2: Jordemødres primære beskæftigelse fordelt efter branche, år 2013 til 2021



Kilde: Autorisationsregisteret (Opdateret d. 28. april 2023) og DREAM (opdateret d. 23. april 2023).

Note: 2021 er seneste dataår.

4.3. Jordemoderuddannelsen og uddannelse af speciallæger i gynækologi og obstetrik

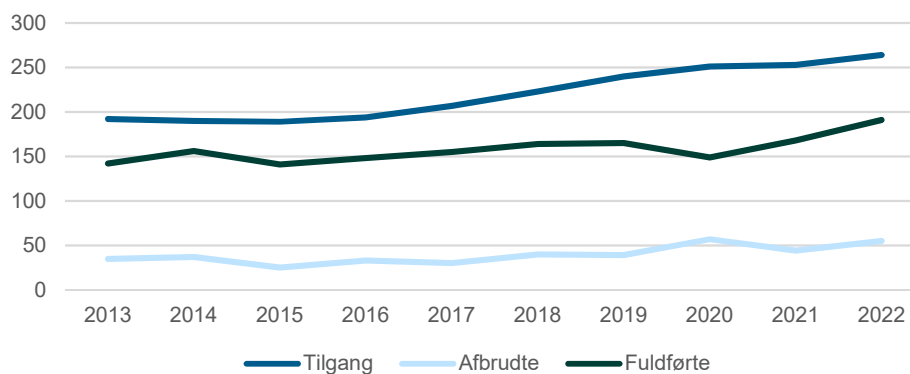
Uddannelsen til jordemoder er en 3½ årig sundhedsfaglig professionsbachelor, hvor halvdelen af uddannelsen sker i klinisk praksis.

Jordemoderuddannelsen er populær. I 2022 ansøgte mere end tre gange så mange uddannelsen som 1. prioritet end der kunne optages, og for at blive optaget via kvote 1 er adgangskvotienten høj (over 9,6 i 2022). Der kan søges om optagelse i København, Ålborg, Slagelse og Esbjerg. Uddannelsen i Slagelse startede i 2022.

Optaget på jordemoderuddannelsen følger dimensioneringen og er øget over tid. I 2022 blev der optaget 264 studerende, hvilket er 38 pct. mere end i 2013. I samme periode blev optaget på alle sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser øget med 8 pct. Uddannelsen en af de mindre af de sundhedsfaglige professionsuddannelser.

I 2022 fuldførte 191 jordemoderuddannelsen. Det er en stigning på 35 pct. siden 2013. Antallet af fuldførte er stigende, og må forventes fortsat at stige i forlængelse af det øgede optag. Dette sætter krav til klinisk oplæring og introduktion på fødeafdelingerne.

Figur 4.3: Udvikling i tilgang, afbrudte og fuldførte fra jordemoderuddannelsen, hele landet, 2013-2022



Kilde: Uddannelses- og Forskningsministeriets datavarehus baseret på data fra Danmarks Statistik.

Både jordemødre og sygeplejersker kan videreudanne sig som sonograf. Det er typisk en toårig uddannelse i ultralydsscanning af gravide.

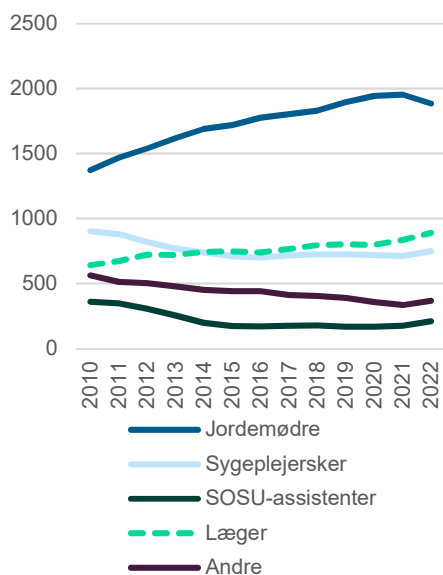
Speciallæge

Speciallægeuddannelsen i gynækologi og obstetrik er en 6-årig videreuddannelse (inkl. klinisk basisuddannelse (KBU), en etårig introduktionsstilling og en fireårig hoveduddannelsesstilling inden for specialet) for autoriserede læger, der finder sted i klinisk arbejde. Uddannelsen har i de sidste 10 år været dimensioneret fra 30 til 32 hoveduddannelsesstillinger på landsplan årligt. Specialet er populært uden ubesatte hoveduddannelsesstillinger. Speciallæger i gynækologi og obstetrik kan efterudanne sig inden for bl.a. føtalmedicin, hvilket omfatter udredning og behandling af fosteret intrauterint (i livmoderen).

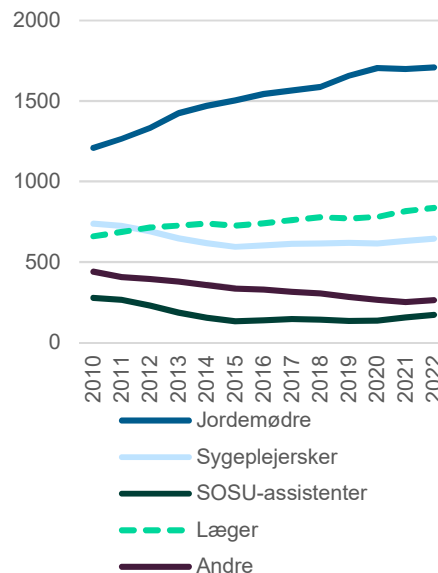
4.4. Årsværk fordelt på faggrupper på fødeområdet

Udviklingen i arbejdskraft på fødeområdet er kendetegnet ved, at antallet af jordemødre er steget, mens andre faggrupper er stagneret eller faldet. Dog ses en lille stigning i antal sygeplejersker, SOSU-assisterter og gruppen *andre* siden 2021. Figur 4.4 viser antallet af personer ansat på fødeområdet, og figur 4.5 viser antallet af årsværk i perioden 2013 til 2022. Bemærk at læger er opgjort for hele det gynækologiske og obstetriske område. Figur 4.6 viser ændringen i årsværk fra 2013 til 2022 for udvalgte faggrupper. Fraregnet læger er nettotilvæksten på tværs af grupper 153 årsværk. Læger er ikke medtaget i figur 4.6. Det er især gruppen *andre*, som er faldet, som blandt andre omfatter lægesekretærer.

Figur 4.4: Antal personer ansat på fødeområdet fordelt på faggrupper, 2013-2022



Figur 4.5: Antal årsværk på fødeområdet fordelt på faggrupper, 2013-2022



Kilde: Særudtræk fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (KRL) og egne beregninger.
 Note: Årsværk omfatter ikke merarbejde, overarbejde eller FEA (frivilligt ekstra arbejde). Læger er opgjort for hele det gynækologisk og obstetriske område.

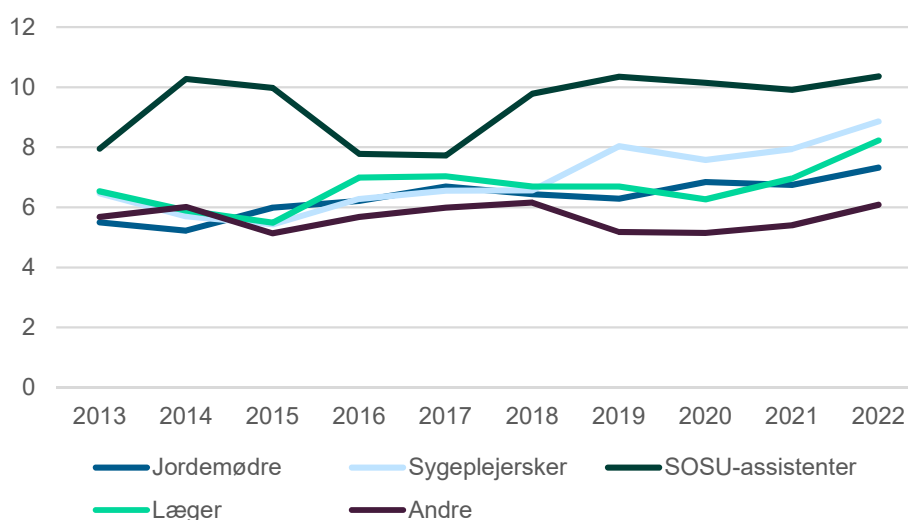
Figur 4.6: Ændring i årsværk fordelt på faggrupper, 2013-2022



Kilde: Særudtræk fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (KRL) og egne beregninger. Bemærk at læger ikke er medregnet. 'Andre' omfatter bl.a. lægesekretærer.

