

BETÆNKNING II

AFGIVET AF

DET AF INDENRIGSMINISTERIET
NEDSATTE UDVALG

VEDRØRENDE

FØDSELSHJÆLP M.V

BETÆNKNING NR. 160

1956

Socialministeriets
bibliotek

61.68/10 ex.3

INDHOLDSFORTEGNELSE

	Side
<i>Indledning</i>	7
<i>Kapitel I. Udvalgets opgaver. De økonomiske spørgsmål.</i>	
A. Indledende bemærkninger	9
B. Adgangen til dækning af konkrete udgifter i forbindelse med svangerskab og fødsel	10
1. Læge- og jordemoderhjælp	10
2. Sygeplejerekvisitter	10
3. Barselpleje og anden bistand	11
4. Ernæring. Styrkende præparater etc.	11
5. Udstyr til moder og barn	11
6. Rekreationsophold	11
C. Almindelig økonomisk støtte	11
1. Spørgsmål om indførelse af en moderskabsydelse	11
2. Dagpengeordningen	12
<i>Kapitel II. Den nuværende ordning med hensyn til ude/ødsler, herunder træk af den historiske udvikling.</i>	
A. Institutioner, på hvilke fødende modtages	13
1. Statens hospitaler	14
a. Rigshospitalet	14
b. Statens fødselsanstalt i Jylland	16
c. Statshospitalet i Sønderborg	17
2. De kommunale sygehuse	18
a. Retsgrundlaget	18
b. Praksis	20
c. Udviklingen	22
3. Kommunale fødehjem	22
a. Forsorgslovens § 37	22
b. Praksis	23
4. Private sygehuse	23
5. Privatkliniker	24
6. Private fødekliniker og fødehjem	24
B. Lovgivningens stilling iøvrigt	24
1. Sygekasseordningen	24
a. De statsanerkendte sygekasser m. fl.	24
b. Forsættelsessygekasser (statskontrollerede sygeforeninger for bemedlede personer).	26
2. Kommunernes ydelse af barselhjælp	26
3. Mødrehjælpen	26

Kapitel III. Forholdene i udlandet.

Side

A. Sverige	28
1. Adgangen til indlæggelse og betalingen herfor.	28
2. Institutionernes karakter.	29
3. Den nuværende tilstand.	30
B. Norge	32
C. Finland	32
D. England.	33
E. Holland.	34
F. Belgien.	34
G. Frankrig.	35
H. U.S.A.	35

Kapitel IV. Bedømmelse af den hidtidige tilstand. Tidligere fremsatte reformforslag.

A. Udvalgets bedømmelse	37
B. Befolkingskommissionens stilling til spørgsmålet om formen for udefødsel.	38
C. Betænkningen angående ændring af svangerskabslovgivningen m. v.	39

Kapitel V. Grundlaget for en nyordning.

A. Den almindelige målsætning	41
B. Hovedproblemer.	41
1. Fordele og ulemper ved udefødsler.	41
2. De forskellige typer af fødselsinstitutioner.	43
a. Specialafdelinger.	43
b. Fødeafsnit på almindelige sygehuse.	45
1. Lægelig bedømmelse	45
2. Økonomisk bedømmelse.	45
c. Fritstående fødehjem og fødeklíniker.	46
1. Lægelig bedømmelse m. v.	46
2. Økonomisk bedømmelse.	47
d. Fødselsophold i jordemoderens hjem.	47
e. Ambulante udefødsler.	47
3. Om specialafdelingernes behandlingsresultater.	48
4. Resumé.	49

Kapitel VI. Behovet for udefødsel.

A. Indledende bemærkninger.	50
B. Fødselstallets udvikling.	50
C. Bemærkninger om mødre- og børnedødelighed. Patologiske fødsler.	51
1. Dødeligheden	51
2. Tilfælde, hvor sygehusindlæggelse er særligt påkrævet aflægelige grunde.	52
3. Konklusion.	56
D. Tilfælde, hvor hjemmefødsel er utilrådelig på grund af ydre forhold	57
1. Enlige mødre	57
2. Dårlige boligforhold.	58
3. Manglende hjælp i hjemmet	59
4. Konklusion.	59

	Side
E. Hensynet til de fødendes egne ønsker.	59
1. Almindelige erfaringer.	59
2. Udvalgets undersøgelser.	60
3. Konklusion	60
F. Resumé	60

Kapitel VII De nærmere retningslinier for den fremtidige udvikling.

A. Af hvilke elementer skal en fremtidig ordning bestå ?.	61
B. Hvem skal have adgang til indlæggelse ?.	62
C. Hvem skal drive fødselsinstitutionerne ?.	62
D. Hvorledes skal de økonomiske byrder fordeles ?.	63
1. Anlægsudgifter	63
2. Driftsudgifter.	63
a. Det offentlige.	63
b. Patienter og sygekasser.	64
E. De forebyggende undersøgelser. Visitation af patienterne	64
F. Svangrehjem. Rekonvalescens.	65
G. Forholdet til jordemoderordningen og klinikerne. Fribefordring	65
H. Koordinering	66
I. Udgiftsberegninger.	67
1. Anlægsudgifter.	67
2. Driftsudgifter.	67
K. Resumé.	68

Kapitel VIII. Beliggenhed og indretning affødselsinstitutioner.

A. Beliggenhed	69
B. Indretning	70
1. Almindelige bemærkninger.	70
a. Kapacitet	70
b. Forbindelse med andre afdelinger	71
c. Indbyrdes placering af afdelingens enkelte led	71
d. Andre forhold	71
2. Særligt om behandlingsafsnit	72
a. Indhold	72
b. Modtagelse	72
c. Fødegang og operationsafsnit	72
d. Ambulatorium	72
3. Særligt om sengeafsnit	73
a. Sygestuer.	73
b. Birum	75
4. Andre forhold.	75

Kapitel IX. Nogle bemærkninger om driften affødselsinstitutioner m. v.

A. Personalet	77
1. Læger.	77
2. Jordemødre.	78

	Side
3. Sygeplejepersonale m. v.	78
4. Supplerende bemærkninger.	78
B. De præmature børn	79
C. Identifikationssystemer.	79
D. Besøg	80
E. Resumé af kapitlerne VIII og IX.	80
<i>Kapitel X. Om narkose ved hjemme/ødsler.</i>	<i>82</i>

BILAG

1. Uddrag af vedtægter og takstregulativer for kommunale sygehuse.	85
2. Redegørelser vedrørende ambulante fødsler.	88
3. Resumé af beretning om studiebesøg i Sverige i september 1952.	94
4. Forekomsten af udefødsler i amtslægekredsene.	96
5. Skrivelse af maj 1949 fra det statistiske departement ang. bearbejdelse af det af fødselshjælpsudvalget indsamlede materiale vedrørende kvindernes ønske om at føde i eller uden for hjemmet	97
6. Tuberkuloseundersøgelse af svangre.	108
7. Bestemmelser vedrørende medicinalpersonalet	112
8. Bestemmelser vedrørende tilsyn med fødselsinstitutioner og lignende.	113

Indledning.

Under 8. februar 1947 nedsatte indenrigsministeriet et udvalg vedrørende fødselshjælp m. v. Udvalget afgav 22. januar 1952 en betænkning angående jordemodervæsenet. På grundlag af denne er gennemført lovene nr. 89 af 31. marts 1953 om distriktsjordemødre og nr. 90 af samme dato om udøvelse af jordmodergerning.

Siden den nævnte betænkning blev afgivet, er der sket forskellige forandringer i udvalgets sammensætning. Direktør *L. P. Borberg* er afgået ved døden, og fru *Lis Groes* samt borgmester *Ferd. Jensen* er udtrådt af udvalget. Som nye medlemmer er beskikket overlæge, dr. med. *H. Krieger Lassen* og borgmester *Sigurd Schytz*.

Udvalgets tidligere sekretærer er afløst af afdelingslæge *Inge Jespersen* og sekretær i indenrigsministeriet *Holger Pilø*. De pågældende har tillige virket som sekretærer for underudvalget.

Udvalgets arbejde siden afgivelsen af ovennævnte betænkning har særlig vedrørt de opgaver, der ved udvalgets nedsættelse blev angivet således af indenrigsministeriet:

»Det vil være udvalgets opgave på grundlag af overvejelser over udviklingen på fødselshjælpens område at tage stilling til, hvorvidt fødselshjælp fremtidig fortrinsvis bør ydes i hjemmene eller på sygehuse og fødehjem m. v., idet der herved foruden til lægevidenskabens krav tages hensyn til de ændringer, som samfundsforholdene i de senere årtier er undergået på forskellige områder, såsom befolkningens boligforhold, vanskelighederne ved at få tilstrækkelig huslig medhjælp og samfærdselsmidlernes udvikling. I tilknytning hertil må det endvidere overvejes, hvilken økonomisk støtte der fra det offentlige side bør ydes for at åbne hele befolkningen adgang til, at fødsler kan foregå

på den mest hensigtsmæssige måde, samt hvilke ændringer hertil sigtende foranstaltninger måtte nødvendiggøre i de gældende sociale og sundhedsmæssige forskrifter.«

Det grundlæggende arbejde er udført af 2 underudvalg, af hvilket det ene skulle undersøge de former, under hvilke udefødsler bør finde sted, det andet behandle de økonomiske problemer for de fødende, hvad enten fødslen foregår hjemme eller ude.

Det førstnævnte underudvalg havde ved afslutningen af sit arbejde følgende sammensætning:

Professor, overaccoucheur, dr. med. *H. E. Brandstrup*, formand,
kontorchef *T. C. Wedel-Heinen*, næstformand,
læge *K. H. Backer*,
distriktsjordemoder fru *Karen Hansen*,
overlæge *E. Juel Henningsen*,
proprietær *Åd. C. Korsgaard*,
overlæge, dr. med. *H. Krieger Lassen*,
jordemoder fru *Olga Limschou*,
overlæge *Ekkert Petersen* og
borgmester *Sigurd Schytz*.

Underudvalget har afholdt 8 møder og desuden aflagt besøg på institutioner, hvor fødende modtages. De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark har haft lejlighed til over for underudvalget at give udtryk for deres syn på de problemer vedrørende sygekasseme, der rejser sig i forbindelse med underudvalgets arbejde.

Underudvalget har gennemgået de gældende regler om udefødsler og foretaget en undersøgelse af indenrigsministeriets praksis med hensyn til godkendelse af planer for fødeafdelinger, takstregulativer etc.

Til brug ved underudvalgets arbejde har sundhedsstyrelsen fra samtlige sygehuse, kli-

niker m. v. indhentet oplysninger om fødslerne uden for hjemmet i året 1950. Det således tilvejebragte materiale er blevet bearbejdet af sundhedsstyrelsens medicinal-statistiske kontor. Endvidere har underudvalget indhentet oplysninger direkte fra en række sygehuse. Dels gennem udenrigsministeriet og dels ved sundhedsstyrelsens bistand er der fremskaffet oplysninger om udefødsler i andre lande med et veludviklet sundhedsvæsen. Endelig har stadslæggen i København og embedslægerne i Københavns amt tilvejebragt oplysninger om ambulante fødsler. Professor, dr. med. *Oluf Andersen* og forstanderinde, frk. *Eli Magnussen* har bistået udvalget ved udarbejdelsen af kapitlerne VIII og IX.

På det således skabte grundlag har underudvalget indgående drøftet, hvorledes udefødslerne i fremtiden bør tilrettelægges, således at man kan drage nytte af den udvikling, der allerede har fundet sted, og er herfter fremkommet med en redegørelse, der danner grundlag for kapitlerne II—IX i nærværende betænkning.

Det underudvalg, der har behandlet de økonomiske problemer, bestod ved arbejdets afslutning af følgende:

Direktør for sygekassevæsenet, frk. *Alice Bruun*, formand,
socialdirektør *Orla Jensen*,
læge *A. Clausager-Madsen*,
jordemoder, fru *Olga Limschou* og
direktør, fru *Vera Skalts*.

Underudvalget har afholdt 5 møder.

Der er foretaget en gennemgang af lovregler, betænkninger m. v., der vedrører de økonomiske forhold for de fødende, og man har gennem mødrehjælpen, Københavns kommune m. fl. indhentet forskellige supplerende oplysninger.

På baggrund af det således tilvejebragte materiale har underudvalget taget stilling til forskellige økonomiske problemer. Underudvalgets indstilling ligger til grund for den væsentligste del af fremstillingen i betænkningens kapitel I.

Endelig har fødselshjælpsudvalget fundet det rimeligt at fremsætte enkelte bemærkninger om jordemødrenes eventuelle selvstændige ret til at give narkose, hvilket er sket i kapitel X.

Udvalget ønsker at fremhæve, at man med det i nærværende betænkning indeholdte forslag om en ændret organisation af fødselsinstitutionerne har stræbt efter at give retningslinier, der kan anvendes af de offentlige myndigheder i deres fortsatte arbejde med inden for dette område at videreudvikle det grundlag, der allerede findes. Dette vil i det væsentlige kunne ske administrativt. De lovændringer, der er fornødne for gennemførelsen af forslagene, består væsentligst i ændring af enkelte paragraffer i sygehusloven og lovene om folkeforsikring og om offentlig forsyrg. Udvalget har ikke anset det for formålstjenligt på indeværende tidspunkt at udarbejde konkrete forslag hertil.

Med afgivelsen af denne betænkning betragter udvalget sit arbejde som afsluttet.

Den 4. august 1956.

Ellen Villemoes Andersen.	K. H. Backer.	Ebbe Brandstrup, formand.	Alice Bruun.
Clausager-Madsen.	Rud. Conrad.	E. Falbe-Hansen.	Karen Hansen.
Hj. Heerup.	E. Juel Henningsen.	Fanny Jensen.	Orla Jensen.
M. C. Korsgaard.	H. Krieger Lassen.	Olga Limschou.	Cathinka Mikkelsen.
Marie Moldberg-Kjeldsen.	Ekkert Petersen.	Sigurd Schytz.	
Vera Skalts.	A. Skovgaard.	T. Wedel-Heinen, næstformand.	
		<i>Inge Jespersen.</i>	<i>H. Pilø.</i>

Kapitel I.

Udvalgets opgaver. De økonomiske spørgsmål.

A. Indledende bemærkninger.

Ved nedsættelsen af udvalget vedrørende fødselshjælp m. v. fik udvalget blandt andet til opgave at tage stilling til, hvorvidt fødselshjælp fremtidig fortrinsvis bør ydes i hjemmene eller på sygehuse og fødehjem m. v. Det skulle endvidere overvejes, hvilken økonomisk støtte der fra det offentlige side bør ydes for at åbne hele befolkningen adgang til, at fødsler kan foregå på den mest hensigtsmæssige måde, samt hvilke ændringer hertil sigtende foranstaltninger måtte nødvendiggøre i de gældende sociale og sundhedsmæssige forskrifter.

Udvalgets opgaver svarer stort set til, hvad en under World Health Organization nedsat ekspertkomité i sin i 1951 afgivne første rapport*) har defineret som fødselshjælp (»maternity care») i snævrere forstand. I rapporten udtales: »Formålet med fødselshjælp er at sikre, at enhver svanger og fødende kvinde bevarer en god helbredstilstand, lærer at pleje sit barn, får en normal fødsel og føder sunde børn. Fødselshjælp i snævrere forstand består i omsorg for den svangre kvinde, en betryggende nedkomst for hende, undersøgelse af moderen i perioden efter fødslen, pleje af det nyfødte barn og bevarelse af moderens evne til at amme barnet.«

De foranstaltninger af almindelig karakter, der er truffet her i landet på dette område har hvilet på den forudsætning, at fødsel i hjemmet var den altovervejende hovedregel. Gennem forskellige bestemmelser i lovgivningen, bl. a. i lægeloven og navnlig ved jordemoderlovgivningen, er der søgt tilvejebragt sikkerhed for, at der altid vil kunne ydes tilstrækkelig sagkyndig assistance ved sådan fødsel, og gennem de sociale love er de økonomiske byrder, en hjemmefødsel forvolder, begrænset stærkt. Anderledes stiller det sig

i mange henseender, hvis fødslen foregår uden for hjemmet.

Forsorgslovens § 37 indeholder ganske vist bestemmelser om, at kommunerne med socialministerens godkendelse kan etablere kommunale fødehjem til brug for ubemidlede personer. Denne bestemmelse har imidlertid uden for København fundet meget ringe anvendelse. På rigshospitalets fødeafdelinger og på fødselsanstalten i Jylland modtages endvidere fødende fra hele landet, men kapaciteten er begrænset. Løvrigt hviler adgangen for fødende til at opnå indlæggelse på offentlig institution på vekslende lokal praksis.

Som omtalt i den af udvalget afgivne betænkning vedrørende jordemodervæsenet har der gennem de senere år fundet en forskydning sted mellem antallet af fødsler i hjemmet og fødsler på sygehuse, fødehjem, klinikker o. lign., og sideløbende hermed er der sket en udvikling i retning af at skabe muligheder for at imødekomme det behov, som denne forskydning er udtryk for. Denne udvikling har imidlertid haft en noget tilfældig karakter og været præget af spredt initiativ. Erfaringer såvel her i landet som i andre lande viser, at der er trang til almindelige retningslinier til at lede udviklingen på dette område.

Udvalget har — efter at selve jordemodervæsenets organisation nu er fastlagt for en årrække fremover — anset det for at være sin hovedopgave at bidrage til at få skabt tilfredsstillende forhold for de udefødende, og nærværende betæknings kapitler II—IX omhandler derfor dette spørgsmål, medens der i kapitel X gøres nogle bemærkninger om, hvorvidt jordemødre bør have en selvstændig ret til at give narkose.

Inden man går over til den nærmere behandling af disse emner, skal man dog kort

*) WHO. Technical Report Series, No. 51.

behandle visse, overvejende økonomisk betegnede forhold vedrørende de fødende, der enten ikke står i forbindelse med valget af fødested eller kun vedrører hjemmefødsler. Man skal iøvrigt henvise til, at de fødendes økonomiske problemer er udførligt behandlet af befolkningskommissionen af 1935 og svangerskabskommissionen af 1950.

Fremstillingen er i det væsentlige begrænset til forhold, der vedrører svangerskabet, fødslen og den egentlige barselperiode. De særlige spørgsmål i forbindelse med fødsel af børn uden for ægteskab (barselfærdsbidrag o. lign.) berøres ikke.

Det må ved gennemlæsningen af det følgende erindres, at mødrehjælpsinstitutionerne kan yde hjælp af forskellig art og direkte økonomisk støtte på mange områder, men at deres økonomiske muligheder er ret begrænsede, jfr. svangerskabskommissionens betænkning af 1954 pag. 36 om hushjælp, pag. 38—39 om hjælp til spædbørnsudstyr m. v. og pag. 42—43 om forskellige former for individuel hjælp (kompensation for tabt arbejdsfortjeneste, hushjælp, hjælp til anskaffelser m. v.). Kommissionen går ind for en udvidelse af hjælpen.

B. Adgangen til dækning af konkrete udgifter i forbindelse med svangerskab og fødsel.

De særlige økonomiske problemer vedrørende udefødslerne er udførligt behandlet andet sted, se især pag. 63 ff.

1. Læge- og jordemoderhjælp.

Spørgsmålet om profylaktiske undersøgelser under svangerskabet er i det væsentlige løst ved lov nr. 472 af 1. oktober 1945 om svangerskabshygien, der skabte hjemmel for, at kvinder i anledning af svangerskab gratis kan få foretaget forebyggende helbredsundersøgelser hos læge og jordemoder. I 1952 er der yderligere for kvinder, der bor på landet, indført fribefordring til undersøgelsen i den 37.—38. svangerskabsuge. Staten afholder alle udgifter ved undersøgelser og befordring.

Den gældende sygekasseordning skulle endvidere sikre, at der ikke er økonomiske hin-

dringer for, at den fødende får forsvarlig hjælp ved fødsel i hjemmet. Der ydes fri jordemoderhjælp og om fornødent fri lægehjælp samt de nødvendige forbindsstoffer. Spørgsmålet om de hjemmefødende kvinders adgang til narkose er nu til dels løst i praksis. Folkeforsikringslovens § 19 hjemler nydende sygekassemedlemmer adgang til at opnå dækning af udgifter til sådan lægehjælp, som af jordemoderen skønnes nødvendig. Efter hvad der foreligger oplyst, er det almindeligt, at sygekasserne også refunderer lægehjælp, der alene består i ydelse af narkose. Om narkosespørgsmålet skal iøvrigt henvises til betænkningens kapitel X.

Adgangen til fribefordring" er imidlertid ikke altid tilstrækkelig; således kan der ikke ydes fribefordring til en jordemoder, der bor i samme by som den fødende, uanset at hun overfor patienten har krav på godtgørelse af transportudgifter. Udvalget går ud fra, at fribefordringsreglerne vil blive gjort til genstand for en samlet overvejelse i sygeforsikringskommissionen.

Forsorgsloven hjemler lignende rettigheder for det trængende ikke-sygekassemedlem som de i folkeforsikringsloven for sygekassemedlemmer omhandlede, og gennem fortsættelsessygekasserne er der givet den mere velstillede del af befolkningen mulighed for at dække sig ind for en væsentlig del af udgifterne ved fødsel i hjemmet. Ifølge mønstervedtægten for disse kasser ydes jordemoderhjælp efter regning, dog højst med 75 kr., og lægehjælp ved fødsel med indtil 75 kr.

Udvalget vil dog henlede opmærksomheden på spørgsmålet om jordemoderhonorarer for selvbetalende patienter. Mindstehonoraret er fastsat til 125 kr. For skattepligtige indtægter over 12.500 kr. beregnes 1 pct. af denne indtægt, dog højst 400 kr. Fødselshjælpsudvalget gik i sin betænkning af 1952, pag. 44—45, ind for, at honoraret burde sættes i forhold til ydelsens omfang og ikke til patientens indtægt.

2. Sygeplejerekvitter.

Gennem den kommunale barselpleje i København kan de fødende låne visse sygeplejerekvitter som bækken, voksdugsunderlag og eventuelt lagner o. lign. til sikring af barsel sengens hygiejne. Ligeledes stiller hjemmesygeplejevirkomhederne rundt omkring i et

vist omfang sådanne ting til rådighed. Efter det for udvalget oplyste skulle der ikke være behov for ændringer på dette område.

3. Barselpleje og anden bistand.

Udvalget ønsker dernæst at pege på, at adgangen for den hjemmefødende kvinde til en betryggende barselpleje inden for økonomisk overkommelige rammer er ufuldkommen, idet den mange steder er betinget af medlemsskab enten af en sygekasse, der yder hjemmesygepleje, eller af en hjemmesygeplejeforening, og den i forsorgslovens § 274 omhandlede kommunale hjemmesygepleje er ikke alle steder tilstrækkelig, jfr. herom betænkningen om hjemmesygeplejen i Danmark, pag. 40 ff.

Udvalget har overvejet, om barselplejersken behøver at være en fuldt uddannet sygeplejerske, jfr. iøvrigt herved bestemmelsen i forsorgslovens § 274, stk. 3, hvorefter kravet om, at sygeplejeren skal være uddannet, kan frafaldes ved normalt forløbende fødsler.

Man finder det imidlertid rigtigt, at barselplejersken er sygeplejeuddannet. Såfremt der er hjemmesygeplejersker, der ikke selv kan overkomme at udføre barselplejen, skulle det dog være forsvarligt, at kvalificerede husmoderafløsere tager del i denne under hjemmesygeplejerskens instruktion og anvisning. Skulle der ikke findes hjemmesygeplejerske, bør jordmoderen foretage den fornødne instruktion og føre tilsyn med husmoderafløserens virksomhed ved barselplejen.

Selve spørgsmålet om hushjælp er nu for en stor del løst gennem husmoderafløsningen. Hjælpen ydes sædvanligvis i 14 dage efter normal fødsel, men det må erindres, at der ikke i alle kommuner findes husmoderafløsere, jfr. pag. 59.

4. Ernæring. Styrkende præparater etc.

Ved lov nr. 362 af 4. juli 1946 om mælkehjælp er der sikret vedkommende kvinde gratis mælk i forbindelse med svangerskab og fødsel. Lovens sygekassegrænse forekommer dog mindre rimelig i betragtning af lovens profylaktiske karakter. En sidestilling med lovene om spædbørnssundhedsplejersker, svangerskabshygienje og lægeundersøgelse af børn, hvilke love ikke kender en sådan grænse, synes mere naturlig.

Medens økonomiske vanskeligheder herfter ikke skulle hindre nogen i at købe mælk i det ønskelige omfang, ydes der ikke i almindelighed hjælp til indkøb af vitaminpræparater, heller ikke fra sygekassens side. Udgiften til disse præparater er dog ret begrænset.

5. Udstyr til moder og barn.

Her ligger nogle af de betydeligste vanskeligheder.

Der vil i mange tilfælde blive tale om en udgift til anskaffelse af særlig beklædning til svangerskabstiden.

Et spædbarnsudstyr, omfattende trøjer, bukser, bleer o. s. v., seng og sengeudstyr, barnevogn m. v., kan endvidere — hvis det skal opfylde rimelige krav — i dag koste omkring 700 kr. Mødrehjælpsinstitutionen yder et nødtørftigt spædbarnsudstyr (dog kun i visse tilfælde seng og barnevogn) til mødre med indtægt under $\frac{1}{2}$ sygekassegrænse.

Det er naturligt, at det i meget høj grad er de heromhandlede betydelige udgifter, der har dannet baggrund for forslagene om en moderskabsydelse, jfr. herom nedenfor under C. 1.

6. Rekreationsophold.

For gravide kvinder og kvinder, der nylig har overstået en fødsel, kan et rekreationsophold være hårdt tiltrængt. En hvileperiode borte fra hjemmet under gode og sunde forhold og med betryggende lægeligt tilsyn kan være en helt afgørende hjælp. Mødrehjælpen i København driver 3 rekreationshjem, men der er på dette område et udækket behov, hvad også svangerskabskommissionen har været inde på. Udvalget er enig i det af svangerskabskommissionen udtalte, jfr. kommissionens betænkning pag. 35—36.

C. Almindelig økonomisk støtte.

1. Spørgsmål om indførelse af en moderskabsydelse.

Udvalget kan principielt tilslutte sig tanken om indførelse af en moderskabsydelse, som først har fundet udtryk herhjemme i befolkningskommissionens betænkning af 1938. Udvalget kan tiltræde det om en sådan ydelse i svangerskabskommissionens betænkning pag.

39 udtalte. Man skal henlede opmærksomheden på, at det formentlig vil være ønskeligt, at ydelsen i visse tilfælde kan gives i form af naturalier.

Udvalget er af den opfattelse, at det er af vigtighed, at ethvert skær af forsorg undgås, og at ydelsen fremtræder som en ret for enhver kvinde, uanset indtægtsforhold. Man erkender, at de gældende regler om børnetilskud etc. har været af megen betydning, men det vil være af særlig betydning, om en moderskabsydelse kan komme til udbetaling, når pengene skal bruges.

Der er i forbindelse med forslagene om en skattereform fremsat forslag til en lov, der omfatter såvel et (forhøjet) børnetilskud som en moderskabsydelse = 1 års tilskud. Loven er hidtil ikke gennemført.

2. Dagpengeordningen.

Udvalget finder anledning til at pege på den ganske irrationelle ordning af barseldagpengene efter det nuværende system. Det er således uheldigt, at de særlige, i sig selv knappe dagpenge — for de tre kommunegrupper henholdsvis 7,10 kr., 5,70 kr. og 4,30 kr. — der i henhold til folkeforsikringslovens § 19 tilkommer kvindelige sygekassemedlemmer, der omfattes af arbejderbeskyttelseslovgivningen, ikke udbetales i 14 dage umiddelbart efter fødslen, hvor disse dagpenge erstattes af den almindelige dagpengeydelse, som den pågældende måtte have sikret sig fra sygekassen i tilfælde af sygdom. Denne sidste dagpengeydelse er for langt de fleste kvinder betydeligt lavere, og i adskillige tilfælde har kvinden overhovedet ikke sikret sig dagpenge. Endvidere forekommer det ganske urimeligt, at de særlige dagpenge for kvinder, der omfattes af arbejderbeskyttelseslovgivningen, helt erstattes med eventuelle almindelige sygedagpenge, så længe svangerskab og barselperiode er sygeligt forløbende.

Har de pågældende kvinder ikke ret til dagpenge efter folkeforsikringslovens § 19, udbetales der i trangtilfælde af kommunen fornøden hjælp, der dog må være mindre end dagpenge efter § 19.

Udvalget ønsker at pege på, at forskellen mellem dagpengeydelse efter folkeforsikringslovens § 19 i de forskellige kommunegrupper er større end rimeligt. Man skal i denne forbindelse henviser til den redegørelse

om aftrapning efter lokalitet af ydelser og indtægtsgrænser inden for sociallovgivningen, som er udarbejdet af socialministeriets statsvidenskabelige konsulent. Redegørelsen er optaget som bilag til betænkningen om folkepensionen af 1955 (bilag 5, underbilag 7). Det fremgår heraf, at dagpengehjælpen efter fødsel er aftrappet stærkere end nogen anden ydelse. Aftrapningen må være begrundet i en antagelse om en ret stor forskel i kvinders lønninger i de tre kommunegrupper, men forskellen er antagelig stærkt overvurderet.

Udvalget finder det iøvrigt beklageligt, at mange — også hjemmearbejdende — kvinder kun har sikret sig ganske lave dagpenge i sygdomstilfælde. Især hvis tanken om en moderskabsydelse ikke realiseres, ville det være af betydning, at dette forhold ændredes.

Problemerne vedrørende dagpengeordningen falder iøvrigt inden for sygeforsikringskommissionens kommissorium og må forventes at blive taget op til grundig behandling der. Svangerskabskommissionen har også beskæftiget sig med disse spørgsmål, jfr. dens betænkning pag. 39.

Man skal endelig pege på, at en rationel løsning af problemet om svangerskabshvile for arbejdende kvinder og fremskaffelsen af det fornødne antal rekreationshjem for svangre kan bidrage til at nedsætte antallet af de for tidlige fødsler, der er et stort problem i vore dasse.

Fødselshjælpsudvalget skal henstille, at de ovenfor fremdragne problemer gøres til genstand for overvejelse af de pågældende myndigheder, men har ikke ment, det var hensigtsmæssigt for tiden at stille mere konkrete forslag. Derimod finder man det som foran antydnet påkrævet, at der i løbet af en kortere tid gennemføres ændringer vedrørende tilrettelæggelsen af udefødslerne, og der skal i det følgende gøres rede for udvalgets undersøgelser og resultatet af dets overvejelser på dette område.

Man har i de forslag, der er betænkningens konklusion, og som i det væsentlige er samlet i kapitel VII, stræbt efter på en praktisk og naturlig måde at bygge videre på det bestående sygehusvæsen og på den resultatrige ordning med hensyn til de profylaktiske svangerskabsundersøgelser m. v., der på sundhedsstyrelsens initiativ er skabt her i landet.

Kapitel II.

Den nuværende ordning med hensyn til udefødsler, herunder træk af den historiske udvikling.

A. Institutioner, på hvilke fødende modtages.

Langt ind i dette århundrede har det været den overvejende hovedregel, at fødsler fandt sted i hjemmet. I de sidste årtier er der dog i en række lande med et veludbygget sundhedsvæsen sket en systematisk udbygning af mulighederne for at føde uden for hjemmet.

Dette har hidtil ikke været tilfældet her i landet. Principielt har det været anset for at ligge uden for de opgaver, der påhviler det offentlige sygehusvæsen, at stille sengeplads til rådighed for normale fødsler. Også den offentlige sygeforsikring har været yderst tilbageholdende med at anerkende den normale fødsel som omfattet af de foranstaltninger, der kommer til anvendelse i tilfælde af sygdom.

Komplikationer opstået under fødslen eller truende komplikationer i forbindelse med denne har derimod sædvanligt været anset for forhold, der måtte sidestilles med almindelige sygdomme, og som derfor, når det af lægelige grunde er anset for ønskeligt, er modtaget på de offentlige sygehuse. Endvidere er der — som led i den sociale forplejning — adskillige steder i landet stillet pladser til rådighed for fødende blandt de socialt dårligt stillede, herunder, for enlige mødre, enten ved at sådanne fødende modtages på særlige institutioner eller — i det omfang sådanne ikke findes — på kirurgiske eller blandede afdelinger på de offentlige sygehuse.

Alt taget i betragtning er der — som allerede antydnet — også her i landet i de senere årtier sket en forskydning i retning af, at fødsel i højere grad finder sted uden for hjemmet, og behovet for fødepladser er delvis imødekommet ved, at fødende er modtaget

på private sygehuse eller på klinikker, der drives på rent erhvervsmæssigt grundlag.

Ved en af sundhedsstyrelsen for året, 1944 foretaget undersøgelse konstateredes det, at af 90.558 fødsler fandt de 33.611 eller 37,1 pct. sted uden for hjemmet.

På udvalgets initiativ har sundhedsstyrelsen foretaget en fornyet omfattende undersøgelse af forekomsten af fødsler uden for hjemmet i året 1950. Denne undersøgelse gav følgende resultat:

I det nævnte år skete der ifølge jordemoderprotokollerne her i landet 80.504 fødsler*), idet tvillingefødsler o. lign. er regnet for een fødsel. Det samlede antal fødsler uden for hjemmet var ifølge en af sundhedsstyrelsen udarbejdet opgørelse 34.494, der fordelte sig således:

	Antal	% af samtlige fødsler	% af udefødsler
Statens hospitaler ...	6.369	7,9	18,5
Amts- og bykommunale sygehuse	12.385	15,4	35,9
Offentlige fødehjem	3.320	4,0	9,6
Private sygehuse	3.847	4,8	11,1
Privatklinikker	1.667	2,1	4,8
Private fødeklinikker og fødehjem	6.813	8,5	19,8
Hos jordemoder	93	0,1	0,3
Ialt. . .	34.494	42,8	100,0

Ca. 27 pct. af fødslerne (65 pct. af udefødslerne) er sket på sygehuse og klinikker, der drives af det offentlige, medens 15—16 pct. har fundet sted på private sygehuse og klinikker og hos jordemødre. Imidlertid skete mere end 2.000 af de fødsler, der fandt sted på private sygehuse, på kommunale fødeafdelinger, oprettet på de pågældende sygehuse

*) Dette tal afviger lidt fra det af det statistiske departement opgjorte fødselstal.

efter overenskomst, hvilket bringer de direkte af offentlige ordninger omfattede fødepatienter op på omkring 70 pct. af samtlige udefødsler. Yderligere må tages i betragtning, at der i visse tilfælde gennem socialudvalg indlægges kvinder til fødsel på privat fødeklinik for det offentliges regning.

Den mellem de to undersøgelser skete udvikling i retning af, at fødslerne i stigende grad foregår uden for hjemmet er fastholdt i de følgende år.

Efter de i den årlige medicinalberetning offentliggjorte uddrag af jordemødrenes fødselsprotokoller kan nemlig opstilles nedenstående tabel:

År	Antal fødte børn		
	1.	2.	
	Ialt	Deraf født på sygehus eller klinik	I % af 1.
		Antal	
1950	81.627	33.055	40,5
1951	78.468	33.721	43,0
1952	78.658	34.533	43,9
1953	80.060	35.684	44,6
1954	78.359	35.062	44,7

Man må være opmærksom på, at disse oplysninger hviler på et noget andet grundlag end sundhedsstyrelsens ovennævnte opstilling.

Man kan mere direkte give et begreb om omfanget af udefødsler ved at sige, at de udefødende til stadighed optager ca. 1.150 sengepladser på sygehuse, fødehjem etc.

I det følgende skal nærmere gøres rede for karakteren af de institutioner, der modtager fødende, samt i hvilket omfang og på hvilke vilkår fødsler finder sted ved de forskellige kategorier af sygehuse m. v.

1. Statens hospitaler.

Som det vil fremgå af tabellen pag. 13, finder en ret betydelig del af udefødslerne sted på de 3 af staten drevne hospitaler, idet såvel rigshospitalet som fødselsanstalten i Jylland og statshospitalet i Sønderborg råder over store og stærkt benyttede specialafdelinger for fødende.

Det forhold, at staten driver de pågældende afdelinger, bør ikke tages som udtryk for, at det er anerkendt som en statsopgave at dække behovet for sygehuspladser til det pågældende klientel, men skyldes dels mere traditionsmæssige forhold, dels for rigshospi-

talets vedkommende dets funktion som undervisningshospital og for de øvrige 2 institutioner andre forhold af speciel karakter, således som det vil fremgå af redegørelsen nedenfor.

Et af indenrigsministeriet nedsat udvalg har i januar 1956 afgivet betænkning vedrørende betalingstaksterne på statens sygehuse. I betænkningen foresloges en række takstforhøjelser, der delvis er realiseret.

I den følgende gennemgang af forholdene på statens hospitaler er ved siden af de gældende takster i parentes anført de af udvalget foreslåede, hvor disse endnu ikke er gennemført.

a. Rigshospitalet.

I artikel 43 i fundatsen af 1756 for det kongelige Frederiks hospital var forordnet en egen indretning i hospitalet til frugtsomme kvinders forløsning og barnefødsel, for hvilken afdeling bebudedes en nærmere anordning, når afdelingen var fuldstændig indrettet til at tages i brug. Hertil overflyttedes i 1759 det såkaldte »fri jordemoderhus«, der skyldes reskript af 13. marts 1750 sin oprindelse. Jordemoderhusene, af hvilke der i 1759 kun var det, hvis virksomhed henlagdes til Frederiks hospital, var stiftet for at hindre barnefødsel i dølgsmål og fostrets ombringelse og var derfor bestemt for dem »som enten af undseelse ej ville have deres besvangrelse bekendt, eller af uformuenhed ingen hjælp vide sig, når de gøre barsel«. Jordemoderhusene havde for så vidt en privat karakter, som barselkvinderne optoges i de pågældende jordemødres private hjem under barselfærden, men jordemødrene var fast ansatte, og udgifterne ved patienternes ophold hos dem afholdtes, for så vidt patienterne ikke selv kunne udrede disse, af konvents- huset, der sorterede under fattigvæsenet. På mødrenes begæring kunne børnene ligeledes afleveres til konventshusets forsorg. Ved »jordemoderhuset«s overflytning til det kongelige Frederiks hospital blev de foran angivne regler for barselpatienters modtagelse uforandrede, og fødeanstalten på hospitalet vedblev at stå under fattigvæsenet og at drives for dets regning. Heri skete imidlertid 1771 den forandring, at hospitalet overtog anstalten mod det til samme henlagte årlige tilskud fra finanserne af 1.500 rdl.

Fødeanstalten benævnes »den ny stiftelse for frugtsommelige kvinder i Frederiks hospital«, jfr. forordningen af 7. december 1770 § 3 og »Accouchementsanstalten«, »Accouchements-Huset«, jfr. reskript af 23. april 1783, og »Fødselsanstalten«, jfr. konfirmation af 8. april 1785 på dronning Juliane Maries gavebrev af 29. Januar s. å.

Af promemorien til nævnte gavebrev ses det, at denne fødeanstalt hindrede hospitalet i at optage så mange andre patienter, som man ønskede, og som var tilsigtet ved fundatsen, samt at driften af anstalten betyngede hospitalets budget, og at dette var anledningen til, at dronningen købte og istandsatte en særlig ejendom til brug for fødeanstalten. Til denne bygning skete overflytningen i 1787 og 1788. Samtidig forandredes anstaltens karakter, idet den nu under benævnelsen »fødselsstiftelsen« gik over til at blive en selvstændig institution under sin egen bestyrelse samt med en udvidet virksomhedsplan, der ikke blot angik modtagelse af barselpatienter, men tillige forsorg for de på stiftelsen fødte børn (plejestiftelse) og optagelse på stiftelsen af medicinske studerende og kvinder til undervisning i fødselslære. Herefter lagdes begyndelsen til stiftelsens betydning som undervisningsanstalt i nævnte fag for landets læger og jordemødre.

I reskript af 23. marts 1787 opstilles vedrørende adgangen til ugifte kvinders indlæggelse på stiftelsen ingen som helst fordringer med hensyn til kvindernes bopæl, opholdssted eller nationalitet. Adgangen står altså åben i lige grad for ugifte kvinder fra hele landet, ligesom kvinder fra udlandet ikke er udelukket.

Med hensyn til gifte kvinders optagelse på stiftelsen bestemmer reskriptet af 1787, at der blandt de 50 fødende, for hvilke stiftelsen var bestemt, »fornemlig må være 10 særdeles fattige og skikkelige borgerkoner af København, hvilke uden nogen slags betaling skulle plejes.« Senere blev der dog åbnet adgang til indlæggelse også af gifte kvinder uden for København, nemlig i tilfælde hvor en unormal fødsel må forventes. I 1910 blev stiftelsen overført til rigshospitalet, der nu har 2 fødeafdelinger. Undervisningen af medicinske studenter og kandidater sker på den ene, jordemoderuddannelsen på den anden.

Reglerne for indlæggelse til fødsel på hospitalet er således:

Uden betaling:

Alle ugifte kvinder modtages *gratis* på fødeafdelingerne.

Indgår den ugifte indmeldte kvinde ægteskab forinden indlæggelsen på rigshospitalet, kan hun ikke modtages på hospitalet, medmindre hun opfylder de for indlæggelse af gifte kvinder fastsatte betingelser.

Gifte kvinder modtages til *gratis* behandling, for så vidt pladsforholdene tillader det, når de ved attest fra vedkommende kommunale socialkontor godtgør, at de har *fast ophold i København* og foruden at være fattige lever under så uheldige forhold i hjemmet, at det må anses for uforsvarligt, at fødslen skulle foregå der.

Under ganske særlige omstændigheder, nemlig at moderens helbredstilstand er en sådan, at det må befrygtes, at fødslen ikke kan foregå i hjemmet uden fare for hende eller barnet, optages gifte kvinder, selv om de er boende uden for Københavns kommune, når de er forsørgelsesberettigede her i landet, ikke er nydende medlem af en statsanerkendt sygekasse, er trængende og ikke nyder fattighjælp.

Mod betaling:

Ugifte kvinder kan optages på enestue, såfremt pladsforholdene tillader det, og der stilles depositum for hospitalsomkostningerne.

Gifte kvinder kan optages for betaling, når en af overaccoucheurerne enten efter personlig undersøgelse eller på grundlag af en indsendt ansøgning med bilagt lægeerklæring skønner, at moderens helbredstilstand er en sådan, at det må befrygtes, at fødslen ikke vil kunne foregå i hjemmet uden fare for hende eller barnet.

Fødeafdelingernes normerede sengetal er nu 176 mod 114 i 1911.

Betalingen for kur og pleje udgør for indlædning på fællestue 4 (6) kr. daglig, på tosengsstue 8 kr. daglig (foreslået ophævet) og på enestue 12 (20) kr. daglig. Der betales ikke ekstra for børnene ($\frac{1}{2}$ takst).

Nydende medlemmer af statsanerkendte sygekasser betaler på fællestue et beløb, der svarer til de gældende takster på det lokale sygehus i den egn, hvorfra patienten kommer, dog ikke over 2 kr. daglig. (Er foreslået erstattet med en fast takst på 3 kr.).

På svangreafdelingen optages:

- 1) Svangre, lidende af svangerskabssygdomme, efter de samme regler, som gælder for indlæggelse på rigshospitalets øvrige hospitalsafdelinger, det vil sige ved indsendelse af en indlæggelsesseddel, udstedt af en læge.
- 2) Ugifte, normale svangre i begrænset antal og som regel ikke tidligere end 4 uger, før fødslen kan ventes. De pågældende, som ønsker at blive optagne, skal indsende en ansøgning til hospitalets kontor og i denne anføre deres indmeldelsesnummer. Pladsforholdene har gjort, at disse svangre kun modtages i meget ringe tal.

På dette sted bør endvidere bemærkes, at rigshospitalets obstetriske poliklinik dag og nat yder gratis lægehjælp til ubemidlede fødende i deres hjem. Polikliniken tilkaldes ved, at den pågældende jordemoder ringer til fødeafdelingen.

Rigshospitalet råder endvidere over en gynækologisk poliklinik og en konsultation for svangre, hvor der gives råd og vejledning til såvel normale som syge svangre. Konsultationen er åben for ubemidlede. Sygekassepatienter modtages efter henvisning fra deres læge.

De rutinemæssige forebyggende undersøgelser, der falder ind under svangerskabs-hygieneloven, udføres ikke på rigshospitalets konsultation for svangre.

Der findes på hospitalet børneafdeling og blodbank.

Antallet af de på fødeafdelingerne og afdelingen for svangre i 1953—54 behandlede patienter udgjorde ialt 4.945. De på fødeafdelingerne i finansårets løb indlagte barselspatienter, ialt 4.625, havde fast bopæl således:

	København og Frederiksberg	andet- steds	ialt
Giftede	1.773	1.250	3.023
Ugifte	1.023	579	1.602
	2.796	1.829	4.625

Varigheden af opholdet var gennemsnitlig for barselpatienter 10,34 dage, for svangre - patienter 11,76 dage. Den gennemsnitlige belægning af barselpatienter var 135.

I året 1953 fødtes på rigshospitalet af 4.067 kvinder 4.149 børn. Poliklinikerne tilkaldtes til 32 patienter.

I betænkningen af 1952 angående rigshospitalets bygningsmæssige forhold, afgivet af den af undervisningsministeriet den 8. januar 1947 nedsatte kommission, regnes der med, at fødeafdelingerne kan bibeholdes i den nuværende bygning, der både ved sin størrelse og indretning fremdeles skulle være velegnet til sit formål, dog anbefales en vis modernisering.

På grundlag af betænkningen blev udskrevet en arkitektkonkurrence, af hvis program fremgår, at fødeafdelingerne agtes bibeholdt i den nuværende størrelse. Blandt udvidelserne af hospitalet vil være et centrallaboratorium. Konkurrencen er afsluttet, men realiseringen af projekterne er endnu ikke påbegyndt.

b. Statens fødselsanstalt i Jylland.

Fødselsanstalten blev oprettet i henhold til lov nr. 134 af 27. maj 1908. I bemærkningerne til lovforslaget hedder det bl. a.: »Det vil formentlig fra alle sider erkendes, at der er trang til en fødselsanstalt ved siden af den kongelige fødsels- og plejestiftelse i København. Allerede rent praktiske grunde tilsiger, at denne trang naturligst afhjælpes ved, at en ny fødselsanstalt anlægges i Jylland.