Det gennemsnitlige fravær er steget fra 2013 til 2022. For jordemødre er det gennemsnitlige antal fraværsdage pr. årsværk steget med 1,8 dage, mens det for sygeplejersker er steget med 2,3 dage. Både stigning i adoptions- og barselsorlov samt sygefravær driver det øgede fravær. Figur 4.7 viser udviklingen i det gennemsnitlige antal fraværsdage pr. årsværk. Alle typer fravær er inkluderet og de mest betydende fraværstyper er hhv. adoptions- og barselsorlov, samt sygefravær. Ændret praksis i forbindelse med sygefravær under og efter covid-19 kan tænkes at påvirke tallene. Tilgang af nyuddannede kan desuden tænkes at øge antallet af yngre kvinder i fagene, som hyppigere er på adoptions- og barselsorlov.

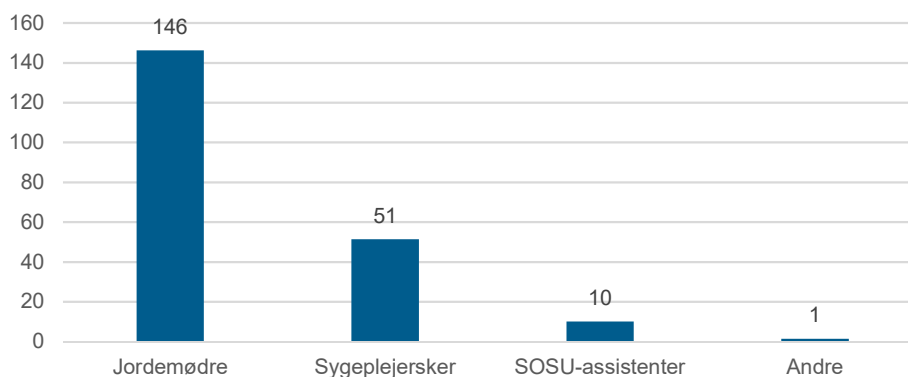
Figur 4.7: Fraværsgennemsnit pr. årsværk opdelt på faggrupper, 2013-2022



Kilde: Særudtræk fra Kommunernes og Regioners Løndatakontor (KRL) og egne beregninger.

Den samlede stigning i fravær overstiger den samlede stigning i årsværk. Fraværet er steget for alle faggrupper, også de faggrupper, som er stagneret eller gået tilbage i antal ansatte årsværk. Stigningen i fravær omregnet til årsværk er for alle faggrupper bortset fra læger på 209 årsværk sammenlignet med en samlet stigning på 153 årsværk i ansatte. Figur 4.8 viser ændringen i fravær fra 2013 til 2022, omregnet til årsværk og fordelt på faggrupper. Læger er ikke medtaget, fordi lægers arbejdstid og fravær kun kan opgøres for hele det gynækologisk og obstetriske område samlet.

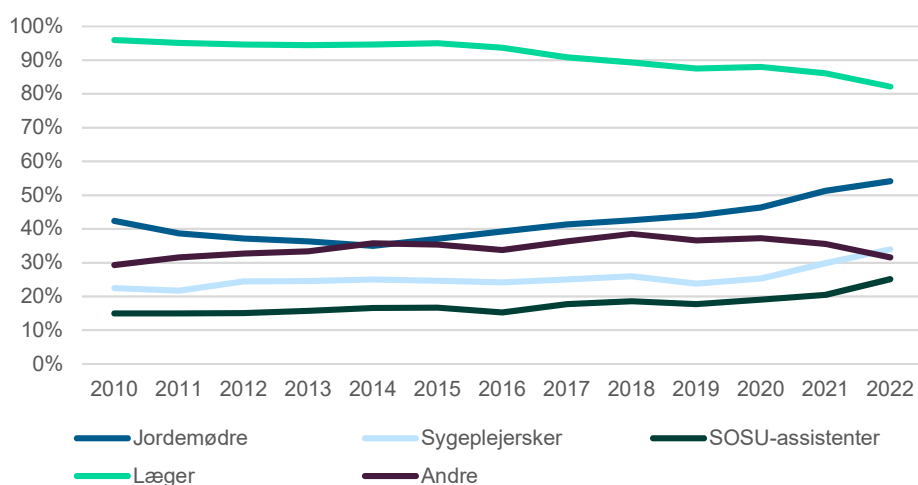
Figur 4.8: Stigning i fravær i udvalgte faggrupper fra 2013 til 2022 omregnet til årsværk.



Kilde: Særudtræk fra Kommunernes og Regioners Løndatakontor (KRL) og egne beregninger. Læger er ikke medtaget i figuren. 'Andre' dækker over bl.a. lægesekretærer.

Andelen af jordemødre, sygeplejersker og SOSU-assistenter, som arbejder på heltid på fødeområdet er stigende. Dette kan bl.a. skyldes mulighed for at arbejde med *normreduktion*, dvs. at medarbejderen skemalægges til færre timer, og derfor ikke afspadserer overarbejde og pålagt merarbejde op til differencen. For jordemødre er andelen på heltid steget fra 36 pct. i 2013 til 54 pct. i 2022. Modsat er andelen af læger, som arbejder på heltid faldende, fra 94 pct. til 82 pct. Dog er andelen af læger baseret på hele de gynækologisk og obstetriske område, modsat andre faggrupper. Figur 4.9 viser udviklingen i andelen af ansatte på heltid for hver faggruppe.

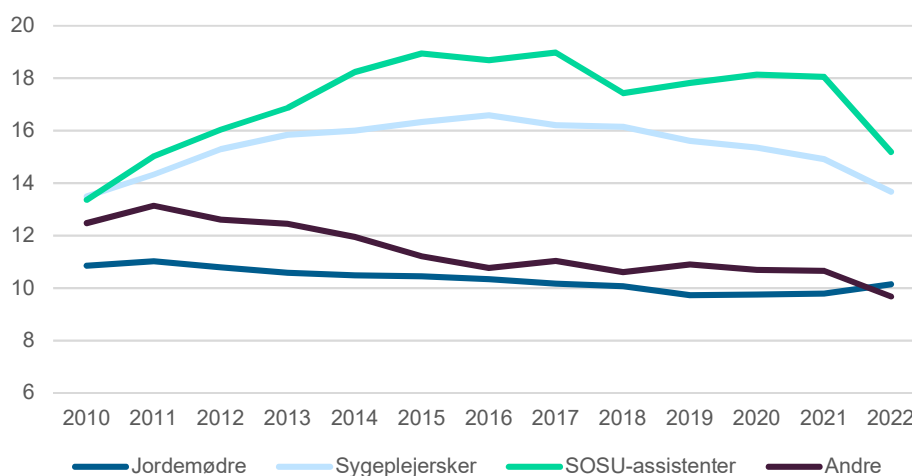
Figur 4.9: Andel ansatte på heltid, opdelt på faggrupper, 2013-2022



Kilde: Særudtræk fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (KRL) og egne beregninger.

Den gennemsnitlige anciennitet faldt overordnet i alle faggrupper. Ancienniteten er faldet mest for SOSU-assistenters og sygeplejersker, hhv. 1,6 og 2,1 år, mens ancienniteten blandt jordemødre, som har været relativt stabil, er faldet med et halvt år. Ancienniteten blandt læger er ikke opgjort, fordi lægers anciennitet holdes lav af stillingsstruktur og videreuddannelsesstillinger. Figur 4.10 viser udviklingen i anciennitet fra 2013 til 2022 for udvalgte faggrupper. Faldet i anciennitet for jordemødre skal ses i sammenhæng med, at gruppen er vokset, hvilket i sig selv vil få gennemsnitsancienniteten til at falde.

Figur 4.10: Gennemsnitlig anciennitet, opdelt på faggrupper, 2013-2022

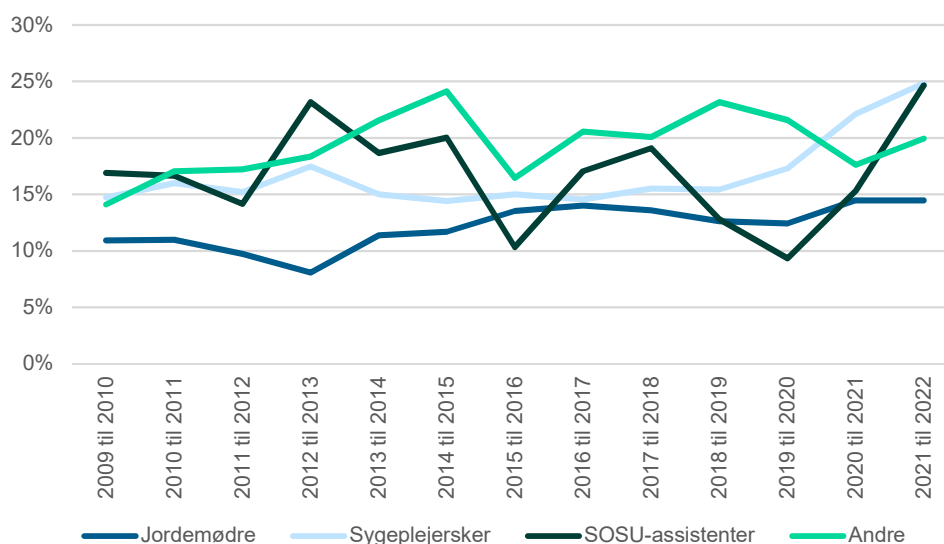


Kilde: Særudtræk for Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (KRL) og egne beregninger.

Note: Læger er ikke medtaget i figuren.

Afgangen blandt medarbejdere på fødeområdet varierer mellem 8 pct. og 25 pct. For jordemødre er afgang siden 2012 til 2013 steget med 6 procentpoint til 14 pct. i perioden 2021 til 2022, mens der for SOSU-assistenters ses en mere begrænset stigning men fra et højere niveau fra 23 pct. til 25 pct. og for sygeplejersker ses en stigning i afgang fra 18 pct. til 25 pct. i samme periode, begge med nogen variation undervejs. Figur 4.11 viser udviklingen i afgang af medarbejdere fra år til år, fra 2012 til 2013 og frem til perioden 2021 til 2022.

Figur 4.11: Andel fratrådte medarbejdere opdelt på faggrupper november til november, 2013-2022



Kilde: Særudtræk fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (KRL) og egne beregninger.

Note: Læger er ikke medtaget i figuren.

4.5. Opsamling

Fra 2013 til 2022 er den samlede arbejdsstyrke, som er tilgængelig for fødeområdet, vokset og antallet af jordemødre, som arbejder på offentlige sygehuse er vokset med 279 personer fra 2013 til 2021. I samme periode er antallet af jordemødre, som arbejder på andre arbejdspladser, vokset med 519 personer, og andelen af jordemødre, som arbejder på offentlige hospitaler er faldet fra 65 pct. til 56 pct. Fra 2013 til 2022 voksede antallet af nyuddannede jordemødre med 35 pct. Samtidigt er efterspørgslen efter sundhedsfaglig arbejdskraft steget, inklusive efter jordemødre.

Både antallet af ansatte og årsværk på fødeområdet er for jordemødre steget, mens de for sygeplejersker er stagneret og for SOSU-assistentter og andre faggrupper er gået tilbage. Mellem 2021 og 2022 ses der dog en lille stigning i antallet af sygeplejersker, SOSU-assistentter og andre. Samlet er faggrupperne vokset med 153 årsværk netto, fraregnet læger.

Samtidigt er fraværet (inkl. sygefravær og adoptions- og barselsorlov) steget på tværs af faggrupper, både som andel af årsværk og i absolutte tal. Således voksede fraværet på fødeområdet fra 2013 til 2022 samlet set med 209 årsværk, fraregnet læger, hvilket overstiger netto stigningen i årsværk. Det kan betyde, at den oplevede travlhed på

fødeområdet er uændret eller øget, at på trods af at antallet af årsværk i lønstatistikken er øget pga. flere ansatte og en større andel på heltid.

Flere jordemødre, sygeplejersker og SOSU-assistenten på fødeområdet arbejder på heltid i 2022 sammenlignet med 2013, mens andelen for læger og andre faggrupper på heltid er faldet. En større del af læger arbejder dog på heltid end de øvrige faggrupper. Personaleomsætningen er steget, idet den gennemsnitlige anciennitet er faldet i alle faggrupper, ligesom andelen af ansatte, som er fratrådte fra år til år, er steget.

Personale på fødeområdet

- Arbejdsstyrken af faggrupper, som arbejder eller kan arbejde på fødeområdet, er vokset.
- Antallet af jordemødre, som arbejder på fødeområdet, er vokset.
- Antallet af sygeplejersker, SOSU-assistenten og andre faggrupper er stagneret eller gået tilbage.
- Fraværet er vokset på tværs af faggrupper.
- Flere jordemødre, sygeplejersker og SOSU-assistenten arbejder på heltid.
- Personaleomsætningen er steget.

5. Normering på fødeområdet

I dette afsnit beskrives nogle muligheder for planlægning på fødeområdet i forhold til normeringer og arbejdsmiljø - set i lyset af den øgede kompleksitet på fødeområdet, som er beskrevet i de foregående afsnit. Der er i dette afsnit særligt fokus på jordemødre. Anvendelsen af delestillinger og rotationsprincipper beskrives overordnet og muligheder for datadrevet vagtplanlægning beskrives.