Det ville imidlertid, når i 1908 en fødselsanstalt skal anlægges, være unaturligt at holde dennes formål inden for de samme rammer, der i det 18. århundrede blev afstukne for den kongelige fødsels- og plejestiftelses virksomhed. Den mellemliggende tids erfaring har godtgjort, at denne sidstes formål er for begrænsede. Allerede ved den rent hospitalsmæssige side af sagen: omsorgen for, at fødslen foregår under så gunstige hygiejniske forhold som muligt, rækker lovforslaget videre end til at udfylde den ramme, der er given ved at tage fødselsstiftelsen i København som forbillede. Medens denne nemlig kun optager ugifte fødende samt absolut fattige gifte, har man ved nærværende forslag villet imødekomme de hos gifte koner nu så almindelige ønsker om at komme til at føde på en dertil særlig indrettet stiftelse eller klinik og derved undgå de ulemper, som en fødsel og barselseng i de ofte u hensigtsmæssige hjem forvolder. Det er derfor tanken, at den foreslåede anstalt skal være åben både for gifte og ugifte og være således indrettet, at både

velstillede og ubemidlede fødende kan op-
tages.

Dernæst har man — og et udslag heraf er lovforslagets bestemmelse om en afdeling for svangre — erkendt, at det allerede læg-
lig set er noget vilkårligt at sætte grænsen
for det offentliges omsorg ved selve fødsels-
akten, og at i mange tilfælde en overvågen
af den sidste del af svangerskabet er nød-
vendig, ligesom også hensynet til, at fjernt-
boende kvinder, der ønsker at indlægges, ikke
bør overraskes ved transportvanskeligheder,
gør, at de må være berettigede til i god tid
at lade sig indlægges.«

Det motiveres videre, hvorfor der dels af
helbredsmæssige, dels af sociale grunde til-
lige bør være adgang for mødre med deres
nyfødte børn til at blive på fødselsanstalten
et stykke tid og endvidere for dårligt stillede
mødre til at lade børnene forblive der, efter
at de selv er udkrævet, indtil moderens stil-
ling er nogenlunde sikret, eller indtil der er
fundet et betryggende opholdssted.

Efter forhandling med en række jyske by-
råd blev anstalten henlagt til Århus.

Til anstalten er i de sidste år knyttet un-
dervisningen i gynækologi og obstetrik ved
Århus universitet. Ifølge det gældende regu-
lativ er anstalten bestemt til optagelse af
svangre og fødende, uanset om de er gifte el-
ler ugifte, og uanset hvor de er hjemmehø-
rende.

Der findes en svangreafdeling samt en fø-
de- og barselafdeling. Endvidere modtages
patienter med kvindesygdomme, til hvis be-
handling hospitalsindlæggelse er nødvendig.

Til anstalten er knyttet en overjordemoder
og et antal reserve jordemødre.

Den almindelige takst for patienter, der er
hjemmehørende her i landet, samt for i ud-
landet bosatte danske statsborgere er 10 kr.
pr. dag. For ubemidlede, nydende medlem-
mer af statsanerkendte sygekasser m. v. er-
lægges en betaling, der svarer til den takst,
som er gældende på det lokale sygehus i den
egn, hvor patienten er hjemmehørende, dog
ikke over 5 kr. og ikke under 4 kr. pr. dag.

Ugifte kvinder, enker, fraskilte, frasepare-
rede og forladte hustruer, der indlægges på
svangreafdelingen eller føde- og barselafde-
lingen, behandles, når de ønsker det, uden
vederlag.

Enestuetaksten er 20 kr.

For diebørn, der fødes på anstalten, beta-
les, så længe de forbliver sammen med mode-
ren, $\frac{1}{2}$ takst.

Den hidtidige børneafdeling, hvor mødre
med børn kunne forblive i barnets første le-
veår, er nu lukket.

Anstalten har 39 senge for svangre, 69 for
barselpatienter og 24 for gynækologiske til-
fælde.

I året 1954 indlagdes 1.946 patienter på
fødeafdelingen. På afdelingen for syge svang-
re behandledes 585 patienter og på afdelin-
gen for kvindesygdomme 807 indlagte og 125
ambulante patienter. Af de fødende havde
150 ophold på afdelingen for sunde svangre
i et tidsrum fra få dage til 4—5 uger før
fødslen.

En opgørelse over antallet af sygedage i
året 1951—52, fordelt efter de pågældende
kvinders hjemsted viser følgende fordeling:

Århus købstad.....	42,3 pct.
— amtskommune.....	18,1 —
Randers amt.....	14,8 —
Skanderborg amt.....	5,3 —
Øvrige amter (ingen over 5 pct.) og udland	19,5 —
	100,0 pct.

Ved indlæggelsen tages hensyn til sociale
forhold, og der sørges for, at der er ledige
pladser til kvinder, som ikke i forvejen har
indtegnet sig, men for hvis vedkommende det
skønnes påkrævet, at fødslen sker ude.

Anstaltens gynækologiske afdeling påtæn-
kes inden for en nærmere fremtid udvidet til
den dobbelte kapacitet bl. a. af hensyn til
universitetsundervisningen. Indtil videre har
man klaret sig ved at inddrage nogle senge-
pladser fra den obstetriske afdeling.

c. Statshospitalet i Sønderborg.

Statshospitalet indtager i nogen grad en
særstilling blandt de af staten drevne hospi-
taler, idet det virker som centralsygehus for
de sønderjyske landsdele. Dette er begrundet
i de specielle sønderjyske forhold efter genfor-
eningen. Sygehusforholdene i landsdelen var
dengang betydeligt ringere end i det øvrige
land, og da man var klar over, at de sønder-
jyske kommuner ikke på egen hånd magtede
inden for et rimeligt tidsrum at bringe syge-
husene op til den for den øvrige del af lan-

det sædvanlige standard, og anså det for ønskeligt, at befolkningen fik adgang til at søge indlæggelse på et hospital med fuldt moderne undersøgelses- og behandlingsmateriel, gennemførtes en lov af 10. september 1920 om oprettelse af et statshospital i Sønderborg, således at dette kunne åbne allerede 1. april 1921 med en medicinsk og kirurgisk afdeling.

Foruden statshospitalet fandtes i Sønderborg et amtssygehus af omtrent samme størrelse som statshospitalet, men drevet som blandet sygehus, og efter initiativ fra statshospitalets daværende direktion nedsatte indenrigsministeriet i 1929 et udvalg til undersøgelse af statshospitalets virksomhed som led i de sønderjyske hospitalsforhold, herunder spørgsmålet om en eventuel fællesledelse af statshospitalet og amtssygehuset i Sønderborg. Udvalget udtalte, at det formentlig ville være hensigtsmæssigt at drive de to sygehuse i Sønderborg under eet og påpegede, at sygehuse besad rammerne for 3 særskilte afdelinger, nemlig en medicinsk, en kirurgisk og en gynækologisk-obstetricisk, idet amtssygehusets overlæge var kirurg og specialist i kvindesygdomme og fødselsvidenskab.

På grundlag af betænkningen afsluttedes i 1933 en overenskomst mellem de i amtssygehusets drift interesserede kommuner på den ene side og indenrigsministeriet på den anden side, hvorved kommunerne stillede amtssygehuset til rådighed for staten, der mod et årligt tilskud fra kommunerne driver begge sygehuse under eet. Denne overenskomst er stadig gældende.

På hospitalet behandles

- 1) patienter fra Sønderborg amtsrådskreds, Sønderborg købstad samt flækkerne Nordborg og Augustenborg,
- 2) iøvrigt fortrinsvis patienter fra den øvrige del af de sønderjyske landsdele.

For så vidt pladsforholdene tillader det, optages også patienter fra andre dele af landet samt patienter hjemmehørende i udlandet.

Den almindelige takst for personer bosat her i landet og for i udlandet bosatte danske statsborgere er på fællestue 12 kr. pr. dag, for ubemidlede, nydende medlemmer af statsanerkendte sygekasser m. v. 6 kr. Enestuetaksten er 24 kr. For diebørn, der fødes på hospitalet, erlægges $\frac{1}{2}$ takst. Betalingen for jordmoderassistance til indlagte patienter er hospitalet uvedkommende.

Gynækologisk-obstetricisk afdeling, der er placeret i det tidligere amtssygehus, er normeret med ialt 115 pladser, hvoraf 89 gynækologiske og 26 obstetriciske. Antallet af levendefødte børn udgjorde i 1954 683.

Da afdelingens bygningsmæssige forhold langt fra er tilfredsstillende, arbejdes der for tiden på at få gennemført en nedlæggelse af det gamle amtssygehus i forbindelse med opførelsen af en ny gynækologisk-obstetricisk afdeling ved siden af statshospitalets medicinske og kirurgiske afdelinger.

2. De kommunale sygehuse.

a. Retsgrundlaget.

Det kommunale sygehusvæsen er reguleret ved lov nr. 71 af 27. februar 1946, i hvilken det i § 1 bestemmes, at det påhviler amtskommunerne, købstadkommunerne uden for Bornholm, de sønderjyske flækker, der ikke længere er i fællesskab med vedkommende amtskommune, samt Københavns og Frederiksberg kommuner at tilvejebringe og drive det fornødne antal sygehuse i det omfang, hvori dette ikke sker ved statens foranstaltning.

Retsgrundlaget for den tidligere gældende ordning var et kongeligt reskript af 1806, der bestemte, at alle landets amter skulle oprette sygehuse, så at den med sygehusdriften forbundne udgift dækkedes dels ved hartkornsbetaling, dels ved ligning på købstæderne.

Den nye lov byggede på en indstilling af 30. januar 1946 til indenrigsministeriet fra et af dette den 25. september 1939 nedsat udvalg med den opgave at undersøge de retningslinier, hvorefter den fremtidige udvikling af sygehusvæsenet burde foregå. Blandt de spørgsmål, som udvalget navnlig skulle undersøge, var bl. a. mulighederne for gennem samarbejde mellem kommunerne at skabe en bedre adgang til indlæggelse på visse specialafdelinger, herunder fødselsafdelinger, for herigennem at fremme en såvel økonomisk som lægelig centralisering af sygehusbehandlingen på disse områder.

På grund af forskellige særlige forhold afstod udvalget fra en grundigere behandling af de i indenrigsministeriets skrivelse af 25. september 1939 rejste enkelte spørgsmål og udtalte, at disse naturligt kunne tages op til nærmere behandling af det sygehusråd,

som udvalget i sit forslag til sygehuslov foreslog oprettet.

Hovedindholdet af loven af 1946 var bestemmelsen om forhøjelse af udligningsfondens tilskud til kommunerne. Tilskuddssatserne er senere forhøjet flere gange, senest er de ved lov nr. 128 af 25. maj 1956 sat til 16,90 kr. pr. indbygger og 9 kr. pr. sygedag. Også til visse ambulante undersøgelser og behandlinger ydes tilskud, svarende til $\frac{3}{4}$ eller $\frac{1}{2}$ af det ordinære sygedagstilskud. Der findes maksimumsregler for tilskudets størrelse for at sikre, at kommunerne stadig har en passende økonomisk interesse i driften. Tilskudet udgør ialt ca. 60 pct. af kommunernes udgifter.

I et forslag til ny sygehuslov, der senest er fremsat i folketinget i samlingen 1955—56, foresloges tilskudet sat til 60 pct. af kommunernes samlede nettoudgifter til sygehusvæsenet i det senest afsluttede regnskabsår. Det således beregnede tilskud skulle så fordeles til kommunerne udelukkende efter antallet af sygedage. Tilskudet blev samtidig foreslået ændret til almindeligt statstilskud.

Medens kommunerne således på den ene side nyder en meget betydelig støtte til sygehusdriften, er de på den anden side underkastet et vist tilsyn, idet planer til opførelse, udvidelse, væsentlige ombygninger og indskrænkninger samt nedlæggelse af kommunale sygehuse efter sygehuslovens § 3 skal forelægges indenrigsministeren til godkendelse. Det samme gælder takstregulativer.

Ud over en udtalelse i lovens § 11 om, at bestemmelserne i loven ikke gælder for sindsygehospitalet, gives der ingen nærmere regler for, hvad der forstås ved sygehuse, og af rigsdagsforhandlingerne fremgår heller intet herom. Omfanget af kommunernes pligt må derfor bestemmes nærmere af andre bestemmelser og af praksis.

For så vidt angår begrænsningen i lovens § 1 »i det omfang, hvori dette ikke sker ved statens foranstaltning« kan oplyses, at staten ifølge fast praksis sørger for sygehusbehandling af neurokirurgiske patienter.

Forsorgslovens § 66 udtaler, at staten under visse forudsætninger drager omsorg for kur og pleje for sindssyge, åndssvage, epileptikere, vanføre, lemlæstede, talelidende, blinde og døvstumme. Staten afholder endvidere udgifterne til ambulante behandling af venerske patienter, ligesom der for behandlingen

af tuberkuløse gælder særlige regler. For sygehusbehandling af fødende gælder ingen særregler.

Spørgsmålet bliver da på den ene side, om kommunernes pligt til at drive det fornødne antal sygehuse også omfatter pligt til at skaffe indlæggelsesmuligheder for fødselspatienter, på den anden side, om kommunerne er berettiget til at modtage fødende på sygehuse og i denne anledning oppebære sygedagstilskud.

For så vidt talen er om fødsler med indtrådte eller forventede komplikationer, ligger praksis normalt ganske fast, idet fødselspatienter af denne kategori som tidligere nævnt indlægges på sygehuse på ganske tilsvarende måde som andre patienter. Der er dog enkelte steder, hvor end ikke disse patienter modtages på sygehuse, idet de henvises til de statsdrevne fødeafdelinger.

Normalt fødende modtages i varierende omfang på de almindelige sygehuse. Liggedagene regnes med i det tilskudsberettigende sygedagsantal, men dette gælder ikke, hvis de pågældende ligger på kommunalt fødehjem eller lignende uden for sygehuse.

Ved godkendelse af planer for fødeafdelinger på sygehuse rejser indenrigsministeriet ikke spørgsmål om, hvorvidt de er forbeholdt patologiske fødsler, ligesom man heller ikke gør indsigelse mod regulativer, af hvilke det fremgår, at det pågældende sygehus i større eller mindre udstrækning modtager normalt fødende kvinder.

Sygehusrådet har dog i juli 1952 i forbindelse med spørgsmålet om en revision af sygehusloven udtalt: »For sygedage for normalt fødende kvinder bør der efter sygehusrådets opfattelse ikke ydes sygedagstilskud, idet de kommuner, der lader normalt fødende kvinder indlægges på sygehus i stedet for på fødehjem, herved stilles uberettiget gunstigere. Der bør efter rådets opfattelse tilvejebringes hjemmel for at undtage sådanne sygedage fra sygedagstilskud.«

Indenrigsministeriet har sat dette spørgsmål i bero på udfaldet af fødselshjælpsudvalgets overvejelser.

Det kan endelig nævnes, at indenrigsministeriet i 1941 har besvaret et andragende fra en privatmand om tilskud til opførelse af en fødeklinik i overensstemmelse med en af sundhedsstyrelsen afgiven erklæring, hvorefter styrelsen ikke kunne anbefale, at der yde-

des statsstøtte til det omhandlede formål, idet spørgsmålet burde løses på initiativ af by- og amtsråd i forbindelse med det stedlige amtssygehus.

Som det vil være fremgået af det foregående, har man hidtil ikke fra statens side indtaget noget skarpt standpunkt til spørgsmålet, om normale fødsler hører hjemme på et sygehus, men har i det væsentlige indtaget en afventende holdning over for udviklingen på dette område.

b. Praksis.

Af de medicinsk-kirurgiske sygehuse her i landet er ca. 5% amts- og bykommunale med ca. 21.000 senge. Den største del af sygehuse har blandt belægning, men i hvert amt findes eet eller flere centralsygehuse med specialafdelinger. Helt selvstændige fødeafdelinger med egen overlæge findes ikke på de kommunale sygehuse, men enkelte af dem har gynækologiske afdelinger, hvor en del fødsler (fortrinsvis patologiske) foregår, eller mindre fødeafsnit.

Kun i få tilfælde findes der i de almindelige vedtægter (reglementer) bestemmelser om modtagelse af sådanne patienter. I reglementet af 1943 for Helsingør købstads sygehus hedder det således: »Fødende kvinder kan indlægges på hospitalet, når overlægen skønner, at deres indlæggelse er nødvendig, og det kan ske, uden at det generer de andre patienter.« Medens denne bestemmelse efter det for udvalget oplyste praktiseres efter sin ordlyd, er dette ikke altid tilfældet med sådanne bestemmelser.

I et amt fastslår således fællesreglementet for amtets sygehuse, at fødende kvinder kun kan indlægges, når sygdom eller abnorme forhold nødvendiggør det. Desuden efter attest fra socialudvalget, hvis der er uheldige forhold i hjemmet. En gennemgang af amtets sygehuses praksis viser imidlertid, at kun 2 af sygehuse slet ikke modtager normalt fødende uden social indikation, medens 3 andre modtager sådanne patienter, hvis plads haves.

Også sygehuses takstregulativer kan indeholde bestemmelser, der angiver, i hvilken udstrækning fødende modtages, f. eks. ved særbestemmelser om betaling, »når indlæggelse ikke finder sted af lægelige grunde«.

Blandt andet ved det af sundhedsstyrelsen

foretagne rundspørge er der indhentet nærmere oplysninger om, i hvilket omfang normalt fødende modtages på 104 kommunale sygehuse uden for København, der iøvrigt modtager kirurgiske patienter. Der kan opstilles 3 hovedgrupper:

- 1) 10 sygehuse (hvoraf 7 centralsygehuse) modtager slet ikke normalt fødende kvinder,
- 2) 31 sygehuse (hvoraf 5 centralsygehuse) modtager disse, hvis der er social indikation for indlæggelsen,
- 3) 63 sygehuse (hvoraf 13 centralsygehuse) modtager i princippet normalt fødende kvinder uden at stille særlige betingelser. Der er dog visse begrænsninger i praksis, se nedenfor.

Flere sygehuse i gruppe 2 modtager kun de socialt indicerede indlæggelser med visse begrænsninger. Således henviser nogle sygehuse, beliggende nær rigshospitalet og fødselsanstalten, ugifte kvinder til disse institutioner. Andre angiver, at disse fødsler modtages »undtagelsesvis« eller »hvis plads haves«. Sådanne begrænsninger er oplyst for ialt 5 sygehuses vedkommende. For så vidt angår spørgsmålet om dokumentation af den sociale indikation, har man ved henvendelse til flere sygehuse fået oplyst, at sygehuset normalt blot kræver, at den indlæggende læge anser indlæggelse for socialt indiceret. Andre sygehuse kræver skriftlig begæring fra det sociale udvalg på hjemstedet for at godkende social indikation.

Faktiske begrænsninger angives endnu hyppigere i gruppe 3, hvor de forekommer i 25 tilfælde, som regel ved en angivelse af, at normalt forløbende fødsler uden social indikation for indlæggelse kun modtages, såfremt pladsen tillader det. Også ved disse sygehuse omfatter begrænsningen i nogle få tilfælde tillige de socialt indicerede fødsler.

Man har forespurgt 6 af de sygehuse, der ikke angav begrænsninger, om de altid kunne modtage alle fødende, der ønskedes indlagt, og fået bekræftende svar. Desuden har man forsøgt at danne sig et skøn over betydningen af forbeholdet: »hvis pladsen tillader det«. For omkring halvdelen af de forespurgte havde forbeholdet ikke større reel betydning, idet sygehuse oplyste, at man normalt havde tilstrækkeligt mange sengepladser, modtog de fødende, hvis det på no-

gen måde var muligt, at anmodning om indlæggelse aldrig var afslået etc.

Af den anden halvdel af besvarelsene fremgik, at man kun havde få sengepladser til disse patienter, eller at man kun modtog normalt fødende af særlige grunde, herunder først og fremmest når der forelå social indikation, men også ensomt stillede kvinder, f. eks. sømandshustruer, samt kvinder, der tidligere havde været indlagt med patologiske fødsler etc., således at disse sygehuse i virkeligheden lå et sted mellem gruppe 2 og gruppe 3.

Kun Frederiksberg hospital (gruppe 3) og Odense amts og bys sygehus (gruppe 1) rådede over egentlige gynækologisk-obstetriske afdelinger, medens de fødende på de andre sygehuse indlægges på kirurgisk eller blandet afdeling.

19 af de sidstnævnte sygehuse, hvoraf 7 centralsygehuse, har dog et antal senge normeret til fødende, medens ikke mindre end 60 disponerer over en eller flere fødestuer; blandt disse så godt som alle, der har sengeafsnit til fødende.

Kun ganske enkelte sygehuse havde selv ansat jordemødre. De omhandlede sygehuse hører til dem, der af krævede fødende højere betaling end andre patienter, men hvor der så ikke ydes jordemoderen honorar, jfr. herom nedenfor. Den altovervejende hovedregel er, at patientens egen jordemoder »følger med« ved indlæggelsen. Dog er der enkelte sygehuse, der anvender en bestemt, snævrere kreds af jordemødre.

Vender man sig dernæst fra spørgsmålet om muligheden for indlæggelse til fødsel på et amts- eller bykommunalt sygehus til spørgsmålet om, på hvilke økonomiske vilkår en sådan indlæggelse i givet fald kan finde sted, må det indledningsvis konstateres, at de enkelte lokalområders praksis er meget forskellig.

De fleste takstregulativer har visse bestemmelser om fødselspatienter. Den mest almindeligt forekommende er følgende:

»Betalingen for jordemoderassistance til indlagte patienter er sygehuset uvedkommende. For ubemidlede, nydende medlemmer af statsanerkendte sygekasser og af statsbanepersonalets sygekasse udredes betalingen af vedkommende sygekasse direkte til den pågældende jordemoder efter reglerne i den mellem

sygekasserne og jordemødrene bestående overenskomst. Såfremt betalingen ikke skal udredes af en sygekasse, erlægges den af vedkommende patient eller af den, der hæfter for betalingen, direkte til jordemoderen.»

Denne bestemmelse findes optaget i det af indenrigsministeriet til sygehusene i 1951 udsendte normaltakstregulativ, og kun 4 af de fornævnte 104 sygehuse havde ikke i takstregulativet en bestemmelse af dette indhold.

Det skal her indskydes, at socialministeriet den 9. oktober 1939 godkendte, at sygekasserne betalte de af overenskomsten mellem sygekasserne og jordemødrene omfattede jordemødre, d. v. s. medlemmerne af Den almindelige danske Jordemoderforening, efter overenskomstens regler, såvel når sygehusregulativet bestemmer, at jordemoderhjælp betales særskilt, som når regulativet intet indeholder om jordemoderhjælp. Er der på sygehuset fast ansat jordemoder, således at kassen ikke skal betale honorar iflg. overenskomsten, ydes der medlemmet en godtgørelse, svarende til det i overenskomsten fastsatte beløb, når kvitteret regning for indlæggelsen forevises sygekassen.

7 sygehuse afkræver ud over dagtaksten fødselspatienter en betaling, der varierer fra 30—75 kr. for selvbetalende fællestuepatienter. Det sygehus, der ligger højest (Ålborg kommunehospital), forlanger ikke betaling for jordemoderhjælp hos selvbetalerne, medens derimod sygekasserne yder overenskomstmæssigt jordemoderhonorar. Visse sygehuse giver nedsættelse til halvdelen for sygekassepatienter. For udenbys patienter sker normalt en forhøjelse af særtaksten (som det også er tilfældet for dagtaksten), og i et enkelt tilfælde forhøjes taksten endvidere for indtægter over en vis størrelse.

Dagtaksten er som regel den for sygehuset sædvanlige, men der er dog visse undtagelser. På Frederiksberg hospitals fødeafdeling (28 pladser) betales 12 kr. om dagen mod den almindelige takst på 3,50 kr. Der kræves ikke ekstrabetaling for barnet og ej heller for jordemoderhjælp. Hvis patienten, efter at barselsengen er ophørt, på grund af sygdom må forblive på afdelingen, betales den fortsatte kur og pleje dog kun med den lave takst.

Frederiksborg amts sygehuse forlanger 15 kr. pr. dag af selvbetalende fødende og 10 kr. af sygekassemedlemmer mod takster for almindelig indlæggelse på henholdsvis 10 og

5 kr. Ved lægelig indikation betales dog kun de sidstnævnte takster. Der kræves ikke ekstrabetaling for børnene, men derimod for jordemoderhjælp.

Korsør kommunale sygehus kræver 18 kr. om dagen, når lægelig indikation ikke foreligger, + 2 kr. om dagen for barnet. For sygekassemedlemmer 9 kr. + 2 kr. Jordemoderhjælp betales ekstra.

På sygehusene i Viborg amt betales for ukompliceret fødende 16 kr. om dagen + $\frac{1}{4}$ pris for barnet. Desuden betales for jordemoderhjælp. Den normale dagtakst er 12 kr.

For de resterende sygehuse gælder normalt, at samtlige fødende betaler sædvanlig dagtakst + $\frac{1}{2}$ pris for barnet og særskilt for jordemoderhjælp. I et enkelt amt betales der dog fuld pris for de nyfødte børn. Dagtaksterne svinger fra 5 til 12 kr.

Da det er ret forskelligt, i hvilket omfang sygekasserne betaler for sygehusindlæggelse af fødende, tegner billedet af de økonomiske vilkår for indlæggelse sig yderst broget, og betalingsbestemmelserne er i det hele langt mere uensartede end dem, der gælder for andre indlæggelser.

Bilag 1 viser en række forskellige særlige bestemmelser om fødende i sygehusenes vedtægter og takstregulativer.

c. Udviklingen.

Som tidligere nævnt finder der — uanset mangelen på generelle retningslinier — et ret betydeligt antal fødsler sted på de kommunale sygehuse. I 1950 således 12.385 eller 15,4 pct. af samtlige fødsler. Det tilsvarende tal var i 1944 9.532 eller 10,5 pct. Der er således sket en meget væsentlig fremgang i antallet af fødsler på de lokale sygehuse, og det er udvalgets indtryk, at kommunerne i vidt omfang er sig et ansvar bevidst på dette område og stræber efter i større omfang end hidtil at indrette egentlige fødeafdelinger på sygehusene. I 1953 har indenrigsministeriet således godkendt planer for en fødeafdeling på 11 senge i Ringkøbing og en afdeling på 20 senge i Roskilde, begge indrettet i bestående sygehusbygninger. I 1954 er godkendt planer for en fødeafdeling med 24 senge på det nye amtssygehus i Odder.

De for udvalget for 1951 og 1952 forelig-

gende tal viser en svag stigning i antallet af fødsler på sygehusene til trods for, at det totale fødselsantal i de nævnte år lå noget lavere end i 1950.

3. Kommunale fødehjem.

a. For sorgslovens § 37.

I lov om offentlig forsorg § 37 bestemmes, at der i enhver amtsrådsreds, i København, på Frederiksberg og i enhver købstad efter amtsrådets eller vedkommende kommunalbestyrelses bestemmelse kan opføres eller indrettes et kommunalt fødehjem med tilhørende plejeafdeling til brug for ubemidlede personer. Hjemmet skal godkendes af socialministeren. Hvis hjemmet skal modtage andre end ubemidlede, må taksten for disse fastsættes således, at anlægs- og driftsudgifter dækkes. Patienterne modtages først, når fødslen er umiddelbart forestående, og ikke hvis de trænger til egentlig hospitalsbehandling.

I bemærkningerne til lovforslaget ud taltes, at bestemmelsen var et led i ønsket om at skabe de bedst mulige kår for ubemidlede fødende kvinder.

Det oprindelige forslag til denne bestemmelse gik ud på, at det skulle *påhvile* kommunerne at oprette sådanne hjem. Hertil mente man imidlertid ikke, der var tilstrækkelig trang, men man ville dog fastslå kommunernes ret til at oprette sådanne hjem. Bestemmelsen har kun haft direkte betydning i få tilfælde, og plejeafdelinger ses slet ikke at være oprettet. Når § 37 ikke har haft større praktiske følger, skyldes det for en del, at den hverken pålægger kommunerne nogen pligt eller giver dem nogen tilskyndelse til at gå i gang i form af økonomisk støtte*), og befolkningskommissionen af 1935 foreslog da også, at § 37 ændredes således, at det af socialministeren kan pålægges amtskommunerne i fornødent omfang at oprette fødehjem i tilknytning til sygehuse, og således at der tilvejebragtes mulighed for at yde tilskud fra staten til vedkommende amtskommune såvel til oprettelsen som til driften. Disse forslag førte imidlertid ikke til noget resultat.

En medvirkende årsag til den ringe selvstændige praktiske betydning af forsorgslovens § 37 er formentlig, at det — hvis en

*) Iflg. forsorgslovens § 72, stk. 1, afholdes udgifterne ved driften af kommunerne selv.

kommune ønsker at give fødende kvinder adgang til indlæggelse — ofte vil være den enkleste løsning at modtage dem på selve sygehuset, hvorved kommunen endda opnår sædvanligt sygedagstilskud, jfr. herom foran.

Endelig har den almindelige sygehusdrift belastet kommunernes økonomi så hårdt, at de i vidt omfang ikke har ment at kunne gå herudover.

b. Praksis.

På Københavns kommunale fødeklinik på Martinsvej fødtes i 1954 2.148 børn. Kliniken, der har 65 pladser, beskæftigede 5 jordemødre + 1 fast vikar. Den står åben for kvinder med bopæl i Københavns kommune. Selvbetalende patienter betaler efter en takst, der svarer til hospitalsvæsenets faktiske udgifter.

Ubemidlede nydende medlemmer af statsanerkendte sygekasser og af statsbanepersonalets sygekasse betaler 5 kr. pr. opholdsdag, og sygekassen betaler de i folkeforsikringslovens § 19 omhandlede beløb til jordemoderhjælp, lægehjælp og forbindsstoffer. Hvis indlæggelse finder sted på lægelig indikation, andrager betalingen i disse tilfælde kommunens sædvanlige takst for ubemidlede nydende sygekassemedlemmers ophold på hospitalerne — 60 øre pr. dag. Beløbet, som udredes af sygekasserne, dækker samtlige udgifter ved opholdet.

Udstrækkes opholdet af lægelige grunde ud over 14 dage, betaler sygekasserne efter de på hospitalerne almindeligt gældende takster for sygekassemedlemmer (60 øre daglig for moderen og 30 øre daglig for barnet), og samtidigt ophører medlemmet selv at betale.

Den kommunale fødeafdeling på Set. Josephs hospital i København, der har 50 pladser, virker efter samme regler som kliniken på Martinsvej. Der er 4 jordemødre. I 1954 fødtes på denne afdeling 1.878 børn.

På det kommunale fødehjem i Odense (26 pladser), der modtager fødende fra hele Fyn, fødtes i 1954 769 børn. Organisationen er en ganske anden end i København, idet der ikke findes fast jordemoder, men byens og omegnens jordemødre assisterer. Der betales efter indtægt, mindstetakst 7,25 kr. om dagen for indenbys boende + 3,63 kr. for barnet, heri inklusive lægetilsyn, men eksklusive

sive direkte lægeassistance, såsom narkoser og indgreb, og eksklusive jordemoderhjælp.

Fredericia kommune har overtaget Set. Josephs hospital i Fredericia og dér bl. a. indrettet et fødehjem med 18 pladser, hvor der i 1954 fødtes 474 børn. Også her betales i flere klasser: 9,75 kr. pr. dag for mødre under sygekassegrænsen og 14,75—30,00 kr. for andre, alt eksklusive læge og jordemoder. Der er hverken fast læge eller jordemoder. I bygningen er indrettet kontor for mødrehjælpen.

I december 1955 er åbnet et kommunalt fødehjem i Rødby. Der betales for 10 dage 150 kr. for indenbys og 200 kr. for udenbys patienter, eksklusive læge og jordemoder.

4. Private sygehuse.

Antallet af private sygehuse er 22, hvoraf dog en del arbejder med særopgaver som f. eks. de ortopædiske hospitaler o. 1. Fødslerne på private sygehuse fordelte sig i 1950 således:

Set. Josephs hospital, København	2.174
Diakonissestiftelsens hospital	384
Set. Lukas stiftelsen	258
Set. Maria hospital, Roskilde	329
— — — , Vejle	440
Set. Hedvigs klinik, Kolding	49
Set. Josephs hospital, Esbjerg	213
Ialt ...	3.847

Det må imidlertid erindres, at Set. Josephs hospital i København delvis virker som kommunal fødeafdeling efter overenskomst med Københavns kommune, jfr. afsnit 3. Set. Josephs hospital har således kun 15 pladser på den private afdeling, og kun 223 af fødslerne forekom på denne afdeling.

De private hospitaler får bedst tilgang af fødende, hvor de offentlige sygehuse ikke modtager normalt fødende, som f. eks. i Københavns amt, i Kolding og i Esbjerg, men iøvrigt afhænger søgningen naturligvis af, hvilke fordele de kan byde de fødende kvinder, og hvilken betaling der kræves. Diakonissestiftelsen forlanger for et barselophold på fællestue 275 kr., eksklusive læge og jordemoder.

I Roskilde betales for indenbys patienter på fællestue 8 kr. pr. dag + 5 kr. for barnet, eksklusive jordemoderhjælp. Der ydes kommunalt til-

skud. For udenbys er prisen 20 + 10 kr. pr. dag. I Vejle, hvor prisen for et barselophold egentlig er ca. 350 kr., skal indenbys fødende som følge af en kommunal tilskudsordning kun betale 40 kr. selv. Set. Josephs hospital i Esbjerg tager 300 kr. for et barselophold, eksklusive jordemoderhjælp.

5. Privatkliniker.

For opførelse og drift af kliniker etc. eksisterer der ikke generelle regler for hele landet, men de lokale, af indenrigsministeriet stadfæstede sundhedsvedtægter indeholder som regel forskrifter på dette område, af hvilke de vigtigste er gengivet i bilag 8.

På de såkaldte »privatkliniker« kan indlæggelse — i modsætning til, hvad der gælder de senere behandlede »fødekliniker« — også ske af andre grunde end forestående fødsel, og de er derved beslægtede med sygehusene. Karakteristisk for privatklinikerne er også, at indlæggelse sker ved læge, at der er fast lægetilsyn, og at klinikerne i større omfang beskæftiger autoriserede sygeplejersker. Antallet af sengepladser på de ialt 20 kliniker svinger fra 7 til 35. Det samlede antal er 420.

Klinikernes betydning er i almindelighed svindende, idet de ikke kan konkurrere med sygehusene. Således udgjorde deres belægningsprocent i 1954 70 mod sygehusenes 94. På en del af de tilbageværende kliniker udgør de fødende en væsentlig del af belægningen.

I 1944 fandt på 11 privatkliniker 2.668 fødsler sted, hvilket var 2,9 pct. af samtlige fødsler. I 1950 var tallene 1.667 fødsler på 10 kliniker eller 2,1 pct. Efter de for 1954 foreliggende oplysninger var tallet på privatkliniker, der modtager fødende, 7. På disse fødtes 1.566 børn.

Indlæggelse på klinikerne er for fleres vedkommende ret bekostelig, idet betalingen for et fællesstueophold i 1950 udgjorde 250—375 kr., hvortil kom læge- og jordemoderhonorarer.

6. Private fødekliniker og fødehjem.

Opgørelsen for 1950 omfatter 39 private kliniker og fødehjem med 413 pladser og 6.813 fødsler. Nogle kliniker indehaves af en

jordemoder, der selv bistår ved fødslerne, medens andre er åbne for alle jordemødre. Antallet af pladser varierer fra 4 til 22. 20 af klinikerne ligger i Storkøbenhavn.

Betalingen for et ophold på fællesstue var fra 95 kr. til 320 kr., eksklusive læge- og jordemoderhonorarer. Hertil kan komme betaling for narkose og medikamenter.

Enkelte kliniker har en fast lægeordning, men som regel er det den fødendes sædvanlige læge, der bistår, hvis lægehjælp er fornøden. Ca. ^{2/3} af klinikerne beskæftiger 1 eller flere autoriserede sygeplejersker, men plejepersonalet består dog mest af barsel- og barneplejersker.

Også de private fødeklinikers betydning er svindende, idet deres andel i udefødslerne fra 1944 til 1950 faldt fra 31,2 til 19,8 pct.

I de seneste år har nogle kliniker praktiseret en form for ambulante fødsler, om hvilke man skal henvise til bilag 2.

B. Lovgivningens stilling iøvrigt.

1. Sygekasseordningen.

a. De statsanerkendte sygekasser m. fl.

Ifølge folkeforsikringslovens § 1, stk. 1, forstås ved en sygekasse en forening af ubemidlede personer, der har sluttet sig sammen for ved bestemte bidrag at sikre hverandre gensidig hjælp i sygdomstilfælde.

De statsanerkendte sygekasser havde ved udgangen af 1953 ialt 2.436.000 ubemidlede nydende medlemmer, svarende til godt 34 af den del af befolkningen, der er 15 år og derover.

Indtægts- og formuegrænserne for ubemidlede medlemmer er i en socialministeriel bekendtgørelse af 5. december 1955 med virkning fra 1. oktober 1955 fastsat således:

	Indtægt kr.	Formue kr.
1) i København og dermed ligestillede områder	12.700 + 900 pr. barn	enlige 31.000
2) i købstæder og by- mæssige bebyggelser over 1.500 indbyggere	11.700 + 900 pr. barn	
3) i det øvrige land	10.700 + 900 pr. barn	forsørgere 44.000

Stikprøver viser ret forskellig prisudvikling på klinikerne i tiden 1950—56, fra omtrent uforandrede priser til forhøjelser på ca. 25 pct.

Sygekasserne har først og fremmest pligt til at yde fri lægehjælp og fri sygehusbehandling til fællestuetakst på offentligt sygehus.

De offentlige sygehuse skal modtage sygekassemedlemmerne til $\frac{1}{2}$ pris, hvis disse er bosat i vedkommende sygehus' indlæggelsesområde eller under et ophold dér bliver pludseligt syge.

Reglerne om hjælp i anledning af fødsel findes i folkeforsikringslovens § 19. Herefter yder sygekasserne fri jordemoderhjælp, nødvendig lægehjælp samt i 14 dage en daglig pengehjælp af den størrelse, som pågældende har sikret sig i tilfælde af sygdom. Under jordemoderhjælpen hører også ydelsen af en såkaldt fødselspakke, der indeholder de i anledning af fødslen nødvendige forbindsstoffer.

Pligt til at yde hjælp til ophold på sygehuse eller klinik i forbindelse med fødslen har sygekasserne principielt ikke. Kun hvis fødslen er sygeligt forløbende, må kasserne betale for opholdet og da efter de almindelige for sygehushold gældende regler. Finder indlæggelsen i disse tilfælde ikke sted på sygehus, men på en særlig fødeanstalt eller fødeklinik, kan kasserne yde betaling efter den såkaldte privatklinikbestemmelse, såfremt

denne findes optaget i vedtægten. (Bestemmelsen er optaget i den af direktoratet for sygekassevæsenet udstedte mønstervedtægt).

Er fødslen ikke sygeligt forløbende, men pågældende blot ønsker at føde uden for hjemmet, yder kasserne højst hjælp inden for den grænse, som sættes af udgifterne ved fødsel i hjemmet.

Sygekasserne har ikke nogen almindelig pligt til at yde hjælp til fødselsnarkose. Hjælp hertil ydes dog faktisk i vidt omfang gennem kasserne, nemlig som led i den nødvendige lægehjælp, barselpatienterne har ret til, jfr. pag. 10.

Af sygekassernes samlede udgifter i 1953 på ca. 225 mill. kr. vedrørte ca. 8,4 mill. kr. barselhjælp, heraf 4,43 mill. kr. jordemoderhjælp m. v. og 2,34 mill. kr. lægehjælp.

Honorarerne for jordemoderhjælp og for lægehjælp er fastsat i overenskomster mellem sygekasserne og de pågældende foreninger.

Til jordemødrene betales for tiden pr. fødsel: 107,80 kr. — 91,00 kr. — 75,60 kr., afhængig af den fødendes bopæl.

Hvis jordemoderen tilkaldes til fødsel, der kommer til at foregå på sygehus, hvor hun ikke benyttes, betales henholdsvis 67,20 kr. — 58,80 kr. — 42,00 kr.

Antal barseltilfælde.

	Ialt	Deraf med lægehjælp i hjemmet		Deraf på klinik o. l.	
		Antal	pct.	Antal	pct.
Kasser i hovedstaden	7.910	1.304	16,5	6.380	80,6
I provinsbyerne:					
på øerne	6.403	2.502	39,1	3.073	48,0
i Jylland	10.955	6.410	58,5	3.494	31,9
tilsammen	17.358	8.912	51,3	6.567	37,8
Øernes landkasser	16.441	7.758	47,2	6.052	36,8
Jyllands landkasser	21.997	13.813	62,8	3.158	14,4
Landdistrikterne tilsammen	38.438	21.571	56,1	9.210	24,0
Samtlige kasser 1953	63.706	31.787	49,9	22.157	34,8
Samtlige kasser 1952	63.281	31.273	49,4	21.147	33,4
Samtlige kasser 1951	63.323	30.723	48,3	20.918	32,9
Samtlige kasser 1950	65.184	30.614	47,0	20.431	31,3
Samtlige kasser 1949	65.005	30.135	46,4	19.864	30,6

For 1954 er oplyst, at 50,6 pct. af fødslerne foregik med lægehjælp i hjemmet og 35,0 pct. på klinik o.l.

For lægehjælp betaler sygekasserne efter arten af den ydede bistand.

Tabellen pag. 25 viser antallet af barseltilfælde hos medlemmerne i 1953, og hvorledes disse tilfælde fordeler sig på hjemme- og udefødsler m. v.

Statsbanepersonalets sygekasse, der i flere retninger sidestilles med de almindelige sygekasser, har ca. 43.000 medlemmer.

b. Fortsættelsessygekasser (statskontrollerede sygeforeninger for bemidlede personer).

Kasserne havde pr. 31. december 1953 ca. 350.000 nydende medlemmer.

Alle udgifter dækkes af medlemsbidragene. Udgiften til barselhjælp udgjorde i 1953 ca. 585.000 kr.

Som eksempel på fortsættelsessygekassernes godtgørelse for udgifter ved fødsel skal oplyses, at ifølge mønstervedtægten for fortsættelsessygekasserne godtgøres der medlemmerne jordemoderhjælp efter regning, dog højst med 75 kr., lægehjælp ved fødsel indtil 75 kr., samt udgifter ved ophold på fødehjem, dog ikke for ophold udover 14 dage og ikke med over 10 kr. pr. døgn.

2. Kommunernes ydelse af barselhjælp.

Bestemmelserne herom findes i forsorgslovens §§ 231 og 232. Kommunerne er forpligtet til i barseltilfælde at yde tilsvarende hjælp til trængende ikke-sygekassemedlemmer, som sygekasserne yder deres medlemmer. Der har aldrig været ydet særligt store beløb, normalt 60.000—90.000 kr. årligt.

Ifølge lovens § 233 medfører den hjælp fra det offentlige, som en frugtsommelig eller fødende kvinde modtager til sig eller barnet gennem indlæggelse på rigshospitalets fødeafdelinger eller fødselsanstalten i Jylland, ingen art af retsvirkninger og vedrører ikke den offentlige forsorg.

I tilfælde, hvor indlæggelse på en af de i § 233 nævnte anstalter ikke kan ske, enten på grund af praktiske vanskeligheder, eller fordi betingelserne ikke er opfyldt, men hvor det sociale udvalg skønner, at det efter forholdene må anses for uforvarsligt, at den ven-

tede fødsel foregår i hjemmet, er¹ den fødende ifølge § 234, stk. 1, i *trangstilfælde* berettiget til optagelse på almindeligt sygehus eller i kommunalt fødehjem, hvor sådant findes. Reglen må ses i forbindelse med lovens foran omtalte § 37.

3. Mødrehjælpen.

Mødrehjælpsinstitutionerne er oprettet landet over ved lov af 15. marts 1939 med det formål at give familier og enlige kvinder hjælp og vejledning i tilknytning til svangerskab og fødsel. Loven er ændret i 1956, jfr. kapitel IV, afsnit C.

De enkelte institutioner ledes af en bestyrelse med repræsentanter for de respektive amts- og byråd samt eventuelt for støtteforeninger eller visse andre private foreninger. Desuden en overlæge ved et af sygehusene i institutionens område. Som rådgivende organ for socialministeren er oprettet et »mødrehjælpens tilsynsråd«.

Institutionerne yder alle svangre kvinder bistand ved problemer i svangerskabet af personlig, social, juridisk, økonomisk og lægelig art. Arbejdet udføres af jurister, socialrådgivere, læger og psykologer. Som eksempel på arten af støtten kan nævnes, at der skaffes enligt stillede mødre ophold før og efter fødslen på svangre- og mødrehjem.*)

Udgiften ved virksomheden, der nu udgør ca. 7 mill. kr. om året, afholdes af stat og kommuner, men mødrehjælpen nyder dog i vidt omfang privat støtte til videregående opgaver.

Mødrehjælpsinstitutionernes hovedsæde findes i byerne København (København, Københavns og Frederiksborg amter), Næstved (Holbæk, Maribo, Præstø og Sorø amter), Rønne (Bornholms amt), Odense (Odense og Svendborg amter), Århus (Århus, Skanderborg, Randers og Viborg amter), Ålborg (Ålborg, Hjørring og Thisted amter), Esbjerg (Ribe og Ringkøbing amter) og Sønderborg (Åbenrå-Sønderborg, Haderslev, Tønder og Vejle amter). Desuden har institutionerne 6 filialkontorer, og til en række byer, ialt 72, udsendes socialrådgivere med regelmæssige mellemrum.

*) Der har fra enkelte provinsinstitutioner været udtalt ønske om oprettelse af fødeafdelinger i tilslutning til svangrehjem, bl. a. af hensyn til den psykiske betydning af, at det er samme personale, der bistår kvinden under svangerskab og fødsel.

Antallet af kvinder, der søgte mere omfattende hjælp og vejledning var i 1954—55 således:

gifte.....	17.506
ikke-gifte.....	12.746
Ialt.....	<u>30.252</u>

Mødrehjælpsinstitutionerne har flere steder i landet truffet specielle ordninger vedrørende indlæggelse af normalt fødende, således f.

eks. på sygehusene i Næstved og Esbjerg. Disse ordninger omfatter også udenamts patienter, der indlægges for en moderat takst. I Næstved varer sygehusopholdet kun få dage, hvorefter mødrene overføres til mødreheimet.

Svangerskabskommissionen af 1950 har i sin i 1954 afgivne betænkning foreslået institutionernes antal og opgaver stærkt forøget, jfr. herom kapitel IV, afsnit C.

Kapitel III.

Forholdene i udlandet.

I det følgende skal gives en oversigt over fødselshjælpen i en række lande. Oplysningerne er for en dels vedkommende indhentet specielt til brug for udvalgets arbejde og hvi-
ler iøvrigt bl. a. på de i fortegnelsen efter kapitlet nævnte publikationer. De i omtalen af de forskellige ordninger anførte kritiske bemærkninger er ikke udvalgets.