5.1. Udfordringer med arbejdskraft på fødegangen

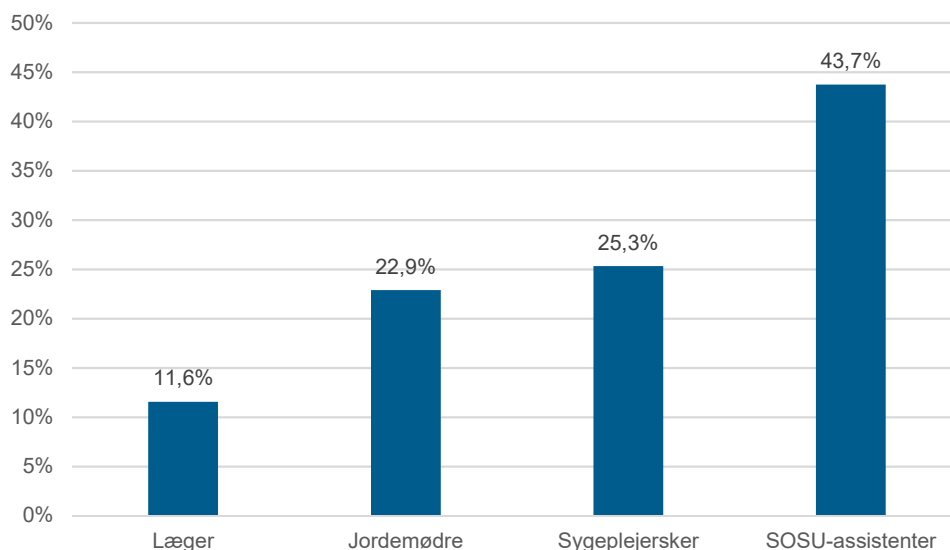
Fødeområdet omfatter en række kliniske aktiviteter, fra den gravides første møde med hospitalet til tiden efter fødslen. En kerneopgave er naturligvis at varetage selve fødslen, fx på en fødegang, en fødeklinik eller i hjemmet. Arbejdet med at varetage fødsler er intenst og præget af, at en stor del af arbejdstiden ligger i aften- og nattetimer eller i weekenden, også kaldet vagtarbejde. Dette kan medvirke til rekrutteringsvanskeligheder, hvor det tilbageværende personale oplever et større pres, fordi stillinger er ubesatte eller kolleger er fraværende.

Som beskrevet i kapitel 3 anbefaler Sundhedsstyrelsen, at der kontinuerligt er en sundhedsperson til stede under aktiv fødsel, typisk en jordemoder. På den måde sættes der principielt et minimum for, hvor mange jordemødre der bør være til stede på et givent tidspunkt. I praksis er det dog ikke muligt på forhånd at vide nøjagtigt, hvor mange fødende, der vil være i et bestemt tidsrum. Det skyldes, at tidspunktet for hvornår en fødsel går i gang er grundlæggende tilfældigt, medmindre det er planlagt som ved planlagt kejsersnit eller til en vis grad ved igangsættelse. Den tilfældige variation i forekomsten af fødsler betyder, at der nødvendigvis vil være perioder med høj belægning på fødegangen, der vanskeliggør, og i sidste ende umuliggør, overholdelse af anbefalingen om kontinuerlig tilstedeværelse under aktiv fødsel i alle tilfælde.

5.2. Vagtbelastning og rotation

Fødeområdet, og særligt fødegangen, er præget af en stor andel vagtarbejde. For jordemødre er andelen af arbejdstiden, som ligger i aften- og nattetimer eller i weekenden på 22,9 pct., sammenlignet med 25,3 pct. for sygeplejersker. Figur 5.1 viser andelen af arbejdstid, som ligger uden for normal arbejdstid fordelt på faggrupper i 2022. Det må antages, at de fleste af disse timer ligger på fødegangen, samt barsels- og svangreafsnit. Modsat er der andre funktioner og opgaver, hvor stort set alt aktiviteten ligger inden for normal arbejdstid, fx konsultationer eller fosterscanninger.

Figur 5.1: Andelen af arbejdstimer, som ligger om aftenen, natten eller i weekenden, fordelt på faggrupper i 2022



Kilde: Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet, 2023

På nogle fødesteder tilrettelægges jordemødrenes arbejde, så arbejdstiden er delt mellem fødegangen og varetagelse af andre opgaver, fx konsultationer. Det kan blandt andet ske ud fra et princip om, at alle jordemødre skal arbejde en del af tiden på fødegangen. En anden tilgang kan være at slå stillinger op med delt arbejdstid mellem fødegangen og andre afsnit, fx barsels- eller svangreafsnit. Dette med tanke på, at arbejdet på fødegangen kan være intenst, og det derfor kan være en fordel at rotere mellem arbejdsfunktioner. Dog med forbehold for, at sundhedsprofessionelle kan have forskellige præferencer i forhold til arbejdsopgaver og vagtbelastning.

5.3. Datadrevet vagtplanlægning i det akutte fødeområde

Travlhed på fødegangen er primært bestemt af, hvor mange gravide der er i fødsel på samme tid. Andre faktorer af betydning for travlheden på fødegangen er fødsels varighed og kompleksitet.

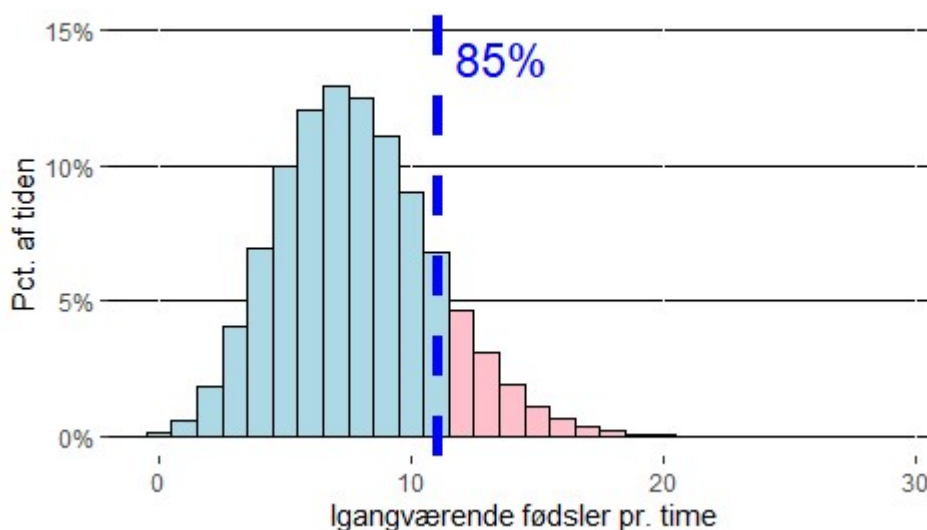
Antallet af gravide, som er i gang med at føde inden for et givent antal timer, varierer fra time til time og dag til dag. Der forskel på, hvordan fødeafdelinger lægger vagtplaner, men afdelingerne arbejder efter et mål om, at der skal være en jordemoder tilgængelig for hver aktivt fødende. Det kan ske ud fra data om kommende fødsler eller som marginalplanlægning, hvor tidligere vagtplaner føres fremad i tid med løbende justeringer. Det vil sige at planlægningen bygger på dels viden om fødsler før i tiden og dels viden om, hvor mange fødsler, der forventes i den nærmeste fremtid. Ud fra dette lægges vagtplan under hensyn til viden om, hvordan fødegangen er organiseret på det pågældende fødested. Hvis der på et tidspunkt er for mange fødende på én gang, kan fødeafdelingerne løse det på forskellig vis, fx ved at sende fødende videre til andre fødeafdelinger, hvilket kan være belastende for de fødende, bede personalet blive efter deres planlagte

arbejdstid eller forsøge at indkalde ekstra personale. I yderste konsekvens kan det vise sig umuligt at efterleve anbefalingen om kontinuerlig tilstedeværelse.

En grundlæggende forudsætning for vagtplanlægning er en eksplicit eller implicit norm om, hvor stor en risiko man vil løbe for, at det på et tidspunkt ikke er muligt at sikre kontinuerlig tilstedeværelse hos de aktivt fødende – dvs. at der på et tidspunkt er for få på vagt. Planlægges der efter gennemsnittet vil der være for få på vagt ca. halvdelen af tiden. Derfor kan der lægges en buffer ind i vagtplanen, fx den gennemsnitlige belastning plus 20 pct. Det er en praksis, som anvendes flere steder. For at knytte denne buffer eksplicit til en kvantificerbar risiko, kan man overveje at anvende computersimulering.

Ved hjælp af computersimulering kan det afgøres, hvor mange jordemødre, der skal være til stede for at kunne hjælpe alle fødende det meste af tiden - for eksempel 75 pct., 85 pct. eller 95 pct. af tiden. Resten af tiden vil det være nødvendigt at tage nogle af de skridt, der er nævnt foroven. Simuleringen er afhængig af, hvor mange fødsler der forventes i det tidsrum, som simuleres, fx en uge eller en måned. Figur 5.2 viser hvor mange kvinder, der er i fødsel hver time på en afdeling, hvor der er 7.000 fødsler hvert år. Ifølge denne figur er der 85 pct. af tiden højst 11 kvinder, der føder samtidigt. Derfor vil der være brug for mindst 11 jordemødre for at kunne dække behovet for kontinuerlig tilstedeværelse 85 pct. af tiden.

Figur 5.2: Eksempel på simuleret fordeling af antal kvinder i aktiv fødsel fra time til time på en afdeling med 7.000 fødsler årligt



En sådan simulering kan hjælpe med at planlægge, hvor mange jordemødre der skal være på arbejde på fødegangen. Disse beregninger tager højde for, hvor mange gravide der er i optageområdet, som skal føde seks til syv måneder ud i fremtiden. Der skal på forhånd fastsættes en norm for, hvor stor en del af tiden den planlagte bemanning vil

være utilstrækkelig, og der derfor skal tages særlige skridt for at tilstræbe, at målsætningen om kontinuerlig tilstedeværelse kan nås.

Modellen tager udgangspunkt i det forventede antal fødsler i perioden. På baggrund af kendte graviditeter kan det forventede antal fødsler pr. måned eller uge afgøres op til seks måneder frem i tiden. Modellen tager desuden højde for forskelle mellem måneder, ugedage og tider på døgnet, samt fordelingen af fødsler på forskellige typer, herunder spontan eller igangsat og førstegangsfødsel eller flergangsfødsel. 10 pct. af de forventede fødsler er fjernet som planlagte kejsersnit. Data om, hvor lang tid fødsler tager, og hvordan de fordeler sig på forskellige typer stammer fra fødeafdelingen på Amager og Hvidovre Hospital. I bilag 7.3. findes en gennemgang af, hvordan simuleringen er foretaget og under hvilke forudsætninger. Modellen kan tilpasses andre fødesteder med en anden fordeling mellem typer af fødsler eller en anden gennemsnitlig varighed af forskellige fødsler.

5.4. Opsamling

Arbejdet på fødegangen kan være intenst, og det er kendetegnet ved en stor andel arbejde udenfor normal arbejdstid. Det kan derfor være udfordrende at rekruttere og fastholde medarbejdere til opgaver på fødegangen. En måde at forsøge at imødegå dette på kan være ved at sikre en vis rotation mellem forskellige arbejdsfunktioner.

Det er et rammevilkår for fødeområdet, at antallet af fødsler ikke er jævnt fordelt på dage og timer. Det er imidlertid muligt ved hjælp af simulering at give en sandsynlighedsfordeling for, hvor mange fødsler, der vil være i gang på et givent tidspunkt.

Denne viden kan potentielt bruges til at sætte standarder for normeringer på fødegangen lokalt på fødestederne. Anbefalingen om kontinuerlig tilstedeværelse af en sundhedsperson under aktiv fødsel prioriteres højt, og kan medvirke til at vagter forlænges eller personale indkaldes med kort varsel.

Fødestederne kan potentielt fastsætte en norm for, hvor ofte det bør være nødvendigt at iværksætte ekstraordinære tiltag og tilrettelægge vagtplanlægningen efter dette. Dette kan tænkes at medvirke til at bedre arbejdsmiljøet på fødeafdelingerne, hvis det medfører større forudsigelighed i arbejdsplanlægningen. Det vil dog afhænge af, om der er en tilgængelig arbejdsstyrke at normere efter.

Normering på fødeområdet

- Rekruttering og arbejdsmiljø kan være udfordrende på fødegangen, fordi arbejdet kan være intenst, og på grund af uforudsigeligheden i, hvornår fødsler finder sted. Rotation i arbejdsfunktioner er en mulig måde at forsøge at imødegå dette på ved at mindske belastningen for den enkelte.
- Vagtplanlægning på fødegangen baserer sig på data om tidligere fødsler og det forventede antal fødsler. Antallet af fødende fra time til time varierer grundlæggende tilfældigt.
- Baseret på antallet af gravide i optageområdet er det muligt at estimere, hvor mange fødsler der maksimalt vil være i gang en given del af tiden i en periode, ved hjælp af simulering.
- Simulering gør det muligt at sætte en norm for, hvor ofte ekstraordinære tiltag skal iværksættes, og kan medvirke til at forbedre arbejdsmiljøet.

6. Sammenfatning

6.1. Udvikling i opgaven på fødeområdet

Danmark er et af verdens sikreste lande at føde i, med en lav og faldende mødre- og børnedødelighed igennem mange år. Området varetages med stor faglighed og kvalitet, og opsporing og behandling forbedres løbende.

Omfanget af arbejde på fødeområdet afhænger af antallet af fødsler og kompleksiteten i graviditets- og fødselsforløbene samt af andre faktorer såsom faglige anbefalinger og krav til administration. Fødeområdet er i denne rapport afgrænset til sygehuskontakter i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel og inkluderer ikke kontakter i almen praksis eller den kommunale sundhedstjeneste. Dog kan arbejdsopgaver indeholde tværsektorielt samarbejde om fx sårbare gravide samt hjemmefødsler.

I de seneste ti år (2013-22) blev der gennemsnitligt født ca. 60.700 børn årligt. Antallet af nyfødte steg fra 56.800 i 2013 til 63.800 i 2021, hvorefter det faldt med 8 pct. til 58.800 i 2022, som var højdepunktet for perioden med 63.800 fødte.

Populationen af gravide har ændret sig, således at de gravide er blevet lidt ældre, og der er lidt flere overvægtige gravide. Dette skal ses i sammenhæng med, at en større andel fødende fik konstateret graviditetsbetinget diabetes, hypertension og svangerskabsforgiftning fra 2013 til 2022. Fra sektoren meldes der også om en større andel af sårbare gravide med behov for en ekstra indsats. Tendensen i guidelines og retningslinjer går overvejende mod tættere opfølgning og flere igangsættelser, teknologiske fremskridt muliggør flere undersøgelser og behandlinger tidligt, og den strukturelle udvikling er gået mod tiltagende specialisering. Dette sætter krav til fødeområdet og medvirker til en øget aktivitet. Andelen af komplicerede forløb vil afhænge både af populationen af gravide, forbedret opsporing/ændrede tærskelværdier for diagnosticering og registreringspraksis. Lidt over halvdelen af de gravide i 2020-2022 kunne klassificeres som værende i øget risiko. Samtidig er andelen af komplicerede fødsler steget lidt, og der er indgreb i to ud tre fødsler (epiduralblokade, vestimulation, kejsersnit, igangsættelse, spinalblokade, episiotomi og vakuume ekstraktion). Der har været en stigning i epiduralblokader og igangsættelser i perioden. Modsat har der været et fald i kejsersnit og vestimulation.

Samlet indikerer udviklingen, at der siden 2013 har været en stigende opgavemængde på fødeområdet. Dog med det forbehold, at det lavere fødselstal i 2022 i forhold til 2021 kan vise sig at være en blivende tendens.

6.2. Arbejdskraft på fødeområdet

I den samlede arbejdsstyrke har antallet af jordemødre, læger, sygeplejersker og SOSU-assistenters aldrig været så højt i Danmark, som det er i dag.

Samtidig vælger stadig flere jordemødre at arbejde inden for andre områder. Den fortsatte og store vækst i udbuddet af jordemødre bidrager dog stadig med arbejdskraft til fødeafdelingerne.