A. Sverige.

I de seneste årtier har udviklingen af fødselshjælpen i Sverige i mange henseender fulgt nye baner. I det følgende er det forsøgt at give et billede af fødselshjælpens og kvindesygdomsbehandlingens nuværende stadi i Sverige med særligt henblik på den del af denne behandling, som finder sted på anstalter af forskellig slags.

Før i tiden og endnu i begyndelsen af det 20. århundrede blev det anset for en selvfølgelig sag, at barnefødsel skulle foregå i hjemmet. Nogen anden mulighed stod med et par nedennævnte undtagelser kun åben for kvinder, hos hvem fødselskomplikationer var opstået eller kunne ventes. I sådanne tilfælde var det nemlig muligt for moderen at blive indlagt på et af landets sygehuse. Ved en normal fødsel var dette derimod ikke tilladt. I de allerstørste byer og i universitetsbyerne fandtes dog allerede siden midten af det 19. århundrede (i Stockholm og Göteborg siden slutningen af det 18. århundrede) fødselsanstalter, der ikke stod i forbindelse med sygehuse, og som modtog såvel normale som komplicerede fødsler. Disse fødselsanstalter benyttedes i begyndelsen alene af det allerdårligst stillede klientel, som af økonomiske grunde ikke havde råd til anden pleje. Anstalternes rygte var da ikke det bedste, idet de let blev smittekilder, som gav anledning til nosocomiale infektioner med høj dødelig-

hed både for mødre og børn. Henimod slutningen af det 19. århundrede begyndte situationen at forandres. Hygiejne og antiseptik nedbragte hurtigt mortalitetstallene til et niveau, som ikke virkede skræmmende på noget klientel. Fødselsanstaltens resultater blev stadigt bedre, og deres popularitet steg. Provisoriske små afdelinger for normale fødsler etableredes på en del af landets sygehuse. Mødre søgte i store skarer til disse forskellige fødselsinstitutioner, som i de sidste 30 år har måttet kæmpe mod en så godt som permanent pladsmangel.

Forøgelsen af anstaltsfødslerne igennem en årrække er vist i nedenstående tabel:

	Fødsel i hjemmet pct.	Fødsel på anstalt pct.	Antal anstalt- pladser
1892	97	3	200
1911—20.	91	9	475
1925.	84	16	800
1930.	76	24	1.065
1940.	35	65	2.195
1943.	27	73	2.577
1946.	15	85	3.300

(om den senere udvikling — se pag. 30—31).

Det har således vist sig, at antallet af anstaltsfødsler stadig er forøget, og at anstaltsfødsel er populær.

Oprindeligt for at stimulere fødselstallet, men senere ud fra alment sociale synspunkter, er der i Sverige truffet ret vidtgående foranstaltninger til fordel for de fødende. I det følgende skal der redegøres for de foranstaltninger, der er af mere direkte betydning for valaret af fødested.

1. Adgangen til indlæggelse og betalingen herfor.

Det påhviler kommunerne (25 landstingsområder samt Stockholm, Göteborg, Malmö,

Norrköping, Hälsingborg og Gävle) at sørge for, at der kan ydes anstaltsophold til alle fødende kvinder, der har deres opholds- eller hjemsted inden for det pågældende område. Ifølge kundtgørelse nr. 743 af 21. juli 1937 ydedes statsbidrag til driften af fødselsinstitutioner — fødselsanstalter, fødeafdelinger ved sygehuse eller »sjukstuga«, fødehjem og føderum hos jordemødre — samt ventehjem i Övre Norrlands ødemarksområder. Det var en forudsætning, at institutionen indgik i en af medicinalstyrelsen godkendt plan for pågældende område. Statsbidraget udgjorde normalt 3 kr. pr. dag for hver fødende.

Med virkning fra 1. januar 1955 er i Sverige gennemført en ny lov om moderskabs-hjælp, hvorefter det tidligere system med statsbidrag til sygehusophold og lignende ved fødsel bortfalder, men således at den fødende ikke stilles ugunstigere herved. Efter forslaget skal en kvinde, der er forsikret i henhold til loven om den almene sygeforsikring, under svangerskab og ved barnefødsel være berettiget til moderskabshjælp i form af godtgørelse for forløsningsudgifter samt moderskabspenge. Godtgørelse for forløsningsudgifter skal ydes på samme grundlag, som i henhold til sygeforsikringsloven bringes i anvendelse med hensyn til godtgørelse for sygeplejeudgifter. Til forløsningsudgifter henføres bl. a. udgifter til pleje på samt rejser til og fra fødselsanstalt.

Herefter slipper de fødende også for at betale den ene kr. om dagen, de før skulle yde, og sygehuse får kun af sygekasseerne den almindelige indlæggelsestakst, der i Sverige normalt ligger på 3 kr. pr. dag. Der vil altså blive tale om en indtægtsnedgang for sygehuse. Det må herved tages i betragtning, at den svenske sygeforsikring fra 1. januar 1955 principielt omfatter alle svenske statsborgere, som er bosat i landet, samt dér bosatte udlændinge. Medlemsbidraget for den obligatoriske forsikring, der omfatter lægehjælp, sygehusindlæggelser, transport til og fra læger og sygehuse, transport af læge og dagpengehjælp er — inklusive den forøgede hjælp til de fødende — beregnet til ca. 24 kr. årlig pr. medlem. Herudover ydes tilskud fra arbejdsgivere og fra staten.

Den del af statens tilskud, der vedrører forløsningsudgifter, anslås til ca. $\frac{1}{2}$ mill. kr. årligt, medens resten af udgiften, ca. 3,5 mill. kr. dækkes af medlemsbidraget.

2. Institutionernes karakter.

Som nævnt må hvert af de 31 sygeplejeområder under den nuværende ordning udarbejde en nøje generalplan for sin fødsels-hjælp. Planen, som skal godkendes af medicinalstyrelsen, skal omfatte såvel pleje før og efter fødslen som fødselshjælp i hjem eller på anstalt. Anstalternes art, størrelse og placering skal ligeledes fastsættes. Statstilskud til etablering af fødselsanstalter ydes med indtil halvdelen af bygningsudgifterne, inklusive grund og inventar, dog højst 2.500 kr. pr. sengeplads i sygehusnybygninger og mindre beløb for fødeafdelinger, indrettet i bestående bygninger, og for fødehjem. Indretningen skal godkendes af medicinalstyrelsen.

Planerne for sygeplejeområdernes fødsels-hjælp er baseret på oplysninger om fødselstallet inden for området. Ved beregning af anstaltspladsernes antal er der også taget hensyn til den tid, som hver fødende kvinde bør opholde sig på anstalten. Denne tid skal være så lang, at hun når at få nødvendig hvile og afkobling fra hjemmearbejde. Det skal være tid til at lære ammeteknikken, og det nyfødte barn skal komme over den første og mest kritiske uge i sit liv. Med de moderne behandlingsmetoder, som væsentligt har nedbragt antallet af de kvinder, der ligger længe på fødselsanstalterne, regnes den gennemsnitlige liggetid for tiden at være ca. 10 døgn for normale fødsler og for en hel kvindekliniks klientel 13—14 døgn. På de offentlige fødehjem var gennemsnitsliggetiden i 1953 kun 7,6 dage.

Fordelingen af pladserne på kvindekliniker og mindre anstalter afhænger af de lokale forhold. Der findes en stærk tendens hos mødrene til så vidt muligt at vælge en fødselsanstalt, som har en specialuddannet læge, selv om afstanden er længere. Små anstalter i nærheden af specialafdelinger har derfor måttet nedlægges.

Da de omhandlede bestemmelser blev indført, regnede medicinalstyrelsen med, at ca. 60 pct. af fødslerne skulle kunne ske på anstalt, og at ingen fødende kvinde skulle have mere end 50 km til en fødselsanstalt af en eller anden art. Disse tal er siden blevet revideret, og en stærk individualisering mellem forskellige områder er af naturlige grunde blevet nødvendig. Medicinalstyrelsen regner med, at hver plads for fødende skal svare

til 30 fødsler årlig. For tiden føder dog betydelig flere mødre på hver anstaltsplads.

I en betænkning, der blev afgivet af statens sygeplejekomite 1934, blev der foreslået 5 forskellige slags fødselsanstalter. 1) Særskilte fødselsanstalter (fristående barnbørds-hus), 2) fødeafdeling ved sygehus (type I) med egen specialuddannet læge og kombineret med afdeling til behandling af kvindesygdomme, en såkaldt kvindeklinik, 3) fødeafdeling ved sygehus (type II) med sygehuslægen på det udelte sygehus eller den kirurgiske afdeling som ansvarlig læge, 4) fødehjem, 5) fødestuer (förlösningrum) hos jordemødre.

Dette forslags hovedlinie er stort set bevareret. Den væsentligste ændring vedrører fødeafdelinger af type I og særskilte fødselsanstalter. De førstnævnte er kommet til at indtage en mere dominerende plads i organisationen, de sidstnævnte det modsatte.

Grundprincipperne ved planlægningen er nemlig blevet, at hvert sygeplejeområde skal have mindst en anstalt af type I, d. v. s. en kvindeklinik, som indgår som selvstændig del i et større delt sygehus, oftest centralsygehuset. Denne kvindeklinik skal udgøre kernen i områdets fødselsorganisation, og dens læge, øvrige personale og udrustning skal være egnet til helt og fuldt at kunne påtage sig behandlingen af alle fødsler og gynækologiske tilfælde, som henvises dertil enten direkte eller via områdets mindre fødselsanstalter. Kvindekliniken skal desuden i det omfang, pladsen tillader det, optage normale fødsler og almindelige gynækologiske tilfælde samt steriliserings-, steriliserings- og aborttilfælde fra vedkommende sygehus' distrikt.

De mindre fødselsanstalter, som indgår i generalplanerne, er til dels sådanne fødeafdelinger, som udgør en del af et udelte sygehus, en kirurgisk afdeling eller et mindre sygehus på landet (sjukstuga) (sygeplejekomiteens type II). Uagtet type II-afdelingerne ikke har en kvindekliniks adgang til specialkundskab og ressourcer, har de en stor fordel frem for de øvrige mindre anstalter derved, at en kirurgisk uddannet læge og en operationsafdeling er til rådighed døgnet rundt. Disse anstalter kan takket være dette modtage og behandle mange tilfælde, som fødehjemmene ikke kan klare.

Institutioner af type II samarbejder i det nødvendige omfang med kvindekliniken, som står til rådighed såvel for behandling af dertil overførte patienter som for konsultation. Sådanne konsultation kan enten ske gennem kontakt mellem lægerne eller i enkelte tilfælde derved, at kvindeklinikens læge rejser til det sygehus, som ønsker hjælp.

De små uden for sygehus liggende fødehjem m.v. er beregnet til ukomplicerede fødsler. De har overtaget den fødselshjælp, som tidligere blev ydet i hjemmene og også stadig skulle kunne ydes der, såfremt plads, hygiejniske foranstaltninger, udstyr og personale var til stede i tilstrækkeligt omfang. Overflytningen af hjemmefødslerne til disse fødestuer og fødehjem menes dog at betyde en rationalisering.

Fødselsindgreb af forskellig slags kan naturligvis her udføres lettere end i mødrenes hjem, men de mindste anstalters behov for samarbejde med kvindekliniken er større end type II-afdelingernes.

Fødehjem og -stuer opfylder en vigtig opgave i de spredt bebyggede län, men i forhold til deres kapacitet er de hverken billige i anlæggelse eller drift.

Sygeplejekomiteens første gruppe — særskilte fødselsanstalter (fristående barnbørds-hus) er med et par undtagelser ikke optaget i planerne. En sådan institution er en stor fødselsanstalt med mindst 15 pladser, som ikke behøver at være ledet af en specialist og ikke er sammenbygget med et sygehus. For rationel drift af en fødselsanstalt måtte imidlertid fordres, dels at lægen er specialuddannet, dels et intimt samarbejde med et stort sygehus' forskellige afdelinger. De særskilte fødselsanstalter af denne type hører derfor ikke hjemme i den moderne organisation af fødselshjælpen og behandlingen af kvindesygdomme.

3. Den nuværende tilstand.

Den ovenfor beskrevne organisation er nu i praksis så godt som fuldt gennemført. Den svenske stat driver selv en enkelt klinik.

Ifølge den svenske medicinalberetning for 1953 fordelte antallet af pladser for fødende sig ved årets udgang således:

	Under ledelse af speciallæge	Uden speciallæge
Offentlige sygehuse	1.747	1.023
--- »sjukstugor« og		
»sjukhärbärgen«	—	370
Private sygehuse	—	27
Offentlige fødselsanstalter og fødehjem	206	218
Private fødehjem	—	10
På diverse offentlige an- stalter	—	23
Ialt ...	1.953	1.671
	3.624	
Pr. 10.000 indbyggere	2,7	2,3

De 1.747 sygehuspladser for fødende på specialafdelinger fordeler sig på 31 kvindekliniker med fra 10 til 248 pladser, hvortil så kommer ialt 1.243 senge for gynækologiske patienter. Den sidste større, private fødeklinik Pro Patria i Stockholm med 36 pladser nedlagdes i 1952.

Af samtlige ca. 111.000 fødsler, der forekom i Sverige i 1953, skete 52,8 pct. på sygehusafdelinger eller fødselsanstalter, ledet af en speciallæge, og kun 3,3 pct. skete uden for institutionerne. Hjemmefødsler forekommer nu faktisk kun udenfor byerne.

Det vil ses, at fødselstallet er relativt lavt, idet folkemængden ligger omkring 7,1 mill.

Fødselshjælpen og behandlingen af kvindesygdomme i Sverige er i de sidst forløbne årtier undergået en gennemgribende ændring, således at behandlingen af alle fødselskomplikationer og kvindesygdomme er godt på vej til at blive varetaget på en betryggende måde i hele landet. Ved kombination af de forskellige institutionstyper har man søgt at imødekomme økonomiske krav om differentiering af udgifterne til forskellige behandlingsbehov, og ved bygningernes udformning har blikket været rettet mod rationalisering af driften. Gennem anstaltens relativt store antal og hensigtsmæssige placering har man endelig opnået en ud fra et kommunikationssynspunkt fordelagtig fordeling af anstaltspladserne.

Uanset at man i Sverige er klar over, at sygeplejen i hjemmene i fremtiden i mange tilfælde både kan og vil erstatte sygehusple-

jen, anser man på fødselshjælpens område en tilbagegang til forøget hjemmefødsel for at være mindre sandsynlig. Snarere imødeses en yderligere tilbagegang i antallet af hjemmefødsler. Udviklingen har bevirket, at distriktsjordemødrenes arbejdskraft ikke udnyttes rationelt, hvilket man dog søger at imødegå ved også at lade dem gøre tjeneste på fødselsinstitutionerne eller ved at kombinere arbejdet med distriktssygepleje. Dette kræver dog forlænget uddannelse. Endelig er man inde på den tanke i visse tilfælde at overlade til den lokale fødselsanstalt også at tage ansvaret for hjemmefødsler. I 1954 udgjorde antallet af stillinger som distriktsjordemoder 756, som jordemoder på fødselsinstitution 588, og til »mödravårdscentraler« var knyttet 29 stillinger.

Når man mener det nødvendigt at opretholde en distriktsjordemoderordning, skyldes dette dels hensynet til de undertiden lange afstande til fødselsanstalterne, dels forekomsten af pludselige fødsler, hvor der ikke er tid til at transportere den fødende. Endvidere deltager distriktsjordemødrene i forebyggende undersøgelser af de svangre, hvilket nu er deres væsentligste arbejdsområde. Til fordel for en ordning, hvorved distriktsjordemødrene også tjenstgør på fødselsanstalterne anføres, at der derved skabes bedre samarbejde og forståelse mellem de to grene af forsorgen for de fødende, at jordemoderen får lejlighed til at opretholde og forbedre sine kundskaber, der ellers ved de få hjemmefødsler vil forfalde, og at det er en behagelighed for patienterne, at den jordemoder, de kender fra svangerskabsundersøgelserne, også hjælper ved fødslen.

I sommeren 1956 godkendte rigsdagen forslag om gratis røntgenundersøgelse af gravide kvinder i tilfælde af mistanke om tuberkulose, eller hvis tuberkulose forekommer eller tidligere er forekommet i hendes familie, eller endelig hvis bolig- eller miljøforholdene indebærer risiko for tuberkulosesmitte. Kun på grund af praktiske vanskeligheder afstod man fra at stille forslag om sådan undersøgelse af alle svangre. Samtidig godkendtes en forsøgsvirksomhed med speciel kontrol af svangre kvinder, der lider af visse sygdomme (hjerter-, nyre- og andre sværere sygdomme) og en udvidelse af den forebyggende virksomhed med mødregymnastik.

B. Norge.

Det samlede antal fødsler udgjorde i 1951 60.758, svarende til 61.564 børn, af hvilke 45.253 fødtes på sygehus. Folkemængden var ca. 3,3 mill.

Det kan i almindelighed siges, at fødsler i byer og tæt bebyggede områder med sygehuse meget sjældent foregår i hjemmene. Således kan det nævnes, at af 9.449 fødsler i Oslo i 1946 skete kun 308 i hjemmet mod 9.141 udefødsler. Siden 1946 er der foregået en yderligere bevægelse bort fra hjemmefødslerne, idet i 1954 kun 46 af ialt 5.810 levendefødte børn fødtes i hjemmet. Derimod bevirker de geografiske forhold, at fødslerne mange steder i landdistrikterne i stor udstrækning må foregå i hjemmene.

Det er ikke ved lov pålagt stat, kommune eller andre at oprette eller drive institutioner for fødende. Sagen løses som regel gennem lokalt initiativ. Alle planer til indretning af sådanne institutioner skal godkendes af sundhedsmyndighederne, og institutionerne er underlagt disse myndigheders kontrol. Staten ejer og driver kvindeklinikerne i Oslo og Bergen med ialt 254 senge, men har iøvrigt ikke hidtil ydet nogen støtte til fødselsinstitutionerne.

På obstetriske og obstetrisk-gynækologiske specialafdelinger findes ca. 550 pladser for fødende og på andre sygehusafdelinger ca. 400 pladser. På offentlige fødehjem er der ca. 400 pladser for fødende og endelig har privatklinikker ca. 435 pladser.

Alle fødende har adgang til indlæggelse på de offentlige institutioner, idet dog en del specialafdelinger overvejende tager imod patologiske fødsler. Betalingen er den samme som for almindelig sygehusindlæggelse og inkluderer jordemoderhjælp. De private institutioner står prismæssigt frit. Sygekasserne dækker udgiften til indlæggelse på offentlig institution eller ved indlæggelse på privat institution et tilsvarende beløb, således at den fødende selv betaler merudgiften.

Sygehusene har i meget stor udstrækning ansat jordemødre, men ved fødehjem m. v. bruges i stor udstrækning jordemødre udefra. En del af de offentligt ansatte distriktsjordemødre gør bl. a. tjeneste ved fødehjem m. v.

Man er i Norge af den anskuelse, at der er for få pladser til rådighed for fødsler,

herunder også for patologiske tilfælde. Dette gælder særligt landdistrikterne. Der bygges og planlægges derfor mange fødehjem omkring i landet, ofte kombineret med »helsehus«, som blandt andet giver plads for spædbørnskontrol m. v. Der er endvidere under bygning og planlægning en del specialafdelinger ved centralsygehuse.

Bortset fra pladsmanglen finder man den gældende ordning tilfredsstillende, idet man dog kunne ønske en reduktion i antallet af mindre fødehjem til fordel for større anstalter, men på grund af de store afstande og den spredt boende befolkning er dette næppe muligt.

C. Finland.

Der forekommer ca. 95.000 fødsler om året i en befolkning på ca. 4,2 mill. 95 pct. af de svangre undersøges under svangerskabet på særlige klinikker, og jordemødrene aflægger flere besøg i hjemmet. Svangerskabsundersøgelse er et vilkår for økonomisk støtte i anledning af fødslen. Ved indlæggelse på fødselsinstitution medbringer moderen en beretning om resultatet af undersøgelserne.

Selve fødselshjælpen er planlagt med henblik på at overvinde vanskelighederne ved transport ofte over lange afstande og i vanskeligt terræn, ikke sjældent umuligt at passere på grund af vejforholdene. Derfor vil der ved en fødsel i hjemmet kun være ringe chance for hjælp fra hospitaler eller tilkaldelse af flere læger. Der regnes følgerig med hospitalisering af bl. a. alle førstegangsfødende, alle, der tidligere har haft komplicerede fødsler, og alle fødende, for hvem afvigelser fra det normale er konstateret under svangerskabet. Nye store fødsels- og børnehospitaler med moderne udstyr og specialuddannet personale opføres på hensigtsmæssige steder rundt om i landet. Fødslerne ledes oftest af en læge med bistand af jordemoder. Jordemoderen fører i 6 uger tilsyn med rekonvalescensen.

I nedenstående tabel er angivet antallet af fødende på institution i forhold til samtlige fødende i forskellige år:

	pct.
1920	10,2
1938	32,7
1943	41,5
1948	53,3
1953	70,7

Der findes nu 132 fødselsanstalter og fødselsafdelinger med ialt 1.946 pladser. Heraf ejer staten 12 institutioner med 533 pladser, kommunerne 108 med 1.213 pladser og private og andre 12 med 200 pladser.

Indlæggelsestaksten på statens fødselsinstitutioner svinger fra 300 til 900 mark (ca. 9—27 kr.), efter som der er tale om fællestue eller enestue. For børn betales 150 mark.

D. England.

I årene før 1935 skete $\frac{2}{3}$ af alle fødsler i hjemmene.

Efter en i 1935 foretagen undersøgelse af jordemodertjenesten i de områder, hvor mødredødeligheden var højest, anbefalede sundhedsministeriet, at de lokale myndigheder ansatte obstetriske konsulenter bl. a. til at bistå de praktiserende læger og til at organisere såkaldte »flying squads«, der fra fødselsanstalter kunne rykke ud til den fødendes hjem og der bistå ved komplikationer, når flytning af patienten til hospital var utilrådelig. De medbragte blodtransfusionsudstyr til brug ved behandling af blødninger, chok o. s. v.

Selv om man før krigen stadig gik ud fra, at hovedparten af fødslerne ville ske i de fødendes hjem, var antallet af institutionsfødsler dog stigende og nåede i storbyerne op omkring halvdelen af samtlige fødsler. Mange steder etableredes mindre, kommunale fødehjem. Man tog herved hensyn til de økonomiske vanskeligheder i forbindelse med etablering af større fødselsanstalter, men man så tillige på, at sådanne små enheder ville bringe fødehjemmene inden for kort rækkevidde af de vordende mødre, og at de praktiserende læger ville være i stand til at tilse deres patienter.

Krigstidens evakuering stimulerede hospitaliseringen, idet mange kvinder fra udsatte områder, som normalt ville have født hjemme, blev indlagt på Emergency Maternity Homes som et led i evakueringsplanerne. Disse institutioner lå i landlige områder og fik naturligt også en lokal tilgang, således at de samtidig bevirkede en stigende hospitalisering uden for byerne. I denne retning virkede også boligmangel både under og efter krigen. Den forøgede beskæftigelse af kvinder uden for hjemmet har endvidere betydet, at der er færre kvindelige slægtninge til

rådighed til hjælp ved barselpleje i hjemmet. Disse faktorer i samvirke med en stigning i fødselshyppigheden belastede hospitalerne stærkt i de første efterkrigsår.

The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists havde allerede i 1944 anbefalet, at der tilstræbtes oprettet sengepladser for 70 pct. af alle fødsler og sengepladser for svangre i et antal, der svarede til $\frac{1}{3}$ af barselpladserne.

I 1946 gennemførtes ved National Health Service Act, der trådte i kraft i 1948, en gennemgribende reorganisation af hele sundhedsvæsenet, herunder fødselshjælpen.

Vederlagsfri profylaktiske undersøgelser i svangerskabet kan foretages af kvindens sædvanlige læge eller af en »general practitioner obstetrician«, d. v. s. en praktiserende læge, hvis obstetriske kundskaber er godkendt af en såkaldt »Local Obstetric Committee«. Under hensyntagen til udsigterne for fødselens forløb og til hjemmets tilstand giver lægen patienten råd med hensyn til eventuel indlæggelse på hospital. Hvis indlæggelse foretrækkes, henviser han patienten til hospitalet, der så kan overtage svangerskabsundersøgelserne. Nogle steder findes særlige svangerskabsklinikker.

Lægen kan på et hvilket som helst tidspunkt søge råd hos en obstetriske konsulent.

De sidste tal fra England viser, at kun 36 pct. af fødslerne sker i den fødendes hjem. Næsten hele resten foregår på hospitaler, dog sker nogle få på private fødeklíniker. Medmindre kvinden foretrækker at lade sig indlægge på hospital som betalende patient, er opholdet dér helt gratis.

Hvis patienten føder hjemme, er hun berettiget til jordemoder- og lægebistand. Indtræder der under en hjemmefødsel komplikationer, kan patienten indlægges, eller hjælp fra hospitalet tilkaldes. Heller ikke herfor skal der betales. Nyfødte børn, der vejer under 2.000 g, hospitaliseres.

Det er i det hele et grundlæggende princip for fødselshjælpen i England, at al assistance er vederlagsfri. Hospitalerne finansieres i det væsentlige af statens midler, medens udgiften til jordemødre afholdes af byer og grevskaber med 50 pct. 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«.

Da den kvinde, der føder hjemme, altid vil

have nogle udgifter herved, medens hospitalets ydelser er helt gratis, opstod således efter gennemførelsen af National Health Service Act endnu en faktor, der fremmede hospitaliseringen. Skønt fødselsprocenten nu er faldende, er kravene om indlæggelse til fødsel så talrige, at der i mange områder må ske en udvælgelse ved reserveringen af pladser for at give prioritet til de indlæggelser, som af lægelige eller andre grunde er påkrævede. Man regner med, at dette er tilfældet for ca. halvdelen af fødslerne.

Der er store, lokale forskelligheder mellem fordelingen af hospitals- og hjemmefødsler. I almindelighed er hospitalisering hyppigere i by- end i landdistrikter, men der er mange undtagelser.

For nylig er der sket en ændring af tilskudssatserne og indført et kontant ekstratilskud til hjemmefødende til at dække disses merudgifter i forhold til de hospitalsfødende.

»Report of The Ministry of Health« 1952 nævner som nye træk ved barselplejen, at moderen hurtigt efter fødslen kommer op, samt tendensen henimod at anbringe det nyfødte barn sammen med moderen og lade denne deltage mere aktivt i barnets pleje end tidligere. Det anbefales at have opmærksomheden henvendt på disse spørgsmål ved planlægningen af fremtidige fødeafdelinger.

10 dage regnes i England for den kortest forsvarlige tid for hospitalsophold i anledning af fødsel, og man udstrækker gerne varigheden til 14 dage.

E. Holland.

Omkring 900 uddannede jordemødre arbejder i privat praksis. Deres arbejde er ikke undergivet lægetilsyn, men de er til en vis grad under regeringens kontrol. Jordemødrene må ikke tage sig af patologiske tilfælde. Den sygeforsikringsordning, der omfatter mere end 80 pct. af befolkningen, betaler ikke lægehonorar for fødselshjælp og lignende, når jordemoder kan tilkaldes.

På regionalcentre, der ledes af en obstetriker, kan gratis foretages en enkelt undersøgelse af svangre, herunder blodprøver og eventuelt røntgenfotoografering. Distriktslaboratorier foretager gratis undersøgelser med hensyn til syfilis og blodtype, inklusive rhesusuforlidelighed, men nogen helt systematisk

ordning findes ikke på dette område, ligesom der ikke er faste rammer for samarbejdet mellem obstetrikere, praktiserende læge og jordemoder.

Såfremt der findes en social eller medicinsk indikation, vil vordende mødre — om ønsket — kunne indlægges på klinik.

I 1953 var antallet af fødsler 232.652 (228.609 levendefødte eller 21,8 pr. 1.000 indbyggere). Institutionsfødslerne udgjorde 52,262 eller 22 pct. Af hjemmefødslerne sker ca. halvdelen med bistand af læger, halvdelen med bistand af jordemødre. Præmature børn på over 2.000 g indlægges normalt ikke.

I Holland skelner man mellem:

- a. hospitalernes fødeafdelinger, hvor bl. a. føde-sygeplejersker bliver uddannet;
- b. fødeklinikker, hvor udelukkende normal eller patologisk obstetrik finder sted;
- c. fødselsanstalter, hvor patienter næsten udelukkende bliver indlagt på social indikation.

Langt den overvejende del af institutionerne drives privat (af religiøse organisationer m. fl.), men det offentlige yder tilskud til a. og b.

Såfremt indlæggelsen sker på medicinsk indikation, afholder sygekasserne omkostningerne. Indlæggelse på social indikation sker for egen regning.

Efter den egentlige barselperiode kan moderen henvende sig til forskellige centre for børnepleje, drevet af private institutioner. Desuden kan der engageres barselplejersker med 15 måneders uddannelse, der i tilfælde af, at fødslen er gået normalt, passer moderen og desuden varetager driften af husholdningen og ser efter de ældre børn.

F. Belgien.

Fødselsanstalter og fødeklinikker er undergivet særlige bestemmelser om indretning og drift, ligesom der kræves en særlig autorisation.

Ude- og hjemmefødsler forekommer i nogenlunde lige stort antal. Udefødslerne sker de fleste steder på veludstyrede institutioner med tilstrækkeligt uddannet personale, men i mange områder er den eksisterende ordning dog ikke fyldestgørende. Fødselshjælp ydes

både af læger og jordemødre. De sidstnævnte arbejder for størstedelen i hjemmene og i mindre fødselsinstitutioner.

Pleje af barselpatienter kan også ledes både af læge og jordemoder. Jordmoderen har dog altid ved egne patienter ansvaret for plejen af både moder og barn indtil 10 dage efter fødslen, uanset om denne er sket på hospital eller hjemme.

Derefter overtager sundhedsplejersker i hjemmene tilsynet med børnene og til dels også moderen.

Store anstrengelser udfoldes for at hospitalisere alle for tidligt fødte børn.

Man savner i Belgien tilstrækkelig forbindelse mellem klinikker for svangerskabsundersøgelse, fødselsinstitutioner og sundhedsplejersker og anser manglende samarbejde med røntgenklinikkerne for at være grund til, at kun 44 pct. af de svangre underkastes røntgenundersøgelse af lungerne.

G. Frankrig.

Der er en stigende tendens henimod hospitalisering af alle fødsler. Under krigen forekom praktisk taget ingen hjemmefødsler, og forholdet har ikke ændret sig i særlig grad.

De fleste fødsler ledes af læger. Skønt det er tilladt jordemødre at varetage normale tilfælde, er der en voksende utilbøjelighed til at benytte sig af deres bistand. Loven sætter snævre grænser for deres virksomhed. De må således ikke benytte instrumenter og skal tilkalde en læge, hvis noget unormalt indtræder. Jordemødrene henvises derfor oftest til rollen som lægens medhjælper.

Også i Frankrig har man vanskeligheder ved at opretholde en forsvarlig standard på små fødselsinstitutioner, der ikke er knyttet til et større sygehus. Af andre problemer kan nævnes, at de praktiserende lægers interesse for og uddannelse i obstetrik ikke anses for tilstrækkelig, og at samarbejdet mellem sygehus og sundhedsplejerske kan svigte, hvilket forhold man nu har søgt bedret ved at give moderen et hæfte med hjem fra sygehuset, indeholdende oplysninger om barnet.

*) Social Security Bulletin, marts 1956, angiver den senest konstaterede børnedødelighed til 26 promille.

H. U.S.A.

Befolkningstallet var i 1951 ca. 154 millioner, medens antallet af fødsler udgjorde 3.833.000. Langt den største part af disse fødsler sker på hospital. Medens antallet af hospitalsfødsler i 1935 udgjorde mindre end 40 pct., var det i 1949 steget til 86,7 pct. 8,1 pct. af fødslerne i samme år fandt sted under ledelse af en læge, men uden for hospital, og kun 5,1 pct. foregik uden lægelig bistand. Delvis på grund af mangel på hospitalspladser er det en ret udbredt praksis at sende mødrene hjem 1 til 2 dage (sommestider endda få timer) efter fødslen. Denne praksis har været udsat for skarp kritik.

Dødeligheden blandt de fødende er i de sidste årtier faldet meget stærkt. I 1949 døde i gennemsnit for hele U.S.A. 9 af hver 10.000 fødende kvinder. Gennemsnitstallet for fødende hvide kvinder var 6,8 mod 23,5 for ikke-hvide. Man er imidlertid i U.S.A. af den anskuelse, at der endnu skulle være mulighed for at forhindre $\frac{2}{3}$ af dødsfaldene, hvis alle fødende kunne modtage den bedst tænkelige behandling under ideelle forhold.

Børnedødeligheden, der i 1921 var 76 promille, var i 1951 faldet til 29 promille*), men den største forbedring var sket for så vidt angår alderen over 1 måned. Såvel mødresom børnedødeligheden er højest i de mest isolerede områder og lavest i de største byer, ligesom den er lavest blandt den hvide befolkningsgruppe. Økonomiske forhold spiller en meget stor rolle, idet de mindre velstillede fødende i visse områder kan have vanskeligt ved at skaffe sig kvalificeret hjælp, og i denne forbindelse må det bemærkes, at de ikke-hvide befolkningsgrupper som regel er placeret på et lavere socialt niveau.

I de sidste årtier er der imidlertid ad offentlig vej taget skridt til at fremskaffe passende obstetrisk bistand til dem, der af økonomiske eller geografiske grunde ikke selv kan skaffe sig sådan hjælp. Ofte har man etableret vederlagsfri klinikker for svangre, undertiden kombineret med fødselshjælp i hjemmene ved lokale læger eller autoriserede jordemødre.

Profylaktiske undersøgelser af svangre er i det hele vundet meget frem i U.S.A. Foruden på de ovennævnte klinikker foretages så-

danne undersøgelser af praktiserende læger, hospitalsklinikker og i enkelte afsidesliggende områder af jordemødre.

I mange stater er der iværksat særlige »Premature Programmes« for at nedbringe præmaturdødeligheden. Disse programmer forstås af sundhedsdepartementets kontor for Maternal and Child Health i nært samarbejde med lægeorganisationerne.

Hvad ledelsen af den præmature fødsel angår, er det den almindelige regel, at mødre med komplicerede lidelser og mødre, hvis fødsel er begyndt for tidligt, indlægges på hospital uden udgift for dem selv. Der lægges vægt på, at der ved den præmature fødsel er en person til stede, der er specialkyndig i plejen af præmature børn.

Til behandling af disse er der i tilknytning til udvalgte hospitalsafdelinger og navnlig til universitetsklinikkerne oprettet særlige »Premature Centres«. Centrene modtager enten alle deres patienter fra fødeafdelingerne og er så knyttet til disse eller ude fra omegnen og er så oftest knyttet til en børneafdeling. I sidste tilfælde findes undertiden en særlig transportservice med ambulancer med kuvøse. Hvis børnene af særlige grunde skal plejes hjemme eller på et andet hospital, kan kuvøser udlånes. Der findes et særligt anmeldelsessystem, der skaffer hurtig kontakt til centrene, ligesom der lægges megen vægt på efterkontrol og samarbejde med sundhedsplejerskerne. På centrene foregår en udstrakt undervisning af læger, studenter, sygeplejersker og eventuelt jordemødre.

På flere store hospitaler er ansat patologer med speciel viden om og interesse for nyfødte børns sygdomme.

Ca. $\frac{1}{3}$ af samtlige fødsler i U.S.A. sker under ledelse af en specialist i obstetrik, og antallet af specialister vokser stadig, men endnu består dog de almindelige praktiserende læger ved ca. 60 pct. af fødslerne. Som det

vil fremgå af det ovenfor anførte, spiller jordemødrene ikke nogen særlig rolle, og man regner i U.S.A. med, at det i fremtiden vil blive sådan, at der altid er en læge til stede ved en fødsel.

»The Presidents Commission on the Health Needs of the Nation« anbefaler i sin rapport af december 1952 bl. a., at der drages omsorg for diagnose- og konsultationsmuligheder for svangre i tyndt befolkede områder og overalt, hvor det ellers savnes.

Fortegnelse over de vigtigste anvendte publikationer.

- Ludvig Simon: Kvinnokliniker och förlossningsanstalter, Stockholm 1948.
- Allmän Hälso- och Sjukvård 1953, udgivet af Kungl. Medicinalstyrelsen, Stockholm 1955.
- Kungl. Maj:ts proposition til riksdagen med förslag til lag om moderskabshjælp m. m., Stockholm 1954.
- Förslag angående barnmorskeväsendets organisation och förebyggande mödravård (betänkning), Stockholm 1954.
- Kungl. Maj:ts proposition til riksdagen angående barnmorskeväsendets organisation och den förebyggande mödravården m. m., Stockholm 1955.
- Beretning fra Oslo Helseråd for året 1954, Oslo 1956.
- Maternity in Great Britain, Oxford 1948.
- Report of the Ministry of Health for 1952, London 1953.
- Study Group on Perinatal Mortality, beretning udsendt af WHO, Geneve 1954.
- Rosenau: Preventive Medicine and Hygiene, New York 1951.
- Building America's Health, a Report to the President by the President's Commission on the Health Needs of the Nation, Washington 1952.
- Sv. Nørregaard: Præmaturforsorgens organisation i USA (Ugeskrift for Læger 1955, pag. 798 ff.). Statistisk Årbog 1955.

Kapitel IV.

Bedømmelse af den hidtidige tilstand. Tidligere fremsatte reformforslag.

A. Udvalgets bedømmelse.

Som det fremgår af redegørelsen i kapitel II, findes der ikke her i landet almindelige regler om mulighederne for fødsel uden for hjemmet (bortset dog fra enligt stillede kvinders ret til at føde på rigshospitalet og fødselsanstalten i Jylland), og praksis er på dette område stadig præget af tilfældighed og uensartethed, især for så vidt angår indlæggelse af ikke-patologiske fødsler. Nogle steder kan enhver svanger kvinde blive indlagt til fødsel på det stedlige sygehus mod at betale almindelig sygehustakst + jordemoderhonorar, andre steder, f. eks. i Københavns nærhed, er de fødende, bortset fra trangstilfælde, i praksis henvist til kostbare private sygehuse og klinikker. Indlæggelse på rigshospitalet er for gifte kvinder et eftertragtet, men vanskeligt opnåeligt mål, og det er heller ikke dette undervisningshospitals naturlige opgave at modtage normalt fødende i ubegrænset tal. Imellem disse yderpoler findes så de områder, hvor indlæggelse kan ske af sociale grunde, mere eller mindre strengt fortolket; når plads haves; mod forhøjet betaling etc.

Endelig er der mange steder ingen mulighed for den kvinde, der ikke ønsker at føde i hjemmet, og som ikke kan blive indlagt på noget sygehus, for — selv om hun vil og kan betale — at blive indlagt på klinikker, der opfylder nutidens krav til sådanne institutioner.

Af bilag 4 vil fremgå, hvordan forholdene stiller sig rundt om i amtslægekredsene.

Man må dog være opmærksom på, at opgørelsen er sket efter fødested og ikke efter bopæl. De store statsdrevne afdelinger i Århus og Sønderborg modtager patienter uden hensyn til hjemsted, og udefødselsprocenten blandt de fødende kvinder, der er bosat i de

nævnte områder, er derfor noget mindre, end det fremgår af tabellen.

Som en anden væsentlig indvending mod det nuværende system må fremhæves den alvorlige mangel på specialafdelinger. Det er af overordentlig stor betydning, at komplicerede tilfælde underkastes den bedst mulige behandling, i størst muligt omfang gennem hospitalisering på en af en speciallæge ledet afdeling, men dette naturlige krav kan i dag slet ikke opfyldes.

Det ved svangerskabshygiejenloven skabte fortrinlige apparat til kontrol af den gravide kvindes og fostrets helbredstilstand ville få endnu langt større betydning, hvis undersøgelserne, når lægen måtte finde dette ønskeligt, kunne suppleres med vederlagsfri specialundersøgelse, og der kunne gives et sikkert løfte om indlæggelse, når de undersøgende læger skønner det påkrævet.

Ved patologiske og komplicerede tilfælde må der efter udvalgets opfattelse bestå en pligt for enhver sygehusdrivende kommune til at modtage de pågældende fødselspatienter på sine sygehuse, en pligt kommunen ikke bør kunne frigøre sig fra ved at henvise kvinderne til at forsøge at opnå indlæggelse på statsdrevne afdelinger eller lignende, som det nu visse steder er tilfældet.

Mødrehjælpens arbejde ville kunne støttes, og antallet af aborter muligt nedbringes, hvis mødrehjælpen, når den skønnede det påkrævet, kunne skaffe vanskeligt stillede kvinder indlæggelse, uanset om de nugældende betingelser herfor er opfyldt.

Det kan endelig nævnes, at det på forhånd må forekomme tvivlsomt, om det ved mange sygehuse anvendte takstsystem med særskilt betaling ud over dagtaksten, med forhøjede takster for fødende etc. er rimeligt.

Såvel ud fra lægelige synspunkter som ud

fra samfundsmæssige synspunkter iøvrigt vil det være ønskeligt, at der skabes faste rammer om den fremtidige udvikling på dette område. Det er udvalgets opfattelse, at man ikke kan nå en fuldt tilfredsstillende løsning uden en forøgelse af tallet af udefødsler; for man kan vel skabe ideelle forhold for hjemmefødsler, når hjemmet i sig selv byder på tilfredsstillende forhold, når kvalificeret lægelig assistance m. v. kan fås med kort varsel, og fødslen forløber uden alvorlige komplikationer, men de førstnævnte betingelser er i mange tilfælde ikke opfyldt, og fødselskomplikationer kan ikke altid forudses. På dertil indrettede institutioner, særligt sygehuse, kan derimod specialsagkyndigt personale, apparatur m. v. være til rådighed døgnet rundt.

At kvinder, der trods mulighed for indlæggelse på en velindrettet fødselsinstitution ønsker at føde hjemme eller af omstændighederne tvinges hertil, skal have de bedst mulige vilkår, turde være en selvfølge. Her har samfundet gjort en indsats gennem distriktsjordemoderordningen og kan yderligere gøre det gennem en udbygning af hjemmesygeplejen og husmoderafløsningen, jfr. også svangerskabskommissionens betænkning af 1954.

Hvad særligt angår folkeforsikringslovens regler, må udvalget anse den nuværende ordning af sygekassernes ydelser, hvorefter de almindelige sygekasser ved fødsler på sygehus som regel kun betaler jordemoderhjælp, for at være mindre tidssvarende.

Det samme gælder det forhold, at sygekasserne slet ikke har nogen egentlig pligt til at betale for indlæggelse på fødselsanstalten i Jylland.

En fødsel er for de fleste familier en ret svær økonomisk belastning, og det ville være rimeligt, om sygekasserne betalte udgifter til sygehusophold. En sådan ordning ville også gøre alle sonddringer mellem nødvendige og unødvendige sygehusindlæggelser overflødige i relation til sygekasserne.

Forsorgslovens § 37 har sin væsentligste værdi i, at den indeholder en lovfæstet anerkendelse af, at driften af institutioner for normalt fødende er en opgave, som det offentlige (kommunerne) bør tage op. Den har imidlertid alvorlige mangler, herunder at etableringen af sådanne institutioner gøres til en

frivillig sag for kommunerne, uden at der fra statens side kan gøres noget for at tilskynde disse til at søge opgaven løst. Den har kun haft betydning i få tilfælde og kan ikke anses for at være fyldestgørende fremover. Forsorgslovens § 234 har kun et snævert anvendelsesområde i trangstilfælde.

Konklusionen af det anførte må blive, at der tiltrænges generelle, regulerende regler for tilrettelæggelsen af fødselsinstitutionernes virksomhed, der kan gøre det muligt på grundlag af den allerede gjorte, spredte indsats at skabe en tidssvarende og forsvarlig ordning med ligelig og rigelig adgang til indlæggelse for fødende kvinder over hele landet. I de følgende kapitler skal udvalget søge nærmere at belyse de hermed forbundne problemer, men forinden skal kort omtales nogle tidligere forslag, der berører udvalgets arbejdsområde.

B. Befolkningskommissionens stilling til spørgsmålet om formen for udefødsel.

Befolkningskommissionen af 1935 har i sin betænkning nr. 3 af 1938 angående moderens rettigheder i anledning af fødsel taget stilling til spørgsmålet om fødsel uden for hjemmet:

Kommissionen skelnede mellem den gruppe af kvinder, der af *lægelige* grunde bør indlægges på en sygehusafdeling eller en fødselsanstalt (kvinder, der lider af sygdomme eller fejl, der medfører risiko for komplikationer under fødslen, eller hvor der kræves særlig behandling allerede i graviditeten, f. eks. tilfælde af svangerskabsforgiftning, svære nyrebækkenbetændelser og en del hjertefejl), og den gruppe af kvinder, hvis fødsel må påregnes at være og er *normalt* forløbende.

Kommissionen mente, at den *første* gruppe af fødende burde have adgang til behandling på *specialafdeling*, men kunne ikke på grundlag af de da foreliggende statistiske oplysninger udtale sig, om adgangen til indlæggelse på de 4 specialafdelinger i Århus, Sønderborg, Odense og København var tilstrækkelig, eller om den burde udvides, eventuelt ved oprettelse af flere obstetriske specialafdelinger. Kommissionen pegede dog på disse kvinders berettigede krav på specialbehandling og udtalte om specialafdelingerne, at disse burde

- 1) modtage komplicerede fødselstilfælde fra et passende stort område uafhængigt af amtsgrænserne,
- 2) have et passende antal pladser for svangre, som trænger til indlæggelse og behandling før fødslen.
- 3) have specialkonsultationer for undersøgelse og kontrol af svangre,
- 4) modtage alle udefødsler i vedkommende by og omegn,
- 5) have en specialafdeling for gynækologi tilknyttet.

For de *normalt* fødende kvinders vedkommende gik kommissionen iøvrigt med udgangspunkt i forsorslovens § 37 ind for, at der oprettedes det fornødne antal fødehjem, knyttet til de almindelige sygehuse, dog burde der på steder, hvor der allerede var velindrettede private fødehjem eller klinikker, være mulighed for kommunen for at træffe aftale med disse om modtagelsen af fødende på de for kommunale fødehjem gældende vilkår. Amtslægens godkendelse af klinikens indretning og driftsform måtte være en forudsætning for en sådan aftale. Befolkingskommissionen tænkte sig foranstaltningen ført ud i livet ved, at forsorslovens § 37 ændredes til, at det kunne pålægges amtskommunerne at oprette kommunale fødehjem i tilknytning til sygehuse med adgang til tilskud fra staten til oprettelsen og driften. Det udtaltes i bemærkningerne til et derom udarbejdet lovforslag, at det ikke ville være nødvendigt at foretage en indlæggelse på et almindeligt sygehus, men at man mente, at de omhandlede kommunale fødehjem ville være velegnede for normalt forløbende fødsler. Fødehjemmene skulle kunne optage enhver normalt fødende kvinde, der har bopæl indenfor det for fødehjemmet bestemte område. Kommissionen foreslog samtidig, at der til oprettelsen skulle ydes et tilskud på ca. 3.500 kr. pr. seng fra statskassen og et forud fastsat beløb pr. belægningsdag som driftstilskud, ca. 2 kr., idet man gik ud fra et pladsantal på ca. 20 senge og en oprettelsesudgift på 100—120.000 kr. — anskaffelse af inventar for 30.000 kr., d. v. s. 7.500 kr. pr. seng i oprettelsesudgift. Driftsudgiften var anslået til ca. 7 kr. pr. belægningsdag.

Som begrundelse for tilknytningen til sygehuse hedder det i kommissionens betænkning:

»Når man forudsætter, at de kommunale fødehjem oprettes i tilknytning til sygehuse, skyldes det ikke alene hensyn til den besparelse ved oprettelse og navnlig ved drift, som derigennem vil kunne opnås, men også, og ikke mindst, at fødehjemmet da vil kunne stå under tilsyn af sygehusets overlæge, som derfor vil have mulighed for at yde den behandling, som eventuelt pludseligt indtrædende komplikation kan gøre nødvendig, enten på selve fødehjemmet eller ved overflytning til sygehusets kirurgiske afdeling, der iøvrigt som hidtil må forudsættes at være indstillet på at modtage fødende med fødselskomplikationer fra oplandet, når lægerne finder indlæggelse påkrævet af behandlingsmæssige hensyn, og afstanden til nærmeste specialafdeling gør indlæggelse dér umulig.«

I forhold til patienterne gik kommissionen ind for gennem ændring af folkeforsikringslovens § 19 at pålægge sygekasserne betalingspligt med hensyn til normale fødsler, således at kasserne betaler for opholdet som sådant efter de sædvanlig gældende regler og mod sædvanlig nedsat takst. For fødende, der på grund af deres indtægt ikke kan være medlem af en statsanerkendt sygekasse, skulle taksten fastsættes således, at den i hvert fald ikke måtte være højere end selvbetalertaksten for ophold på det sygehus, hvortil fødehjemmet er knyttet. Kommunen skulle betale opholdet for trængende patienter.

C. Betænkningen angående ændring af svangerskabslovgivningen m. v.

Svangerskabskommissionen fremkommer i sin betænkning af 1954 med flere forslag, der berører fødselshjælpsudvalgets område.

Kommissionens flertal går ind for en begrænset udvidelse af adgangen til legal abort samt til sterilisation, og det tilstræbes at finde udveje for at nedbringe de legale og illegale aborters antal på forskellig vis.

Kommissionen peger på betydningen af, at der i noget videre omfang end nu gives adgang til fødsel uden for hjemmet. En sådan adgang vil virke beroligende for den kvinde, for hvem frygten eller bekymringen for fødslen, det være sig på grund af helbreds- mæssige eller rent ydre forhold, f. eks. overbefolket eller dårlig lejlighed, har været medvirkende til ønske om svangerskabsafbrydelse.

Om gennemførelse af dette punkt henviser kommissionen til fødselshjælpsudvalget.

Det anses for at være meget vigtigt, om der i langt videre omfang var praktisk mulighed for behandling af psykiske og nervøse lidelser hos svangre, og betydningen af særlige behandlings- og rekreationshjem for gravide kvinder fremhæves. I denne forbindelse nævnes betydningen af, at der findes steder, hvor børnene kan anbringes, imedens moderen er borte.

Det anføres endvidere, at for den overanstrengte eller på anden måde helbredsmæssigt svækkede svangre kvinde, vil en hushjælp ofte være af afgørende betydning — også efter fødslen. Det kan være nødvendigt at yde hjælpen gratis, idet familiens budget kan være hårdt belastet på grund af det ventede barn. Kommissionen foreslår en udvidelse af muligheden for at yde hushjælp til syge gravide kvinder og barselpatienter såvel gennem loven om husmoderafløsere som på anden måde.

Også i forbindelse med kommissionens forslag om at forbedre befolkningens kendskab til svangerskabsforebyggende metoder behandles spørgsmål af interesse for fødselshjælpsudvalgets arbejde. Blandt andet udtaler kommissionen, at der hidtil i et vist be-

grænset omfang på nogle sygehuse er givet vederlagsfri konsultationer om svangerskabsforebyggelse, at kendskabet til denne foranstaltning bør udbredes, og at konsultationen bør stå åben for enhver uden lægehenvi-ning. Kommissionen foreslår iøvrigt, at spørgsmålet om den fornødne oplysning på dette område løses bl. a. i forbindelse med svangerskabshygiejneloven og mødrehjælpsloven.

Eventuelle særlige klinikker til vejledning om svangerskabsforebyggelse menes hensigtsmæssigt at kunne oprettes bl. a. i tilslutning til offentlige sygehuse.

Kommissionen foreslår antallet af mødrehjælpsinstitutioner forøget som følge af de forøgede opgaver, der efter kommissionens forskellige forslag kommer til at påhvile institutionerne. Endvidere ønskes institutionerne ændret til rene statsinstitutioner.

På grundlag af betænkningen er vedtaget en ny svangerskabslov og forskellige ændringer i mødrehjælpsloven, især sådanne som den nye svangerskabslov nødvendiggør. Der er herved skabt en særlig hjemmel for oprettelse under mødrehjælpen af hjem for gravide kvinder. Ændringen til rene statsinstitutioner er derimod ikke gennemført.

Kapitel V.

Grundlaget for en nyordning.

A. Den almindelige målsætning.

Fødslen af et barn har en særlig betydning i en kvindes liv, såvel fysisk som psykisk, og det er både af hensyn til kvinden og af hensyn til det ventede barn yderst vigtigt, at denne begivenhed finder sted under så gode og betryggende forhold som muligt. Dette hensyn er ledemotivet for udvalgets arbejde. Derimod tilsigter man ikke som i sin tid befolkningskommissionen noget befolkningspolitiske formål.

I den af WHO's ekspertkomité afgivne 1. rapport udtales det: »The loss of any mother, especially those who have several children, is one of the greatest tragedies which can befall a family or a community.« Det bør være et af målene for en fremtidig ordning at formindske risikoen for de fødende til et minimum eller — mere korrekt udtrykt — at fjerne enhver ikke absolut nødvendig risiko, d.v.s. imødegå også den fare, der ikke konkret kan konstateres forud for den enkelte fødsel.

Det er ingenlunde alene et spørgsmål om dødeligheden. Det gælder også om at opretholde moderens helbredstilstand, så hun efter barselsengen er 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 fødslen og kunne have været undgået.

Man bør endvidere stræbe efter, at institutionsfødslerne ikke medfører urimelige udgifter for de fødende.

WHO's ekspertkomité har om den fremtidige udvikling af fødselshjælpen udtalt: »In every country the public-health authority should set standards for maternity-hospital design, equipment, staffing, and practice. Inspection of all maternity homes and hospi-

tals should also include a review of the adequacy of medical and nursing personnel. The committee was of the opinion that all maternity homes and hospitals should be under the direction of a responsible physician skilled in obstetrics, and that this should be one of the standards set by the health authority.

The large specialized maternity-hospital units should be staffed by obstetrical specialists, nurse-midwives, nurses well trained in obstetrics, and a paediatrician responsible for care of the new-born infants. On the other hand, the simple units may well be staffed by physicians whose experience is less extensive. These units, however, should be under specialist supervision and have access to competent consulting personnel.«

Det må erkendes, at vi herhjemme ikke opfylder og ikke i en årrække kan formå at opfylde disse normer, men udviklingen bør i hvert fald søges ledet i den angivne retning.

B. Hovedproblemer.

Hovedproblemerne er for det første, i hvor høj grad fødsler bør finde sted uden for hjemmet, og for det andet, hvor udefødsler bør foregå.

1. Fordele og ulemper ved udefødsler.

I den af Royal College of Obstetricians and Gynaecologists i 1944 udsendte »Report on a National Maternity Service« opstilles følgende betingelser for hjemmefødsel:

- 1) Kvinderne må være omhyggeligt udvalgt, og fyldestgørende svangerskabskontrol gennemføres til slutningen af svangerskabet.

- 2) Undtages må *alle* førstegangsfødende, alle med 6 eller flere børn, alle med sandsynligt unormale fødsler og alle med mindre egnede hjemlige omgivelser.
- 3) Der må kunne fås hjælp fra obstetriske konsulenter og fødselsinstitutioner (udrykning).

WHO's fornævnte ekspertkomité var enstemmigt af den opfattelse, at alle unormale fødsler bør foregå på sygehus. For så vidt angår andre fødsler mente man, at adgangen til sygehus må ske efter en konkret vurdering. Hjemmefødsler ansås kun tilrådelige under visse omstændigheder, der afhang af »the suitability of the home situation, the access to hospital facilities, the availability of a mobile unit (flying squad), and on other factors such as the availability of physicians adequately trained in obstetric care and of midwives and/or nurses«, og komiteen udtalte: »Therefore, in areas where hospital beds are insufficient to accomodate normal cases, home delivery, with the provisions mentioned, may be depended upon as a completely satisfactory form of maternity care.«

De nævnte betingelser for en fuldt forsvarlig hjemmefødsel er imidlertid herhjemme i mange tilfælde ikke til stede.

I det følgende skal belyses en del af de forhold, der må tages i betragtning ved afgørelse af det her behandlede spørgsmål.

Mange — og i særdeleshed mange alvorlige og livsfarlige fødselskomplikationer (forliggende moderkage, for tidlig løsning af moderkagen, blødninger i efterbyrdsperioden, navlesnorsfremfald, livmoderbristning etc.) røber deres alvorlighed pludseligt og bliver ofte først kendelige, når kvinden er i fødsel eller efter fødslen. På sygehuset er læger og apparatur altid for hånden med øjeblikks varsel, hvis en fødsel pludseligt viser sig kompliceret. I hjemmet — og det gælder også på den lille fødeklinik — er chancen for et heldigt udfald i så fald mindre, og man risikerer at blive nødt til midt under eller efter fødslen at transportere patienten til sygehus, hvad der er betænkeligt, selv om det drejer sig om kortere afstande, (specielt når det drejer sig om blødninger).

Hvis barnet fødes for tidligt, vil indlæggelse på sygehus også være en stor fordel, særligt hvis der sammesteds findes en pædiatrisk afdeling.

Selv om der skulle blive skabt mulighed for, at jordemødre i et vist omfang kan give narkose ved hjemmefødsler, og selv om de praktiserende læger i stort omfang giver narkose i øjeblikket, vil narkose dog som regel lettere og mere risikofrit kunne gives på et sygehus.

Mod en samling af fødslerne taler den forøgede infektionsrisiko både for moder og barn, som man erfaringsmæssigt må regne med på alle fødeafdelinger. Risikoen ved disse infektioner er dog ved lægevidenskabens seneste landvindinger trængt meget tilbage. Hertil kommer, at en hensigtsmæssig størrelse og moderne indretning af fødeafdelinger og lignende, hvorom senere, kan nedsætte denne forøgede risiko betydeligt.

En samling af de fødende på store afdelinger kan medføre, at det er vanskeligere at få det samme tillidsforhold og kendskab til den fødende dér. Under mindre forhold, hvor man eventuelt kender den svangre fra de profylaktiske undersøgelser, kan dette lettere opnås. Denne ulempe kan imødegås ved, at den fødendes egen jordemoder ledsager den fødende, og at der som foran antydnet knyttes en vis forbindelse mellem de forebyggende svangerskabsundersøgelser og de specielle obstetriske afdelinger gennem de praktiserende lægers henvisning af svangre med forventet komplicerede fødsler til undersøgelse på specialafdelinger.

En sammenkædning af jordemødrenes og institutionernes fødselshjælp vil bidrage til at holde de praktiserende jordemødres kundskaber friske, så den hjælp, de på egen hånd yder kvinder, der føder i hjemmet, bliver den bedst mulige.

Hensynet til ro og hvile i barselsengen kan tale både for den ene og den anden løsning. Den fødende kvinde, der i sit hjem har gode pladsforhold og rigelig hjælp, vil få mindst lige så megen ro ved fødsel i hjemmet som på en fødselsinstitution, men som regel vil dog institutionsopholdet skaffe moderen en hårdt tiltrængt hvileperiode, og dårlige pladsforhold i hjemmet, manglende hjælp o. s. v. vil også ofte gøre indlæggelse ønskelig.

Som konklusion af disse afvejelser kan det efter udvalgets opfattelse udtales, at alle komplicerede fødsler må ske på sygehus, og at fødsel på sygehus også i andre tilfælde ofte

vil være at foretrække for hjemmefødsel. Hvad angår fødekliniker og lignende, må det være afhængigt af den pågældende institutions indretning, personale og hjælpemidler, om den er bedre egnet som fødested end hjemmet.

2. De forskellige typer af fødselsinstitutioner.

Der skal herefter søges redegjort for fordele og ulemper ved de forskellige typer af fødselsinstitutioner, der kan inddrages i en nyordning. Der kan skelnes mellem følgende hovedtyper:

Specialafdelinger.

Fødeafsnit (del af kirurgisk eller blandet sygehusafdeling).

Fritstående fødehjem og fødekliniker.

Rum hos jordemoder.

a. Specialafdelinger.

Der synes for tiden at være en vis tendens hen imod oprettelsen af obstetrisk-gynækologiske eller dog i hvert fald gynækologiske afdelinger ved de kommunale sygehuse, om end de praktiske resultater ikke har været alt for store endnu. Udvalget må anse det for vigtigt, at der sker en udvikling i denne retning. Sådanne specialafdelinger vil naturligt føje sig til de almenkirurgiske, specialkirurgiske, medicinske og fysiurgiske afdelinger, til røntgenafdelinger, øjen- og øreafdelinger o. s. v.

Det måtte — set fra befolkningens synspunkt — være det ideelle, om enhver fødende kvinde havde adgang til at lade sig indlægge på en afdeling, ledet af en speciallæge i obstetrik, men udvalget er klar over, at en sådan løsning — f. eks. ved oprettelse af afdelinger på alle centralsygehuse — i praksis ikke lader sig gennemføre indenfor et overskueligt tidsrum, omend tanken måske fortjener at fastholdes som et fremtidsmål. En konsekvent gennemførelse indenfor et kortere tidsrum vil allerede af økonomiske grunde næppe være mulig.

Imidlertid er det udvalgets opfattelse, at stammen i et fremtidigt system må være specialafdelinger til modtagelse fortrinsvis af komplicerede fødsler, hvorved her forstås såvel potentielt som aktuelt komplicerede, d.v.s. både fødsler, der på forhånd kan befrygtes at medføre større risiko end normalt, og fødsler,

der forventedes normaltforløbende, men hvor akutte fødselsvanskeligheder indtræder.

Et moment i overvejelserne om specialafdelingernes betimelighed har været, at man — så længe fødsler foregår i hjemmet og på små fødekliniker — ikke kan undgå, at der på disse steder forekommer fødselskomplikationer, som ikke kan klares på stedet. I sådanne tilfælde, hvor også transporten kan rumme et risikomoment, er det at foretrække, at patienten transporteres til en veludstyret specialafdeling.

Fødeafdelingerne bør være sammenknyttet med gynækologiske afdelinger, som tilfældet er i Sverige. Forudsætningen for på rette måde at kunne varetage plejen af den gravide kvinde er et indgående kendskab til de kvindelige underlivsorganers normale funktion og sygdomme samt de hjælpemidler, som står til rådighed ved behandling af sygdomme også hos den ikke-svangre kvinde. Til behandling af fødsler kræves endvidere rutine i operativ virksomhed, men vedligeholdelsen af en sådan rutine forlanger mere kirurgisk arbejde, end ren obstetrisk virksomhed medfører. De foreslåede specialafdelinger vil kunne få stor betydning for udviklingen af de gynækologiske og obstetriske fag og lægeuddannelsen i disse fag.

På obstetrisk-gynækologiske afdelinger indlægges også naturligt aborter og svangerskabs sygdomme, der falder i udkanten af rent obstetriske afdelingers område. De patologiske svangre indlægges i øjeblikket ofte på medicinske afdelinger, men bør samles på svangreafdelinger med mulighed for tilsyn af medicinsk konsulent.

Udspecialiseringen er foregået uden nogen vanskelighed i Sverige, og der synes heller ikke at være grund til herhjemme at frygte særlige vanskeligheder i denne forbindelse. Udviklingen på sygehusområdet går i retning af, at fremtidens sygehuse opbygges af mindre, udspecialiserede afdelinger, og for mange kirurgiske afdelinger vil det antagelig føles som en fordel, at den stærke belastning af afdelingen, som gynækologiske patienter forvolder, lettes derigennem, at behandlingen i et vist omfang kan samles på specialafdelinger. Der er på de fleste af landets kirurgiske afdelinger pladmangel, og en aflastning for en del af gynækologien vil betyde, at de kirurgiske afdelinger får mulighed for i højere

grad end nu at løse de opgaver, som den moderne storkirurgi muliggør.

Den ideelle specialafdeling er herefter en afdeling på et centralsygehus, som fungerer som centrum for fødselshjælpen i et større område, og hvis læger, øvrige personale og udstyr udelukkende er beregnet til at varetage behandling og pleje af fødselspatienter og gynækologiske patienter (herunder svangerskabsygdomme, aborter, sterilisationer m. v.). Patienterne indlægges dels direkte af deres egen læge, og dels via andet sygehus eller fødehjem.

Det må anses for mest hensigtsmæssigt, at en sådan specialafdeling foruden forventet komplicerede fødsler fra et større område også modtager ukomplicerede fødsler fra et lokalområde. Udvalget har ment, at en sådan afdelings sengeantal passende kunne være af følgende størrelsesorden:

Fødeafsnit:	Komplicerede fødsler:	50 senge
	Ukomplicerede fødsler:	10 senge
Gynækologisk afsnit:	Patologisk svangre	
	aborter	
	Gynækologiske patienter	40 senge

Ca. 100 senge vil formentlig være et passende arbejdsfelt for en speciallæge. Det er ikke tanken, at sengene absolut er forbeholdt patienter af de forskellige kategorier i netop det angivne forhold, men man kan tage gynækologiske patienter og ukomplicerede fødsler ind i det omfang, pladsforholdene til enhver tid gør det muligt. Akutte gynækologiske tilfælde må dog modtages på lige fod med komplicerede fødsler. De 10 senge til ukomplicerede fødende vil udgøre en vis reserve for indlæggelser af komplicerede fødsler.

Man har ved overvejelserne om den ønskelige afdelingsstørrelse været opmærksom på, at det af sundhedsstyrelsen og lægeforeningen nedsatte fællesudvalg vedrørende sygehuses fremtidige udbygning går ind for afdelinger på 60—80 senge. Imidlertid må man regne med, at fødselspatienterne som regel ikke frembyder alvorlige problemer for overlægen, når først fødslen er overstået, at en del forventet komplicerede fødsler faktisk forløber normalt, og at man i nogen grad vil modtage også forventet normalt fødende. Man mener derfor, at 100 senge skulle være en udmærket størrelse for de heromhandlede

specialafdelinger, men som det senere vil fremgå, vil afdelingerne formentlig i flere tilfælde blive mindre.

Fødselsantallet på en sådan afdeling må forventes at komme til at ligge på ca. 1.800 om året, idet udvalget er af den formening, at den hidtil sædvanlige liggetid på 10 dage fremdeles må anses for passende. I løbet af denne tid skulle moderen kunne få den nødvendige hvile og afkobling fra det daglige arbejde, amningstekniken kan indøves, og det nyfødte barn kommer over den første og mest kritiske periode af sit liv. Man må her erindre, at mere end halvdelen af dødsfaldene i første leveår falder i den første uge. Da enkelte fødende, især med komplikationer, forbliver længere, og da der må være en vis margin på grund af vekslende tilgang, tillader hver sengeplads kun ca. 30 fødsler årligt.

Specialafdelinger, der modtager fødende, findes på rigshospitalet, Frederiksberg hospital, amts- og bysygehuset i Odense, fødselsanstalten i Jylland, Århus, og statshospitalet i Sønderborg. Endvidere er knyttet speciallæger i obstetrik og gynækologi til forskellige private sygehuse.

Hertil kommer rene gynækologiske afdelinger på kommunehospitaler i København, hospitalet på Forchammersvej, Bispebjerg og Sønderbro hospitaler og amtssygehuset i Gentofte samt en planlagt afdeling på det kommende amtssygehus i Glostrup.

Af de førstnævnte udgør kun fødselsanstalten en selvstændig institution, medens de andre indgår som led i større sygehuse, og denne sidstnævnte løsning er efter udvalgets mening at foretrække, idet der herved skabes mulighed for et nært og frugtbringende samarbejde med andre specialafdelinger, såsom pædiatrisk afdeling, kirurgisk og medicinsk afdeling, øjenafdeling, røntgenafdeling, centrallaboratorium, blodbank etc., der findes eller kan ventes etableret ved centralsygehuse; man vil også ved en sådan løsning lettere kunne knytte en psykiatrisk konsulent til afdelingen, ligesom der kan opnås visse besparelser gennem den fælles administration af en række specialafdelinger inden for eet sygehus. Man må derfor fraråde opførelsen af flere selvstændige fødselsanstalter.

Som tidligere antydnet vender specialafdelingernes arbejde ikke alene indad mod de indlagte patienter, men også udad, idet afdelingens leder kan virke som konsulent for

sygehusene i et større område, ligesom man gennem et ambulatorium vil kunne videreføre de af de praktiserende læger foretagne svangerskabsundersøgelser, jfr. nærmere herom pag. 61 og 64.

Et eventuelt ambulatorium vil også kunne få betydning for behandlingen af gynækologiske lidelser.

Der bør være adgang for praktiserende læger og speciallæger til at tilkalde hjælp fra sygehuset til patienter, der ikke tåler flytning, f. eks. ved voldsomme blødninger.

b. Fødeafsnit på almindelige sygehuse.

1. Lægelig bedømmelse.

Sådanne afsnit, som udgør en del af en kirurgisk afdeling eller af et blandet sygehus, har en stor fordel frem for fødekliniker og lignende uden heltidsbeskæftigede læger derigennem, at en vagthavende læge med kirurgisk uddannelse altid er til rådighed. Alligevel er denne løsning ikke ideel. Det er en ulempe, at lægerne samtidig har andre og mere omfattende opgaver på sygehuset, og at de kan mangle specielt kendskab til obstetrik. Disse ulemper vokser med afsnittets størrelse.

De heromhandlede fødeafsnit må dog anses for at være fuldt forsvarlige til modtagelse af normale og visse komplicerede fødsler. Det er imidlertid overordentligt vigtigt, at de almindelige sygehuse har et snævert samarbejde med en specialafdeling og dennes overlæge, og at patienterne i nødsfald kan føres videre til specialafdelingen.

Fødeafsnittene bør ikke være for store, jfr. også pag. 70 og 73. Dette vil bl. a. kunne skabe fare for, at overlægen af hensyn til sine andre opgaver i for høj grad må overlade behandlingen af de fødende til det underordnede lægepersonale, d. v. s. at denne behandling bliver afhængig af de skiftende yngre læger, hvad der ikke kan anses tilrådeligt.

Udvalget finder tillige, at man bør bevare og udvide den nu ved de fleste sygehuse gældende ordning, hvorefter patientens egen jordemoder følger med ind på sygehuset og bistår ved fødslen. Dels har det uddannelsesmæssig betydning for jordemoderen, der her ved erhverver sig en stadig voksende kunnen, og dels er det psykisk af særlig betydning for

en fødende kvinde at have i det mindste eet menneske, hun kender, i nærheden. Jordemoderen, der kender patienten fra den forebyggende svangerskabskontrol, og som ikke er bundet af andet arbejde på sygehuset, vil netop ofte være i stand til at blive hos patienten under hele fødslen, hvad der er meget værdifuldt, fordi jordemoderens uddannelse giver hende særlige kvalifikationer til at overvåge fødselens forløb og konstatere indtrædende komplikationer så betids, at der kan gribes ind. Det vil endvidere være en fordel for sådanne sygehuse, som hver for sig kun får et mindre antal fødsler, ikke at behøve til stadighed at have specialuddannet arbejdskraft til rådighed.

2. Økonomisk bedømmelse.

Tænker man sig en fødeafdeling oprettet i forbindelse med et eksisterende sygehus, vil det være ganske individuelt, hvilke anlægsudgifter man skal regne med, idet det afhænger af, i hvilket omfang økonomi- og funktionærbygninger m. v. skal udvides som følge af afdelingens oprettelse.

Hvis forholdene er gunstige, vil man eventuelt kunne nøjes med at foretage mindre udvidelser, som ikke behøver at blive særligt bekostelige. I ugünstigste fald kommer man op på 50.000 kr. pr. seng. eller mere.

I den nye patientbygning ved Svendborg amts og bys sygehus er indrettet et afsnit til spædbørns- og barselafdeling med 32 voksensenge (heraf 5 enestuer) og 20 spædbørnsenge, samt 2 fødestuer umiddelbart ved siden af operationsafsnittet. Ca. 10 pct. af belægningen er gynækologiske sygdomme. Hele afsnittet, der blev taget i brug i 1947, kostede ca. 600.000 kr. i bygningsudgifter. Belægningen var i 1951—52 1.330 patienter.

Ved amts- og bysygehuset i Roskilde har man i 1953 indrettet en fødeafdeling med 19—20 pladser i en eksisterende bygning. Udgiften hertil var ca. 324.000 kr., hvilket beløb inkluderer en sengelevator til ca. 75.000 kr., da afdelingen er i 2 etager. Senge, madrasser og alle møbler er nye. Iøvrigt er anvendt eksisterende materiel.

Under den igangværende opførelse af en ny patientbygning ved amtssygehuset i Odense er det blevet besluttet at forhøje bygningen fra 3 til 4 etager, og så i stueetagen placere et fødeafsnit med 24 voksensenge og 2

fødestuer. Forøgelsen i bygningsudgifterne ved dette arrangement er i 1954 anslået til ca. 355.000 kr., hvortil kommer ca. 90.000 kr. til en ekstra sengeelevator på grund af forøgelsen af etageantallet.

Driftsudgifterne ved en fødeafdeling på et sygehus set i forhold til et selvstændigt fødehjem eller lignende synes efter en umiddelbar betragtning at måtte være lavere på grund af sygehusets samlede administration, forplejning, kedelanlæg, vask m. v. En sådan betragtning har imidlertid vist sig i nogen grad kun at have teoretisk gyldighed, idet der på en sygehusafdeling må regnes med dyrere drift som følge af den større specialisering, af de større krav til udstyr m. v. Det vil dog være en meget stor økonomisk fordel, om en fødeafdeling er indrettet efter »harmonika-systemet«, så tomme senge kan belægges med patienter af andre kategorier.

En fødeafdeling på et sygehus kan næppe drives billigere end sygehusets øvrige afdelinger. Det er indenfor sygehusadministrationen en praktisk erfaring, at en afdeling, der oprindelig driftsmæssig er projekteret at skulle være billigere end andre afdelinger, gradvis tvinges op i samme niveau som disse. Hertil kommer imidlertid, at der efter udvalgets opfattelse ikke er basis for en ringere personale-normering på fødeafdelinger end på andre afdelinger. Børnene kræver megen arbejdstid, jfr. herom pag. 78.

En sammenligning mellem sygehusenes driftsudgifter, der i 1950—51 ifølge medicinalstatistisk beretning lå på gennemsnitligt 29,62 kr. pr. sygedag (1953—54 36,94 kr.) og klinikernes, om hvilke der skal gøres nogle bemærkninger i næste afsnit, taler imidlertid ikke til ugunst for fødeafsnit på sygehuse, når man erindrer, at sygehusets udgift inkluderer lægelønninger, der da betød en udgift pr. sygedag på 2—3 kr., og at sygehusene anvender sygeplejersker til plejen af de fødende.

Det kan i denne forbindelse nævnes, at Københavns kommunes fødeklinik på Martinsvej, der drives med fuldt kvalificeret hjælp, koster nogenlunde det samme i drift pr. sygedag som kommunens sygehuse.

Det må tillige erindres, at sygehusenes gennemsnitsudgift er stærkt påvirket af de meget store specialsygehuse i hovedstaden. Sundhedsstyrelsens undersøgelse af fødselsvirksomheden i 1950 viste, at sygedagsudgifterne for

de sygehuse, der modtog fødende, skønsmæssigt lå omkring 23 kr. i gennemsnit.

c. Fritstående fødehjem og fødeklinikker.

1. Lægelig bedømmelse m. v.

Der er her ikke tale om store selvstændige fødselsanstalter med egne faste læger o. s. v., men om en sammenfatning af de nuværende fødeklinikker af forskellig art, fødehjem etc.

En alvorlig ulempe ved sådanne institutioner er netop, at læge ikke findes bundet til stedet. Den for behandlingen ansvarlige læge kan være vanskelig at få fat på. Måske lige så alvorlig er mangelen på samarbejde med røntgenafdeling etc. og nødvendigheden af ved uforudsete komplikationer at overføre patienten til sygehus, hvad der kan være forbundet med fare.

Fødehjem kan dog efter omstændighederne være en forsvarlig løsning på steder, hvor indlæggelse af normale fødsler på sygehuse ikke kan ske, under forudsætning af, at alle tilfælde, hvor komplikationer på forhånd kan befrygtes, visiteres til sygehus (specialafdeling).

Da de fritstående fødehjem ikke giver basis for ansættelse af heltidsbeskæftiget læge, må den permanente vagt bestrides af jordemødre. Det vil endvidere være ønskeligt, at klinikken har kontakt med den specialafdeling, der modtager fødende fra det pågældende område.

Det må slås fast, at hvis disse institutioner ikke er veludstyrede og råder over et tilstrækkeligt og godt uddannet personale, frembyder de ingen fordele i fødselsmæssig henseende for et »godt« hjem, (men sådanne er desværre ikke talrige).

Som argumenter for i almindelighed at foretrække de små fødehjem har i Sverige været fremført en række hensyn, der her kort skal gennemgås:

Mindre rejselængde: Spiller ikke samme rolle her som i Sverige; mødrene foretrækker erfaringsmæssigt det fjernere sygehus for den nærmere klinik.

Lettere kontakt med hjem og familie: Det er, som det senere skal begrundes, ingen skade til, at besøgene begrænses, og moderen bør netop under opholdet på fødselsinstitutionen koble af fra hjemmets problemer, som tidsnok melder sig, når hun vender hjem med sit spæde barn.

Mindre infektionsfare på grund af det ringere antal fødende. Til gengæld kan infektionsfaren erfaringsmæssigt bedre imødegås på sygehusene, især hvis de indrettes med nødvendig isolation for øje, hvad der næppe er muligt ved mindre fødehjem. Og disse vil ikke altid kunne vise de inficerede tilfælde fra sig. Ganske vist er visse tilfælde åbenlyse på et så tidligt tidspunkt, at de kan henvises til et sygehus, men for flertallet gælder det næppe.

Børnene plejes bedre på de små hjem. Dette er imidlertid et rent personalespørgsmål.

2. Økonomisk bedømmelse.

Mindre, selvstændige institutioner er erfaringsmæssigt ikke billige at opføre, hvis de skal have en tilfredsstillende standard. Dette skyldes bl. a., at der må indrettes køkken, opvarmningsanlæg o. s. v. og i et vist omfang boliger til personale.

Fødehjemmet »Antoniehus« i Helsingør, der med kommunal støtte drives af det selvejende filantropiske selskab »Mødre- og børnehjælpen i Helsingør« er indrettet i en til formålet indkøbt villa, der dog er udvidet meget væsentligt. »Antoniehus« har 18 sengepladser, der fordeler sig på 5 enestuer, 5 to-sengsstuer og 1 tresengsstue. Der er 2 fødestuer.

Den samlede udgift til ombygning og udvidelse af den til fødehjemmet erhvervede ejendom er opgivet til 194.185 kr. Alt ialt var ejendommen herefter pr. 1. april 1951 opført til ca. 320.000 kr. og inventaret til ca. 90.000 kr.

De private klinikers driftsresultater tyder heller ikke på, at små fødehjem kan drives billigere pr. patientdag end et hospital, og herved må som tidligere bemærket erindres, at der for tiden stilles større krav til hospitalers indretning og personale, at udgiften til læger for en stor del holdes uden for klinikernes regnskab, idet de pågældende betales direkte af patienterne, og at klinikerne nødvendigvis må vise de sværeste tilfælde fra sig. Det kan ikke undgås, at der på små institutioner bliver mere tomgang end på større, hvad der har en uheldig virkning på de førstnævntes driftsresultat. Af den svenske medicinalberetning for 1953 fremgår således, at belægningsprocenten på de små offentlige fødehjem kun var 56.

»Antoniehus« havde i 1951—52 en udgift pr. belægningsdag inklusive børnene på 21,48 kr. eksklusive jordemoder og læge, svarende til 429,41 kr. pr. fødende kvinde (1950—51: 354,54 kr.).

Udvalget har desuden haft lejlighed til at gøre sig bekendt med regnskaberne for forskellige private fødekliniker. En klinik med 390 indlæggelser i året 1951 havde en udgift på 282,50 kr. pr. patient, eksklusive aflønning af indehaverne samt lægehonorarer. En anden klinik med 270 indlæggelser havde en udgift pr. patient på 277,50 kr., eksklusive læge m. v.

Ved sundhedsstyrelsens tidligere nævnte undersøgelse er indhentet en del oplysninger om udgifterne ved klinikdrift i 1950. Udgifterne pr. sygedag var fra 10,— til ca. 37,— kr., men tallene er meget uensartet beregnet, og der må til dels tillægges udgifter til jordemoder m. v.

En del af indvendingerne mod de små institutioner vil naturligvis falde bort, hvis de placeres nær et sygehus og kan benytte dettes hjælpeafdelinger, men i så fald synes intet afgørende at tale mod at lade dem være et egentligt led i sygehuset, altså et afsnit på f. eks. kirurgisk afdeling.

Det er i det hele udvalgets opfattelse, at nybygning af helt fritstående fødehjem i obstetrisk henseende vil være et tilbageskridt og heller ikke frembyder økonomiske eller andre fordele. Skal man medtage sådanne fødehjem — eller klinikker — som led i en nyordning, bør det nærmest være for at udnytte bestående indlæggelsesmuligheder. De bør da drives i nært samarbejde med en specialafdeling eller kirurgisk afdeling og udrustes med mere materiel og personale, end det nu ofte er tilfældet.

d. Fødselsophold i jordemoderens hjem.

Udviklingen har medført, at fødselsophold hos jordemødre er blevet stadig mindre hyppige, og udvalget finder, at dette er naturligt, da et sådant arrangement må betragtes som forældet.

e. Ambulante udefødsler.

I de senere år har de ambulante udefødsler vundet en vis udbredelse i og omkring København.

Ordningen er den, at den fødende, når ve-

erne sætter ind, transporteres til en klinik, hvor fødslen finder sted. Når fødslen er gået normalt, og der derefter er forløbet 2—4 timer, transporteres moder og barn hjem.

Efter komplicerede eller meget langvarige fødsler må den fødende blive på klinikken eller indlægges på sygehus.

For så vidt angår selve ledelsen af fødslen gælder efter udvalgets opfattelse tilsvarende betragtninger som ovenfor anført om fritstående fødehjem m. v. Hertil kommer såvel i forhold til almindelig klinikfødsel som til hjemmefødsel det risikomoment, den hurtige hjemtransport kan indebære for moder og barn. Der vil endvidere på klinikker, der er baseret på ambulante fødsler, særlig let kunne ske en sammenhobning af tilfælde, så der ikke er tilstrækkelig kvalificeret arbejdskraft, plads på fødestuer etc.

Man skal iøvrigt henvise til bilag 2.

3. Om specialafdelingernes behandlingsresultater.

Det må i nutiden være et selvfølgeligt krav, at en for moderens og barnets liv og helbred så alvorlig tilstand som en ikke helt let fødselskomplikation kan behandles af specialister under de gunstigst mulige forhold. For at illustrere berettigelsen af det nævnte krav skal udvalget anføre nogle tal, der viser behandlingsresultater på specialafdelinger og ikke-specialafdelinger, respektive i områder af landet, hvor der findes adgang til specialhjælp, og hvor sådan hjælp ikke forefindes. Uanset om der skulle gøre sig særlige forhold gældende for nogle tals vedkommende, giver de dog tilsammen et godt indtryk af specialafdelingernes betydning.

For mødredødelighedens vedkommende skal det nævnes, at denne for hele landet i 1951—1952—1953 var 0,67—0,48—0,68 promille, mens der på rigshospitalets fødeafdelinger, hvor praktisk talt alle større komplikationer fra Storkøbenhavn er koncentreret på et beskedent patientantal, fandtes en dødelighed i de nævnte år på henholdsvis 0,85 promille, 0,27 promille og 0,24 promille. Til trods for den voldsomme belastning med komplicerede tilfælde drejer det sig altså om tal, som ikke er højere end for hele landet.

Endvidere kan det anføres (cfr. *Brandstrup og Schou* Acta Obst, et Gyn. Scand. Vol. 33 Fasc. 1—1954), at mødredødeligheden ved kejsersnit 1946—50 var 3,7 pct. i de områder af Danmark, hvor der ikke fandtes obstetriske afdelinger, mod 2,1 pct. i de områder, hvor sådanne afdelinger forefandt. Disse tal bekræftes af en svensk undersøgelse (*Ludvig Simon*, Acta Obst, et Gyn. Scand. Vol. 34 pag. 151—1955), hvor mødredødeligheden ved kejsersnit for årene 1949—51 var 2,6 pct. på de kirurgiske afdelinger mod 1,6 pct. på de obstetriske specialafdelinger. Det må antages, at specialafdelingernes resultater især skyldes den mere sikre bedømmelse af, hvorvidt kejsersnit er indiceret. Den samlede mødredødelighed på de svenske kirurgiske afdelinger var i de samme år 1 promille mod 0,6 promille på de obstetriske afdelinger.

For børnedødelighedens vedkommende peger tallene i samme retning. I det nævnte svenske arbejde findes den perinatale børnedødelighed (d. v. s. død før, under og indtil 7 dage efter fødslen) at være 3,5 pct. på de kirurgiske mod 3,2 pct. for de obstetriske kli-

Fødsler, der ikke fuldenndes ved naturen
(efter medicinalberetningerne).

	Rigshospitalet			Øvrige land		
	Antal	Heraf dødfødte og døde inden 7 dage	pct.	Antal	Heraf dødfødte og døde inden 7 dage	pct.
1949	365	39	10,7	2.618	381	14,6
1950	354	37	10,5	2.518	384	15,3
1951	390	39	10,0	2.479	378	15,2
1952	374	29	7,8	2.318	339	14,6
1953	419	53	12,6	2.408	328	13,6
Ialt.. .	1.902	197	10,4	12.341	1.810	14,7

niker. Her i landet ligger den gennemsnitlige perinatale dødelighed omkring 3 pct., men er i høj grad afhængig af procenten af for tidligt fødte børn (præmature), der varierer stærkt i de forskellige egne af landet og er særlig høj i København-området, hvor patienter fra et stort område indlægges på Rigshospitalet, ofte netop på grund af for tidlig fødsel. Til trods for, at København ligger væsentligt over gennemsnittet med hensyn til antallet af præmature (ca. $7\frac{1}{2}$ pct. mod ca. $5\frac{1}{2}$ pct.), synes den perinatale mortalitet at ligge normalt.

Af den pag. 48 anførte tabel over børnedødeligheden ved fødsler, der ikke fuldendes ved naturen (operative forløsninger), fremgår det, at tallet for en femårsperiode 1949—53 er 10,4 pct. for rigshospitalet mod 14,7 pct. for det øvrige land.

Endelig er nedenfor angivet børnedødeligheden ved kejsersnit for rigshospitalet (1.), for nogle amter, hvor der findes obstetriske afdelinger (2. og 3.) og for nogle amter, hvor sådanne ikke findes (4.—6.). Selv om tallene for de enkelte år er små, er forskellen på de anførte forholdstal signifikant.

Kejsersnit
(efter medicinalberetningerne).

	1.		2.		3.		4.		5.		6.	
	a.	b.	a.	b.	a.	b.	a.	b.	a.	b.	a.	b.
1949.....	65	3	29	3	7	2	3	1	14	3	15	1
1950.....	69	0	35	4	16	3	10	0	10	1	27	4
1951.....	86	2	20	1	25	2	16	3	25	4	38	6
1952.....	101	4	19	2	20	1	11	3	19	4	24	3
1953.....	99	6	24	2	34	3	17	3	15	1	42	10
	420	15	127	12	102	11	57	10	83	13	146	24
b i pct. af a	3,6		9,4		10,8		17,5		15,7		16,4	

a — antal kejsersnit b = dødfødte og døde inden 7 dage

4. Resumé.

Kernen i en tidssvarende fødselshjælpsordning bør udgøres af specialafdelinger, der af faglige grunde må omfatte både obstetrik og gynækologi. Her indlægges alle fødende, hvor risikoen for komplikationer er væsentligt større end normalt. Tillige uforudsete komplikationer, aborter og svangerskabssygdomme. Disse afdelinger bør i særlige tilfælde kunne modtage gravide kvinder til ambulant undersøgelse.

I nært samarbejde med specialafdelingen bør virke fødeafsnit på lokalsygehuse. Her indlægges lettere komplicerede tilfælde og principielt også andre fødende.

Såfremt plads ikke haves på sygehuse, kan indlæggelse til forventet normalt forløbende fødsel ske på velindrettede klinikker med tilstrækkeligt og fuldt uddannet personale og drevet i nært samarbejde med de øvrige fødselsinstitutioner.

De praktiserende jordemødre varetager fortsat hjemmefødslerne og deltager i den forebyggende helbreds kontrol, og gennem deres inddragelse i sygehuses arbejde sikrer man sig, at deres kundskaber vedligeholdes, og deres arbejdskraft udnyttes i rimeligt omfang.

Kapitel VI.

Behovet for udefødsel.

A. Indledende bemærkninger.

I udvalgets betænkning af 1952 om jordermodervæsenet udtales det, at man foreløbig bør arbejde hen imod at skaffe sengepladser uden for hjemmet til de fødende, som af medicinske, sociale eller andre grunde bør føde uden for hjemmet og i videst muligt omfang til de fødende, som iøvrigt måtte ønske at føde ude. På grundlag af de af udvalget foretagne beregninger ansloges det, at udefødslerne, der i 1950 udgjorde 42,8 pct. af samtlige fødsler, under forudsætning af en udvidelse af mulighederne for at føde ude inden for en overskuelig årrække ville stige til 60 pct., eller med de daværende fødselstal ca. 48.000 fødsler årligt. Man bør imidlertid være opmærksom på, at man tidligere i Sverige også regnede med, at 60 pct. af samtlige fødsler skulle foregå uden for hjemmet, men som det vil være fremgået af den foranstående fremstilling, er dette tal nu langt overskredet.

Der er, siden udvalgets første betænkning blev afgivet, fremskaffet et omfattende materiale til belysning af spørgsmålet om, hvor og i hvilket omfang udefødsler skal finde sted, og udvalget vil i det følgende ud fra dette materiale søge at foretage en skønsmæssig vurdering af

- 1) behovet for sengepladser til patologiske (eller andre komplicerede) fødsler,
- 2) behovet for sengepladser til normalt forløbende fødsler.

B. Fødselstallets udvikling.

Antallet af levendefødte børn i forhold til befolkningen (fødselshyppigheden) nåede minimum i 1933 med 17,3 promille og var der-

efter stigende indtil 1945, hvor fødselshyppigheden var 23,5 promille. I de senere år har der igen været en nedadgående bevægelse, således at man i 1954 påny kom ned på 17,3 promille. Det absolutte antal levendefødte var 76.365.

Ifølge medicinal-statistisk kontor var antallet af levendefødte pr. 1.000 indbyggere:

	1953	1954
København og Frederiksberg	13,4	13,1
Købstæder, handelspladser og flækker	18,4	17,9
Landkommuner (herunder Københavns amtsrådsreds)	19,4	18,6

Det signifikante træk ved foranstående tabel er den store forskel i fødselshyppigheden mellem hovedstaden og den øvrige del af landet, en forskel, der må tages i betragtning ved placeringen af fremtidige fødselsinstitutioner.*)

Det statistiske departement har beregnet følgende tal for fødslerne i årene 1956—70, idet det forudsattes, at fødselshyppigheden holder sig på det i 1950 konstaterede niveau:

1956	76.600	1964	81.400
1957	76.400	1965	83.300
1958	76.400	1966	85.100
1959	76.500	1967	86.900
1960	76.800	1968	88.500
1961	77.500	1969	90.000
1962	78.400	1970	91.200
1963	79.800		

Uanset at fødselshyppigheden nok vil variere noget, vil man kunne forvente først en periode med et relativt lavt fødselstal, og derefter, når de store årgange fra fyrerne når op i den fødedygtige alder, en betydelig stigning. Tiden synes da netop nu gunstig til at

*) Såvel børnetallet som antallet af unge er forholdsvis højt i de fleste jyske amter og forholdsvis lavt i de fleste amter på øerne. Københavns amtsrådsreds (eksklusive Gentofte) indtager en særstilling med særlig mange i aldrene mellem 20—44 år (efter statistiske meddelelser, 4. række, 162. bind, 1. hæfte: Aldersfordelingen i 1950 og i de kommende år).

tilrettelægge en fødselsinstitutionsordning, der i rette tid kan være klar til at modtage de mange fødende kvinder, der vil have krav på at bringe deres børn til verden under de bedst mulige forhold.

C. Bemærkninger om mødre- og børne-dødelighed. Patologiske fødsler.

1. Dødeligheden.

Medicinalberetningerne indeholder følgende oplysninger om dødsfald i forbindelse med svangerskab, fødsel og barselseng (inklusive dødsfald i forbindelse med aborter og extra-uterine graviditeter) :

	ialt	pr. 10 000 fødende
1921—30 gn.	206	28,7
1931—40 -	231	34,5
1941—45 -	162	19,1
1946—50 -	96	11,1
1949	74	9,2
1950	62	7,8
1951	61	7,9
1952	45	5,8
1953	65	8,3
1954	52	6,7

Som det vil ses, har udviklingen i det hele været gunstig, hvilket formentlig i første række skyldes fremskridtene i den almindelige lægevidenskab, blodtransfusionernes anvendelse og de moderne kemoterapeutiske lægemidler, hvorved barselfeberen, der var skyld i den overvejende andel af disse dødsfald, kan bekæmpes effektivt. De forebyggende svangerskabsundersøgelser har gjort det muligt at iværksætte behandling på et tidligt tidspunkt og derved reducere dødeligheden af eklampsi.