Jordemødre er sammen med læger de eneste faggrupper, der er autoriseret til at varetage fødsler. Jordemødre må selvstændigt varetage den spontane, ukomplicerede fødsel, mens læge skal involveres ved komplikationer. Jordemoderen er den gennemgående sundhedsperson under en fødsel, og står desuden for en række arbejdsopgaver under graviditet og barsel. Obstetriske læger varetager en række opgaver relateret til de komplicerede graviditets- fødsels- og barselsforløb, herunder instrumentel og operativ forløsning.

SOSU-assistenters kan assistere før, under og efter fødslen. Sygeplejersker og i nogen grad SOSU-assistenters kan fx selvstændigt varetage opgaver såsom hørescreening af nyfødte, ammevejledning og behandling og pleje af indlagte gravide eller barslende. I de senere år har der været tendens til, at der er kommet færre sygeplejersker og SOSU-assistenters på fødeområdet. Der er dog generelt i sundhedsvæsenet mangel på begge af disse faggrupper relativt til jordemødre, hvilket kan være en bidragende årsag til, at de erstattes af jordemødre. Herudover kan der være hensyn til fleksibel opgavevaretagelse. Andre faggrupper såsom diætister, operationspersonale og læger fra andre specialer involveres efter behov.

Antallet af jordemødre på fødeområdet voksede fra 2013 til 2022, mens andre faggrupper, herunder lægesekretærer, er gået tilbage. Andelen af jordemødre med primær beskæftigelse i det øvrige sundhedsvæsen eller uden for sundhedsvæsenet er vokset relativt mere end andelen med primær beskæftigelse på offentlige hospitaler. Andelen af jordemødre, sygeplejersker og SOSU-assistenters, som arbejder heltid, er steget. Samtidigt er fraværet steget for alle faggrupper, både på grund af adoptions- og barselsorlov samt sygefravær. Tilvæksten i fravær omregnet til årsværk modsvarer tilvæksten i årsværk. Personaleomsætningen er ligeledes steget, hvilket kan være udtryk for et højt arbejdspress.

6.3. Tilrettelæggelse af arbejdet på fødegangen

Arbejdet på fødegangen kan være intenst, og arbejde uden for normal dagarbejdstid er et vilkår. For jordemødre udgør vagtarbejde 22,9 pct. af den samlede arbejdstid, og dette vil primært foregå på fødegangen, svangre- eller barselsafsnit. Rekruttering og fastholdelse af sundhedspersonale på fødegangen kan være udfordrende. Arbejdstilrettelæggelse med en vis rotation mellem forskellige arbejdsfunktioner er en mulig måde at imødekomme dette på og praktiseres nogle steder.

Antallet af fødsler varierer fra år til år og fra dag til dag, hvilket har stor betydning for behovet for personale og planlægning, så der sikres det fornødne beredskab på fødegangen. Det er et vilkår for området, at antallet af fødsler på en given dag eller en given time ikke kan forudsiges præcist. Derfor vil der være behov for at iværksætte ekstraordinære tiltag en del af tiden for at leve op til anbefalingen om kontinuerlig tilstedeværelse af en sundhedsperson under aktiv fødsel. Det sker også i dag.

På baggrund af data om historiske fødsler på fødestedet og antallet af gravide i optageområdet, er det muligt at simulere, hvor ofte aktiviteten vil være på et givent niveau. På baggrund af dette kan fødestederne fastsætte en norm for, hvor ofte de bør være nødt til at iværksætte særlige tiltag. På denne og andre måder kan fødeafdelingerne bruge data-drevne metoder til at optimere bemanningen, så kvaliteten øges, og det oplevede pres for personalet mindskes.

6.4. Opsamling

Danmark er et af verdens sikreste lande at føde i. Antallet af fødsler har været stigende i de sidste ti år og populationen af gravide har ændret sig. Flere gravide får konstateret forskellige graviditetsbetingede tilstande, som øger risikoen ved graviditet og fødsel, lidt mere end halvdelen af gravide kan klassificeres som værende i øget risiko, og der er indgreb i to ud af tre fødsler. Der meldes desuden om et stigende behov for særlige forløb til sårbare gravide. Dette kan betyde flere og mere tidskrævende kontakter under graviditet og fødsel. Samtidigt går retningslinjer og teknologisk udvikling i retning af flere besøg og undersøgelser under graviditeten og flere igangsættelser af fødsler. Forbedret genetisk diagnostik og en differentieret tilgang til opfølgning kan dog tænkes at medvirke til bedre udnyttelse af de tilgængelige ressourcer.

Langt flere jordemødre arbejder på fødeområdet end tidligere, og en større andel arbejder heltid. Dog modsvares stigningen i jordemødrenes arbejdskraft af tilbagegang i andre faggrupper og øget fravær, både på grund af øget adoptions- og barselsorlov og øget sygefravær, og der ses en øget personaleomsætning. Samtidig uddannes der flere jordemødre.

Antallet af fødsler faldt betydeligt fra 2021 til 2022. Hvis dette fald er udtryk for en varig udvikling, og hvis antallet af ansatte fastholdes, kan det potentielt føre til en forbedret normering på fødeområdet.

Fødeområdets organisering og struktur har også betydning for arbejdsmarkedet blandt særligt jordemødre og læger. Derfor vil fremtidige ændringer, fx oprettelse af nye fødesteder eller sammenlægning af eksisterende, også få betydning for, hvor nemt eller vanskeligt det er at rekruttere til området. Således kan indbyrdes konkurrence mellem regionerne som arbejdsgivere også få betydning med hensyn til rekruttering.

Arbejdet på fødegangen er intensivt og relativt vagttungt. Arbejdstilrettelæggelse med en vis rotation mellem arbejdsfunktioner er en mulig måde at forsøge at imødekomme dette. Sundhedsstyrelsen anbefaler kontinuerlig tilstedeværelse af en sundhedsperson under fødslen, typisk en jordemoder. For at opnå dette er fødestederne undertiden nødt til at tage ekstraordinære skridt. Ved hjælp af simulering vil det være muligt for fødestederne at opnå en højere grad af kontrol over, hvor ofte de er nødt til at gøre dette. Det kan både hjælpe til at optimere bemanningen, så ressourcer bruges mest hensigtsmæssigt, og til at gøre arbejdslivet mere forudsigeligt for personalet.

Sammenfatning

- Antallet af fødsler har været stigende i perioden, men faldt fra 2021 til 2022.
- Populationen af gravide er ældre, oftere overvægtige og får oftere konstateret graviditetsbetingede tilstande, som øger risikoen ved graviditet og fødsel.
- Der arbejder langt flere jordemødre på fødeområdet nu end for 10 år siden.
- Antallet blandt andre faggrupper er gået tilbage.
- Fraværet på fødeområdet er steget tilsvarende.
- Jordemødrene arbejder oftere andre steder end på fødegangen.
- Samlet set var der i perioden en øget opgavemængde og en stabil mængde af arbejdskraft til rådighed på fødeområdet.
- Der kan potentielt blive flere personaleressourcer pr. fødende, hvis faldet i antallet af fødsler fra 2021 til 2022 viser sig at være udtryk for en varig udvikling og antallet af ansatte fastholdes.
- Fødestederne kan med fordel arbejde videre med forskellige former for datadrevet planlægning og tiltag til arbejdstilrettelæggelse, med det formål at lette presset på fødegangen og give personalet et mere forudsigeligt arbejdsliv.

7. Bilag

7.1. Beskrivelse af datagrundlag

Kapitel 2 – Data fra det medicinske fødselsregister og landspatientregisteret hentet fra esundhed.dk samt særudtræk fra Sundhedsdatastyrelsen.

Kapitel 4 – Data fra autorisationsregisteret, bevægelsesregisteret og DREAM i særudtræk fra Sundhedsdatastyrelsen samt løndata fra Kommunernes og Regionernes Løndatakantor (KRL).