Hvad angår dødfødslerne, udgjorde antallet af dødfødte pr. 1.000 fødte:

1935. 25	1952. 18
1945. 19	1953. 19
1950. 18	1954. 19
1951. 18	

Efter »Dødsårsagerne i kongeriget Danmark« kan nævnes følgende tal, der belyser mortaliteten blandt de nyfødte børn:

Teit Kæm (Studier over den perinatale dødelighed, 1954) finder for alle børn født i årene 1949—53 inkl. af mødre med fast bopæl i Københavns kommune, og som er døde før, under eller de første 7 dage efter fødslen, at af den samlede dødelighed skyldes misdannelser 9 pct., hjerneblødninger 5 pct. og rhus-immunisation 2 pct., medens de resterende 84 pct. knytter sig til forhold, hvor lungernes funktion er det dominerende.

	1952	1953	1954
Medfødte misdannelser hos nyfødte	430	466	417
Fødselslæsioner, asphyxi og lungeatelektaser hos nyfødte	530	518	521
Infektion hos nyfødte ...	24	22	35
Andre sygdomme hos nyfødte	678	647	613

Af nedenstående tabel over spædbørnsdødeligheden i Danmark vil fremgå, at hovedparten af dødsfaldene forekommer i første leveuge, og at denne »tidlig-dødelighed« igennem de sidste år nærmest har været konstant.

Spædbørnsdødeligheden i Danmark.

(døde pr. 1.000 levendefødte).

	1. døgn	2.-7. døgn	1. leveår
1936—40	10,2	11,5	59,8
1941—45	8,5	10,0	48,4
1946	8,5	9,5	45,9
1947	7,7	9,5	40,4
1948	6,9	8,6	35,3
1949	7,4	8,6	34,5
1950	7,4	8,0	30,7
1951	7,4	8,5	28,9
1952	7,9	8,9	28,9
1953	7,7	8,6	27,2
1954	6,6	8,9	26,9

Dødeligheden af de såkaldte medfødte sygdomme er faldet meget lidt, medens dødeligheden af infektionssygdomme, tarmsygdomme og respirationsvejssygdomme er aftaget betydeligt. Lignende forhold er konstateret i de andre skandinaviske lande samt i England og U. S. A.

Udvalget mener ikke, man skal slå sig til tåls med de hidtil indvundne resultater; tværtimod bør man udbygge og koordinere de hidtil trufne foranstaltninger. Den perinatale dødelighed er stadig ret stor, og Danmarks stilling med hensyn til børnedødelighed er ikke helt så tilfredsstillende, som man kunne ønske sig, jfr. de nedennævnte tal for spædbørnsdødeligheden i en række lande

med et veludviklet sundhedsvæsen (til dels efter statistisk årbog 1955):

Sverige	1,9	pct. (1954)
New Zealand	2,0	- (1954)
Holland	2,1	- (1954)
Norge	2,2	- (1953)
Australien	2,3	- (1953)
England og Wales ...	2,5	- (1954)
Island	2,6	- (1951)
Danmark	2,7	- (1954)
U.S.A.	2,7	- (1954)
Schweiz	3,0	- (1953)

Blandt årsagerne til, at Danmark har større børnedødelighed end Sverige og Norge har været fremhævet, at brysternæring anvendes i ringere omfang, at boligforholdene er dårligere, og at klimaet er mindre gunstigt for spædbørn. Disse årsager synes dog ikke at kunne gælde i forhold til alle de fornævnte lande, og det viser sig iøvrigt, at den lavere børnedødelighed i Sverige til dels hidrører fra 1. leveuge.

2. Tilfælde, hvor sygehusindlæggelse er særligt påkrævet af lægelige grunde.

Det er udvalgets opfattelse, at en sygehusfødsel i de fleste tilfælde må anses for mere betryggende for moder og barn end fødsel andetsteds, og ubetinget ret til sygehusindlæggelse må i hvert fald enhver fødende kvinde have, når der foreligger større risiko for moder og/eller barn, end det normalt er tilfældet.

På grundlag af de af udvalget foretagne undersøgelser har man opstillet nedenstående overslag over forekomsten af de vigtigste komplikationer m. v.:

	Anslået årligt antal
1°. Underkropsstilling	2.500
2°. Førstefødsler hos kvinder på 30 år og derover	2.600
3°. Fødsler hos kvinder, der har haft mindst 5 svangerskaber	4.000
4°. Snævert bækken	500
5°. Forliggende moderkage og for tidlig løsning af denne	500
6°. Svangerskabsforgiftning	2.500
7°. Rhesusimmunisation	400
8°. For tidlige fødsler	4.500
9°. Flerfødsler	1.000
10°. Fødsler hos kvinder med sukker- syge, hjertesygdomme og nyresyg- domme	700

Anslået
årligt antal

11°. Fødsler hos kvinder med tuberku- lose	400
12°. Tilfælde af infektioner, herunder barselfeber	100
13°. Diverse	300
Ialt	20.000

Imidlertid forekommer de ovennævnte komplikationer i visse tilfælde samtidig, hvorfor det årlige antal fødende med de nævnte komplikationer skønnes at kunne sættes til 12—15.000.

Ved sundhedsstyrelsens rundspørge for året 1950 fik man et tal for patologiske og komplicerede fødsler på godt 12.000, hvoraf ca. 10.000 på sygehus; dette tal medtager ikke komplicerede fødsler m. v. i hjemmene, hvor over halvdelen af fødslerne fandt sted. De fleste komplicerede fødsler medførte dog formentlig indlæggelse. Hertil kommer, at især de mindre klinikers besvarelser er meget uensartede.

Det samlede antal sygehusindlæggelser for svangerskabets og fødsels sygdomme er ifølge medicinalberetningen ca. 28.000 årligt. Heraf er ca. 16.000 aborttilfælde, hvortil kommer visse svangerskabssygdomme. Endelig er nogle patienter indlagt flere gange. Hvis de grupper, der herefter fratrækkes, kan anslås til ialt ca. 18.000 tilfælde, fås ligeledes et antal indlæggelser på sygehus for kompliceret fødsel på ca. 10.000, hvortil, kommer klinik- og hjemmefødsler, hvilket stemmer meget godt med det ovenfor anslåede tal på 12—15.000 komplicerede fødsler ialt.

Blandt de nævnte komplikationer kræver nogle indlæggelse ved fødsels begyndelse, medens andre kræver indlæggelse allerede under svangerskabet. Der vil i det følgende blive gjort nogle bemærkninger om visse af de opregnede grupper.

ad 1°.

Fødsel i underkropsstilling indebærer en risiko for fostret, som skønnes at være 3—4 gange så stor som i hovedstilling.

ad 2°.

Risikoen ved førstegangsfødsler er noget større end ved de følgende fødsler og stiger med moderens alder. Ældre førstegangsfødende får i reglen også større børn end helt unge, hvad der kan vanskeliggøre fødslen.

Efter de hidtidige erfaringer har man anset det for rigtigst, at så vidt muligt alle førstegangs fødende, der er fyldt 30 år, føder på sygehus.

Antallet af levende, førstefødte børn af mødre, der var fyldt 30 år, udgjorde ifølge oplysninger fra det statistiske departement i 1952 2.514. Hertil kommer så et antal dødsfødsler.

ad 3°.

Det er konstateret, at risikoen for den fødende er stigende med antallet af svangerskaber ud over de første få. Udvalget har ment at burde sætte grænsen for indlæggelsesindikation ved det 6. svangerskab, hvilket efter det statistiske departements oplysninger svarer til ca. 4.000 tilfælde om året.

For børnenes vedkommende er risikoen stigende efter fødselsnummer 2. Børn med fødselsnummer 9 og derover har dobbelt så stor dødelighed i det første år som fødselsnummer 2. Medicinalberetningen for 1951 giver følgende tal for dødeligheden i 1. leveår efter fødselsnummer:

Døde pr. 1000 levendefødte.

Børn født i 1950:

nr.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	
									og over

Samtlige:

30,9 23,8 27,3 31,7 35,2 38,9 51,1 32,3 55,9

Heraf i ægteskab:

27,7 23,0 26,7 31,3 35,4 40,1 52,0 31,9 56,5

Det kan endelig nævnes, at en meget stor del af de kvinder, der henvender sig til mødrehjælpen om svangerskabsafbrydelse, har mange børn i forvejen. En adgang til indlæggelse på specialafdeling ville måske betyde en beroligelse for kvinden, hvis denne nærer frygt for fødslen.

ad 5°.

Disse tilstande rummer alvorlig fare for forblødning. Det er af megen betydning, at fødslen foregår et sted, hvor der findes en blodtransfusionsservice.

ad 6°.

I denne gruppe er medregnet tilfælde af blodtryksforhøjelse, æggehvide i urinen og fødekrampe, eklampsi.

Særligt udsatte for eklampsi er bl. a. ældre førstegangs fødende kvinder med nyresygdomme. I 1953 døde 1 af hver 10.000 fødende kvinder af eklampsi. Kvinder, der allerede før graviditeten har for højt blodtryk, er særlig udsat for svangerskabsforgiftning.

Hospitalisering må i alle, ikke helt lette tilfælde af denne gruppe anses for nødvendig, bl. a. fordi det kan være påkrævet at sætte fødslen i gang før tiden.

Svangerskabstoxikoserne (ovennævnte gruppe af tilfælde etc.) udgør nu — efter at f. eks. barsel-feberen er trængt stærkt tilbage — sammen med blødningerne de alvorligste problemer i omsorgen for de svangre.*)

ad 7°.

Hos 86 pct. af den hvide race findes der i blodet en faktor, som man kalder rhesus-faktoren, og som er arvelig efter bestemte love. Man betegner et individ Rh-positiv, når faktoren er til stede, Rh-negativ, når den mangler.

Når nu en Rh-negativ kvinde er gravid med et Rh-positivt barn, som har arvet rhesusfaktoren fra sin Rh-positive fader, kan det i visse tilfælde ske, at barnets blod stimulerer moderens blod til dannelse af antistof mod barnets røde blodlegemer, den såkaldte rhesusimmunisation. Dette antistof kan passere tilbage gennem moderkagen til barnets kredsløb og dér ødelægge barnets blodlegemer, således at barnet tager skade. Immunisationen forekommer som regel ikke hos førstegangs fødende. En Rh-negativ kvinde kan dog ikke blot få sit blod sensibiliseret (d. v. s. stimuleret til antistof dannelse) i graviditeten, men også ved blodtransfusion med Rh-positivt blod.

Sygdommen kan hos barnet vise sig på forskellige måde, oftest som

1. medfødt eller i de allerførste dage opstået svær gulsot,
2. anæmi,
3. vandansamlinger, der oftest medfører død i moders liv.

*) ca. 15 pct. af den totale perinatale børnedødelighed kan tilskrives følger af de sværere toxikose-tilstande (*Ernst v. Post*, foredrag v. Svenska Barnmorskaförbundets møde d. 18. juli 1953).

Kæm mener, at alle gravide med toxikoser principielt bør indlægges på specialafdeling.

Den afgørende betingelse for at opnå et godt terapeutisk resultat er, at rhesusimmunisationen erkendes allerede under svangerskabet. Rhesusprofylaksen er for tiden genstand for overvejelser. Fødslen sættes ofte i gang før tiden, da den skadelige påvirkning er stærkest i den sidste del af svangerskabet.

Efter fødslen af et barn, suspect for rhesus-sygdom, foretages en række undersøgelser af barnets blod m. v. Også dette forhold gør det ønskeligt, at fødslen sker på en specialafdeling på et centralsygehus med adgang til serologisk service døgnet rundt. I omkring halvdelen af tilfældene foretages udskiftningstransfusion. Sygdommen kan medføre en afektion af centralnervesystemet, men risikoen herfor formindskes væsentligt, hvis udskiftningstransfusion iværksættes i de første levetimer.

Svenske erfaringer viser en forekomst af rhesusimmunisation ved 4 af 1.000 fødsler, hvilket for Danmarks vedkommende ville give ca. 300—350 tilfælde om året. Man regner imidlertid på statens seruminstitut med, at der herhjemme hvert år forekommer 350—450 tilfælde af rhesusimmunisation.

ad 8°.

Ved »for tidligt fødte børn« (præmature) forstår man sædvanligt børn med en fødselsvægt på 2.500 g eller mindre uden hensyn til svangerskabstiden, der meget vel kan være normal.

*) I 1954 henførtes 892 spædbørnsdødsfald til årsagen: for tidlig fødsel. (Dødsårsagerne i kongeriget Danmark 1954).

**) Oversigt over præmatures hyppighed og dødelighed i 1. levemåned.

(Chicago 1936—49).

(gengivet efter Sv. Nørregaard i »Månedsskrift for praktisk lægegerning og social medicin« — 1954, pag. 228 ff.).

	pct. af samtlige fødsler	pct. af det samlede antal præmature	dødelighedsprocent
1.000 g eller derunder.....	0,4	6,8	89,6
1.001 g — 1.500 g	0,6	9,9	54,4
1.501 g — 2.000 g	1,2	20,2	22,8
2.001 g — 2.500 g	3,8	63,1	7,3

Kærn angiver den perinatale dødelighed i de enkelte vægtgrupper således:

< 2.000 g	511 promille
2.000—2.500 g	74 —
> 2.500 g	13 —

Kærns undersøgelser viser iøvrigt, at med faldende vægt finder en stigende del af dødsfaldene sted efter fødslen, d. v. s. at problemet er at få børnene til verden under sådanne forhold, at man er i stand til at holde liv i dem de første dage. 80 pct. af de børn, der dør på 1. levedag er ufuldbårne.

Kærn anbefaler, at alle for tidlige fødsler sker under ledelse af en obstetriker og med øjeblikkelig mulighed for samarbejde med en pædiater.

Antallet af præmature børn i Danmark i 1951—1954 fremgår af nedenstående tal fra medicinalberetningerne:

		Over 2500 g	1000-2500 g	Under 1000 g
Antal levende-fødte børn	{ 1951	73.563	3.318	110
	{ 1952	73.319	3.759	127
	{ 1953	74.491	3.949	131
	{ 1954	72.693	4.071	133
Død-fødte	{ 1951	902	517	58
	{ 1952	905	490	58
	{ 1953	931	509	49
	{ 1954	848	551	63
Ialt	{ 1951	74.465	4.003	
	{ 1952	74.224	4.434	
	{ 1953	75.422	4.638	
	{ 1954	73.541	4.818	

I de vesteuropæiske lande svinger hyppigheden af de for tidlige fødsler mellem 4 og 7 pct. I Danmark var den i ovennævnte år henholdsvis 5,1 pct., 5,6 pct., 5,8 pct. og 6,1 pct.

Betydningen af »for tidlig fødsel« forstås mest klart, når man ved, at af de børn, der dør i 1. levemåned, er mellem halvdelen og to trediedele præmature*), og at 31 pct. af de her i landet i 1953 dødfødte børn var præmature. Dødeligheden er nærmest omvendt proportional med vægten**).

Den bedst mulige behandling af de undervægtige børn kræver et ret stort apparat med

et omfattende teknisk udstyr, ledet af særligt uddannede sygeplejersker og læger. Den foregår derfor bedst på specialafdelinger med pædiatrisk assistance.

Af kendte årsager til for tidlig fødsel findes 3 hovedgrupper: Sygdomme, sociale forhold samt faktorer, der står i forbindelse med moderens konstitution, alder og arvelige forhold. I et betydeligt antal tilfælde kan der dog ikke findes nogen påviselig årsag.

Sygdomme i graviditeten er den vigtigste årsag. Det drejer sig hyppigst om sygdomme, der står i forbindelse med selve svangerskabet, såsom svangerskabsforgiftning (med æggehvide i urinen og forhøjet blodtryk), placentaabnormiteter og blødninger, navnlig i den sidste del af svangerskabet. Også lidelser, der er uafhængige af graviditeten, influerer af og til på dennes forløb. Det kan være akutte infektioner, men også kroniske lidelser som tuberkulose, syfilis, hjertelidelser, sukkersyge, underlivslidelser o. s. v.

De sociale forhold er også af stor betydning. Det er påvist både herhjemme og i udlandet, at mødre fra dårlige kår oftere føder for tidligt end andre mødre, ligesom også mødre, der har haft erhvervsarbejde, især fabriksarbejde, i de sidste svangerskabsmåneder, er tilbøjelige til at føde for tidligt. I denne forbindelse må det nævnes, at mødre ikke så sjældent føder for tidligt efter at have overanstrengt sig eller efter at have været udsat for en større nervebelastning. Undersøgelser har vist, at slet ernæring hos moderen, specielt for så vidt angår hendes proteinindtagelse, er et væsentligt årsagsmoment til for tidlig fødsel.

Ældre mangegangsfødende og mødre af ringe legemlig vækst er tilbøjelige til at føde undervægtige børn. Det samme gælder mødre, i hvis familie, der ofte er forekommet for tidlig fødsel, og mødre, der tidligere har haft for tidlige fødsler eller flere aborter. Endelig fødes tvillinger ofte for tidligt. Dette kan dog til en vis grad imødegås ved indlæggelse af disse svangre på sygehus i sidste del af svangerskabet.

ad 9°.

En tvillinggraviditet betyder for kvinden en øget belastning, der medfører forhøjet risiko for svangerskabssygdomme og for kom-

plikationer ved fødslen. En stor del af tvillingerne vil som ovenfor nævnt være præmature. Det er af megen betydning, at det tidligt under svangerskabet konstateres, at der er tale om tvillinger eller trillinger, så der kan foretages hyppige og nøje kontrolundersøgelser og træffes bestemmelse om, hvor fødsel skal ske*).

ad 10°.

Da man ikke i almindelighed har opgørelse over det samlede antal personer med kroniske sygdomme og om disses ægteskabs-hyppighed m. v., er de anførte tal rent skønsmæssige. De profylaktiske undersøgelser skulle give gode muligheder for at udskille de pågældende svangre kvinder.

Kæm anbefaler, at fødende kvinder med sukkersyge på grund af de særlige problemer, fødslen frembyder, samles på enkelte steder. Dette sker for tiden i vidt omfang på rigshospitalet.

ad 12°.

Ved *barselseber* (sepsis puerperalis) forstås alvorlige infektionstilstande, udgået fra genitalorganerne og opstået i tilslutning til fødsel eller abort. Forekommer nu kun i ret få tilfælde og er i stadig tilbagegang (i årene 1948—1954 stillede de officielle tal sig således: 112-89-65-60-39-39-29. Dødeligheden af puerperal sepsis var i 1954 0.03 promille af de fødende.

ad 13°.

Her kan f. eks. nævnes meget overvægtige kvinder, som erfaringsmæssigt er belastet med en række komplikationer under svangerskab og fødsel.

Aborter og svangerskabssygdomme.

Foruden ved de forannævnte komplikationer kan et svangerskab gøre sygehusindlæggelse påkrævet på et tidligt tidspunkt, især ved visse blødningstilstande (aborter, extrauterine graviditeter og mola) og ved sværere tilfælde af svangerskabsbrækninger.

Truende abort kræver absolut sengeleje. Er muligheden for dette til stede, kan hjemmebehandling i og for sig være at foretrække for flytning af patienten, men ellers bør patienten indlægges.

*) Jfr. i det hele Kæm, der bl. a. udtaler: »På grund af hyppigheden af komplikationer ved fødslen bør alle flerfødsler finde sted under specialkyndig ledelse og i almindelighed på fødeafdeling.«

Abortus provocatus foretaget i henhold til lov om foranstaltninger i anledning af svangerskab af 18. maj 1937 forekom i et antal af ca. 5.000 om året, (1952: 5.031, 1953: 4.795, 1954: 5.140. Illegale og spontane aborter vil i stort omfang medføre indlæggelse på sygehusene. I 1950 hospitaliseredes således ialt 16.320 aborter, inklusive de legale aborter.

Extrauterin graviditet (svangerskab udenfor livmoderen) hører behandlingsmæssigt udelukkende hjemme på et sygehus. Ved mindste mistanke herom må patienten betragtes som uafviselig, da livsfarlige indvendige blødninger kan blive følgen.

Mola-svangerskab, hvorved forstås det tilfælde, at selve fosteret er gået til grunde eller slet ikke udviklet, medens de andre ægdele vokser, forekommer under forskellige former, omend ikke hyppigt.

Toxikoser: Det er vigtigt, at toxikoser tidligt erkendes, og patienten indlægges til behandling på hospital, således at den videre progression kan standses.

De i begyndelsen af svangerskabet ikke sjældne opkastninger kan blive så hyppige og stærke, at almentilstanden og ernæringen lider stærkt. Sådanne tilfælde hospitaliseres.

3. Konklusion.

Udvalget skal for så vidt angår de i dette afsnit omhandlede problemer resumere sin stilling således, at indlæggelse på sygehus er påkrævet ved alle komplicerede fødsler, og at sådan indlæggelse helst bør ske på specialafdeling.

Som nævnt regner man med, at der forekommer 12—15.000 patologiske og komplicerede fødsler pr. år. Man må ganske vist regne med, at en del komplikationer ikke diagnosticeres så tidligt, at indlæggelse på specialafdeling kan ske, men på den anden side vil der være en række grænsetilfælde m. v. Et antal sengepladser for komplicerede fødsler på ca. 500 vil formentlig indtil videre være passende.

Herudover må specialafdelingerne som nævnt i kapitel V bl. a. have et antal plad-

ser for gynækologiske patienter og svangre. Der skal derfor i det følgende kort redegøres for pladsbehovet for disse patienter.

Nedenstående tabel angiver sygehusindlæggelser for sygdomme i de kvindelige kønsorganer:

	1953	1954
Københavns kommune	7.186	6.470
Frederiksberg kommune	2.371	2.317
Københavns amt	4.242	4.579
Frederiksborg amt	1.006	993
Holbæk —	921	796
Sorø —	819	820
Præstø —	720	720
Bornholms —	278	265
Maribo —	830	764
Svendborg —	931	855
Odense —	1.454	1.825
Vejle —	1.728	1.527
Skanderborg —	893	832
Århus —	1.783	2.368
Randers —	1.187	1.336
Ålborg —	1.365	1.250
Hjørring —	1.020	988
Thisted —	522	508
Viborg —	921	1.141
Ringkøbing —	920	817
Ribe —	1.069	1.070
Haderslev —	384	382
Åbenrå-Sdb. —	1.329	1.221
Tønder —	161	151
Ialt	34.040	33.995

Da gennemsnitsliggetiden er på ca. 2 uger*), vil hver sengeplads kunne tage ca. 20—25 indlæggelser årligt, d. v. s. der kræves ca. 1.500 pladser alene for at tillade disse patienter indlagt på specialafdeling. Men hertil kommer så, at aborter og svangerskabssygdomme optager en hel del pladser, hvor stort et antal foreligger ikke opgjort, men antallet af indlæggelser alene i forbindelse med abort andrager årligt 16—17.000, svarende til ikke under 300 pladser. Behandlingen af de nævnte lidelser lægger således beslag på mere end 1.800 sengepladser, og endda behandles på gynækologiske afdelinger ofte også andre ikke rent gynækologiske li-

*) Ifølge den af sundhedsstyrelsen publicerede oversigt »Sygehusenes specialafdelinger m. v. 1930 og 1954« udgjorde det gennemsnitlige antal liggedage pr. patient på rent gynækologiske afdelinger i 1952:

Rigshospitalet	14 dage
Københavns kommune	15 —
Københavns amt	13 —

delser. Man kan for tiden kun regne med ca. 850 pladser på gynækologiske specialafdelinger, for en stor del koncentreret om hovedstaden.

En meget stor del af ventelisterne på de kirurgiske afdelinger udgøres af gynækologiske patienter, idet deres behandling ofte betragtes som mindre hastende. Dette er vel gennemsnitlig rigtigt, men det kan ikke udelukkes, at man i visse tilfælde — selv om det selvfølgelig ved visitationen forsøges at udskille disse patienter til hurtig indlæggelse — kommer til at lade kvinder med alvorligere lidelser vente længere end ønskeligt. Endelig kan den lange ventetid være ubehagelig for de pågældende og medføre tabte arbejdsdage.

Hvis udvalgets forslag — jfr. herom senere — gennemføres, vil antallet af gynækologiske sengepladser uden for København stige med 150—200, hvad der ikke vil bevirke, at arbejdet med disse lidelser forsvinder fra de kirurgiske afdelinger med den følge, at disse skulle blive ringere uddannelsessteder, men nok, at indlæggelseshastigheden forbedres.

Erfaringerne fra Sverige har iøvrigt vist, at forbedrede behandlingsmuligheder for gynækologiske tilfælde aktualiserer et latent behov i befolkningen for gynækologisk behandling.

D. Tilfælde, hvor hjemmefødsel er utilrådelig på grund af ydre forhold.

Der tænkes her alene på tilfælde, hvor der er udsigt til en normal fødsel, og de nævnte ydre forhold er ikke udelukkende af økonomisk natur. For de mennesker, der er helt dårligt økonomisk stillet, således at de ikke selv kan klare rimelige udgifter i forbindelse med en fødsel, giver forsorgslovens §§231 ff. hjemmel for det offentlige til at træde til.

I det følgende omtales tilfælde, hvor ydre forhold, der står i nær forbindelse med den moderne samfundsudvikling, gør det — også lægeligt — utilrådeligt at lade fødslen foregå i hjemmet. Som regel betegnes de indlæggelser, der er særligt motiverede i de ydre forhold dog som »socialt indicerede«. Denne betegnelse rummer for så vidt noget væsentligt, som internationale opgørelser viser, at antallet af dødfødsler og spædbørnsdødeligheden er højest blandt de socialt dårligt stillede. Meget tyder på, at en særlig omhygge-

lig pleje kan modvirke dette forhold, der bl. a. kan skyldes uhensigtsmæssige forhold for moderen under svangerskabet.

1. Enlige mødre.

Der er i udvalget enighed om, at enlige kvinders ret til at føde på en offentlig fødselsinstitution må bevares og adgangen hertil gøres lettere. Der vil i langt den overvejende del af disse tilfælde være et udtalt behov herfor på grund af den enliges stilling, unge alder, dårlige boligforhold o. s. v.

At dette standpunkt også lægeligt er velbegrundet ses ved at betragte antallet af dødfødsler og dødsfald i den allerførste levetid (efter statistisk årbog 1955).

	1946-50 gnsntl.	1951	1952	1953	1954
Af 1.000 levendefødte var uden for ægteskab født	77	70	68	69	67
Af 1.000 dødfødte var uden for ægteskab født ...	87	81	86	94	91

Af 10.000 levendefødte døde i det første døgn:

	født i ægteskab	uden for ægteskab
1953 Drengene	82	180
Piger	61	116
1954 Drengene	70	143
Piger	54	77

Medicinalberetningerne indeholder følgende tal vedrørende antal døde under 1 år blandt levendefødte børn i årene 1950—1953.

født	i ægteskab ‰/100	uden for ægteskab ‰/100
1950	27,9	46,3
1951	27,4	40,7
1952	26,8	44,2
1953	26,5	40,8

I forbindelse med de ovenfor refererede forhold må man være opmærksom på, at »for tidlig fødsel« forekommer forholdsvis oftere ved fødsler uden for end ved fødsler i ægteskab.

Antallet af børn født uden for ægteskab har i de senere år ifølge statistisk årbog været:

1946—50 gennemsnitlig	6.820
1951	5.500
1952	5.326
1953	5.510
1954	5.266

2. Dårlige boligforhold.

Udviklingen inden for boligbyggeriet i nyere tid med de mange små lejligheder har i talrige tilfælde gjort det praktisk umuligt at lade fødslen foregå i hjemmet, især i tilfælde hvor der i forvejen er børn. I disse tilfælde hjælper det ikke, at de sanitære forhold i lejligheden er nok så gode. Og i ældre lejligheder er forholdene ofte mindre tilfredsstillende set fra et sanitært synspunkt. Det må vel — trods alle bestræbelser i den modsatte retning — alene af økonomiske grunde forventes, at der ikke i en overskuelig fremtid kan opnås væsentlig bedre pladsforhold i hjemmene.

Fra det statistiske departements undersøgelse over boligforholdene i 1950 i hovedstaden (inklusive Gentofte), provinsbyerne og 114 bymæssige bebyggelser med over 1.000 indbyggere skal meddeles følgende oplysninger om lejlighedernes udstyrelse med badeindretning, varmt vand, centralvarme og wc i det undersøgte område. Til sammenligning er anført de tilsvarende tal fra en undersøgelse i 1945, der omfattede købstæderne, disses forstæder og 84 stationsbyer.

Af 100 lejligheder havde

	badeindretning	varmt vand	centralvarme	wc
1945	35,4	28,1	31,2	81,6
1950	38,4	31,2	34,7	83,1

Boligmassens fordeling efter størrelse (antal værelser) koncentrerer sig tæt om 2- og 3-værelsers lejligheder, der tilsammen tegner sig for $\frac{2}{3}$ af boligmassen i byområderne.

Lejlighederne i byer m. v. i 1950 fordelt efter antallet af værelser:

	Antal lejligheder	pct.
1 værelse	50.745	6
2 værelser	312.744	37
3 værelser	248.562	29
4 værelser	134.533	16
5 værelser og derover	98.217	12
Ialt ...	844.801	100

Af samtlige lejligheder rummede i 1950 4,3 pct. mere end 2 beboere pr. værelse mod i 1945 4,4 pct. Det gennemsnitlige antal beboere pr. lejlighed i byer og bymæssigt bebyggede områder steg fra 1945 til 1950 fra 2,94 til 2,97 personer.

Da den årlige tilvækst til bestanden ved produktion af nye boliger er ringe i forhold til den samlede boligmasse, er der — selv om man i de senere år koncentrerer sig om noget rummeligere lejlighedstyper end i årene før krigen — langt igen, før man når frem til en tilstand, hvor hjemmenes størrelse og sanitære indretning gør dem til velegnede fødesteder. Hvor mange, der er direkte uegnede, er vanskeligt at afgøre, men der må dog regnes med et ikke ringe antal. Noget mere nøjagtigt kan man anslå behovet for udefødsel, hvis man går ud fra antallet af for tæt-befolkede lejligheder: Der er i udvalget enighed om, at det må anses for rimeligt fortrinsvis at skaffe plads til udefødsel til fødende kvinder fra

- 1-værelses-lejligheder.
- 2-værelsers-lejligheder med 2 eller flere børn.
- 3-værelsers-lejligheder med 4 eller flere børn.

Det statistiske departement har beregnet, at 12—13.000 fødende kvinder i 1945 faldt ind under de ovennævnte kategorier. I dette tal er kun medregnet hovedstaden, provinsbyer og bymæssige bebyggelser. Da udviklingen inden for boligmassen som foran nævnt er træg, må dette tal fortsat antages at give et godt billede af situationen, og de nedenfor anførte tal vedrørende befolkningstætheden i byområderne i 1950 sammenlignet med de tilsvarende tal for 1945 viser, at pladsforholdene i hjemmene ikke er bedret i denne periode.

	1945	1950
1-værelses-lejligheder ..	49.081	49.920
2-værelsers-lejligheder med		
mindst 2 børn	61.848	66.140
3-værelsers-lejligheder med		
mindst 4 børn	5.101	6.080

Hvis man herefter anslår tallet af fødende i lejligheder, der er for små eller af for dårlig kvalitet til, at fødslen bør foregå hjemme, til ca. 15.000, får man formentlig et nogenlunde rigtigt billede.

Desværre er det for tiden ikke sådan, at det i overvejende grad er kvinder, der bor i lejligheder af dårlig kvalitet, der føder ude, snarere tværtimod.

Der skal her erindres om de tidligere tabeller vedrørende udefødsler for medlemmer af statsanerkendte sygekasser (pag. 25) og for befolkningen som helhed (pag. 14), der viser, at sygekassemedlemmerne har forholdsvis færre udefødsler, hvad der synes at bekræfte de økonomiske hensyns vægt, idet sygekassen jo netop for så vidt angår betalingen for indlæggelse til fødsel overlader til medlemmerne at klare sig selv.

I forbindelse med de indskrænkede pladsforhold i hjemmene har det været nævnt, at opholdet på klinik ofte er den eneste ferie, en fødende kvinde, der bor i en lille lejlighed og har børn i forvejen, får. Hun er i reglen allerede i forbindelse med svangerskabet og fødslen under et vist psykisk og legemligt pres, hvorfor det var at foretrække at lade fødslen foregå uden for hjemmet med dets uro og uundgåelige krav til husmoderen.

3. Manglende hjælp i hjemmet.

Fast hushjælp bliver stadig sjældnere og ældre tids hjælp fra familiemedlemmer, som eventuelt boede i huset, findes ikke mere i væsentligt omfang. Hjemmets pasning i barselperioden må derfor ofte baseres på hjælp udefra, som både kan være bekostelig og på sine steder vanskelig at skaffe. En hjemmefødsel vil ydermere tit give langt mere forstyrrelse i hjemmet end et almindeligt sygeleje. Hvis moderen indlægges, vil manden kunne klare sig selv, og børnene kan eventuelt anbringes hos familie eller lignende eller passes af husmoderafløsere.

Ved et rundspørge blandt ca. 2.000 fødende kvinder angav $\frac{1}{4}$ af de udefødende i København og $\frac{1}{3}$ af de udefødende i provinsen manglende hushjælp som medvirkende årsag til, at de ikke havde født hjemme. På dette sted skal bemærkes, at medens alle i Storkøbenhavn og næsten alle i købstæderne og landkommuner med bymæssig bebyggelse har adgang til husmoderafløsning, gælder dette kun ca. $\frac{1}{2}$ af befolkningen i de øvrige landkommuner. Det vil i det hele næppe være for højt ansat at regne med, at manglende hjælp i hjemmene giver basis for ca. 5.000 indlæggelser af fødende om året.

4. Konklusion.

Det socialt betonedes årlige behov for udefødsler skulle herefter umiddelbart se således ud for hovedgruppernes vedkommende:

Enlige mødre	5.000
Dårlige boligforhold	15.000
Manglende hjælp	5.000
	25.000

De tre grupper vil dog for en del være sammenfaldende, men man kan formentlig anslå behovet for sådanne indlæggelser til ca. 20.000 om året, hvilket tal til brug ved beregningen af det samlede behov for udefødsler yderligere må reduceres under hensyn til, at en del af disse indlæggelser allerede er medregnet som lægeligt indicerede. Det »rent sociale« behov kan med rimelighed regnes at udgøre ca. 15.000 indlæggelser årligt, svarende til ca. 500 sengepladser.

E. Hensynet til de fødendes egne ønsker.

1. Almindelige erfaringer.

Man kommer ikke sjældent ud for det ejendommelige forhold, at de, der trænger mest til fødsel på klinik eller lignende (f. eks. mødre fra små hjem) ønsker at føde hjemme, medens svangre, der lever under bedre forhold, ønsker at føde ude. Imidlertid er der også i de socialt ringere stillede lag en stigning i ønskerne om fødsel ude. Ofte er det således, at kvinderne allerede i 2. svangerskabsmåned henvender sig til klinikerne for at sikre sig plads.

Ønsket om institutionsfødsel har hidtil været stærkest i byerne. I København er der således et stort behov for adgang til fødsler uden for hjemmet. Det sker, at folk venter med at gifte sig, til de har fået det første barn, idet moderen så som ugift har adgang til indlæggelse på rigshospitalet. Erfaringerne bl. a. fra obstetrisk afdeling på statshospitalet i Sønderborg synes dog at vise, at der også blandt landbefolkningen er et stigende behov for fødsel uden for hjemmet.

Udvalget er klar over, at økonomiske hensyn spiller en væsentlig rolle for, hvilken løsning der foretrækkes, og at man derfor bør undgå det kunstige behov for adgang til institutionsfødsel, der kan fremkomme, hvis denne bliver billigere end hjemmefødsel.

2. Udvalgets undersøgelser.

Der er foretaget et rundspørge blandt 2.087 fødende kvinder i København, Frederiksborg og Holbæk amter om deres ønsker med hensyn til fødselssted. Undersøgelsens resultat vil nærmere fremgå af bilag 5. Her skal imidlertid fremhæves nogle hovedpunkter.

Det har vist sig, at unge kvinder i højere grad end ældre føder ude, hvad der til dels kan skyldes en tidsmæssig tendens, som først viser sig hos de unge, medens de ældre holder fast ved de gamle sædvaner. Måske skyldes det også, at man er særlig ængstelig for den første fødsel. Det viser sig nemlig, at kvinder med forholdsvis mange børn, der ofte vil have en relativ høj alder for en fødende, i stor udstrækning føder hjemme, hvad der må anses for mindre ønskeligt, idet risikoen som foran nævnt stiger med fødslernes antal, og moderen ikke vil få den fornødne ro og hvile i barselperioden.

Af de hjemmefødende kvinder angav $\frac{2}{3}$ ønsket om at have opsyn med hjemmet som den dominerende årsag til hjemmefødslen, og der vil formentlig altid være et behov for hjemmefødsler i tilfælde, hvor opsynet med hjemmet ikke ønskes overladt til fremmede.

Undersøgelsen bekræfter tillige det tidligere nævnte forhold, at familier, der bor i gode lejligheder, har en høj udefødselsprocent.

Det synes endvidere konstateret, at i områder, hvor der nu sker relativt få udefødsler, nærer kvinderne et ønske om fremtidig at føde ude i større omfang.

3. Konklusion.

Med tilstrækkelig adgang på rimelige vilkår til fødselsinstitutioner i form af sygehus-

afdelinger eller i hvert fald af sygehusstandard må man sikkert regne med, at antallet af udefødsler vil forøges stærkt, så man i løbet af få år når op på et samlet antal udefødsler på omkring 45.000—50.000, svarende til de 60 pct. af samtlige fødsler, udvalget tidligere har anført som et sandsynligt tal. Man må imidlertid være forberedt på, at behovet for adgang til udefødsel yderligere kan stige.

Udvalget mener, at den sociale udvikling gør det rimeligt og nødvendigt, at det offentlige tager den opgave op i forøget omfang at give fødende adgang til fuldt moderne fødselsinstitutioner på rimelige vilkår også ud over de tilfælde, hvor særlige indikationer er til stede for indlæggelsen, således at fødsels hjælpen bringes op til den standard, der er nået gennem svangerskabsundersøgelser, sundhedsplejerskeordning etc., der jo også omfatter alle — uanset det konkrete lægeligt og socialt betonedede behov — ud fra den rigtige forudsætning, at der på disse felter findes et stort latent behov for tilsyn og kvalificeret hjælp.

Pladsbehovet ud over de lægeligt og »socialt« motiverede indlæggelser kan rent foreløbigt sættes til 600 pladser.

F. Resumé.

Det antal fødepladser, der herefter i de kommende år burde være til rådighed, mener udvalget at kunne anslå således:

For komplicerede fødsler.	ca. 500 pladser
For andre fødsler.	ca. 1.100 pladser
Ialt ...	ca. 1.600 pladser

Det er ca. 450 pladser mere, end de fødende kvinder nu optager. I tallet er ikke medregnet pladser for svangre.

Kapitel VII.

De nærmere retningslinier for den fremtidige udvikling.

A. Af hvilke elementer skal en fremtidig ordning bestå?

Som det vil være fremgået af de mere principielle betragtninger i foregående kapitler, anser udvalget det for at være den centrale opgave at fremskaffe det fornødne antal obstetrisk-gynækologiske specialafdelinger til modtagelse af komplicerede fødsler m. v. og til at danne kernen i det fremtidige system vedrørende adgangen til at føde uden for hjemmet. Tiden skulle netop nu være moden til at tage dette spørgsmål op til løsning, da det må anses for sandsynligt, at der forestår en deling af adskillige af de store kirurgiske specialafdelinger, jfr. beretningen fra det af sundhedsstyrelsen og lægeforeningen nedsatte fællesudvalg vedrørende sygehusenes fremtidige udbygning. De udefødsler, der ikke sker på specialafdelinger, bør fortrinsvis ske på de almindelige sygehuse, der som foran fremstillet i almindelighed må anses som bedre og sikrere fødesteder end fritstående fødehjem.

Tilvejebringelsen af muligheder for fødsel uden for hjemmet er efter udvalgets mening en naturlig opgave for de offentlige sygehuse. Selv om de fødende oftest ikke er »syge« i almindelig forstand, har de dog et stærkt behov for den hjælp, sygehuset bedre end andre kan yde. Udvalget mener ikke, at de manglende sengepladser for fødende bør fremskaffes ved oprettelse af flere fødehjem, heller ikke selv om disse mere eller mindre fast knyttes til et sygehus. Man bør dog af økonomiske grunde, og fordi den ovenfor skitserede udvikling nødvendigvis må tage nogen tid, udnytte den kapacitet, der findes i de bestående, kvalitativt bedste klinikker m. v. ved foreløbig at anvende dem til supplerende af sygehuspladserne.

Den nyeste udvikling på udefødslerne områder er som tidligere nævnt de ambulante udefødsler. Selv om disse nok kan tilrettelægges på en rimelig måde, således at de fø-

dende f. eks. i givet fald kan forblive på klinikken, at de er under betryggende kontrol ved transport og efter hjemkomst o. s. v., mener man dog, at der er sådanne ulemper ved denne form for udefødsler, at man ikke kan anbefale at lade den indgå i et almindeligt offentligt fødselshjælpssystem.

Specialafdelingerne bør ikke alene modtage fødende, fortrinsvis komplicerede tilfælde, de bør også have rigelig plads til indlæggelse af patienter med sygdomme i svangerskabet. Ordningen med forebyggende undersøgelser under svangerskabet er skabt med det formål i tide at afsløre truende eller indtrådte svangerskabs- og fødselskomplikationer, så at disse lettere kan forhindres eller behandles. Svangre kvinder med blodtryksforhøjelse, æggehvite i urinen, bækkenforsnævring, hjerte- og nyresygdomme, tilbøjelighed til abort eller andre lidelser bør af den læge, der foretager de almindelige profylaktiske undersøgelser, kunne henvises til vederlagsfri, specialsagkyndig undersøgelse. Det må anses for at være af betydning for profylaksens resultater, at disse patienter i tide har mulighed for at komme under behandling og kontrol af speciallæger. Et snævert samarbejde mellem jordemoder, speciallæge og praktiserende læge vil medføre, at antallet af fødselskomplikationer i hjemmet og på fødeklinikker formindskes.

Hvor en obstetrisk-gynækologisk specialafdeling savnes, men en endelig løsning vil tage nogen tid at gennemføre, f. eks. fordi den vil kræve større byggearbejder, skal udvalget pege på muligheden af, at man som en begyndelse straks opretter en overlægestilling for en speciallæge i obstetrik og gynækologi uden særskilt sengeafdeling. Denne fremgangsmåde vil måske også i visse tilfælde kunne anvendes med fordel i stedet for oprettelsen af en kirurgisk afdelingslægestilling.

Herved har man sikret sig speciallægehjælp til patienterne, og sygehusmyndighe-

derne råder tillige over en specialsagkyndig person til at yde konsulentvirksomhed ved den endelige tilrettelæggelse af fødselshjælpen i området, en opgave som han kan ofre en væsentlig del af sin arbejdskraft, så længe hans almindelige sygehusarbejde ikke er for omfattende.

B. Hvem skal have adgang til indlæggelse?

Det er udvalgets opfattelse, at adgangen til offentlige fødselsinstitutioner bør udvides, således som også svangerskabskommissionen har peget på i sin i 1954 afgivne betænkning. Offentlighedens krav til øget tryghed på dette område er velbegrundet og bør imødekommes i det mulige omfang. Det ideelle må være, at enhver fødende kvinde frit kan vælge, om fødslen skal ske i hjemmet eller på en velindrettet fødselsinstitution.

Korsgaard bemærker, at en ordning, hvorefter alle fødende kvinder skulle have ret til at blive indlagt på kommunalt sygehus, vil kunne forårsage krav om udvidelser og medføre en meget betydelig merudgift for sygehusejerne. Han må derfor fraråde, at man for tiden pålægger ejerne af kommunale sygehuse pligt til at modtage normalt fødende patienter.

Udvalget er fuldt ud klar over, at økonomiske forhold bør tages i betragtning i denne henseende. Men helt ubetinget indlæggelsesret bør straks gives i lægeligt og socialt indicerede tilfælde. Det er dog på ingen måde hensigten med nærværende at tilråde nogen begrænsning i det omfang, i hvilket kommunerne — til dels på deres sygehuse — allerede nu modtager normalt fødende, tværtimod bør en sådan praksis støttes.

Kravene til indlæggelsesindikationerne bør være mindre strenge, end de ofte er nu. I områder, hvor offentlige fødselsinstitutioner (endnu) ikke er åbne for alle normalt fødende, bør det normalt være overladt til den praktiserende læges og jordemoderens skøn, om der er tale om et tilfælde, som kræver indlæggelse, jfr. om den nærmere fremgangsmåde afsnit E. Den svangre kvinde bør snarest have endelig besked om, hvorvidt hun kan komme til at føde på sygehus.

*) Jfr. *Johs. Frandsen*: »Vore sygehuse« 1952, hvor denne løsning angives for områder inden for sygebehandlingen, hvor et almindeligt amt ikke vil kunne give tilstrækkelig stor søgningskreds for en specialafdeling.

Den af udvalget foreslåede forøgelse af antallet af pladser på specialafdelinger skulle iøvrigt kunne bevirke en væsentlig lempelse i begrænsningerne i adgangen til indlæggelse andetsteds.

C. Hvem skal drive fødselsinstitutionerne?

Som ovenfor nævnt anser udvalget det for en naturlig opgave for det almindelige sygehusvæsen at modtage såvel fødende med fødselskomplikationer som normalt fødende, og udvalget er derfor i princippet fuldt ud enig med befolkningskommissionen i, at offentlige fødselsinstitutioner, herunder obstetrisk-gynækologiske specialafdelinger, som hovedregel bør drives af kommunerne. Der er adskillige grunde for dette standpunkt:

- 1) Det stemmer bedst med de nugældende lovgivelser, forsorgslovens § 37 for normale fødsler og sygehusloven for patologiske fødsler og gynækologiske sygdomstilfælde.
- 2) De nye obstetrisk-gynækologiske specialafdelinger, der bør være fordelt ud over landet, må være dele af centralsygehuse, der drives af kommunerne.
- 3) Et meget stort — og formentlig voksende — antal ukomplicerede udefødsler sker i forvejen på kommunale sygehuse.
- 4) Kommunerne har under den eksisterende sygehusordning vist sig i stand til på en særdeles udmærket måde at drive landets sygehuse, herunder udbygge dem med nye specialafdelinger.

De eksisterende statslige institutioner bør dog bevares og videreudvikles i overensstemmelse med den almindelige udvikling inden for sygehusvæsenet og disse institutioners særlige opgaver inden for forskning og undervisning, ligesom der formentlig fortsat vil være plads for et privat initiativ til at opfylde mere specielle ønsker.

Det presserende behov for specialafdelinger vil kunne dækkes af afdelinger, der omfatter større områder end et enkelt amt, og udvalget forudsætter derfor, at der mellem flere amts- og købstadkommuner træffes aftale om i fællesskab at oprette sådanne afdelinger.*)

Som bekendt er der i forbindelse med gennemførelsen af loven af 31. marts 1953 om distriktsjordemødre inden for hvert amt af vedkommende amts- og købstadkommune udarbejdet planer for fødselshjælpen inden for amtets område. Som supplement til disse planer bør der ligeledes inden for hvert amt uarbejdes planer for, hvorledes muligheden for at føde uden for hjemmet skal tilrettelægges for amtets befolkning. Planerne bør forelægges indenrigsministeriet til godkendelse efter samråd med sundhedsstyrelsen. Ved godkendelse bør de centrale sundhedsmyndigheder tage stilling til planerne ud fra en samlet bedømmelse af organisationen af fødselshjælpen for landet som helhed og bør i denne forbindelse påse, at der inden for passende områder bliver mulighed for indlæggelse på specialafdelinger, samt at udviklingen af muligheden for udefødsler sker efter ensartede retningslinier.

D. Hvorledes skal de økonomiske byrder fordeles?

1. Anlægsudgifter.

Som en konsekvens af det ovenfor udtalte mener udvalget, at oprettelsen af nye sygehusafdelinger for fødende må påhvile kommunerne.

For så vidt angår fødeafsnit på sygehuse til modtagelse også af normalt fødende svarer dette til den hidtidige ordning. For denne taler også, at det ofte er ugørligt og uheldigt at udskille visse pladser på en kirurgisk eller blandet afdeling som forbeholdt fødende, idet disse modtages i vekslende omfang.

Hvad angår specialafdelingerne bemærkes, at fremskaffelsen af gynækologiske pladser er en ganske almindelig kommunal sygehusopgave, som — om end langsomt — ved kommunernes initiativ er på vej mod sin løsning. En gennemførelse af udvalgets forslag vil støtte denne udvikling. Det er også som tidligere nævnt kommunernes pligt at sørge for behandlingsmulighed for de komplicerede fødsler, og en udskillelse af obstetrikken og gynækologien på specialafdelinger bør som anden specialisering indgå som et naturligt led i de kommunale sygehuses modernisering. *Korsgaard* ønsker her at fremhæve, at det ikke bør være nogen pligt for sygehusejerne at oprette obstetrisk-gynækologiske specialaf-

delinger eller ansætte obstetrisk-gynækologiske speciallæger.

Udvalget mener endelig ikke at kunne tiltræde befolkningskommissionens forslag om, at der i almindelighed skal ydes statstilskud til etablering af kommunale fødehjem, også fordi man ikke mener, oprettelsen af sådanne hjem bør støttes.

2. Driftsudgifter.

a. *Det offentlige.*

Da kommunerne skal drive fødselsinstitutionerne, bør de have det direkte økonomiske ansvar for driftsresultatet på samme måde som for sygehusvæsenet i almindelighed. Det er efter udvalgets opfattelse en selvfølgelig ting, at der for indlæggelsesdage for fødende på almindelige sygehuse fortsat bør ydes almindeligt sygedagstilskud. De patologiske og komplicerede fødsler er fra alle sider anerkendt som naturligt hjemmehørende på de kommunale sygehuse, og en udskillelse af de forekommende normale fødsler ved tilskudsberegningen vil være administrativ vanskelig og efter udvalgets mening også urigtig.

Til ambulant undersøgelse og behandling på specialafdeling bør — efter det for nogle år siden for en del andre ambulante konsultationer indførte princip — ydes et tilskud pr. konsultation, der bør fastsættes under hensyn til, at konsultationen bør være gratis for den gravide.

Hvad angår institutioner uden for sygehuse, finder man, at en ordning, der i hovedsagen er baseret herpå, ikke bør støttes ved ydelse af tilskud, medens forholdet stiller sig anderledes, såfremt de fritstående institutioner indgår i et samlet system med specialafdeling m. v., tilvejebragt ved kommunal foranstaltning. Dette gælder også, hvis det drejer sig om private fødehjem, med hvilke kommunerne opretter overenskomst. En sådan regel vil bevirke en vis afbalancering af tilskuddet mellem de kommuner, der selv tilvejebringer specialafdelinger og andre sygehuspladser for fødende, og de, der ikke tager denne opgave op.

Af praktisk-administrative grunde bør et tilskud til institutioner uden for sygehuse formentlig fastsættes som et bestemt beløb pr. liggedag. Satsen bør være lidt lavere end det almindelige sygedagstilskud. Hjemmel til at yde et sådant tilskud kunne skaffes ved en

udvidelse af indenrigsministerens bemyndigelse efter sygehuslovens § 8 til at godkende som tilskudsberettigede rekonvalescentafdelinger og efterbehandlingssteder i tilknytning til et kommunalt sygehusvæsen.

b. Patienter og sygekasser.

Udvalget vil principielt mene, at barsel-patienter på sygehuse burde betale samme takst som andre patienter, og at der på linie med udviklingen inden for sygehusvæsenet iøvrigt ikke burde betales ekstra for jordemoderhjælp eller andre ydelser. Dette principielle synspunkt har også de samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark givet udtryk for over for udvalget. Man skal i denne forbindelse citere en udtalelse i motiverne til den foran nævnte svenske lov om ændring af moderskabshjælpen: »Det synes knappast troligt att — — vårdafgiften på förlösningsavdelning skulle komme att sättas högre än på annan sjukhusavdelning. Något sakligt motiv för en dylik avgiftsdifferentiering torde inte finnas.«

Af hensyn til konsekvenserne har man dog ikke på indeværende tidspunkt villet stille forslag om at ændre den almindelige ordning, hvorefter betaling for jordemoderhjælp er sygehuset uvedkommende. Opretholdelsen af denne ordning harmonerer med udvalgets forslag om, at patientens egen jordemoder bistår ved fødslen på sygehus. En bevarelse af særbetalingen for jordemoderhjælp må dog have til forudsætning, at alle fødepatienter iøvrigt betalingsmæssigt sidestilles med andre patienter, således at der ikke afkræves dem forhøjet takst. Hvis jordemoderhjælpen ydes af en på sygehuset ansat jordemoder, bør der ikke kunne forlanges nogen særbetaling.

Den nu almindeligt anvendte fremgangsmåde, hvorefter der for barnet betales halv takst, må udvalget anse for rimelig.

Ambulante undersøgelser, der udføres i tilknytning til de rutinemæssige profylaktiske undersøgelser, bør som disse være vederlagsfri.

Betalingen på offentlige fødehjem, der aldrig kan give patienten samme tryghed som sygehuse, bør principielt ikke overstige sygehustaksten. Imidlertid er der for tiden intet i vejen for, at dette kan være tilfældet, og således er det f. eks. i København, hvor man har den meget lave takst af 1,20 kr. pr. dag

på sygehusene. Udvalget skal derfor i det hele indskrænke sig til at foreslå, at alle takster skal være fastslået i takstregulativer, der godkendes af indenrigsministeriet på samme måde som sygehustakster. Herved får man mulighed for at påse, at taksterne for de fødende i det væsentlige holdes på et ensartet og forsvarligt niveau. I praksis vil man kunne kontrollere taksterne ved at gøre ydelse af det ovenfor omtalte tilskud betinget af, at alle takster skal godkendes.

Udvalget er enigt med befolkningskommissionen i, at folkeforsikringslovens § 19 bør ændres, idet sygekasserne bør betale sygehusophold. De økonomiske konsekvenser vil næppe blive af afgørende betydning, dels fordi sygekasserne allerede betaler for sygehusophold i en række tilfælde, og dels fordi kasserne i forvejen er forpligtet til at betale lægehjælp. Endvidere kan man tiltræde det af udvalget vedrørende betalingstaksterne på statens sygehuse fremsatte forslag om en ændring af folkeforsikringslovens § 18, så den også omfatter indlæggelse på fødselsanstalten i Jylland.

E. De forebyggende undersøgelser. Visitation af patienterne.

For bedst muligt at udnytte de specialafdelinger, som er det centrale i udvalgets forslag, finder man det ønskeligt, at en fremtidig fødselsinstitutionsordning knyttes nær sammen med de forebyggende svangerskabsundersøgelser, således at lægen under disse har opmærksomheden henvendt på spørgsmålet om, hvor fødslen bør finde sted, og hvis det skønnes påkrævet, begærer plads reserveret for den pågældende på specialafdeling; eventuelt henviser patienten til specialundersøgelse, før der tages stilling til, om indlæggelse dér er ønskelig. Hvis specialafdelingens område er meget stort, og der ikke er anden speciallægehjælp til rådighed, skal man pege på den mulighed, at speciallæger med mellemrum modtager patienter til ambulant undersøgelse på lokalsygehusene, således at patienten spares for meget lange rejser.

Også begæring om indlæggelse af normalt-fødende på offentlig fødselsinstitution bør fremkomme via den læge, der foretager de profylaktiske undersøgelser, dels for at der kan opnås sikkerhed for, at kvinder med tru-

ende komplikationer ikke optages på fødehjem og lignende, og dels for at fremme tilgangen til de forebyggende undersøgelser.

Specialafdelinger og fødeafsnit på sygehuse må dog naturligvis altid holde et passende antal pladser i reserve til uafviselige patienter. I disse tilfælde må indlæggelse ske på ganske samme måde som ved indlæggelse af andre patienter med akutte sygdomstilfælde.

Det ville være af betydning for forebyggelse af uventede komplikationer, om de profylaktiske undersøgelser kunne udbygges, dels med de flere gange omtalte speciallægeundersøgelser, der også bør omfatte undersøgelser hos f.eks. specialister i hjertesygdomme,*) dels med en mere almindelig rhesusprofylakse, hvilket spørgsmål for tiden er ved at blive løst, og endelig med en udvidet undersøgelse af de svangre med hensyn til tilstedeværelsen af lungetuberkulose.***) Centralstationen for tuberkulosebekæmpelse i København har allerede gjort en indsats på dette område, og det fornødne apparat er til stede til udbredelse af disse undersøgelser over hele landet, jfr. bilag 6.

Den af sundhedsstyrelsen udarbejdede vejledning for svangre, der udleveres ved de forebyggende undersøgelser, bør suppleres med et afsnit om adgangen til indlæggelse, ligesom vejledningen til læger og jordemødre bør revideres i lyset af den seneste udvikling.

De svangre må naturligvis selv tage stilling til, hvorvidt de vil indlægges, ligesom der i størst mulig grad bør tages hensyn til ønsker om, hvor de ønsker sig indlagt. Hvis komplikationer må ventes, må de svangre dog i givet fald søges overtalt til indlæggelse på specialafdeling og må i hvert fald ikke modtages på fødehjem.

I eksceptionelle tilfælde må man fra specialafdelingens side være klar til at yde bistand i hjemmet. Det ville endvidere være af

stor værdi, om der ved den fremtidige udbygning af blodtransfusionstjenesten skabtes mulighed for udrykning fra blodbankerne i tilfælde, hvor kvinder under fødsel i hjemmet er blevet ramt af en så stærk blødning, at flytning af patienten er utilrådelig.

F. Svangrehjem. Rekonvalescens.

Udvalget kan anbefale en forøgelse af antallet af svangrehjem. Herved kan formentlig mange for tidlige fødsler forhindres.

Hvis de svangre derimod i den sidste del af svangerskabet trænger til behandling for egentlige komplikationer, bør denne oftest gives på specialafdelingens svangreafdeling.

Udvalget må mene, at rekreationen efter fødslen helt bør frigøres fra fødselsinstitutionerne, og mødre og børn om nødvendigt anbringes på særlige rekreationshjem. Man vil finde det rigtigst, at løsningen af denne opgave såvel som organisationen af de førnævnte svangrehjem henlægges til mødrehjælpen. Hjemmel hertil findes for nogle tilfældes vedkommende i såvel den gældende som i den af svangerskabskommissionen foreslåede nye mødrehjælpslov. § 1, stk. 2, i kommissionens udkast siger: »For enligt stillede mødre bør der være adgang til ophold — — efter fødslen på — — mødre hjem eller hos private, og institutionerne skal i fornødent omfang kunne afholde de hermed forbundne udgifter.« Om svangrehjem, se pag. 40.

G. Forholdet til jordemoderordningen og klinikkerne. Fribefordring.

Jordemødrene vil formentlig stadig finde fuld beskæftigelse under den foreslåede ordning, selv om den vil medføre en vis forskyd-

*) En svensk kommission har påpeget det ønskelige i, at der til den forebyggende helbreds kontrol for svangre knyttes hjerte- og nyrespecialister, og omtaler i sin redegørelse, at amerikanske erfaringer viser, at et intimt samarbejde mellem obstetrikere og cardiologer kan nedbringe dødeligheden ved hjertesygdomme i forbindelse med graviditet i meget væsentlig grad. (Förslag angående barnmorskeväsendets organisation och förebyggande mödravård, Stockholm 1954).

**) Den ovennævnte kommission har endvidere peget på den særlig store fare, smitsomme tuberkulose tilfælde udgør for forløsningspatienter og nyfødte, hvorfor det er meget vigtigt, at tuberkuløse barselpatienter straks ved indlæggelsen på fødselsinstitution isoleres fra medpatienter og børn. En undersøgelse før fødslen kan klarlægge, om moderen bør amme sit barn, og om barnet bør vaccineres. En af verdenssundhedsorganisationen samlet studiegruppe, der mødtes i Bruxelles i 1953, har ligeledes blandt forholdsregler til nedbringelse af mødre- og børnedødeligheden anbefalet tuberkuloseundersøgelse af svangre (Study Group on Perinatal Mortality, udsendt af WHO, Geneve 1954).

ning af fødsler til offentlige institutioner, da der også på sygehuse og fødehjem vil være brug for jordemødrenes assistance. Udvalget kan tilslutte sig de svenske betragtninger, hvorefter en sådan sammenknytning af jordemødrenes virksomhed på de to områder netop er ønskelig.

Derimod kan der næppe være tvivl om, at en virkelig effektiv, offentlig ordning på fødselsinstitutionernes område vil kunne medføre en væsentlig nedgang i behovet for indlæggelse på private fødeklinikker. Der vil dog selv i gunstigste tilfælde blive tale om en plan, der skal udvikles gennem en årrække, og der vil derfor i tilfælde af en vedtagelse af en nyordning på dette område være tid til en naturlig afvikling af de fødehjem, der ikke kan finde plads som led i fremtidens fødsels-hjælpsordning. Gode klinikker vil ofte naturligt kunne inddrages i et almindeligt fødsels-hjælpssystem gennem overenskomster med kommunerne.

Der vil endelig altid være et vist klientel, der vil være i stand til og villigt til at betale en vis merpris for at blive indlagt under mere private og måske friere forhold, end det er muligt på offentlige institutioner.

I forbindelse med forholdet til jordemoderordningen skal man som en konsekvens af det af udvalget foreslåede system, hvorefter en fødende, der er indlagt på sygehus, principielt bør bistås af sin egen jordemoder, anbefale, at folkeforsikringslovens § 17 ændres, så der også ydes fribefordring til en jordemoder, der begiver sig fra sin bopæl til sygehuset for at medvirke ved en fødsel.*) Man forudsætter endvidere, at der også ydes fribefordring i det fornødne omfang for den normalt fødende ved indlæggelse.**)

H. Koordinering.

Det ville i mange henseender være det ideelle, om den enkeltes svangerskab, fødsel og barselperiode overvågedes af samme person,

der havde ansvaret for behandling og pleje, og en sådan ordning ville også sikre en kontinuerlig indsats uden »overlapning«.

Af flere grunde lader tanken sig ikke gennemføre, og i kontrol og behandling deltager nu jordemødre, praktiserende læger og speciallæger, eventuelt sygehuslæger, sygeplejersker, hjemmesygeplejersker, hvorefter sundhedsplejersken indtræder i tilsynet med det spæde barn. Endvidere påtager mødrehjælpen sig at løse forskellige opgaver i forbindelse med svangerskab og fødsel.

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.

De gældende regler sikrer samarbejde på en del punkter. Hvis lægen eller jordemoderen under de forebyggende undersøgelser får oplysninger om personlige, sociale eller økonomiske vanskeligheder for den svangre, bør denne henvises til vedkommende mødre-hjælpsinstitution. Læge og jordemoder er endvidere i forbindelse med de profylaktiske undersøgelser forpligtet til at give den svangre oplysning om mælkehjælpen. Hvis jordemødrene får formodning om sygelige tilstande, skal de omgående henvise den svangre til læge.

Udvalget finder det ønskeligt, at de mange forskellige instanser i endnu højere grad samles til eet system, således at de oplysninger, som allerede er indhentet, kommer de følgende instanser til nytte. Således er det foran foreslået, at enhver indlæggelsesbegæring til de offentlige institutioner normalt skal komme fra den læge, der foretager de profylaktiske undersøgelser, at jordemoderen skal bistå også ved institutionsfødslerne, og at de obstetriske specialafdelinger om fornødent skal inddrages i de forebyggende undersøgelser. Indlæggelsesbegæringen må indeholde meddelelse om det ved de profylaktiske un-

*) Efter de nuværende regler gælder fribefordringsretten kun jordemoderens transport til patientens hjem, eventuelt nødvendig ledsagelse til sygehus og *tilbagerejse* derfra. Spørgsmålet om den ovenfor foreslåede ændring er allerede rejst i fødsels-hjælpsudvalgets betænkning af 1952 om jordemodervæsenet, men endnu uden resultat. Det vil formentlig blive behandlet af sygeforsikringskommissionen.

**) Retsstillingen er for tiden den, at der kan ydes fribefordring, når sygekassen betaler for indlæggelsen. En udvidet adgang til fribefordring ved sygehusindlæggelse af fødende står altså i god samklang med en udvidelse af sygekassernes betalingspligt.

dersøgelser fundne, og denne meddelelse må eventuelt senere suppleres, hvis der foretages yderligere undersøgelser inden indlæggelsen. Den tidligere omtalte af WHO nedsatte studiegruppe tilråder, at undersøgelserne henlægges til fødselsinstitutionerne for at skabe den størst mulige kontinuitet eller til familiens læge, medens særlige undersøgelsescentre frarådes.

Endelig vil nærværende udvalg foreslå, at sundhedsplejerskerne ved udskrivning af moder og barn fra fødselsinstitutionerne skal have nøjagtig underretning om de nyfødtes tilstand. Underretning om fødsels forløb bør også sendes den læge, der har foretaget de profylaktiske undersøgelser.

Alle opgaver i forbindelse med rekonvalescens uden for hjemmet foreslås samlet hos mødrehjælpen.

I. Udgiftsberegninger.

1. Anlægsudgifter.

Såfremt udvalgets forslag gennemføres, vil der opstå udgifter til oprettelse af nye specialafdelinger med ca. 300 pladser for fødende og et noget lavere antal pladser for gynækologiske patienter samt endelig et antal svangrepladser. Da afdelingerne bør oprettes på bestående sygehuse eller etableres ved deling af andre afdelinger, vil gennemsnitsudgiften pr. seng formentlig ligge under 50.000 kr., svarende til en samlet udgift på ikke over 25—30 mill. kr. (inklusive gynækologiske pladser). Sandsynligvis kan afdelingerne dog etableres noget billigere.

Udgifterne må påregnes fordelt over en årrække, og oprettelsen af de enkelte helt nye obstetrisk-gynækologiske specialafdelinger vil til en vis grad overflødiggøre ellers uundgåelige udvidelser af kirurgiske afdelinger m. v., således at der kun i begrænset omfang er tale om en reel merudgift.

2. Driftsudgifter.

a. De statsdrevne fødeafdelinger regnes fortsat at modtage fødende i samme omfang som hidtil. Der vil her ikke blive tale om nogen merudgift som følge af udvalgets forslag.

b. Derimod vil der for de kommunale afdelinger fremkomme en stigning i antallet af indlæggelsesdage for fødende. Hvor stor

denne stigning bliver, kan der vanskeligt siges noget konkret om, men hvis man foreløbig holder sig til den tidligere anslåede udefødselsprocent på 60, vil antallet af udefødsler stige med ca. 12.000. Da yderligere de private klinikers andel i fødslerne må antages at være svindende, vil forøgelsen formentlig nærmere komme til at andrage ca. 15.000 svarende til ca. 150.000 sygedage. Den gennemsnitlige sygedagsudgift ved landets offentlige sygehuse udgjorde i 1952—53 35,55 kr. eksklusive afskrivning, forrentning og pensionsudgifter. For 1953—54 er udgiften opgjort til 36,94 kr. Som før nævnt vil driftsudgifterne for fødeafdelinger på sygehuse formentlig blive af samme størrelse som for sygehusenes andre afdelinger, og veludstyrede og velbemandede fritstående institutioner bliver næppe heller billigere. Den almindelige indlæggelsestakst på sygehuse er nu 10—12 kr. for selvbetalere og 5—6 kr. for sygekassemedlemmer, dog lavere i en del amter og byer. Det vil erindres, at jordemoder ofte betales særskilt. Når disse tal lægges til grund, kan man formentlig med rimelighed regne med et egentligt driftsunderskud af ca. 30 kr. pr. sygedag, hvilket giver en årlig forøgelse af sygehusenes driftsunderskud af størrelsesorden 4—5 mill. kr., hvoraf tilskud fra den fælleskommunale udligningsfond dog vil dække en del. Hertil kommer så forrentning og afskrivning m. v., der kan sættes til ca. 10 kr. pr. dag eller ca. 1,5 mill. kr. ialt.

Man må dog være opmærksom på, at selv om de af udvalget foreslåede foranstaltninger: oprettelse af yderligere specialafdelinger og lettelse af fødendes adgang til sygehusene iøvrigt nok vil bevirke et større antal indlæggelser, er der dog tale om en udvikling, som under alle omstændigheder vil komme med tiden, omend i et langsommere tempo og — hvis der ikke udføres et samlet planlægningsarbejde — under mindre rationelle former.

c. Endelig må man regne med en vis udgift til udbygningen af de profylaktiske undersøgelser, men herom kan vanskeligt siges noget konkret. Udgiften vil dog næppe overstige nogle hundrede tusinde kr. om året.

d. Oprettelsen af et antal nye gynækologiske sengepladser på obstetrisk-gynækologiske specialafdelinger skulle ikke driftsmæssigt betyde nogen merudgift, idet der herved spares indlæggelser på kirurgiske eller andre af-

delinger. Dog vil måske en bedre adgang til indlæggelse bevirke, at et forøget antal tilfælde kommer under behandling. Omkostningerne herved kan vanskeligt anslås, men de vil samfundsøkonomisk set modsvares af sparede tabte arbejdsdage etc.

K. Resumé.

Udvalget fastslår, at modtagelse af fødende retteligt bør betragtes som en egentlig "sygehusopgave og foreslår:

- 1) En samlet planlægning af landets fødsels-hjælp under kommunal ledelse.
- 2) Oprettelse af nye obstetrisk-gynækologiske specialafdelinger i et sådant omfang, at alle komplicerede fødsler kan modtages. Til afdelingerne bør efter de retningslinier, der er angivet af det af sundhedsstyrelsen og lægeforeningen nedsatte fællesudvalg, knyttes også gynækologiske ambulatorier.
- 8) 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 bør knyttes en udvidelse af husmoderafløsningen i landdistrikterne, hvor hjemmefødslerne må påregnes lang tid fremover at udgøre det store flertal af fødslerne. Antallet af svangrehjem bør forøges, og samarbejdet mellem de instanser, der har med de svangre og fødende at gøre, koordineres i det mulige omfang.

En gennemførelse af forslaget vil bl. a. kræve ændringer af folkeforsikringsloven, en udbygning af sygehusloven med bestemmelse om mulighed for driftstilskud til fødekliniker, der efter overenskomst virker som led i den samlede fødselshjælpsplan, og i forbindelse dermed ophævelse af forsorgslovens § 37.

Kapitel VIII.

Beliggenhed og indretning af fødselsinstitutioner.

A. Beliggenhed.

Efter udvalgets opfattelse bør den længste afstand til en fødselsinstitution ikke være mere end ca. 30 km, hvad der formentlig kun få steder her i landet vil være et uopfyldeligt krav. I Sverige, hvor befolkningstætheden er langt ringere, anses normalt 50 km afstand til fødselsinstitution for maksimum. Afstanden til specialafdelinger kan selvfølgelig blive væsentlig længere, men bør ikke være større, end at indlæggelse på specialafdeling er praktisk mulig overalt i landet. Disse afdelinger må kunne modtage de fødende, for hvem fødsel på specialafdeling er særlig nødvendig, og som ikke bor i nærheden, en (kort) tid, før fødslen ventes.

En helt ideel geografisk fordeling er vanskelig at opnå. For det første bør specialafdelingerne knyttes til større centralsygehuse, hvor der kan opnås et snævert samarbejde med de andre specialer inden for lægevidenskaben, for det andet gør økonomiske hensyn det uomgængeligt nødvendigt at drage de eksisterende specialafdelinger, fødeafsnit etc. ind i en nyordning, uanset om deres størrelse og beliggenhed i og for sig er den bedste, og for det tredje kan kommunale grænser skabe hindringer for en helt hensigtsmæssig placering af fødselsinstitutionerne og fordeling af patienttilgangen.

Som før nævnt må der regnes med, at ca. 15.000 fødsler årligt bør ske på specialafdelinger, svarende til 500 pladser + pladser for svangre. Man kan regne med i en nærmere fremtid at råde over følgende pladser:

Rigshospitalet	176
Frederiksberg hospital	28
Odense amts og bys sygehus	25
Fødselsanstalten i Jylland (Århus)	69
Statshospitalet i Sønderborg	26

324

Som tidligere nævnt findes også fødeafdelinger ledet af speciallæger på flere private hospitaler, således på Set. Josephs hospital i København samt på Set. Lukas stiftelsen. På Diakonissestiftelsen ventes oprettet en gynækologisk-obstetrisk afdeling med 80 senge; men de pågældende hospitalers private karakter gør, at der ikke fortrinsvis indlægges komplicerede fødsler. Set. Josephs hospital er jo endvidere kommunal fødeklinik.

Imidlertid er heller ikke alle de anførte pladser på de øvrige sygehuse forbeholdt patologiske fødsler, og såfremt f. eks. rigshospitalet og fødselsanstalten fortsat skal modtage en del normale fødsler, hvad der — bl. a. af hensyn til undervisningen — nok bliver nødvendigt, må man anslå det foreløbige behov for nye pladser til ca. 300.

Man kan også udtrykke det således, at der til hver seng for kompliceret fødende hører et opland med ca. 8.000 beboere; for en afdeling med 50 senge af denne art altså ca. 400.000 beboere. Dette gælder for landet under eet. Som det før er vist er nativiteten højest i landdistrikterne og lavest i hovedstaden, hvor de fleste eksisterende sengepladser på specialafdelinger findes.

Udvalget ønsker at betone, at det er af afgørende betydning for mødrenes og de nyfødte børns helbredstilstand, at det sygehus, hvor en specialafdeling placeres, råder over pædiatrisk sagkundskab*) og har en tilfredsstillende blodtransfusionsservice, der i givet fald omgående kan træde i funktion.

Da de nye afdelinger hver for sig må påregnes at komme til at dække et større område end almindelige sygehusafdelinger, er det endelig vigtigt, at de ligger i nær forbindelse med trafikknudepunkter, også af hensyn til den ambulante virksomhed.

Blandt de mest tiltrængte nye specialafdelinger kan nævnes afdelinger i Nord- og Vest-

*) *Johs. Frandsen*: »Vore sygehuse« 1952 påpeger det uheldige i, at børneafdelinger kun findes ved få centralsygehuse uden for København.

Jylland samt en afdeling, der kan dække Syd-sjælland og Lolland-Falster. Det må naturligvis blive en sag mellem de interesserede kommuner og staten som godkendende instans, hvor afdelingerne skal ligge, men af velegnede placeringsmuligheder skal udvalget pege på Ålborg, Esbjerg, Herning og Nykøbing F.

Det bør efter udvalgets opfattelse af de pågældende sygehusmyndigheder tages op til undersøgelse, om der er mulighed for at indrette et afsnit for fødende i forbindelse med de eksisterende, rent gynækologiske afdelinger, hvad der ville være en god begyndelse til den her foreslåede udvikling. I hvert fald bør det i fremtiden være en naturlig ting, at de gynækologiske og obstetriske specialer hører sammen.

Statens specialafdelinger bør stadig modtage patienter fra hele landet, omend de fortsat naturligvis vil få flest fra det nærmeste opland.

B. Indretning.

Der tilsigtes ikke i det følgende givet nogen detaljeret fremstilling af, hvorledes fødeafdelinger bør indrettes, men man har på dette sted villet opridse nogle retningslinier, der bør følges, og pege på nogle forhold, der bør tages i betragtning.

Der kan dels blive tale om at etablere specialafdelinger, dels om at indrette fødeafsnit på almindelige sygehusafdelinger og endelig om at modernisere mindre fødehjem eller lignende.

Da udvalget må betragte indretningen af obstetrisk-gynækologiske specialafdelinger som hovedopgaven, har de følgende bemærkninger navnlig dette forhold for øje. Det vil uden videre være klart, at en væsentlig del af det om specialafdelingerne udtalte kan have betydning for mindre fødeafsnit m. v., og der vil undertiden blive gjort nogle bemærkninger om de særlige problemer for fødeafsnit og fødehjem.

Montering vil kun sjældnere og instrumentarium praktisk taget ikke blive berørt, dels fordi disse spørgsmåls løsning i meget høj grad hænger sammen med det rent behandlingsmæssige, som det ikke her er stedet at komme ind på, og dels fordi udviklingen går særlig hurtigt på disse felter.

1. Almindelige bemærkninger.

a. Kapacitet.

Som tidligere nævnt vil en størrelse på omkring 100 senge formentlig være passende for en specialafdeling; snarest bør antallet ligge lavere, hvis overlægen skal udøve en omfattende konsulentvirksomhed for andre sygehuse. Minimum må normalt lægges omkring 50 sengepladser. Afdelingens samlede sengeantal bør af økonomiske grunde være et multiplum af den valgte afsnitsstørrelse. Den mindste anvendelige afdeling har 2 sengeafsnit, så en vis sortering af patienterne kan finde sted. Hvis afdelingen indrettes med mindst 3 sengeafsnit, bliver det lettere at adskille de forskellige tilfælde og at fordele arbejdsopgaverne.

Da hensigten med specialafdelingernes etablering i første række er at give alle fødende, der har behov derfor, adgang til indlæggelse, medens man, hvad angår gynækologien, alligevel kun kan modtage en mindre del af oplandets samtlige tilfælde, må afdelingens størrelse fastlægges således, at man går ud fra det nødvendige antal senge for svangre og barselpatienter og supplerer op til en passende størrelse med gynækologiske senge.

Hvis man på et centralsygehus til en begyndelse opretter en specialafdeling med 2—3 sengeafsnit, bør man påse, at der er mulighed for udvidelse. Ved pladsmangel på større specialafdelinger bør man i stedet for udvidelse tænke på at erstatte et ikke selvstændigt fødeafsnit på et andet sygehus med en selvstændig specialafdeling, således at den eksisterende afdelings opland formindskes. En sådan supplerende afdeling vil som regel kunne starte med 2 sengeafsnit.

Fødeafsnit på kirurgiske eller blandede afdelinger bør ikke være for store. Ved konstant overbelægning kan det derfor være fordelagtigere at indrette et sådant afsnit et andet sted end at forøge et eksisterende afsnits størrelse.

Der må især på mindre fødeafsnit regnes med temporær overbelægning, da antallet af indlagte fødsler kan svinge ret stærkt. Et pladsreserveringssystem vil kun i nogen grad hjælpe herpå, dels fordi der er mange fødsler, som i alle tilfælde må modtages, og dels fordi en række fødsler, der regnedes fordelt over en vis periode, kan klumpe sig sammen. Dette må tages i betragtning ved plan-

lægningen af fødestuer, birum etc., medens man for sengenes vedkommende må »låne« på en anden afdeling, hvis man ikke disponerer over reserverum.

Man må med hensyn til antallet af rum ikke disponere for knebent ved anlægget. Det bliver erfaringsmæssigt dyrt siden hen, og der er ikke grund til at tro, at den udvikling inden for sygehusvæsenet, der har nødvendiggjort et stadig stigende antal rum i forhold til patienttallet, er afsluttet. Som det tidligere er vist, må man desuden regne med, at fødestallet vil være voksende.

Endelig må man tage et vist hensyn til, at den almindelige forbedring af den sociale standard medfører større krav end i tidligere tider med hensyn til plads og udstyr og også med hensyn til muligheden for, at journaloptagelser, undersøgelser o. s. v. kan foregå, uden at andre patienter kan overvære det.

Man må så tilgodesee økonomien ved at give bygningerne en rationel udformning; derved opnås rimelige opførelsesudgifter, hvilket atter medvirker til hurtigere og lettere at skaffe de nødvendige sengepladser. Rum, der fra starten beregnes som disponible for den senere udviklings krav, kan eventuelt udnyttes som boliger, administrationskontorer etc.

b. Forbindelse med andre afdelinger.

Det er ønskeligt, at en specialafdeling placeres i nær tilknytning til en røntgenafdeling, idet det er uheldigt at skulle transportere fødende kvinder alt for langt til undersøgelse. Dog må man være opmærksom på, at spædbørn er overordentlig følsomme for røntgenstråler, hvorfor fødeafdelinger kun bør ligge direkte over eller under røntgenafdelinger, når absolut sikker afskærmning findes. Hvis sygehuset har pædiatrisk afdeling, bør fødeafdelingen have god forbindelse med denne.

Ved indretning af fødeafsnit på kirurgiske afdelinger gør sig specielle forhold gældende. Af hensyn til andre patienter må der foretages en særlig effektiv lydisolering. Afdelingen bør imidlertid ligge sådan, at eventuelle senge, der ikke er belagt med fødepatienter, kan udnyttes f. eks. til gynækologiske tilfælde. Det er jo netop en af fejlene ved en helt fritstående fødeafdeling, at dens gennemsnitsbelægning let bliver for lille i forhold til kapaciteten.

I U.S.A. kræver man i hospitaler med 100 senge eller derover fødeafdelinger anbragt i særlig fløj eller etage.

c. hidbyrdes placering af afdelingens enkelte led.

Helst bør fødende passere en for afdelingen særlig modtagelse, der må være let at finde, da de fødende ofte vil ankomme om natten og i anden befordring end ambulance. De fødende må påregnes ofte at ankomme på et sådant tidspunkt, at de hurtigst muligt skal videre til fødestuen, hvorfor det næppe vil være sigtsmæssigt at indlægge dem via en centralmodtagelsesafdeling. En »lokalmodtagelse« bør stå i umiddelbar forbindelse med fødegangen, der atter placeres således, at den horisontale transport til og fra sengeafsnit bliver kortest mulig. Patienttransport ad trapper bør ikke tolereres, heller ikke ved små fødehjem.

Ved ikke-specialafdelinger vil man oftest placere fødestuerne sammen med sengestuerne, hvilket er besparende såvel med hensyn til personale, som fordi forskellige birum etc. så kan være fælles. Der må være god forbindelse til sygehusets egentlige operationsafsnit.

d. Andre forhold.

Fødeafdelinger, herunder venteværelser etc. bør have et så lyst og tiltalende præg som muligt, gerne med afvekslende farver.

Det er vigtigt, at der er godt lydisoleret mellem afdelingens forskellige rum og afsnit. Under behandlingen af forskellige enkeltspørgsmål nedenfor vil der flere steder blive gjort nogle mere specielle bemærkninger herom.

Udvalget skal ikke gå nærmere ind på, hvilke sanitære installationer, en moderne fødeafdeling kræver, men man vil dog gøre opmærksom på, at det på afdelinger, hvor der er spædbørn, er meget vigtigt, at vaskeforholdene er så hygiejnisk indrettede som muligt: Ved bleskift kan sygeplejerskerne ofte ikke undgå at få barnets afføring på fingrene. Når hun da åbner for vandhanen, bliver denne tilsmudset, og efter endt håndvask vil hun da atter få sine fingre inficerede med tarmbakterier, når hun lukker for hanen. Med andre ord: der bør være albue- eller knæhaner ved vaskekummerne. Endvidere bør blespande og lignende være forsynede med pedalåbnere.

Endelig skal bemærkes, at afdelingen, og dette gælder især behandlings- og undersøgelsesrum, må være skærmet mod indblik udefra.

2. Særligt om behandlingsafsnit.

a. Indhold.

Behandlingsafsnittet i vid forstand kan bestå af:

modtagelse,
fødegang og operationsafsnit,
ambulatorium,
hvortil knytter sig et antal rum til fælles brug for disse afsnit.

Det vil være at foretrække, at der findes centralt ilt- og sugeanlæg med de fornødne rørledninger til behandlingsafsnittet (og forøvrigt også til sengeafsnittene).

Til behandlingsafsnittet bør være knyttet et hyggeligt, mindre ventenum for de pårørende.

b. Modtagelse.

Et lokalt modtageafsnit, indrettet i direkte tilknytning til fødestuerne, bør omfatte rum for indskrivning og foreløbig undersøgelse samt forberedelsesrum (baderum) og patient-toiletter. På ikke-specialafdelinger kan man efter omstændighederne nøjes med eet rum til undersøgelse og forberedelse.

Fra forberedelsesrum sendes patienten videre til fødestue eller, hvis fødslen ikke er umiddelbart forestående, til sengeafsnit. Større institutioner må have flere undersøgelses- og forberedelsesrum.

c. Fødegang og operationsafsnit.

Der bør være en fødestue for hver 8 senge, der normalt regnes belagt med fødende. Desuden må efter behov kunne etableres ekstra fødepladser i isolationsstuer eller lignende. Hver fødestue bør kun give plads for een patient. Der regnes i Sverige med 1 fødeleje for hver 7 sengepladser, dog undertiden anbragt med 2—3 i eet rum. Udvalget finder

imidlertid ikke, at dobbeltfødestuesystemet bør indføres herhjemme, idet såvel psykiske som hygiejniske og æstetiske hensyn taler stærkt herimod*).

Fødestuerne bør være tilstrækkeligt lydisolerede; især gælder dette for det rum, hvor eklampsipatienter anbringes. Fra dette rum skal tillige dagslyset effektivt kunne lukkes ude. Af hensyn til de fødendes undertiden ret lange ophold på fødestuen i delvis afklædt tilstand, må temperaturen være vel regulerbar.

Fødestuerne bør være forsynet med et effektivt signalsystem til tilkaldelse af personale. Såfremt der ikke er knyttet en speciel modtagelse til fødeafdelingen, må fødestuerne indrettes med toilet i direkte kontakt med fødestuerne.

Der bør på specialafdelingernes fødegang findes en lille operationsstue til tangforløsninger og lignende indgreb.

Endvidere må der være et eller flere opholds- og kontorrum til jordemødre, et lille laboratorium og rigelig depotplads og andre birum.

Større forløsningsoperationer må udføres på fuldt udstyrede operationsstuer. Disses indretning skal man ikke her gå ind på.

På fødehjem og på ikke-selvstændige fødeafsnit bør der altid være mindst 2 fødestuer med mellemliggende Sterilisationsrum. Fødestuerne bør i princippet være lige så godt udstyrede som de almindelige fødestuer på en specialafdeling. Skyllerum kan eventuelt være fælles med sengeafsnittet. Der kan ligeledes være fælles vagtrum, afsnitskøkken og depot.

d. Ambulatorium

forekommer som en nødvendighed, hvis specialafdelingen som foran foreslået skal være i stand til at foretage videregående undersøgelser af svangre i forbindelse med de almindelige forebyggende svangerskabsundersøgelser**).

Ambulatoriet bør have særskilt indgang for patienterne. Det må i hvert fald indeholde

*) Efter den af den amerikanske sundhedsstyrelse angivne standard kræves 1 fødestue for hver 20 senge og 1 fødeleje for hver 10 senge.

**) I beretningen fra sundhedsstyrelsens og lægeforeningens fællesudvalg af 1953 vedrørende sygehuses fremtidige udbygning hedder det i afsnittet om ambulatorier: »Det er fællesudvalgets opfattelse, at jo mere udspecialiseret en afdeling er, bl. a. med den følge, at afdelingen råder over specielle tekniske installationer og højt uddannet personale, jo mere nytte vil afdelingen have af et ambulatorium.«

venteværelse med adgang til toiletter, rum for journalskrivning, omklædningskabiner, undersøgelsesrum med toiletter og lægevask samt kontor(er), skyllerum og depotrum. Endvidere vil det være praktisk med et lille urinlaboratorium.

Venteværelset må have bekvemme siddepladser til det største antal personer, som kan påregnes at indfinde sig på een gang. Drikkevand må kunne fås.

Det vil være ønskeligt, at der findes 1—2 mindre rum med et par lejer, hvor patienter i særlige tilfælde kan få lejlighed til at hvile, før de tager hjem.

3. Særligt om sengeafsnit.

For afsnittenes indretning gælder i almindelighed samme regler som ved kirurgiske sengeafsnit.

Ved nutidens sygehusbyggeri regner man som regel med afsnit å 20—25 senge, idet man ikke — med den intensive behandling — regner med, at en afdelingssygeplejerske på forsvarlig måde kan have ansvaret for flere patienter. For sengeafsnit med fødende gør sig det særlige forhold gældende, at de nyfødte bringer antallet af »patienter« op omkring det dobbelte. Plejen af moderen og det nyfødte barn vil i hvert fald som regel være mere tidsrøvende end f. eks. plejen af en operationspatient. Det må derfor anses for rigtigst at indrette sengeafsnit for fødende i underkanten af den normale størrelse. Hvert afsnit bør ikke have over 20 sengepladser.

a. Sygestuer.

Sengeafsnittene på fødeafdelinger kan efter udvalgets mening med fordel udformes i 2-sengs dybde, med 2- og 4-sengsstuer og det nødvendige — ikke for lille — antal enestuer. Dels er dette at foretrække af hensyn til roen på stuerne, dels bør stuerne på en fødeafdeling, da der foruden voksensengene skal være plads til børnene, i sig selv være noget rummeligere end sædvanlige sengestuer.

Selv om man ved nybygninger ikke bør gøre stuerne større end nødvendigt, må man sikre den nødvendige plads mellem sengene — også for at undgå risikoen for nosocomiale infektioner — og erindre, at der skal være plads til bord og stole til de oppegående patienter.

På alle afsnit bør findes 3—4 enestuer til isolationsbrug, medens spørgsmålet om indretning af enestuer iøvrigt må anses for et økonomisk spørgsmål. Af hensyn til eklampsi-patienter må een isolationsstue være specielt isoleret mod indtrængende støj. Der bør ved et rimeligt antal senge være indbygget iltledninger, idet utgivningen har stor betydning i den postoperative behandling, og iltflasker på stuerne virker uhyggeligt på patienterne, foruden at det er upraktisk at skulle transportere dem rundt.

Der må tages videst muligt hensyn til roen på sygestuerne. Det er en af de anker, der med rette kan rettes mod sygehusfødsler, at det kan være vanskeligt at skaffe patienten tilstrækkelig ro. Der må derfor lyddæmpende belægning på gulvene, ligesom vægge og etageadskillelser må udføres så lydtætte som muligt. Materiellet (f. eks. rullevoagne) bør udformes med henblik på at opnå mindst mulig støjplage. Støj fra opvask bør så vidt muligt undgås på sengeafsnittene. Alle kalde-signaler må være så lidt støjgivende som muligt. Også i denne forbindelse skal de små stuers fordele fremhæves. Der bliver for den enkelte patient færre uvedkommende besøgende og mindre forstyrrelse fra medpatienter og børn.

Afsnit for svangre vil kunne placeres i nærheden af barselafsnit, således at der kan ske forskydninger i belægningen mellem afsnittene. Der bør dog aldrig ske nogen sammenblanding af de to kategorier af patienter på de enkelte stuer.

Svangreafsnit må være rigeligt forsynet med toiletter, skyllerum og baderum, og der må være en hyggelig opholdsstue, der også bør kunne anvendes til afspændingsøvelser.

Barselafsnit.

Spørgsmålet, om børnene skal opholde sig i et særskilt rum eller hos moderen, kan diskuteres. Der kan vist nu siges at være enighed om, at børnene i almindelighed bør være hos moderen. Svalgelige, syge eller for tidligt fødte børn må dog anbringes på børnestuer, og urolige børn må kunne isoleres, så moderen får ro. Der kan her henvises til den foran pag. 34 citerede udtalelse fra den engelske »Report of the Ministry of Health« og til følgende udtalelse af WHO's Expert Committee on Maternity Care (WHO. Technical Report Series, No. 51 pag. 16 f.):

»Although in large parts of the world there has never been any separation of mother and infant during the lying-in period, in some countries over a period of years the practice of separating the new-born infant from the mother has become generalized. This has been recently reconsidered and every encouragement is now being given to the development of the practice of keeping the infant close to the mother during the stay in hospital. This is best achieved when the baby's bassinet is at the mother's bed-side. With such an arrangement it would be necessary to provide small nurseries for the occasional baby whose mother is ill, or the baby who is restless at night. In planning maternity hospitals a design adapted to these purposes should be worked out. Even more important, nurses and doctors, who are not always sympathetic to this arrangement, need to acquire a, more thorough understanding of the intimate bodily and spiritual bond which exists between the mother and her baby and which should be fostered by close contact. Moreover, it is just as important that fathers should be allowed to pay daily visits, even although the visits of other people are limited. Physical and structural characteristics of some hospitals may make it difficult to provide these facilities. However, every effort should be made to adapt such hospitals according to these principles. In any case, infant nurseries should be small in size and should never be crowded. The infant should always be brought to his mother for feeding, and even during the night should be fed by his mother rather than given artificial feeding.«

Den tidligere omtalte studiegruppe under WHO, der holdt møde i Belgien 1953, opstillede mellem målene for barselsplejen: »No separation of the child from its mother except when there is imperative need for such separation.«

Også i U.S.A. vinder dette såkaldte »rooming-in« system frem, om end man der er inde på den tanke, at børnene først flyttes ind til moderen efter 1 à 2 døgn's forløb.