Der tages forbehold for, at afgrænsningen mellem fødeområdet og øvrige aktiviteter på sygehusene ikke er en-til-en afspejlet i lønenhederne. Derfor er der foretaget en ad hoc afgrænsning af regionerne og KRL. Afgrænsningen er foretaget ud fra det princip, at enheder, som hovedsageligt løser opgaver inden for fødeområdet (se definition i kapitel 1), er medregnet, mens enheder, som hovedsageligt løser andre opgaver, ikke er medregnet. Fx er børneafdelinger ikke medtaget, selvom personalet fra børneafdelinger også spiller en rolle i forbindelse med fødsler. Regionerne har meldt LOS-koder ind, og KRL har dannet udtrækket på baggrund af dette. Tabel B1 indeholder en liste over alle LOS.

KRL registrerer, når enheder sammenlægges eller opsplittes eller når der oprettes nye enheder. På den måde er det i de fleste tilfælde muligt at sammenligne løndata over tid, selvom der i perioden har været omstruktureringer flere steder, ved at føre enhedshistoriske løndata frem til den fordeling, de ville have i dag. Dog er det muligt at enkelte enheder kan have haft en større eller mindre andel ansatte, som arbejdede med fødeområdet, og at der ikke er taget højde for dette i analysen.

Overarbejde, merarbejde og FEA (frivilligt ekstra arbejde) indgår ikke analysen, fordi datagrundlaget er for usikkert.

Faggrupperne læger, jordemødre, SOSU-assistenten og sygeplejersker er inkluderet i analysen, samt gruppen 'andre'. Tabel B2 indeholder en liste over alle stillingsbetegnelser, som er inkluderet i 'andre'. Jordemødre og sygeplejersker inkluderer også ledere.

Tabel B1: Inkluderede LOS-koder fordelt på region.

Hovedstaden	Midtjylland	Nordjylland	Sjælland	Syddanmark
1611	2201	A408	HSGYHO05-3	5911
1621	2209	A410	HSGYHO06-3	5936
1622	2211	A412	HSGYHOFÆLL	2DJÆ
1624	2215	A465	HSGYHOLEDJ	3DJ
1625	3307	A471	HSGYHOLEDL	4D1
1626	3308	T114	HSGYHOLÆSE	4DA
1631	3309	V401	HSGYHOOBST	4DF
1672	3310	V402	NFGPNYLEDJ	F09A
1675	3311	V421	NFGYNYFÆ1A	FKF
3750	3314		NFGYNYFÆ1B	GF
3751	3330		NFGYNYFÆ1C	KE2O
3753	3331		NFGYNYFÆL1	KJC
3754	3332		NFGYNYFÆL2	
3755	3334		NFGYNYJORD	
3757	3335		NFGYNYSENG	
3759	3337		NSGYSLGRAA	
3760	BGFA		NSGYSLJOR1	
8071	FØAF		NSGYSLJOR2	
5G01	GG		NSGYSLLEDJ	
5G02	GY		NSGYSLLEDL	
5G03	GYNL		NSGYSLÆGE	
5G05	GYNS		NSGYSLÆSE	
5G06	GYOV		NSGYSLMOR	
5G08	GYSE		SUGYROFÆLA	
5G11	JDH		SUGYROFÆLL	
GFÆL	JM		SUGYROFØDE	
GFØA	JVFÅ		SUGYROFØTA	
GFØJ	KVAF		SUGYROFØTL	
GJST	NYSA		SUGYROFØTP	
GLÆG	P6		SUGYROG73B	
GOBS	P6AM		SUGYROG73S	
GOSE	PTHO		SUGYROINST	
GXAJ			SUGYROLEDJ	
GXFØ			SUGYROLEDL	
GXUL			SUGYROLEDP	
K441			SUGYROLÆSE	
			SUGYROONKO	
			SUGYROUROG	

Tabel B2: Stillingsbetegnelser inkluderet i gruppen 'andre'.

Stillingsbetegnelser	
Administrationsøkonomer	Operationsteknikerelever
Akademiingeniører	Overassistenter, lukket gruppe
Andre chefer	Paramedicinere
Assistenter	Personer i offentlige arbejdstilbud
Atypiske stillinger	Ph.d studerende
Audiologiassistenter	Piccoløer/piccoliner
Bachelorer m.fl.	Professionsbachelorer
Bibliotekarer	Psykologer
Bioanalytikere	Psykologiske konsulenter
Bioanalytikerundervisere uden diplom	Psykomotoriske terapeuter
Chefkonsulenter	Radiografer
Civilingeniører	Rengøringsassistenter
Diplomingeniører	Serviceassistenter
Dyrlæger	Servicemedarbejdere
Ergoterapeuter	Social- og sundhedshjælpere
Ergoterapeuter, kliniske undervisere	Social- og sundhedspersonale, ikke-udd.
Erhvervsuddannede serviceassistenter	Socialpædagoger
Farmaceuter	Socialrådgivere
Farmakonomer	Specialister
Fysioterapeuter	Specialkonsulenter
Fysioterapeuter, kliniske undervisere	Speciallægekonsulenter
Husassistenter	Sundhedsmedhjælpere
Håndværkere	Sundhedsservicesekretær
Ikke-uddannede lægesekretærer	Sygehjælpere
Jurister og økonomer	Sygehuslæger (hon.løn)
Kandidatuddannede	Sygeplejevikarer
Kliniske diætister	Tandklinikassistenter
Kontorassistenter	Tandlæger
Kontorelever	Telefonister
Kontorserviceelever	Timelønnede uudd. Servicemedarbejdere
Laboranter	Ufaglærte serviceassistenter
Ledende bioanalytikere	Ungarbejdere
Ledende lægesekretærer	Øvr. Akademikere
Ledende radiografer	Øvr. akademikere, skalatrinaflønnede
Ledere	Øvr. social- og sundhedspersonale
Lægesekretærelever	Øvr. syge- og sundhedspersonale
Lægesekretærer	Øvrige
Magistre	Øvrigt kontor- og It-personale
Medicinstud. i underordnet lægestilling	Operationsteknikere
Musikterapeuter	

7.2. Beskrivelse af algoritme for population af graviditeter i øget risiko

Kontakter i graviditeten kodes med en aktionsdiagnose (graviditet førstegangsfødende, -flergangsfødende eller paritet ukendt) samt eventuelle bidiagnoser for komplicerende tilstande. Algoritmen for graviditet i øget risiko er baseret på udvalgte diagnose- og ydelseskoder med relevans for en kompliceret graviditet (se tabel). Der er primært tale om DO* koder samt visse DZ* og procedure koder. Nogle få koder inden for DI*, DG*, DK* og DQ* er medtaget. Fødselskomplikationer, scanninger og antal kontakter under graviditeten indgår ikke i algoritmen.

Udfærdigelse af en algoritme på basis af koder er komplekst. Derfor vil der være komplicerede graviditeter, der ikke er inkluderet i algoritmen, mens nogle inkluderede graviditeter kun vil have givet anledning til begrænsede ekstra ressourcer. Der tages forbehold for, at registreringspraksis i et vist omfang kan variere fra fødested til fødested. Samme diagnose kan afspejle en forbigående tilstand eller en meget kompliceret graviditet evt. med behov for specialiseret behandling. Der forsøges at tage højde for dette ved at kontakter med varierende kompleksitet (blå tekst) enten ledsages af en indlæggelse eller forekommer flere gange, mens det er tilstrækkeligt hvis sikkert komplicerende kontakter (rød tekst) forekommer en enkelt gang, for at graviditeten kategoriseres som i øget risiko.