Tilsvarende synspunkter er herhjemme gjort gældende af sundhedsstyrelsen, der i 1951 i anledning af en for styrelsen forelagt plan om indretning af et fødeafsnit med børnestue på et provins-sygehus udtalte, at styrelsen måtte »anse det for uheldigt at anbringe normale, nyfødte børn adskilt

fra moderen i en særskilt barnestue. Dels bør mødre af pædagogiske grunde have børnene ved siden af sig i barnesenge for med det samme at blive vænnet til at pusle børnene, og dels bør mødre af psykiske grunde have børnene i deres umiddelbare nærhed nat og dag; dette fremmer formentlig diegivningen. Endelig indebærer det risiko for infektioner at samle spædbørn på spædbørnsstuer.«

Da det endvidere af de forelagte planer fremgik, at der på afdelingen agtedes indrettet en 8-sengsstue, bemærkede sundhedsstyrelsen, at denne måtte anses for uhensigtsmæssig, idet der burde være ro på stuerne såvel af hensyn til diegivningen som af psykiske grunde.

Ved sin godkendelse af planerne for den pågældende afdeling udtalte indenrigsministeriet herefter, at afdelingen burde indrettes med små stuer og således, at børnene anbringes sammen med deres mødre på stuerne. Kun særligt urolige børn burde i mødrenes hviletid anbringes på en spædbørnsstue.

Under en fortsat brevveksling om spørgsmålet om spædbørnsstuer udtalte sundhedsstyrelsen, at der her i landet er opstået svære og med meget høj dødelighed forløbende epidemier af malign gastroenteritis på sådanne spædbørnsstuer.

Udvalget kan tiltræde det af sundhedsstyrelsen fremførte om spædbørnsstuer, ligesom det af det foregående vil fremgå, at man er enig i det om sengestuernes størrelse udtalte.

Hvis børnene normalt skal opholde sig hos mødre, må der være plads til et velbelyst puslebord med linnedskab (opvarmet). Det må være skærmet mod træk. Varmt og koldt vand ved bordet.

Imod systemet med at have børnene inde på stuerne taler hensynet til mødrenes ro, hvilket dog kan imødegås ved passende små stuer, men også, at de nyfødte af hensyn til smittefare i et vist omfang bør isoleres fra de besøgende, hvilket vanskeligt lader sig gøre, når der ikke findes børnestuer til samtlige børn. Her vil dog en begrænsning af adgangen til besøg og et absolut forbud mod at medtage mindreårige kunne hjælpe.

Som foran nævnt er der forskellige grupper af de nyfødte, som i alle tilfælde må kunne isoleres. De for tidlig fødte børn, der i særlig høj grad er modtagelige for akutte infektioner, bør anbringes på et særligt afsnit med specielt trænet personale og under stadigt tilsyn af en pædiater. Præmaturafsnittet kan arrangeres på den obstetriske eller

den pædiatriske afdeling efter de lokale forhold, men principielt vil udvalget gå ind for, at moder og barn ikke skilles.

En anden, langt mindre betydningsfuld kategori er de børn, som lider af infektiøse sygdomme. De bør naturligvis isoleres og passes af særligt sygeplejepersonale.

På de særlige børnestuer må man imødegå smittefare mellem børnene indbyrdes ved ikke at gøre antallet af børn på den enkelte stue for stort (ikke over 12 og helst kun 8), lade hvert barn have sit eget udstyr, regne med god afstand mellem vuggerne, (der må være plads til eventuelle tvillinger og trillinger), opsætte glasskillevægge etc. Børnestuer må lægges centralt i afsnittene, da børnene bringes ind til moderen adskillige gange om dagen. De bør være effektivt lydisolerede. De må i fuld udstrækning kunne overvåges fra korridoren gennem dobbelte glaser. Dør direkte til korridor må være dobbelt. Hvis der er flere børnestuer, bør de ikke være indbyrdes forbundne. I tilknytning til børnestuen et puslerum. Det må anses for at være mindre heldigt at transportere børnene flere sammen på en vogn.

Luftkonditionering er meget ønskelig på stuer for præmature og specielt i kuvøserum.

Også på *gynækologiske sengeafsnit* må der regnes med plads til børn, dels fordi afsnittene efter omstændighederne kan blive anvendt til fødende, dels fordi kvinder med gynækologiske lidelser ofte har småbørn, som af hensyn til diegivning må medbringes på sygehuset.

b. Birum.

De nødvendige birum til et fuldt moderne afsnit på de heromhandlede specialafdelinger adskiller sig ikke i væsentlig grad fra de tilsvarende rum på andre afdelinger, hvorfor der kun skal gøres nogle få bemærkninger herom.

I forbindelse med tekøkken bør indrettes mælkekøkken. Køkkenerne forsynes med køleskabe. For at modvirke støj fra køkken og skyllerum kan der eventuelt indlægges »støj-sluser« med passende akustisk beklædning på loft og vægge.

Der bør være mange toiletter for patienterne, idet hovedparten er oppegående. Såfremt der er tale om en nybygning, vil det måske være praktisk, som det bruges i udland-

det og herhjemme ved nyere afsnit med enestuer, at indrette et toilet- og vaskerum for hver 1—2 sygestuer, beliggende mellem stuerne og gangen og med adgang fra et lille forrum.

Denne løsning overflødiggør særlige vaskerum, lavementsrum og blomsterrum, ligesom der kan installeres et brusebad på hvert toiletrum, således at særlige rum hertil kan undværes. Man fjerner herved endvidere næsten enhver mulighed for infektionsfare via toiletterne, der selvfølgelig ikke må benyttes af besøgende. I U.S.A., hvor man i stor udstrækning anvender denne udformning, forsynes toiletterne ved sygestuerne med særlig hane og slange til bækken skylning.

Døren fra forrummet til sygestuen kan udføres med en stor glaser, så mellemgangen får lys, og så sygeplejerskerne bliver i stand til at se til en sovende patient uden at åbne den inderste dør.

I forrummet vil der være mulighed for at give plads til de besøgendes overtøj, der ikke bør medbringes på stuerne. Risikoen for tyveri vil her være minimal på grund af glaserud til sygestuen.

Hvis sengestuerne indrettes med forrum, vil gennemgangstrafik i afsnittet i nogen udstrækning kunne tolereres.

Der må være et samtalerum, hvor lægerne kan tale i enrum med patienterne. Endvidere kan rummet bruges til mindre undersøgelser, til samtaler mellem patienter og socialrådgivere samt om nødvendigt til overnatning af pårørende. Må gerne ligge ucentralt.

Alt efter afsnittenes størrelse kan der blive tale om at dele dette rum i flere efter funktionerne.

Man bør tænke på at indrette telefonbokse tilgængelige for patienter og besøgende, (automattelefoner uden om sygehusets normale telefonnet). Man undgår herved at blokere afdelingens telefon for nødvendige opringninger og letter omstillingsbordets arbejde. Direkte telefoner til sygestuerne kan formentlig kun anbefales på enestuer.

Der kan eventuelt blive tale om at indrette et lille, køligt blomsterrum, hvis der ikke er mulighed for at gøre blomster i stand andetsteds. Der vil normalt komme mange blomster til barselpatienterne.

4. Andre forhold.

Når fødeafdelinger placeres på sygehuse, opstår ikke spørgsmål om indretning af køkken, vaskeri etc. Skulle man undtagelsesvis

i fremtiden opføre et fritstående fødehjem, kan man — hvis afstanden til sygehus ikke er for lang — forsøge at arrangere sig med det nærmestliggende sygehus med hensyn til vask, autoklaving etc. Der må i alle tilfælde sørges for, at patienterne ikke generes af lugt fra køkkenet eller støj fra fyringsanlægget.

Da børn ikke bør kunne medtages på fødeafdelinger, vil det være heldigt, om der er et sted, hvor disse i givet fald kan anbringes under tilsyn. En sådan ordning er iøvrigt velkendt. Den findes f. eks. på Dronning Louises Børnehospital og agtes etableret på det kommende centralsygehus i Nykøbing F.

Kapitel IX.

Nogle bemærkninger om driften af fødselsinstitutioner m. v.

A. Personalet.

1. Læger.

Det må være et uomgængeligt krav til den læge, der skal lede en obstetrisk-gynækologisk afdeling, at han har speciallægeaner-kendelse i begge discipliner. Iøvrigt er den lægelige sagkundskab sikret indflydelse på valget af overlægen ved, at udnævnelssager skal passere det i henhold til lægelovens § 14 nedsatte råd samt sundhedsstyrelsen. Men for at specialafdelingerne skal komme til at spille den afgørende rolle inden for fødsels-hjælpen, som de efter udvalgets mening bør, må lægechefen ikke alene have de fornødne faglige kvalifikationer, men tillige have evne til at samarbejde med lægecheferne på andre institutioner, hvor fødende indlægges, og til at medvirke til at organisere fødsels-institutionssystemet i det pågældende område som et samlet hele.

Det må anses for vigtigt, at overlægen har bopæl på eller nær sygehuset, idet tidspunktet for fødslerne jo i langt ringere grad end tidspunktet for operationer eller anden be-handling lader sig regulere.

Kun på store sygehuse vil man normalt have en pædiatrisk afdeling, men udvalget skal henlede opmærksomheden på mulighe-den for at ansætte en pædiatrisk overlæge uden selvstændig afdeling. Han kan yde bi-stand ved behandling af alle på sygehuset indlagte børn.

Ved et sådant arrangement kunne der på enkel måde knyttes en speciallæge i pædiatri til centralsygehuse med fødeafdeling. Pædia-terens opgave vil ikke alene blive at behandle

de syge børn, han bør også samarbejde med obstetrikeren med hensyn til de raske børn.*)

For at sikre afdelingens drift og oprethol-delsen af den nødvendige vagttjeneste må der naturligvis ansættes et antal reservelæger og kandidater.

På store specialafdelinger og afdelinger med særlige opgaver med hensyn til under-visning kunne det være ønskeligt, om man foruden overlægen havde endnu en læge med fastere tilknytning til afdelingen. Han ville f. eks. kunne forestå instruktion af kandida-ter, jordemødre og sygeplejersker, idet over-lægens tid må formodes at blive stærkt op-taget af den direkte lægelige ledelse af afde-lingen og konsulentvirksomhed for områdets andre sygehuse m. v. Hertil kommer, at en stor specialafdeling med ambulatorium og ar-bejdet ret jævnt fordelt over alle døgnets ti-mer vil have megen fordel af at råde over 2 faste læger.

Der kan anføres nedenstående tal for nor-meringen af lægepersonale på eksisterende gynækologisk-obstetriske afdelinger:

Lægepersonale	Fødsels- anstalten (139 senge)	Statsho- spitalet (115 senge)	Frederiks- berg (166 senge)	Odense (80 senge)
Overlæge	1	1	1	1
Afd.læge	1	—	—	—
Reservelæge I	1	1	2	1
Reservelæge II	1	1	1	1
Kandidat	2	3	4	4
	6**)	6	8	7

Specialuddannet narkosehjælp bør stå til rådighed for enhver fødeafdeling, hvad enten

*) Jfr. rapporten fra WHO's Study Group on Perinatal Mortality i Bruxelles, 1953, pag. 55: »The collaboration of a paediatrician is a prerequisite in the management of pregnancy, labour and the puerperium. The production of a healthy baby is a combined operation and the paediatrician should be part of the antenatal team.«

**) Der er desuden ansat 1 klinisk assistent.

det drejer sig om en selvstændig specialafdeling, eller der er tale om en del af en kirurgisk afdeling.

2. Jordemødre.

Som tidligere nævnt kan man tilråde, at de praktiserende jordemødre normalt følger deres patienter på sygehuset. Sygehuset må dog have en tilkaldelsesordning med en nærboende jordemoder, dels fordi patientens egen jordemoder kan være forhindret, og dels fordi hun kan trænge til afløsning.

Ansættelse af jordemødre på sygehuse bør formentlig kun komme på tale for så vidt angår specialafdelingerne, hvor det vil være rigtigst at have en fast overjordemoder og 1—2 assisterende jordemødre, men dette lave antal forudsætter, at de praktiserende jordemødre også bistår her.

Hvis dette ikke bliver tilfældet, bør der ansættes en jordemoder for hver ca. 200 fødsler om året. Fødselsanstalten i Aarhus, der har 6 reservejordemødre, ansætter disse for 1 år ad gangen, med mulighed for forlængelse, og således at ledighed i stillingerne som regel indtræder i forbindelse med jordemoderskolens afslutning. De pågældende bliver normalt i 2 år, og der har hidtil ikke været vanskeligheder med at få stillingerne besat.

For så vidt angår fritstående fødehjem, hvor man ingen garanti har for, at en læge kan komme til stede, må der træffes de fornødne arrangementer til, at der — uanset om de fødende normalt benytter egen jordemoder — altid er en jordemoder disponibel.

3. Sygeplejepersonale m. v.

Sygehuse overlader normalt ikke den egentlige pleje af patienterne til mindre kvalificeret personale, heller ikke på fødeafdelinger, og der ses ikke at være nogen grund til at fravige dette princip, selv om der er tale om fritstående fødehjem, hvor lægetilsynet endda ofte vil blive mindre effektivt. Det bør derfor tilstræbes, at hele plejepersonalet på de heromhandlede institutioner består af fagligt kvalificerede personer. Det må endvidere slås fast, at fødeafdelinger på grund af børnenes pasning m. v. er mere personalekrævende end de fleste andre afdelinger.

For den eller de ledende sygeplejersker på fødeafdelinger, fødeafsnit og fødehjem må kræves en grundig forudgående uddannelse på gynækologisk-obstetriske afdelinger og børneafdelinger. Overalt, hvor præmature børn kan ventes indlagt, bør de ledende sygeplejersker gennem uddannelse på pædiatriske afdelinger have indgående kendskab til plejen af disse børn.

Ved normeringen med sygeplejepersonale må der tages hensyn til, at det bør være muligt i aften- og nattevagten til stadighed at have 2 sygeplejersker til rådighed på hvert sengeafsnit, hvad der må anses for ønskeligt, dels fordi en fødeafdeling ikke i så høj grad som andre kan henlægge arbejdet til dagtimerne, dels fordi de mange nyfødte, der skal pusles, mådes og tilses på alle tider af døgnet, faktisk bringer patientantallet op på 40—50, og endelig fordi såvel svangre som kvinder, der lige har født, kræver en effektiv overvågning af uddannet personale (fare for blødninger).

4. Supplerende bemærkninger.

Sundhedsstyrelsens og lægeforeningens fællesudvalg af 1953 fremhæver i sin beretning betydningen af, at der til de enkelte afdelinger knyttes det fornødne sekretærpersonale, således at lægerne i videst muligt omfang fritages for udfærdigelsen af det efterhånden meget omfattende skriftlige arbejde, som hviler på sygehusenes læger.

Husmedhjælpere etc. må antages i et sådant omfang, at sygeplejepersonalets tid ikke skal bruges til ukvalificeret arbejde. Medhjælperne bør intet have at gøre med børnene.

Det må fastholdes, at enhver, der arbejder på en fødselsinstitution, må være absolut fri for smitsomme sygdomme. Det er på grund af spædbørnenes modtagelighed for smitte og ringe modstandskraft i det hele taget vigtigt, at personalets helbredstilstand er under kontrol, og udvalget vil mene, at det bør være en betingelse for godkendelse af en lokal fødselsinstitutionens ordning, at institutionernes personale gennemgår årlige tuberkuloseundersøgelser.

Sundhedsstyrelsen har 19. januar 1942 indtrængende henstillet til samtlige sygehuse at iværksætte en systematisk tuberkulosekontrol af hele personalet.

B. De præmature børn.

De præmature børn frembyder et af hovedproblemerne inden for den moderne fødselshjælp. En meget stor del af dødfødslerne og spædbørnsdødeligheden vedrører som tidligere nævnt disse børn. Hvis man derfor kunne nedbringe antallet af præmature og forbedre fremtidsudsigterne for den rest, der blev tilbage, ville meget være vundet.

I det omfang de præmature fødsler skyldes dårlige ydre forhold (mangelfuld ernæring, hårdt arbejde o. s.v.) under svangerskabet, vil en forbedring af de svangre kvinders kår være af betydning. Det er ikke her stedet at komme nærmere ind på mulighederne i denne retning, men man skal dog pege på de tidligere nævnte rekreationshjem for svangre, der vil kunne være af værdi.

Kan den præmature fødsel ikke undgås, gælder det om, at det for tidligt fødte barn snarest kommer under passende behandling helst under tilsyn af en pædiater. Behandlingen bør centraliseres på en særlig præmaturafdeling enten på fødeafdeling eller på pædiatrisk afdeling. De almindelige fødeafsnit bør dog være forberedt på at kunne tage sig af et sådant barn. Udvalget mener ikke, at børnene bør forblive i hjemmet og normalt heller ikke på en klinik, hvis de ikke ligger nær normal vægt. Der opstår herved et transportproblem, der bør imødegås ved anskaffelse af passende specialudstyr til ambulancer, så børnene kan transporteres i kuvøser.*)

Som foreslået af *Nørregaard* (Ugeskrift for Læger 1955, p. 798 ff.) vil det sikkert være

gavnligt, om der på specialafdelingerne med mellemrum afholdes kurser for læger, sygeplejersker og jordemødre udefra om problemer vedrørende de præmature børn. Kurserne bør finde sted under fælles ledelse af en obstetriker og en pædiater.**)

Det er for de præmature børns vedkommende særligt vigtigt, at der ved udskrivningen gives fylldig underretning til sundhedsplejersken.

C. Identifikationssystemer.

Offentligheden har med mellemrum været foruroliget af meddelelser om børn, der er forbyttet på en fødeklinik. Lykkeligvis synes sådanne alvorlige fejltagelser herhjemme altid at være opdaget, inden moderen og den nyfødte forlod klinikken, men i udlandet har man set eksempler på, at tvivlen først er opstået flere år senere og har ført til ulykkelige retssager.

Det må straks slås fast, at sådanne forbytninger — også ganske kortvarige — under ingen omstændigheder må ske, og man kan ingenlunde stole på, at enhver moder kan kende sit eget, nyfødte barn, blot hun har set det een gang. Derfor må enhver institution, der modtager fødende, uanset om det er ganske få, anvende et fast identifikationssystem, og der må ikke under nogen som helst omstændigheder, selv om risikoen for fejltagelser synes nok så minimal, ske fravigelse fra det een gang valgte system. Der kan især blive tale om 2 hovedgrupper af identifikationssystemer.

*) I »Report of the Ministry of Health« 1953 udtales om de præmature fødsler: »The death rates in the lowest weight group suggest that institutional care appreciably reduces the mortality of infants whose birth weight is 3¼ lb. or less.

As in 1951 and 1952, the figures show greatly increased mortality rates for infants in the higher weight groups who are transferred to hospital after birth, compared with others in the same weight groups. Undoubtedly, there will be many »poor risks« among transferred cases, but the very high death rates suggest the need for greater vigilance in minimising the hazards of transport.«

**) I WHO Technical Report Series, No. 27, udtales pag. 10 om uddannelsesprogrammer vedrørende pleje af præmature børn: »The [expert] group [on prematurity] suggests, that the content of the specialized educational programme should include:

(a) practical experience, under qualified direction and supervision, in a well-organized and equipped centre for premature-infant care, with hospital, home and follow-up services;

(b) instruction in and demonstration of generally accepted techniques of premature-infant care. The duration of the courses will depend on the individual needs of the professional group concerned. In-service training and frequent refresher courses for physicians, nurses, and midwives who are already engaged in premature-infant care.«

1. Der findes på fødselsinstitutionen et dobbelt sæt numre, parvis sammenbundet. Inden moder og barn forlader fødestuen, anbringes et par numre efter at være afkontrolleret om hånd- eller fodled på moder og barn. Dette system eller varianter heraf anvendes ved flere større fødselsinstitutioner, f. eks. rigshospitalet og fødselsanstalten.

2. Umiddelbart efter fødslen, og inden fødestuen forlades, anbringes under behørig kontrol om barnets ankel eller håndled et identifikationsmærke med tydelig angivelse af moderens navn og fødselsdato.

Såfremt man følger eet af disse systemer og ufravigeligt fastholder, at identifikationsmærket skal anbringes på barnet, inden det forlader fødestuen, og at det ikke må fjernes, før barnet bringes hjem, skulle enhver risiko på en nem og billig måde være fjernet. Og når man, som herhjemme, arbejder med enefødestuer, er der heller ikke umiddelbart efter fødslen nogen som helst chance for forveksling.

Det er udvalgets mening, at det bør gøres obligatorisk for enhver, der modtager føden, at anvende et betryggende identifikations-system. I praksis bør påbudet herom formentlig komme fra sundhedsstyrelsen, og således at embedslægerne fører tilsyn med dets overholdelse*).

Udvalget har overvejet, hvorvidt et system med fodaftryk af de nyfødte burde være obligatorisk, idet disse aftryk er individuelle. Nyfødtes fingeraftryk er derimod ikke så tydelige, at de kan anvendes med sikkerhed. Et sådant system vil — såfremt aftrykkene bliver taget og identificeret på forsvarlig måde — give den højest opnåelige sikkerhed og er indført på mange hospitaler i Amerika. Desuden finder det anvendelse i bl. a. Sverige, Schweiz og Østrig. Metoden er herhjemme gennemprøvet på rigshospitalet og virker således, at der umiddelbart efter fødslen på samme ark papir tages et aftryk af barnets fod og af moderens fingre. Aftrykkene opbevares i moderens journal. Inden udskrivningen tages nye aftryk til sammenligning med de første.

Man har dog ikke ment at kunne anbefale, at systemet gøres obligatorisk, dels fordi det

næppe kan gennemføres på betryggende måde på mindre fødehjem og lignende, og dels, fordi man i det daglige er nødt til alligevel at mærke børnene på anden måde. Det vil være ugørligt at tage og identificere fodaftryk, hver gang personalet skal efterse, hvor børnene hører til.

D. Besøg.

De besøgende frembyder et stort problem for sygehusene og undertiden også for de syge. På afdelinger med nyfødte børn træder betænkelighederne i særlig grad frem, dels af hensyn til, at børnene er særligt modtagelige for smitte, og dels fordi der ofte vil komme mange besøg til barselpatienter. Det synes derfor påkrævet at gennemføre en besøgsindskrænkning på disse afdelinger, således at kun nogle få personer kan besøge hver patient. Besøgstiden bør heller ikke være for lang.

Børn bør overhovedet ikke have adgang til afdelingen.

E. Resumé af kapitlerne VIII og IX.

Hovedpunkterne i de af udvalget angivne retningslinier for fødselsinstitutioners placering og indretning kan i korte træk sammenfattes således:

- 1) Der må etableres et sådant antal obstetrisk-gynækologiske specialafdelinger ved de eksisterende centralsygehuse, at indlæggelse på specialafdeling bliver praktisk mulig overalt i landet. En specialafdeling bør ikke have over ca. 100 senge. Bliver dette i givet tilfælde utilstrækkeligt, må der ske en formindskelse af oplandet ved oprettelse af en ny obstetrisk-gynækologisk afdeling på et andet centralsygehus. Specialafdelingerne indrettes med særlig modtagelse for de fødende og med ambulatorium.
- 2) Ud over specialafdelingerne må der være tilstrækkeligt mange fødeafsnit på kirurgiske og blandede afdelinger.

*) Den svenske medicinalstyrelse har udsendt et cirkulære af 7. marts 1946 om forholdsregler til sikring af børns identitet.

- 3) Fødselsinstitutioner må have en fødestue for hver 8 sengepladser, mindst 2 på hver institution. Sengeafsnit for fødende ikke over 20 senge. Små sygestuer. Børnene anbringes principielt ved moderen, men mulighed for isolering af præmature, syge og urolige børn. Adgangen til besøg begrænses.
- 4) På alle institutioner bør findes eller kunne tilkaldes speciallæger i obstetrik og pædiatri.
De praktiserende jordemødre bør følge deres patienter og bistå ved fødsel på sygehus.
- 5) De præmature børn søges samlet på specialafdelingerne og behandlet under ledelse af obstetrikere og pædiatere.
- 6) Hver fødselsinstitution må anvende et godkendt identifikationssystem.

Kapitel X.

Om narkose ved hjemmefødsler.

Oprindelig ansås narkose ikke for nødvendig ved en normalt forløbende fødsel, men forholdene er efterhånden ændret på dette område.

Af et rundspørge til distriktsjordemødrene fremgår, 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 narkose ved en læge. Som nævnt i kapitel I dækker sygekasserne nu normalt udgiften hertil. Det er udvalgets opfattelse, at der på dette område er sket en rimelig udvikling, idet man mener, at en fødende kvinde i alle tilfælde bør have adgang til, hvis hun ønsker det, at få narkose, selv om dette ikke er direkte indiceret af behandlingsmæssige grunde. Behovet for narkose er iøvrigt mindsket noget som følge af den nu ofte anvendte afslapningsteknik, der kan være en stor hjælp for den fødende.

Problemerne med hensyn til narkose for hjemmefødende ligger nærmest i, at det kan være vanskeligt at skaffe en læge til at give narkose, såfremt narkosegivningen skal strække sig over flere timer, og at den fødende derfor kun får narkose i et ganske kort tidsrum umiddelbart før fødslen, medens de stærkeste smerter ligger på et tidligere tidspunkt. Af betydning for spørgsmålet om den hjemmefødendes praktiske mulighed for at få narkose i det ønskelige omfang er det derfor, om det kan tillades jordemødrene fremtidigt på egen hånd at give narkose.

I henhold til § 25, stk. 2, i lov nr. 72 af 14. marts 1934 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, og ved sundhedsstyrelsens bekendtgø-

relse af 11. november 1955, der har hjemmel i lov nr. 190 af 11. juni 1954 om udøvelse af tandlægevirksomhed, er der tillagt dem ret til at iværksætte universel analgesi (smertefrihed uden bevidsthedstab), når de har gennemgået undervisning i anæsthesiologi på tandlægehøjskolen eller deltaget i et af sundhedsstyrelsen godkendt kursus. De anvendte apparater skal være af typer, der er godkendt af sundhedsstyrelsen til brug for tandlæger. Derimod har jordemødrenes ret til at yde fødselshjælp hidtil ikke indbefattet ret til at anvende nogen form for bedøvelse.

På initiativ af jordemoderforeningen og sundhedsstyrelsen har der tidligere været arbejdet med spørgsmålet om at tillade jordemødre på egen hånd at give kvælstofforiltanalgesi. De to hovedproblemer har været kvælstofforiltens egnethed og forsvarligheden af at overlade jordemødre den selvstændige anvendelse af denne bedøvelsesform. Man har endvidere bl. a. ved forsøg på rigshospitalet tilstræbt at finde frem til en lettransportabel apparattype, hvilket hidtil ikke har vist sig gennemførligt. Efter udvalgets opfattelse er der her tale om et meget kompliceret problem, og udvalget mener ikke at kunne tage nogen definitiv stilling til, hvorledes det bør løses, bl. a. fordi det vil være nødvendigt at inddrage anæsthesiologerne i overvejelserne.

Spørgsmålet om, hvorvidt det på visse vilkår kan tillades jordemødre at iværksætte analgesi uden lægelig medvirken bør snarest ved sundhedsstyrelsens foranstaltning gøres til genstand for en fornyet nøje undersøgelse i samarbejde med såvel den anæsthesiologiske sagkundskab som jordemoderskolen og jordemødrene.

Hjemmelen for at gennemføre en eventuel ændring af de gældende regler findes i § 5, stk. 1, 2. punktum, 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.

BILAG

Uddrag af vedtægter og takstregulativer for kommunale sygehuse.

Frederiksberg hospital.

*Takstregulativ ikrafttrådt 1. oktober 1951,
ændret 1. april 1956.*

Almindelig takst for indlagte patienter	kr.
pr. dag	3,50
Sygekassemedlemmer	1,75

På fødeafdelingen.

Selvbetalende.....12,00

Hvis patienten, efter at barselsengen er ophørt, på grund af sygdom må forblive på afdelingen, betales den fortsatte kur og pleje efter reglerne for patienter på fællestueafdeling.

Københavns amtskommunes sygehuse.

Takstregulativ ikrafttrådt 1. april 1951.

Almindelig takst for indlagte patienter	
pr. dag	6,00
Sygekassemedlemmer	3,00

Betalingen for jordemoderassistance til indlagte patienter erlægges af sygehuset til jordemoderen. Honoraret afkræves derpå vedkommende sygekasse eller patient eller den, der hæfter for betalingen, medmindre vedkommende afdelings overlæge attesterer, at lægehjælp har været nødvendig, i hvilket fald jordemoderbehandlingen er gratis.

For fødepatienter, der for amtskommunens regning indlægges på fødekliniker eller lignende af sociale grunde, refunderes det fødekliniken tilkommende jordemoderhonorar af pågældende patients opholdskommune.

Frederiksborg amts sygehuse.

Takstregulativ ikrafttrådt 1. april 1956.

Almindelig takst for indlagte patienter	
pr. dag	10,00
Sygekassemedlemmer	5,00
Udenamts patienter	30,00

Fø d e n d e.

Ved lægelig indikation betales takst som foran. I andre tilfælde betales:

- | | |
|--|-----------|
| 1. For indenamts, nydende medlemmer af statsanerkendte sygekasser og af statsbanepersonalets sygekasse | kr. 10,00 |
| 2. For andre indenamts patienter | 15,00 |
| 3. For udenamts patienter | 30,00 |

Normalt fødende kan kun modtages, såfremt pladsforholdene tillader det.

For børn, der fødes på sygehuset, erlægges ingen betaling, sålænge de henligger for diegivningens skyld.

Helsingør købstads sygehuse.

Almindelig takst for indlagte patienter	
pr. dag	8,00
Sygekassemedlemmer	3,00

Reglement ikrafttrådt 1. april 1943.

Fødende kvinder kan indlægges på hospitalet, når overlægen skønner, at deres indlæggelse er nødvendig, og det kan ske, uden at det generer de andre patienter.

Sorø amts sygehuse.

Takstregulativ ikrafttrådt 1. juli 1952.

Almindelig takst for indlagte patienter	
pr. dag	9,00
Sygekassemedlemmer	4,50
Diebørn fuld pris.	

Fø d e n d e.

For fødende kvinder betales særskilt ud over dagbetalingen en ydelse, der udgør:

30 kr. for ubemidlede nydende medlemmer af statsanerkendt sygekasse og statsbanepersonalets sygekasse, for så vidt vedkommende indlægges for sygekassens regning, og

60 kr. for patienter, der indlægges for egen regning, uanset at de eventuelt er medlemmer af forannævnte sygekasser, samt for patienter, der indlægges for en kommunes regning.

Sygekasserne betaler dog kun for det daglige ophold på sygehuset, for så vidt den fødende er indlagt af lægelige grunde, og de foran omhandlede særskilte ydelser for indlæggelse af fødende kvinder betales kun af sygekasserne, såfremt lægehjælp ved fødslen er fornøden.

Korsør kommunale sygehus.

Reglement stadfæstet 26. april 1933.

Barselpatienter modtages kun i særlige tilfælde.

Takstregulativ ikrafttrådt 1. april 1954.

Almindelig takst for indlagte patienter	kr.
pr. dag	9,00
Sygekassemedlemmer	4,50

For fødende kvinder, når indlæggelse ikke finder sted af lægelige grunde, skal ud over betaling for jordemoderhjælp, der er sygehuset uvedkommende, erlægges følgende beløb:

- a. Grundtakst:

Formoderen	18,00
- barnet	2,00
- b. For ubemidlede, nydende medlemmer af statsanerkendte sygekasser:

Formoderen	9,00
- barnet	2,00

Ved ikke lægeligt indicerede indlæggelser på fødeafdelingen betaler sygekasserne intet for opholdet. Ved lægeligt indicerede indlæggelser betales i overensstemmelse med de almindelige dagtakster for behandling i sygdomstilfælde.

Centralsygehuset i Slagelse.

Takstregulativ ikrafttrådt 1. april 1954.

Almindelig takst for indlagte patienter	
pr. dag	9,00
Sygekassemedlemmer	3,50
Diebørn fuld pris.	

For indlæggelse af ukompliceret fødende kvinder vil der ud over den almindelige .. dagbetaling være at betale et indlæggelsesgebyr, som for ikke-sygekassepatienter udgør 60 kr. og for medlemmer af statsanerkendte sygekasser og af statsbanepersonalets sygekasse udgør 30 kr. Sådanne patienter modtages dog kun i den udstrækning, pladsen tillader det.

Ringsted sygehus.

Takstregulativ ikrafttrådt 1. april 1955.

Almindelig takst for indlagte patienter	kr.
pr. dag	9,00
Sygekassemedlemmer	3,50
Diebørn fuld pris.	

For indlæggelse af fødende kvinder vil der ud over den almindelige . . . dagbetaling være at betale et indlæggelsesgebyr, som for ikke-sygekassepatienter udgør 60 kr. og for medlemmer af statsanerkendte sygekasser og af statsbanepersonalets sygekasse udgør 30 kr., hvorved bemærkes, at for fødende kvinder fra Ringsted købstad, som er medlemmer af nævnte sygekasser, betales som dagbetaling kr. 3,50 uden hensyn til, om de indlægges for sygekasserne eller egen regning. Sådanne patienter modtages dog kun i den udstrækning, pladsen tillader det.

Sygekasserne betaler kun for det daglige ophold på sygehuset, for så vidt den fødende er indlagt af lægelige grunde; de i nærværende regulativ fastsatte takster for optagelse af fødende kvinder betales kun af sygekasserne, såfremt lægehjælp ved fødslen er fornøden.

Amtssygehuset i Hobro.

Almindelig takst for indlagte patienter	
pr. dag	12,00
Sygekassemedlemmer	6,00

Reglement ikrafttrådt 1. april 1941.

Fødende kvinder kan som regel kun indlægges, når sygdom eller abnorme forhold — indtrædende under fødslen — nødvendiggør indlæggelse. Såfremt en fødende kvinde ønskes indlagt alene på grund af uheldige forhold i hjemmet (jfr. lov om offentlig forsorg § 234), kan dette

bortset fra påtrængende tilfælde kun ske efter skriftlig begæring af det sociale udvalg på hjemstedet.

Ukomplerede fødende kan kun modtages, for så vidt plads haves.

Århus amtskommunes sygehuse i Århus og Odder.

Takstregulativ ikrafttrådt 1. juli 1951, senest ændret pr. 1. januar 1956.

Almindelig takst for indlagte patienter	kr.
pr. dag.....	12,00
Sygekassemedlemmer.....	6,00

For fødende kvinder gælder denne takst kun, for så vidt lægelige indikationer foreligger.

Ålborg amtskommunes sygehuse.

Almindelig takst for indlagte patienter	
pr. dag.....	12,00
Sygekassemedlemmer.....	6,00

Fællesreglement ikrafttrådt 1. januar 1940.

Fødende kvinder kan kun indlægges, når sygdom eller abnorme forhold — indtrædende under fødslen — nødvendiggør indlæggelse. Såfremt en fødende kvinde ønskes indlagt alene på grund af uheldige forhold i hjemmet (jfr. lov om offentlig forsorg § 234) kan dette, bortset fra påtrængende tilfælde, kun ske efter skriftlig begæring af det sociale udvalg på hjemstedet.

Ålborg kommunes hospitalsvæsen.

Takstregulativ ikrafttrådt 1. april 1955.

Almindelig takst for indlagte patienter	
pr. dag.....	12,00
Sygekassemedlemmer.....	6,00
Enestue.....	24,00
Udenbys.....	30,00
Enestue.....	42,00

For almindelige fødsler på hospitalets fødeafdeling gælder ud over den fastsatte daglige betaling for kur og pleje følgende takster:

a) Indenbys mindstetakst på fællestue ...	75,00
b) For indtægter på 10.000 kr. og derover	200,00
c) Indenbys mindstetakst på enestue	150,00

d) For indtægter på 10.000 kr. og derover	250,00
e) Alle udenbys patienter.....	300,00

heri inkluderet jordemoderhjælp.

Indenbys sygekassepatienter erholder ved lægeligt indicerede indlæggelser på fødeafdelingen nedsættelse i betalingen til [$\frac{1}{2}$ pris] , medens der i ikke lægeligt indicerede tilfælde ikke ydes nedsættelse, ligesom ej heller sygekasserne refunderer medlemmernes udgifter til det daglige ophold.

Derimod yder sygekasserne i såvel lægeligt som ikke lægeligt indicerede tilfælde det i overenskomsten mellem sygekasserne og dansk jordemoderforening til enhver tid fastsatte jordemoderhonorar.

Sygehusene i Viborg, Skive og Kjellerup.

Takstregulativ ikrafttrådt 1. august 1951, senest ændret pr. 1. april 1956.

Almindelig takst for indlagte patienter	
pr. dag.....	12,00
Sygekassemedlemmer.....	6,00
Enestue.....	20,00
Udenbys eller udenamts patienter	24,00
Enestue.....	36,00

Ukompleret fødende kan indlægges på sygehuset, for så vidt plads haves. Ved indlæggelse i sådanne tilfælde på fællestue betales daglig 16 kr. for indenbys eller indenamts patienter og 30 kr. for udenbys eller udenamts patienter, ved indlæggelse på enestue 30 kr. for indenbys eller indenamts patienter og 40 kr. for udenbys eller udenamts patienter. Desuden betales i alle tilfælde for barnet halvdelen af disse takster. Denne betaling er de anerkendte sygekasser uvedkommende.

Esbjerg kommunes sygehus.

Almindelig takst for indlagte patienter	
pr. dag.....	12,00
Sygekassemedlemmer.....	6,00

Vedtægt ikrafttrådt 1. april 1940.

Fødende kvinder kan modtages på sygehuset efter henvisning af en læge mod betaling til sygehuset af de udgifter, indlæggelsen medfører, herunder til jordemoder, for så vidt den pågældende ikke selv medbringer en sådan.

Redegørelser vedrørende ambulante fødsler.

STADSLÆGEN

København V., den 11. juli 1955.

*Udvalget vedrørende fødselshjælp m. v.,
hr. sekretær H. Pilø,
indenrigsministeriet, Christiansborg Slotsplads 1, K.*

Jeg har modtaget udvalgets skrivelse af 25. maj d. å., hvor der forespørges om ambulante fødsler i København.

Jeg har i den anledning anmodet vor inspektionssundhedsplejerske, frk. Gjertrud Lomholt om at fremskaffe så mange oplysninger som muligt vedrørende dette forhold,

og vedlægger hoslagt kopi af frk. Lomholts rapport, samt kopi af en udtalelse i forbindelse hermed fra 2. sanitetslæge, dr. med. Harald Kreutzfeldt.

Personlig kan jeg henholde mig til de synspunkter, der er fremført i disse to redegørelser.

Esther Ammundsen.

Dr. med.

29. juni 1955.

Angående ambulante fødsler.

Til belysning af spørgsmålet er forespurgt:

- A. Fødeklinikerne i Københavns kommune (5 af disse desuden besøgt).
- B. »Lægeklinikerne« i Københavns kommune.
- C. 3 jordemødre med ret til at have 1 fødende i deres hjem.
- D. 1 privat-praktiserende jordemoder, som har ambulante fødsler på andres kliniker.

1 jordemoder med egen klinik *uden for* Københavns kommune, men som har de fleste ambulante fødsler på andres kliniker i København.

1 jordemoder, der er tilmeldt København, men har egen klinik *uden for* København, på hvilken 1 jordemoder fra København assisterer og har egne fødsler.

Det samlede resultat af besvarelserne skulle blive:

Der er i 1954 formentlig foregået ca. 150 ambulante fødsler i Københavns kommune.

Disse fødsler er foregået på kliniker, der er godkendt og under tilsyn af sundhedskommisionen.

Klinikerne har 1 å 2 fødestuer med tilhørende bade- og skyllerum. Dertil mindst 1 værelse (venteværelse eller patientstue), hvortil patienten kan flyttes efter fødslen, dersom fødestuen skal anvendes til en ny patient.

Jordemoderen assisteres af klinikens personale. Ved så godt som alle fødsler angives at være lægehjælp.

Den tid, der forløber fra en normal fødsel er afsluttet, til hjemtransporten påbegyndes, er lidt varierende fra klinik til klinik: mindst (1½)—2—4 timer; ved nattefødsler finder hjemsendelse som regel først sted næste morgen.

Ved komplicerede eller meget langvarige fødsler hjemsendes patienten kun, dersom læge og jordemoder mener, at patientens til-

stand er normal. Ellers træffes afgørelse om forbliven på kliniken eller indlæggelse på rigshospitalet.

Hjemtransporten sker i alle tilfælde pr. ambulance; en jordemoder understreger, at der altid sørges for rene, varme vogne. I de fleste tilfælde pakkes barnet ind og ligger under transporten hos moderen på båren. Fra en enkelt jordemoder pakkes barnet i en speciel kurv. Fra nogle kliniker følger jordemoderen eller en sygeplejerske altid patienten hjem for at sikre sig, at patienten kommer vel i seng, og at der ikke er sandsynlighed for komplikationer på grund af transporten. Fra andre kliniker følger evt. pårørende og ellers kun ambulancefolkene med. Forberedelser til patientens forsvarlige modtagelse og anbringelse i hjemmet skal i så fald på forhånd være aftalt.

Pris:

1. Ambulancen koster ca. 15—18 kr., eller
2. patienten har abonnement på Zonen eller Falck og befordres gratis, eller
3. når det drejer sig om meget dårligt stillede patienter, befordres de undertiden gratis af brandvæsenets ambulancer.

I barseisperioden besøger jordemoderen patienten 1—2 eller 3 gange. Fra 1 klinik foretager lægen dette besøg. Desuden sørges for hjælp af kommunal barselplejerske og evt. husmoderafløser — som ved hjemmefødsler.

Med hensyn til komplikationer i barselperioden synes jordemødre stort set enige om, at de ikke afviger fra det normale ved hjemmefødsler og fødsler med påfølgende klinikophold.

Prisen varierer ret meget: fra 25 kr. til 75 kr. Hos 1 jordemoder stilles depositum på 100 kr., og såvidt man kunne forstå medgik dette til fødsel, ophold, narkose og transport.

Jordemødrenes mening om systemet er stærkt varierende, lige fra »strålende« til »uforsvarligt«.

I.

Fra tilhænger fremhæves:

A. Fordele for patienterne:

1. Frem for hjemmefødsler:

- Betryggende at vide, at alt er parat i alle tilfælde.
- Mindre uorden og ulejlighed i hjemmet.
- Den øvrige familie mærker intet til selve fødslen.

2. Frem for klinikophold:

- Hyggeligt at ligge hjemme i barselperioden.
- Undertiden påkrævet at være hjemme hos mand og børn.
- For størstedelen flegangsfødende, der mener, at de større børn først savner moderen meget, mens hun er borte fra hjemmet i 8—10 dage, og senere evt. modtager det nye barn, der har været skyld i dette, med mindre venlige følelser.
- Billigere.

B. Fordele for jordemødrene:

Frem for hjemmefødsler:

- Mere hygiejnisk; hjemmene ofte snævre evt. snavsede, med dårlige vand-, lys- og gasforhold.
- Betryggende at have hele udstyret og instrumentariet ved hånden i påkommende nødstilfælde.
- Mere bekvemt at stå ved et rigtigt fødeleje end ved borde eller lave privatsenge.
- Tidsbesparende; kan evt. observere 2 fødende på samme tid og sted. Eller foretage andet arbejde ind imellem.
- Bedre ikke at have pårørende ved siden af, f.eks. ved langvarige, men normale fødsler, da de bliver utålmodige og synes, der bliver gjort for lidt for at hjælpe patienten eller fremskynde fødslen.

C. Fordele for klinik-indehavere:

Bedre udnyttelse af klinik og per-

sonale, hvis kliniken ikke er fuldt belagt med liggende patienter.

II.

Fra modstander fremhæves:

Transport for risikabel; — og ubehagelig for patienten, netop når hun trænger til ro. Ingen fordele for patienterne.

A. Fra privat-praktiserende jordemødre specielt:

- Fødsel og barselseng skal være et led i familiens liv og foregå i hjemmet.
- Normale fødsler kan under en ansvarsbevidst jordemoder foregå ligeså godt og hygiejnisk i hjemmet som på klinik.
Alle andre fødsler bør henvises til rigshospitalet.
- For dyrt, når det ikke indebærer nogen fordele.
- Kollegiale hensyn spiller ind: Mange private jordemødre mister deres patienter, og deres eksistens er truet.

B. Fra klinikere specielt:

- Mødrene får ikke tilstrækkelig ro i hjemmet i barselperioden.
- Patienterne bør blive på klinikerne, hvor man bedst kan observere og hjælpe dem.
- Det bliver for dyrt for samfundet, der skal betale barselplejerske og til dels også husmoderafløser også for dem, der egentlig havde råd til at betale det selv (på kliniken).

Jeg ville tro, at hvis patienten forbliver på kliniken 3—4 timer efter fødslen og dernæst følges hjem i ambulance af en jordemoder, der kan blive hos hende 1 times tid, kan det være en tilfredsstillende ordning for en hel del mødre, der gerne vil betale lidt for at slippe for forberedelser og uro hjemme, samt for den smule vask, der kan blive (det er ikke megen vask, når jordemoderen er omhyggelig). Derudover tror jeg ikke, det byder på væsentlige fordele.

Gjertrud Lomholt.

Inspektionssundhedsplejerske.

SUNDHEDSKOMMISSIONENS
LÆGEPERSONALE

2. sanitetslæge.

København, den 7. juli 1955.

Den udførlige rapport om ambulante fødsler bemærket.

Der er i 1954 kun foregået ca. 150 ambulante fødsler af de godt 10.000 fødsler, der finder sted om året, — det er altså endnu en sjælden foreteelse.

Årsagen hertil kan være, dels at kendskabet hertil endnu ikke er nået ud, dels at systemet ikke er særlig populært.

Det forekommer mig tvivlsomt, hvorvidt man kan anbefale systemet i den nuværende form. Argumenterne imod forekommer væg-

tigere end argumenterne for, — transport til og fra klinik umiddelbart før og efter fødsel må indebære en vis risiko for såvel mor som barn.

Derimod forekommer det mig, at såfremt man ændrede systemet derhen, at mor og barn blev på kliniken 1—2 dage efter fødslen, ville det give en god lægelig garanti; det ville blive billigere end fuldt klinikophold — og ville formentlig foretrækkes af nogle mødre, hvis boligforhold og øvrige hjemlige forhold var gode.

Harald Kreutzfeldt.

2. sanitetslæge.

KØBENHAVNS AMTS
søndre lægekreds.

Ekstraktafskrift.

Glostrup, den 26. maj 1955.

*Til udvalget vedrørende fødselshjælp m. v.,
adr.: sekretær H. Pilø, indenrigsministeriet.*

Jeg har i dag efter udvalgets begæring aflagt besøg i fødeklubben Skottegården 3, Kastrop, hos jordemoder fru Svenstrup Jensen, hvor ambulante fødsler finder sted.

Klubben er først åbnet den 15. marts 1955, så der er ikke egentlig etableret nogen rutine endnu. Når der i svarene skrives, at der sker sådan og sådan, må det forstås på den måde, at det er planen, at det skal være sådan.

Der har været 14 fødsler siden åbningen. Fru Svenstrup Jensen oplyser, at hun håber at komme op på 20 fødsler om måneden, ellers får hun ikke sit arbejde ordentlig betalt.

I en lejlighed i et nyt kompleks er indrettet 2 fødestuer, konsultation, køkken og baderum.

Fødestuerne er fortræffeligt indrettet.

Hjælp: 1 fast sygeplejerske + rengøringshjælp.

Opholdets varighed: Til 2 timer efter at patienten er gjort i stand efter fødslen; dette gælder også langvarige fødsler; og prisen er den samme.

Er der udsigt til komplikationer tilkaldes læge, og der skønnes, om indlæggelse er nødvendig. Er det mindre alvorlige komplikationer tilkaldes specialist, så fødslen kan fuldendes på klubben. Opstår sværere tilfælde

under fødslen indlægges på hospital. Der har iøvrigt ikke været andet end normale fødsler. Men der har været en fødsel af et dødfødt, macereret barn.

Patienten kommer i taxa for egen regning og køres hjem i ambulance for egen regning. Det koster ca. 12—15 kr.; men mange er abonnenter hos Falck eller Zonen.

Jordemoderen aflægger et eller to besøg under barselsengen, iøvrigt passes patienterne af kommunens sygeplejerske.

Betalingen er: Sygekassens betaling til jordemoder og læge + 75 kr., som patienten selv betaler + 1,80 kr. for en plasticdug, som hun får med hjem til at lægge på madrassen. Fru Svenstrup Jensen oplyser, at det i reglen er faderen, der ønsker klinikfødsel, fordi han ikke vil have roderi og sindsbevægelse i hjemmet og ikke vil risikere hændelser, der gør indtryk på de andre børn. Kommunalbestyrelsen ser med velvilje på foretagendet af samme grund.

Klubben er udmærket indrettet. Fru Svenstrup Jensen har også lejet naboledigheden, og hun fortæller, at hvis det bliver nødvendigt eller fordelagtigt, eller hvis der bliver stemning for det blandt publikum, vil hun indrette en klinik med 7 senge til liggende patienter.

Jens Jensen.
Kredslæge.

9. juli 1955.

Til hr. kredslæge Bondo, Lyngby.

Som svar på kredslægens ærede skrivelse skal jeg herved oplyse:

I. Siden 1943 har afdøde overlæge Otto Nyeberg og jeg haft flere patienter, der ønskede at føde på klinik, men gerne ville hjem, så snart fødslen var overstået — og det gik vi med til, såfremt den forløb normalt, og det var de fødsler, som senere gav os ideen til det, jeg nu kalder for *ambulante fødsler*.

Vi startede officielt i 1952, fordi det største antal af vore patienter bad os betjene dem hjemme, og det var vi kede af, da vi begge syntes, det var bedst for patienten at være i fred og ro på en klinik, hvor der var bedre hjælp end i hjemmet, og foreslog så patienten at føde på klinik, og 2 timer post partum køres hjem i ambulance (patienten følges så vidt mulig hjem af en jordemoder, hvis ikke der er en anden, som lige skal føde; i så fald ser jeg selv til hende 1—2 timer efter), men der er i hvert tilfælde en sygeplejerske eller barselplejerske med, som sørger for, at mor og barn kommer pænt i seng.

II. Her på Nyeberg og Gleerups klinik har jeg 1 fødestue, badeværelse, skyllerum + 1 stue i tilfælde af, at der er 2 fødsler. Hos os får hver enkelt patient, som bestemmer sig for at føde ambulant, at vide, der kan kun være tale om at komme hjem, hvis alt forløber fuldstændig naturligt (komplicerede tilfælde modtages ikke; men får at vide, de da må føde enten på een af byens større klinikker eller indlægges på rigshospitalet). (Jeg kan kun svare for mig selv; men selv da jeg havde min store klinik, modtog vi kun de *tilfælde, der egnede sig for privatklinik*. Man må kende sin begrænsning; det er bedre at

afgive 10 patienter for meget til et hospital end *een* for sent).

III. Patienten kommer, når hun mener, fødslen er begyndt, føder og bliver ca. 2—3 timer, overflyttes da til hjemmet af en jordemoder eller sygeplejerske, men lader jeg sidstnævnte tage med patienten hjem, tilser jeg selv patienten så hurtigt som muligt efter (ca. 1—2 timer). For mig har der kun været et par tilfælde, hvor der har været en anden fødsel, som har forhindret mig i selv at flytte hende hjem.

Jeg synes, det er en vigtig ting selv at følge mor og barn hjem, ikke mindst for at sikre sig, der er en varm seng og vugge, og mavebæltet ligger ordentlig, så uterus ikke bløder.

IV. Transporten foregår i et af redningskorpsernes ambulancer (jeg beder altid om en ren ambulance; dermed menes, en som ikke bruges til smitsomme patienter). Af assistance har jeg enten en jordemoder, sygeplejerske eller en barselplejerske, samt patientens egen læge, hvis hun ønsker det; hvis ikke benyttes automatisk klinikens fødselsspecialist, som er dr. H. Mahneke, Strandboulevarden, eller dr. med. Per Schou, Set. Lukas Stiftelsen.

V. I hjemmet passes patienten som ved hjemmefødsel, enten af den kommunale barselssygeplejerske eller en privat sygeplejerske eller plejerske, alt efter hendes eget ønske eller økonomi. Læge og jordemoder aflægger sygebesøg så ofte, det er påkrævet.

I 1954 har jeg haft 80 ambulante fødsler, alle normale, kun 1 bækkenudgangstang, som 4. dag blev overflyttet til Københavns amts-sygehus på grund af gulsot; der var ingen blødning ved fødslen. De 79 har været uden komplikationer, afebril barselseng.

K. Gleerup.

Tranegaardsvej 26, Hellerup.

Resumé af beretning om studiebesøg i Sverige i september 1952.

Medlemmer af udvalget har besøgt kvindekliniken på Sabbatsberg sjukhus i Stockholm og desuden kvindeklinikerne i Norrköping, Lund og Malmö.

Sabbatsberg kvindeklinik er færdigbygget i 1949. Der er to afdelinger under to afdelingslæger med ialt 185 patienter. Halvdelen af belægningspatienterne er obstetriske patienter, halvdelen gynækologiske. Der findes en poliklinikchef, idet man har en gynækologisk, fuldstændig åben poliklinik med adgang for alle patienter, der henvender sig, oftest uden lægehenviisning. Desuden er der en læge tilknyttet steriliseringslaboratoriet, en læge tilknyttet hormonlaboratoriet samt cirkulerende reservelæger, der er tilknyttet begge afdelinger.

Sabbatsberg er et statsligt undervisnings- sygehus, der hører under Karolinska instituttet. Der modtages patienter fra Stockholm by, idet disse visiteres dels til Sabbatsberg sjukhus, dels til Södersjukhuset, dels til Allmänna Barnbördshuset, væsentligst efter de geografiske forhold og også efter pladsforholdene. Tillige modtages særligt vanskelige tilfælde fra hele landet, der visiteres gennem det lokale sygehus. Endelig modtages særlige tilfælde af interesse for undervisningen. I Stockholm findes to store private sygehuse, hvor specialister indlægger private patienter. Hvert af disse har plads til ca. 100 gynækologisk-obstetriske patienter. Der findes kun relativt få praktiserende læger i Stockholm, nemlig omkring 200 til ca. 700.000 indb.

I Stockholm føder 99,9 pct. patienter ude. De føder alle på de store sygehuse, idet de små privatklinikker efter krigen er faldet fuldstændig væk på grund af personalemangel. På Sabbatsberg sjukhusets kvindeklinik finder der ca. 3.000 fødsler sted årligt. Af disse er kun en ringe procentdel patologiske fødsler. Abortus provocatus-patienterne modtages

som oftest på en særlig afdeling, idet de visiteres igennem Stockholm stads sociale rådgivningsbureau, hvis chef er overlæge på Set. Eriks sjukhus, gynækologisk afdeling, hvor disse patienter indlægges. Der findes også et lignende socialt bureau for Stockholm len. Alle psykiatriske tilfælde går igennem Södersjukhuset eller Karolinska sjukhuset, der har psykiatriske afdelinger, eventuelt igennem det sociale bureau.

Kliniken i Norrköping har 85—88 senge. Der behandles årligt 3.000 tilfælde. Af disse er de 2.000 fødsler og de 1.000 patienter med gynækologiske eller svangerskabssygdomme.

Norrköping har ca. 90.000 indbyggere, hvortil kommer 30.000 i det nærmeste opland. I de sidste år har der pr. år været 7 hjemmefødsler i byen. Af disse har halvdelen vist sig at vedrøre patienter i særdeles gode kår, medens halvdelen har været patienter af den allerdårligst stillede type, der netop burde indlægges. Det har været kvinder med 5—6 tidligere fødsler i dårlige kår; patienterne nægtede indlæggelse, da de hurtigst muligt skulle arbejde, helst 2 dage efter fødslen.

På *kliniken i Lund* findes 111 pladser. En fødselsafdeling har 42 senge, en gynækologisk afdeling ca. 45 senge. Desuden er der en afdeling til overlægernes private patienter. Det er meningen, at kliniken skal udvides til 145 senge. Der forekommer 2.500 fødsler årligt på kvindekliniken, der modtager alle patienter, som måtte ønske det, med såvel normale som unormale fødsler. Kliniken modtager patienter fra hele landstingsområdet, ikke blot fra sygehusets nærmeste distrikt. Visitationen sker efter patienternes egne ønsker. Langt de fleste fødsler i området hospitaliseres. For at skaffe plads benytter man sig af ventehjem, højst 40—50 km fra sygehuset, hvor patienten

terne kan ligge i tiden lige før fødslen. Alle præmature børn flyttes til børneafdelingen straks efter fødslen, og mødrene flyttes med. Dermed aflastes afdelingen væsentligt.

På polikliniken henvender patienterne sig som regel uden lægehenviisning.

I *Malmö* foregår 99 pct. af samtlige fødsler på kvindeklinik. Til udefødsler findes desuden et lille privat katolsk hospital med føde- og kirurgisk afdeling (25 senge, heraf højst 6—8 til obstetriske patienter). I *Malmö* by (200.000 indbyggere) findes kun ansat een jordemoder (hun har 10—15 fødsler årligt), idet patienterne ikke ønsker at ligge hjemme. Der forekommer godt 3.000 fødsler pr. år.

Kvindekliniken, der er bygget i 1944, har

ialt 150 senge, fordelt med 24 på hvert obstetrisk afsnit, 30 senge på hvert gynækologisk afsnit. Man arrangerer det således, at de gynækologiske patienter, der findes på venteliste, indlægges i perioder, hvor der ikke er så mange fødsler. På kliniken beskæftiges 11 jordemødre.

Mere end 90 pct. af samtlige gravide kvinder i *Malmö* kontrolleres i svangerskabet af kvindekliniken. Der findes 3 praktiserende gynækologisk-obstetriske specialister i byen; disse ønsker ikke at tage fødsler. I *Malmö* er der iøvrigt kun få practici svarende til forholdet i de andre byer, hvorimod der i landdistrikterne findes praktiserende læger (provinsial-läkare o. a.).

Forekomsten af udefødsler i amtslægekredsene
(på grundlag af medicinalberetningen for 1953).

Amtslægekreds	Antal fødte børn	Deraf født på sygehus eller klinik		Amtslægekreds	Antal fødte børn	Deraf født på sygehus eller klinik	
		Antal	pct.			Antal	pct.
København*)	7.805	5.173	66	Århus	4.075	2.215	54
Frederiksborg	2.635	1.222	46	Randers	3.344	451	13
Holbæk	2.308	694	30	Ålborg	4.205	1.425	34
Sorø	2.283	1.093	48	Hjørring	3.437	420	12
Præstø	2.285	1.045	46	Thisted	1.687	290	17
Bornholm	943	266	28	Viborg	2.917	682	23
Lolland-Falster	2.298	682	30	Ringkøbing	4.190	549	13
Svendborg	2.717	1.370	50	Ribe	3.918	793	20
Odense	4.486	1.998	45	Haderslev	1.326	451	34
Vejle	3.959	1.544	39	Åbenrå-Sønderborg .	1.879	1.010	54
Skanderborg	2.750	481	17	Tønder	903	218	24

*) Københavns amtsråds-kreds og Frederiksberg kommune. Københavns kommune **falder udenfor**, men har eksklusive rigshospitalet en udefødselsprocent på 78.

DET STATISTISKE DEPARTEMENT

Maj 1949.

**Bearbejdelse af det af »Indenrigsministeriets Udvalg vedrørende Fødsels-
hjælp m. v.« indsamlede materiale vedrørende kvindernes
ønske om at føde i eller uden for hjemmet.**

Det bearbejdede materiale omfatter besvarelser vedrørende 2.087 kvinder med følgende fordeling efter bopæl og ægteskabelig stilling:

	gift	ugift
København	1.217	28
Frederiksborg amt	365	12
Holbæk amt	456	9
	2.038	49

Over halvdelen af materialet angår altså kvinder med bopæl i København. Da der må forventes at gøre sig særlige forhold gældende for de ugifte kvinder, er materialet vedrørende disse behandlet særskilt.

Af følgende oversigt ses det, hvorledes de gifte kvinder fordelte sig med hensyn til, hvor den sidste fødsel fandt sted (i det følgende kaldt »fødselsstedet«):

	København		Frederiks- borg amt		Holbæk amt	
Fødselen fandt sted	Antal	pct.	Antal	pct.	Antal	pct.
I hjemmet	239	20	230	63	343	75
Uden for hjemmet:						
på fødselsanstalt	63	5	2	1	3	1
- fødeklinik	683	58	45	12	30	6
- sygehus	183	16	84	23	73	16
uden nærmere ang.	12	1	4	1	7	2
Ialt udenfor						
hjemmet	941	80	135	37	113	25
Ialt	1.180	100	365	100	456	100
Uangivet	37		—		—	

Idet der ses bort fra de 37 tilfælde i København, hvor fødselsstedet var uangivet, fremgår det af oversigten, at 941 af ialt 1.180, d. v. s. 80 pct. af de adspurgte kvinder i Kø-

benhavn ved den sidste fødsel havde født uden for hjemmet. For Frederiksborg amt og Holbæk amt var de tilsvarende procenter kun henholdsvis 37 pct. og 25 pct. I provinsen fødes der altså i langt mindre omfang uden for hjemmet end i København.

Også med hensyn til *hvor* der i givet fald fødes uden for hjemmet — på fødselsanstalt, fødeklinik eller på sygehus — er der stor forskel på København og provinsen. Af foranstående oversigt ses, at af de ialt 941 kvinder, som i København fødte uden for hjemmet, fødte 63 på fødselsanstalt, 683 på fødeklinik og 183 på sygehus. (I 12 tilfælde var fødselsstedet kun angivet som »uden for hjemmet«). Ca. $\frac{3}{4}$ af de udefødende i København fødte altså på fødeklinik. For kvinder i Frederiksborg amt og Holbæk amt var det samme kun tilfældet for ca. $\frac{1}{3}$'s vedkommende, idet størsteparten af de, der her fødte uden for hjemmet, fødte på sygehus. Da man måske kan gå ud fra, at de fødsler, der foregår på sygehus, i højere grad er fødsler med fare for komplikationer end klinikfødslerne, kunne det se ud til, at man i provinsen hovedsagelig føder uden for hjemmet, når der kan blive tale om en vanskelig fødsel.

Foruden bopælen har, som det senere skal belyses nærmere, også ægtefællens erhverv betydning for, om de udefødende kvinder føder på fødeklinik eller sygehus. Derimod har der ikke for de udefødende kunnet påvises nogen sammenhæng mellem alderen og det fødselssted uden for hjemmet, hvor fødslen fandt sted. I det følgende vil der ikke blive skelnet mellem de forskellige fødselssteder uden for hjemmet, men kun mellem »hjemmefødende« og »udefødende«.

Tabel 1. Gifte kvinder, fordelt efter alder og fødselssted.

Alder	København				Frederiksborg amt				Holbæk amt			
	Hjemme	Ude	Ialt	pct. ude	Hjemme	Ude	Ialt	pct. ude	Hjemme	Ude	Ialt	pct. ude
—18 år	3	7	10	86	1	7	8	50	3	1	4	35
19—20 -	3	31	34		15	9	24		8	5	13	
21—22 -	12	74	86	86	20	15	35	43	35	7	42	17
23—25 -	33	157	190	83	48	35	83	42	58	12	70	17
26—30 -	71	322	393	82	59	33	92	36	95	42	137	31
31—35 -	73	225	298	76	53	20	73	27	69	30	99	30
36—40 -	33	93	126	74	23	11	34	33	52	13	65	20
41— -	8	17	25	68	6	3	9		11	2	13	15
Uangivet	3	15	18	—	5	2	7	—	12	1	13	—
Ialt	239	941	1.180	80	230	135	365	37	343	113	456	25

Det procentvise antal udefødende er, som vist i det foregående, meget forskelligt for København og provinsen. I København fødte 80 pct. uden for hjemmet, mod 37 pct. og 25 pct. for Frederiksborg amt og Holbæk amt. Det skal nu undersøges, om også andre forhold har indflydelse på, om man føder hjemme eller ude.

I tabel 1 er, for hver af de tre »landsdele« for sig, foretaget en opdeling af kvinderne efter deres alder samt efter, om de ved den sidste fødsel fødte i eller uden for hjemmet. Endvidere er for hver aldersgruppe udregnet det procentvise antal udefødende. Disse procenter er — foruden at de er forskellige for de tre landsdele — varierende med alderen. I København fødte således 86 pct. af kvinderne i de yngste aldersklasser uden for hjemmet, medens det samme kun var tilfældet med 68 pct. for aldersklassen 41 år og derover. I Frederiksborg amt og Holbæk amt gør en lig-

nende tendens sig gældende, om end i knap så udpræget grad. At de unge mødre således i højere grad føder uden for hjemmet end de ældre, kan skyldes en række forhold, som særlig gør sig gældende for de unge; den første fødsel ønskes måske foretaget under særlig betryggende forhold; der er ikke andre børn i hjemmet, hvad der medfører, at husmoderen lettere kan være hjemmefra for en tid; nygifte ægtepar har ofte en lille lejlighed med dårlig plads, o. s. v. Men de høje udefødsels-procenter for de unge kan også skyldes en tidsmæssig tendens til i højere grad at føde uden for hjemmet, en tendens som først viser sig blandt de unge, medens de ældre, som fra tidligere fødsler måske er vant til at føde hjemme, fortsætter dermed. En nærmere analyse af de årsager, mødrene selv har angivet til, at de har født uden for hjemmet, er foretaget pag. 102—104.

I tabel 2, 3 og 4 er der på tilsvarende måde

Tabel 2. Gifte kvinder, fordelt efter antallet af tidligere fødsler og fødselssted.

Antal tidl. fødsler	København				Frederiksborg amt				Holbæk amt			
	Hjemme	Ude	Ialt	pct. ude	Hjemme	Ude	Ialt	pct. ude	Hjemme	Ude	Ialt	pct. ude
0	18	325	343	95	50	52	102	51	77	31	108	29
1	63	375	438	86	74	35	109	32	106	34	140	24
2	68	169	237	71	49	23	72	32	74	25	99	25
3	48	42	90	47	24	14	38	37	29	11	40	27
4 eller flere	42	19	61	31	29	5	34	15	57	12	69	17
Uangivet	—	11	11	—	4	6	10	—	—	—	—	—
Ialt	239	941	1.180	80	230	135	365	37	343	113	456	25

Tabel 3. Gifte kvinder, fordelt efter antallet af børn, foruden den nyfødte, og fødselssted.

Antal børn	København				Frederiksborg amt				Holbæk amt			
	Hjemme	Ude	Ialt	pct. ude	Hjemme	Ude	Ialt	pct. ude	Hjemme	Ude	Ialt	pct. ude
0.....	24	371	395	94	55	56	111	50	100	36	136	26
1.....	87	391	478	82	83	42	125	34	109	41	150	27
2.....	61	135	196	69	51	24	75	32	61	22	83	27
3.....	37	32	69	46	15	9	24	38	32	9	41	22
4.....	15	3	18	17	12	3	15	20	23	2	25	8
5.....	6	3	9	22	6	1	7	7	11	2	13	14
6.....	4	1	5		5	—	5		3	1	4	
7 eller flere	4	—	4		3	—	3		4	—	4	
Uangivet.....	1	5	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ialt....	239	941	1.180	80	230	135	365	37	343	113	456	25

Tabel 4. Gifte kvinder, fordelt efter antal personer i husstanden, inkl. den nyfødte, og fødselssted.

Antal personer	København				Frederiksborg amt				Holbæk amt			
	Hjemme	Ude	Ialt	pct. ude	Hjemme	Ude	Ialt	pct. ude	Hjemme	Ude	Ialt	pct. ude
3.....	21	362	383	95	44	33	77	43	89	30	119	25
4.....	78	387	465	83	79	35	114	31	101	40	141	28
5.....	76	120	196	61	57	21	78	27	64	20	84	24
6.....	38	28	66	42	12	19	31	61	44	12	56	21
7.....	7	7	14	50	18	6	24	25	28	3	31	10
8 eller flere	15	3	18	17	12	6	18	33	11	4	15	27
Uangivet.....	4	34	38	—	8	15	23	—	6	4	10	—
Ialt....	239	941	1.180	80	230	135	365	37	343	113	456	25

foretaget en opdeling for henholdsvis hjemmefødende og udefødende efter henholdsvis antallet af tidligere fødsler, antallet af hjemmeværende børn foruden den nyfødte samt husstandens størrelse. Ligesom der i tabel 1 konstateredes en sammenhæng mellem det procentvise antal udefødende og kvindernes alder, ses der også at være en forbindelse mellem udefødselsprocenten og antallet af tidligere fødsler, hjemmeværende børn og personer i husstanden. Dette var også at vente, idet der blandt kvinder med en relativ høj alder (som efter tabel 1 betinger en lav udefødselsprocent) som oftest er relativt flere med mange tidligere fødsler og med en stor husstand end blandt de yngre.

Boligens indflydelse på, om der fødes hjemme eller ude, er undersøgt i tabel 5 og 6. Af tabel 5 ses for det første, at når man ikke har selvstændig bolig, vil fødselen hyppigere finde sted ude end ellers. For det andet ses,

at særlig små og særlig store lejligheder står i forbindelse med høje udefødselsprocenter. Dette skyldes formentlig pladsmangel i de små lejligheder og det forhold, at de store lejligheder ofte beboes af forholdsvis velstillede familier. Tabel 6 viser, at familier i gode lejligheder har en høj udefødselsprocent, medens familier, der kun har råd til at bo i dårligere lejligheder, også kun i relativt få tilfælde har råd til at lade fødslerne foregå ude. I de tilfælde, hvor fødselen alligevel finder sted uden for hjemmet, har familien åbenbart særlig dårlige lejligheder, som både har dårlig kogemulighed, dårlig opvarmning, wc uden for boligen etc.; jfr. den nederste del af tabellen.

Udefødselshyppighedens størrelse for forskellige erhvervsgrupper (ægtefællens erhverv) er belyst i tabel 7 a. Inden for gruppen håndværk, industri m. v. (omfattende håndværk, industri, handel, hotelvirksomhed

samt transport) har selvstændige og funktionærer en høj udefødselsprocent, og ufaglærte arbejdere en lav. Kvinder, gift med tjenestemænd og læger, sagførere, lærere o. l. (liberale erhverv), føder relativt ofte ude, medens det modsatte er tilfældet for gruppen land-

brug m. v. (landbrug, skovbrug, gartneri og fiskeri). Der er ikke alene forskel på erhvervene med hensyn til, om der fødes ude, men også med hensyn til, hvor der i givet fald fødes ude. I tabel 7 b er det undersøgt, hvor mange af de udefødende, der fødte på klinik,

Tabel 5. Fordeling efter fødselssted og boligens størrelse (gifte kvinder).

Boligens størrelse	København				Frederiksborg amt				Holbæk amt			
	Hjemme	Ude	Ialt	pct. ude	Hjemme	Ude	Ialt	pct. ude	Hjemme	Ude	Ialt	pct. ude
Ikke selvstændig bolig.....	7	36	43	84	12	16	28	57	9	6	15	40
Selvstændig bolig:												
1 værelse.....	6	40	46	87	3	7	10	41	2	4	6	46
1½ —	11	42	53	79	7	—	7		5	2	7	
2 —	145	514	659	78	85	48	133	36	95	34	129	26
2½ —	25	81	106	76	21	6	27	22	20	4	24	17
3 —	26	113	139	81	51	22	73	30	110	23	133	17
3½ —	6	40	46	87	12	7	19	37	13	5	18	28
4 eller flere	4	41	45	91	31	28	59	47	76	31	107	29
Uangivet.....	9	34	43	—	8	1	9	—	13	4	17	—
Tilsammen selvst. bolig.....	232	905	1.137	80	218	119	337	35	334	107	441	24
Ialt...	239	941	1.180	80	230	135	365	37	343	113	456	25

Tabel 6. Fordeling efter fødselssted og boligens kvalitet (gifte kvinder).

Boligens kvalitet	København				Frederiksborg amt				Holbæk amt			
	Hjemme	Ude	Ialt	pct. ude	Hjemme	Ude	Ialt	pct. ude	Hjemme	Ude	Ialt	pct. ude
God.....	137	749	886	85	119	101	220	46	145	67	212	32
Middel.....	77	154	231	67	90	24	114	21	157	37	194	19
Dårlig.....	24	35	59	59	19	9	28	32	40	9	49	18
Uangivet.....	1	3	4	—	2	1	3	—	1	—	1	—
Ialt...	239	941	1.180	80	230	135	365	37	343	113	456	25
Hvor boligen blev anset for dårlig, anførtes følgende grunde:												
Dårlig kogemuligh.	3	11	14	—	8	4	12	—	9	8	17	—
— opvarmn...	3	11	14	—	10	7	17	—	34	8	42	—
— adg. t. vand	6	9	15	—	6	1	7	—	7	5	12	—
Wc uden for bolig .	10	28	38	—	14	6	20	—	37	9	46	—
Pladsmangel.....	7	7	14	—	6	1	7	—	2	1	3	—
Primitive, uhygiejniske forhold ...	16	13	29	—	7	—	7	—	7	4	11	—

fødselsanstalt eller sygehus, og det ses, at selvstændige og funktionærer indenfor håndværk, industri m. v., tjenestemænd og liberale erhverv i særlig høj grad benytter sig af fødeklinik. Landmænds og ufaglærte arbejderes hustruer fødte — for så vidt som de overho-

vedet fødte udenfor hjemmet — relativt sjældent på fødeklinik. En forholdsvis stor procentdel af de ufaglærte arbejdere i København benyttede fødselsanstalten, medens man inden for landbruget i overvejende grad fødte på sygehus, når der ikke fødtes hjemme. I

Tabel 7 a. Fordeling efter fødselssted og ægtefællens erhverv (gifte kvinder).

Erhverv	København				Frederiksborg amt				Holbæk amt			
	Hjemme	Ude	Ialt	pct. ude	Hjemme	Ude	Ialt	pct. ude	Hjemme	Ude	Ialt	pct. ude
Landbrug m. v. ..	—	—	—	—	51	16	67	24	179	37	216	17
Håndværk, industri m. v.:												
Selvstændige funktionærer ..	44	257	301	85	44	40	84	48	55	35	90	39
Faglærte arbejdere.....	124	327	451	73	66	39	105	37	59	24	83	29
Ufaglærte arbejdere.....	41	38	79	48	44	20	64	31	22	4	26	15
Tjenestemænd	15	210	225	93	16	7	23	31	20	9	29	31
Liberale erhverv ..	6	69	75	92	3	8	11	73	4	4	8	50
Andre*).....	9	40	49	—	6	5	11	—	4	—	4	—
Ialt...	239	941	1.180	80	230	135	365	37	343	113	456	25

*) For København inkl. landbrug m. v.

Tabel 7 b. Gifte kvinder, der ved sidste fødsel fødte ude, fordelt efter fødselssted (fødselsanstalt, fødeklinik eller sygehus) samt ægtefællens erhverv.

Erhverv	København				Frederiksborg amt			Holbæk amt		
	Ialt ude-fødende	Heraf på			Ialt ude-fødende	Heraf på		Ialt ude-fødende	Heraf på	
		fødselsanstalt	fødeklinik	sygehus		fødeklinik	sygehus		fødeklinik	sygehus
Landbrug m. v. ..	—	—	—	—	16	1	15	37	7	28
Håndværk, industri m. v.:										
Selvstændige funktionærer ..	257	11	193	51	40	20	18	35	12	18
Faglærte arbejdere.....	327	25	225	69	39	5	31	24	5	19
Ufaglærte arbejdere.....	38	9	20	9	20	4	16	4	1	2
Tjenestemænd	210	10	158	41	7	5	2	9	2	5
Liberale erhverv ..	69	4	57	7	8	7	1	4	3	1
Andre*).....	40	4	30	6	5	3	1	—	—	—
Ialt...	941	63	683	183	135	45	84	113	30	73

*) For København inkl. landbrug m. v.

Tabel 8. Gifte kvinder, fordelt efter fødselssted og omfanget af hushjælp.

Hushjælpens art	København				Frederiksborg amt				Holbæk amt			
	Hjemme	Ude	Ialt	pct. ude	Hjemme	Ude	Ialt	pct. ude	Hjemme	Ude	Ialt	pct. ude
Ingen hjælp.....	161	858	1 019	84	59	94	153	61	30	70	100	70
Stadig hushjælp...	7	65	72	90	8	25	33	76	19	20	39	51
Hjælp i anledning af fødselen.....	62	10	72	14	138	12	150	8	252	16	268	6
Stadig + ekstra-hjælp.....	1	—	1	—	18	2	20	10	30	3	33	9
Hjælp af hjemmeverende børn...	7	4	11	36	7	2	9	22	8	3	11	27
Uangivet.....	1	4	5	—	—	—	—	—	4	1	5	—
Ialt...	239	941	1 180	80	230	135	365	37	343	113	456	25

lighed med tidligere kan man måske heraf slutte, at landmændenes hustruer som regel kun føder uden for hjemmet, når der skønnes at kunne blive tale om en vanskelig fødsel.

Hvad angår kvindens eget erhverv, var kun nogle få procent af de adspurgte selverhvervende, og der kan ikke for disse konstateres nogen forskel fra de øvrige kvinder med hensyn til hyppigheden af fødsler uden for hjemmet.

I tabel 8 er foretaget en opdeling efter, i hvor høj grad man har haft hushjælp, enten til stadighed eller i anledning af fødselen. Det ses, at både gruppen »Ingen hjælp« og gruppen »Stadig hushjælp« har en høj udefødselsprocent, medens man i overvejende grad har født hjemme, når man har kunnet

få ekstra hjælp i anledning af fødselen, evt. som supplement til en permanent hushjælp.

I tabel 9—12 er belyst de af kvinderne opgivne årsager til, at de ved den sidste fødsel har født henholdsvis ude og hjemme. Da der i mange tilfælde er opgivet flere årsager, bliver »summen af årsagerne« større end det samlede antal kvinder.

Tabel 9 giver for de udefødendes vedkommende for hvert af de tre områder oplysning om årsagerne til, at de har født ude. Ofte angivne årsager er, at det er mere betryggende og giver mere ro og hvile at føde ude. I København har $\frac{1}{4}$ af de adspurgte kvinder, og i provinsen $\frac{1}{3}$, anført manglende hushjælp som årsag, og i København anses det ofte for at være billigere at føde ude end hjemme.

Tabel 9. Gifte kvinder, der ved sidste fødsel fødte ude, fordelt efter årsagen til, at vedkommende fødte ude.

Årsag til udefødsel	København		Frederiksborg amt		Holbæk amt	
	Antal	pct. af samlet antal	Antal	pct. af samlet antal	Antal	pct. af samlet antal
1. Dårlige boligforhold.....	109	12	35	26	14	12
2. Det anses for billigere at føde ude....	236	25	22	16	10	9
3. Manglende hushjælp.....	217	23	46	34	37	33
4. Fødsel på anstalt anses for mere betryggende.....	773	82	97	72	88	78
5. Mere ro og hvile på anstalt.....	643	68	66	49	74	66
6. Mangel på sengelinned.....	111	12	15	11	7	6
7. Mangel på sæbe.....	75	8	12	9	2	2
8. Andre besvarelser.....	75	—	34	—	17	—
Samlet antal kvinder...	941	100	135	100	113	100

Tabel 10. Gifte kvinder i København, der ved sidste fødsel fødte ude, fordelt efter årsagen dertil samt alder.

Årsag til udefødsel	18-22 år	23-25 år	26-30 år	31-35 år	36 år og derover	Uoplyst	Ialt
1. Dårlige boligforhold	27	25	29	18	9	1	109
2. Det anses for billigere at føde ude	14	36	94	55	31	6	236
3. Manglende hushjælp	21	34	76	51	31	4	217
4. Fødsel på anstalt anses for mere betryggende	81	131	262	196	89	14	773
5. Mere ro og hvile på anstalt	52	105	231	170	73	12	643
6. Mangel på sengelinned	13	24	39	23	11	1	111
7. Mangel på sæbe	6	17	25	17	9	1	75
8. Andre besvarelser	10	15	22	19	8	1	75
Samlet antal kvinder . . .	112	157	322	225	110	15	941

Tabel 11. Gifte kvinder, der ved sidste fødsel fødte hjemme, fordelt efter årsagen til, at vedkommende fødte hjemme.

Årsag til hjemmefødsel	København		Frederiksborg amt		Holbæk amt	
	Antal	pct. af samlet antal	Antal	pct. af samlet antal	Antal	pct. af samlet antal
1. Billigere at føde hjemme	78	33	79	34	94	27
2. Ønske om at have opsyn med hjemmet	155	65	136	59	210	61
3. Ingen mulighed for at føde ude, f. eks. på grund af pladsmangel på sygehus eller klinik	23	10	44	19	46	13
4. Mere ro hjemme	3	1	—	—	24	7
5. Mere betryggende hjemme	13	5	24	10	26	8
6. Andre besvarelser	45	—	42	—	75	—
Samlet antal kvinder . . .	239	100	230	100	343	100

Tabel 12. Gifte kvinder i København, der ved sidste fødsel fødte hjemme, fordelt efter årsagen dertil samt alder.

Årsag til hjemmefødsel	18-22 år	23-25 år	26-30 år	31-35 år	36 år og derover	Uoplyst	Ialt
1. Billigere at føde hjemme . .	4	8	24	24	17	1	78
2. Ønske om at have opsyn med hjemmet	5	17	48	50	33	2	155
3. Ingen mulighed for at føde ude, f. eks. på grund af pladsmangel på sygehus el. klinik	3	4	7	6	3	—	23
4. Mere ro hjemme	—	1	1	1	—	—	3
5. Mere betryggende hjemme	4	3	3	2	—	1	13
6. Andre besvarelser	4	8	9	20	4	—	45
Samlet antal kvinder . . .	18	33	71	73	41	3	239

Tabel 13. Gifte kvinder, fordelt efter eget og Ægtefællens ønske vedrørende fødselsstedet.

	København	Frederiksborg amt	Holbæk amt
Antal kvinder, der fødte hjemme:			
efter eget ønske, men imod ægtefællens	23	7	4
efter ægtefællens, men imod eget ønske	6	1	6
efter begges ønske	187	185	314
efter andres ønske	23	37	19
Ialt hjemmefødende	239	230	343
Antal kvinder, der fødte ude:			
efter eget ønske, men imod ægtefællens	6	2	1
efter ægtefællens ønske, men imod eget	12	5	2
efter begges ønske	885	118	95
efter andres ønske	38	10	15
Ialt udefødende	941	135	113

Tabel 10 viser for København, hvilke årsager man har opgivet i forskellige aldersklasser. Det ses, at dårlige boligforhold navnlig spiller en rolle for de unge, medens de øvrige årsager (som f. eks. ro og hvile) knap så ofte er angivet af de unge som de ældre.

I tabel 11 er for de hjemmefødendes vedkommende på lignende måde angivet årsagerne til, at der er født hjemme. Ønsket om at have opsyn med hjemmet er den dominerende årsag, som er anført af ca. $\frac{2}{3}$ af de hjemmefødende kvinder. Endvidere mener ca. $\frac{1}{3}$, at det er billigst at føde hjemme, men mellem 10 og 20 pct. ville åbenbart have født ude, dersom der havde været plads på sygehus eller klinik. Tabel 12 viser, at der er nogen forskel på, hvilke årsager der opgives

af unge og ældre mødre. Ønsket om at have opsyn med hjemmet spiller således størst rolle for de ældre, der også ofte har flere børn i forvejen.

Oplysningerne om årsagerne til henholdsvis ude- og hjemmefødsler er i højere grad end de øvrige oplysninger på skemaet udsat for at blive påvirket af udspørgeren. F. eks. vil denne sandsynligvis have indflydelse på, hvor mange årsager, der bliver anført som medvirkende. Endvidere vil der være en tilbøjelighed til at bekræfte et par af de på skemaet opførte årsager frem for selv at formulere en anden, måske mere betydende årsag. Endelig kan de opførte årsagers rækkefølge måske bevirke en tendens til, at de første hyppigere bliver besvaret bekræftende end

Tabel 14. Gifte kvinder, fordelt efter fødselsstedet for den sidste og eventuelle tidligere fødsler.

Fødselssted for eventuelle tidligere fødsler	Fødselssted for den sidste fødsel											
	København				Frederiksborg amt				Holbæk amt			
	Hjemme	Ude	Ialt	pct. ude	Hjemme	Ude	Ialt	pct. ude	Hjemme	Ude	Ialt	pct. ude
Ikke tidligere født.	18	325	343	95	50	52	102	51	77	31	108	29
Tidligere født:												
Hjemme	101	37	138	27	132	27	159	17	227	17	244	7
Dels hjemme —												
dels ude	71	51	122	42	23	19	42	45	15	17	32	53
Ude	49	528	577	92	25	37	62	60	24	48	72	67
Ialt. . .	239	941	1 180	80	230	135	365	37	343	113	456	25

Tabel 15. Gifte kvinder, fordelt efter fødselsstedet for den sidste fødsel og det ønskede fødselssted ved eventuelle senere fødsler.

Antal kvinder, der fremtidig ønsker at føde	Fødselssted for den sidste fødsel								
	København			Frederiksborg amt			Holbæk amt		
	Hjemme	Ude	Ialt	Hjemme	Ude	Ialt	Hjemme	Ude	Ialt
Hjemme.....	187	84	271	172	16	188	283	17	300
Ude.....	51	851	902	54	114	168	51	94	145
Uangivet.....	1	6	7	4	5	9	9	2	11
Ialt...	239	941	1.180	230	135	365	343	113	456
Pct. ude*)	21	91	77	24	88	47	15	85	33

*) Bortset fra »Uangivet«.

de sidste. Disse grunde og spørgsmålets subjektive karakter i det hele taget gør, at der må udvises nogen forsigtighed med at drage konklusioner af besvarelsenerne.

Af tabel 13 fremgår, at fødselsstedet, hvad enten det har været i eller uden for hjemmet, i de fleste tilfælde har været i overensstemmelse med begge ægtefællers ønske. I nogle tilfælde har andres, f. eks. forældrenes ønsker, haft betydning.

I tabel 14 er fødselsstedet for den sidste fødsel sammenholdt med fødselsstedet for evt. tidligere fødsler. I København har 27 pct. af de kvinder, der ved tidligere fødsler udelukkende fødte hjemme, ved den sidste fødsel født ude, medens $100-92 = 8$ pct. af de tidligere udefødende gik over til at føde hjemme. I provinsen er tendensen omvendt, idet i Frederiksborg amt 17 pct. af de tidligere hjemmefødende og $100-60 = 40$ pct. af de

udefødende skiftede fødselssted, og i Holbæk amt henholdsvis 7 og 33 pct. De, der ikke tidligere havde født, var forholdsvis tilbøjelige til at føde ude, hvilket bl. a. hænger sammen med, at de i reglen er unge.

Med hensyn til ønskerne vedrørende fødselsstedet for eventuelle fremtidige fødsler synes det at forholde sig således, at kvinder, der ved den sidste fødsel har født ude, i det overvejende antal tilfælde også fremtidig ønsker at føde ude, ligesom kvinder, der ved sidste fødsel fødte hjemme, i de fleste tilfælde mener også fremtidig at ville føde hjemme, jfr. tabel 15. For Frederiksborg amt og Holbæk amt synes der dog at være en tendens til for fremtiden at føde ude i større udstrækning, end hvad hidtil har været tilfældet. F. eks. har for Frederiksborg amt 37 pct. født ude ved den sidste fødsel (jfr. tabel 14), medens 47 pct. ønsker at føde ude ved evt.

Tabel 16. Gifte kvinder i København, fordelt efter antallet af børn samt fødselsstedet for den sidste fødsel og det ønskede fødselssted ved eventuelle senere fødsler.

Det ønskede fødselssted for eventuelle senere fødsler	Fødselsstedet for den sidste fødsel													
	Hjemme							Ude						
	Antal børn foruden den nyfødte						Ialt	Antal børn foruden den nyfødte						Ialt
	0	1	2	3	4 o. fl.	uopl.		0	1	2	3	4 o. fl.	uoplyst	
Hjemme.....	19	65	49	30	23	1	187	34	28	16	5	1	—	84
Ude.....	5	22	12	7	5	—	51	335	359	119	27	6	5	851
Uangivet.....	—	—	—	—	1	—	1	2	4	—	—	—	—	6
Ialt...	24	87	61	37	29	1	239	371	391	135	32	7	5	941
Pct. ude*)	21	25	20	19	18	—	21	91	93	88	84	86	—	91

*) Bortset fra »Uangivet«.

Tabel 17. Indvirkning af adgang til hjælp af forskellig art på de gifte kvinders ønske om at føde hjemme eller ude.

	København		Frederiksborg amt		Holbæk amt	
	Antal	pct.	Antal	pct.	Antal	pct.
Af de kvinder, som har ønsket fremtidig at føde <i>ude</i> , vil følgende:						
fastholde deres ønske uanset hjælpen ..	785	84	124	74	130	89
ændre deres ønske som følge af hjælpen	121	13	36	21	7	5
uangivet.	32	3	8	5	8	6
Ialt...	938	100	168	100	145	100
Af de kvinder, som har ønsket fremtidig at føde <i>hjemme</i> , vil følgende:						
fastholde deres ønske.....	240	88	151	81	259	87
ændre deres ønske.....	21	8	25	13	31	10
uangivet.....	11	4	12	6	10	3
Ialt...	272	100	188	100	300	100

fremtidige fødsler. Hertil kommer, at de fremtidige førstefødsler, som jo ikke har kunnet spørges, må forventes i forholdsvis høj grad at ville føde ude, jfr. hvad der f. eks. i tabel 14 er konstateret vedrørende førsteangangs fødende. Dette forhold vil muligvis bevirke, at udefødselsprocenten stiger yderligere. Af tabel 16, hvor kvinderne i København er opdelt efter antal børn, ses det, at det især er kvinder med få børn, altså unge, som ønsker at føde ude ved evt. fremtidige fødsler. Forskellen på kvinder med få og mange børn er dog ikke stor.

Kvinderne er endelig spurgt, om de, så fremt der bliver adgang til hjælp af forskellig art, vil ændre deres ønske om evt. fremtidigt fødselssted. Af tabel 17 fremgår, at dette i nogen grad er tilfældet, både for dem, der først havde ønsket at føde ude, og dem, der ville føde hjemme. De fleste fastholder dog deres oprindelige ønske. Det må hertil bemærkes, at dette spørgsmål er holdt i ret ubestemt form, således at f. eks. omfanget af den eventuelle hjælp ikke er nærmere angivet. Svarene kan derfor f. eks. være påvirket af, i hvilken form udspørgeren har fremstillet tilbudet.

Fra ugifte kvinder foreligger som tidligere nævnt kun 28 besvarelser fra København, 12 fra Frederiksborg amt og 9 fra Holbæk amt. De konklusioner vedrørende de ugiftes forhold, som drages ud fra dette materiale, er derfor behæftet med ret stor usikkerhed.

Med hensyn til fødselssted fordelte de ugifte kvinder sig på følgende måde:

Fødselen fandt sted:	København	Frederiksborg amt	Holbæk amt
a ødselen landt sted.	hav	borg	amt
I hjemmet	4	5	5
På fødselsanstalt	11	2	1
- fødeklinik	7	1	2
- sygehus	3	4	—
Uden for hjemmet uden nærmere angivelse ...	3	—	1
Ialt...	28	12	9

Det ses, at forholdsvis mange af de ugifte kvinder i København fødte på fødselsanstalt.

I det følgende er foretaget en nærmere undersøgelse af de ugiftes forhold, idet man dog har anset materialet fra Frederiksborg amt og Holbæk amt for at være for spinkelt til at kunne give nogen oplysning af betydning, og man har derfor begrænset sig til materialet fra København.

De ugifte kvinder i København havde følgende fordeling efter alder:

	Hjemme-fødende	Ude-fødende
—20 år	—	4
21—22 -	—	6
23—25 -	1	3
26—30 -	1	3
31—35 -	1	5
36—40 -	1	2
Uangivet	—	1
	4	24

De 4 hjemmefødende kvinder i København var alle husmødre uden andet erhverv. Heraf fandtes der 7 blandt de udefødende, hvoraf iøvrigt 4 var huslige medhjælpere for fremmede, 5 var arbejdere, 2 funktionærer, 2 tjenestemænd og for 4 var erhvervet ikke oplyst.

22 af de ugifte kvinder, deriblandt de 4 hjemmefødende, havde selvstændig bolig. Boligens kvalitet blev i 14 tilfælde betegnet som god, i 5 tilfælde som middel og i 9 som dårlig. Af de 4 hjemmefødende havde 2 en god og 2 en dårlig bolig. Lejligheden var som regel lille. Kun 5 af de 28 ugifte kvinder havde mere end 2 værelser.

Som årsager til, at man havde født ude, angav de ialt 24 udefødende kvinder følgende:

Dårlige boligforhold	8
Billigst at føde ude	7
Manglende hushjælp	4
Mest betryggende på anstalt	17
Mere ro