Tabel B3: Oversigt over algoritmen

Risikofaktorer, der er registreret mellem GA 12+0 og fødsel på graviditetskontakter. Visse oplysninger, såsom BMI, trækkes fra fødselskontakten
Prægravid BMI > 34,9 eller < 18
Og/ eller
Alder ved GA 0+0 >= 40 år
Og/ eller
Rød kontakt
Og/ eller
Blå kontakt med indlæggelse > 12 timer
Og/eller
2 blå kontakter med min. 10 dages interval

Tabel B4: Oversigt over inkluderede SKS-koder

Diagnose-/procedurekode (SKS)		Kommentar
Risikofaktorer kendt før aktuelle graviditet		
DZ357	Graviditet med sociale problemer	
DZ358*	Højrisikograviditet	Alle diagnoser fraset DZ358H, DZ358F, DZ358L, DZ358M18, DZ358M3, DZ358J
DZ875B	Anamnese med tidligere anlagt abdominal cerclage	
DZ980*	Tilstand med intestinal bypass eller anastomose	
Tidligere graviditetskomplikationer		
DO262	Graviditet efter tidligere habituel abort	
DZ352	Graviditet efter tidligere peri- eller neonatalt dødsfald	
DO342	Graviditet med cicatrice i livmoderen efter tidligere indgreb	
DO339	Mekanisk misforhold UNS	
DZ875	Anamnese med komplikationer til graviditet, fødsel eller barselsperiode	
DZ875A	Anamnese med cervixinsufficiens	
DZ875C	Anamnese med sphincterruptur	
DZ867*	Anamnese med kredsløbssygdom	
DO100	Graviditet, fødsel eller barsel med forud bestående komplicerende blodtryksforhøjelse	
DO99*	Andre sygdomme hos moderen, som klassificeres i andre kapitler, men som komplicerer graviditet, fødsel og barselsperiode	
Komplicerende tilstande i aktuelle graviditet		
DG560	Karpaltunnelsyndrom	Kun relevant ved procedurekode for igangsættelse af fødsel

DN832X	Ovariecyste UNS	
DO05*	Provokeret abort efter udgangen af 12. graviditetsuge	
DO139	Graviditetsbetinget hypertension uden proteinuri	
DO14*	Præeklamsi	
DO15*	Eklamsi	
DO169	Blodtryksforhøjelse under graviditet UNS	
DO211	Svære graviditetsopkastninger med metaboliske forstyrrelser	
DO222-223	Dyb tromboflebitis i graviditeten	
DO225*	Venøs trombose i hjernen i graviditeten	
DO230	Pyelonefritis i graviditeten	
DO24*	Graviditet med gestationel diabetes	
DO266*	Lever sygdom i graviditeten	
DO267	Bækkenløsning i graviditeten	Kun relevant ved procedurekode for igangsættelse af fødsel
DO268B	Molimina gravidarum	Kun relevant ved procedurekode for igangsættelse af fødsel
DO30*	Tvillingegraviditet	
DO320-322	Graviditet med abnorm fosterstilling	Krav til samtidig procedurekode KMAB10, KMAB20 og/eller KMCA*
DO340*-DO344B	Graviditet med erkendt eller mistænkt abnorm tilstand i den bløde fødselsvej	
DO348G	Graviditet med kort cervix (< 25 mm)	
DO35*	Graviditet med erkendt eller mistænkt unormalt eller beskadiget foster	

DO36*	Graviditet med andre abnorme tilstande hos foster	
DO409	Hydramnion	
DO41*	Andre sygdomme i amnionvæske og fosterhinder	
DO42*	Vandafgang	
DO430-431	Sygdomme i moderkagen	
DO431E	Vasa praevia	
DO438E	Subchorisk hæmatom	
DO44*	Forliggende moderkage	
DO45*	For tidlig løsning af moderkagen	
DO468A	Blødning i graviditet efter 22 uger	
DO472	Truende for tidlig fødsel	
DO489	Overbåren graviditet UNS	
DO499	Graviditetslængde som hovedindikation for igangsættelse af fødsel	
DO98*	Infektioner og parasitære sygdomme hos moderen, som klassificeres i andre kapitler, men som komplicerer graviditet, fødsel og barselsperiode	
Procedurer i aktuelle graviditet (fraset igangsættelse og kejsersnit)		
BKXA6	Anvendelse af cervix pessar	
KMAB*	Forskellige operationer på gravid uterus og foster	
KLDD10*	Cervixplastik	
BKHA*	Profylaktisk medikamentel behandling under graviditet, fødsel og barsel	
BKHG*	Behandling med vehæmmende middel	
BBHF32	Behandling med højdosis binyrebarkhormon	
BKUA1*	Konsultation ved obstetriker	

BKUW1	Andre psyko-soziale interventioner vedrørende graviditet og fødsel	
Procedurer til igangsættelse af fødsel		
BKHD20*	Igangsættelse af fødsel med prostaglandin	
BKHD21	Igangsættelse af fødsel med oxytocin	
KMAC00	Igangsættelse af fødsel med hinde-sprængning	
KMAC96A	Igangsættelse af fødsel med ballon-kateter	
Ydelser i forbindelse med sen abort		
BKHD44	Medicinsk induceret abort med anti-progesteron efter 12 graviditetsuger	
BKHD45	Medicinsk induceret abort med progesteron efter 12 graviditetsuger	
BKHD46	Medicinsk induceret abort med anti-progesteron og prostaglandin efter 12 graviditetsuger	

7.3. Metode til simulering af fordelingen af kvinder i aktiv fødsel fra time til time.

Simuleringen af fødsler baserer sig på en diskret-begivenhedssimulering (*eng: discrete-event simulation*), som simulerer tilstanden i et system over tid. Systemet er i dette tilfælde en fødeafdeling og tilstanden er antallet af fødsler, som er i gang i en given klokke-time på en given dag.

Simuleringen tager som input en begyndelses- og slutdato for en periode samt antallet af fødsler, der forventes i perioden. Herefter fordeler den fødslerne på dage og timer, og beregner, hvor mange fødsler der er i gang hver klokke-time. Simuleringens output er en tabel som viser, hvor mange fødsler som er i gang time for time. Simuleringen er gentaget 100 gange, og frekvensen af hver tilstand er beregnet samlet for alle gentagelser.

Simuleringen tager højde for fordelingen af fødsler på måneder og ugedage. For igangsatte fødsler tages der også højde for tidspunkt på døgnet, mens der for spontane fødsler sås en tæt på uniform fordeling på klokke-timer. Fødslernes varighed er fastsat som den gennemsnitlige varighed for hver af fire typer fødsler: Spontane og igangsatte krydset med førstegangsfødende og flergangsfødende. Der tages ikke hensyn til, om fødslen

forløses vaginalt eller ved kejsersnit. Dog er 10 pct. af de forventede fødsler trukket fra som planlagte kejsersnit. Antagelsen er, at der i vagtplanlægningen på forhånd tages højde for planlagte kejsersnit.

Datagrundlaget er antallet af levendefødte pr. dag de sidste ti år fra Danmarks Statistik og data fra fødeafdelingen på Amager og Hvidovre Hospital, som beskriver antallet af fødsler fra time til time og for hver ugedag, samt den gennemsnitlige varighed af hver type fødsel.

Den antagne fordeling af fødsler i forskellige typer samt gennemsnitlige varighed fremgår af tabel B5.

Tabel B5: Andel og varighed af fødselstyper

Fødselstype	Andel	Varighed (timer)
Planlagte kejsersnit	10 pct.	Ikke relevant
Spontane førstegangsfødsler	35 pct.	12,01
Igangsatte førstegangsfødsler	16 pct.	15,94
Spontane flergangsfødsler	31 pct.	7,20
Igangsatte flergangsfødsler	8 pct.	10,84

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥ + ●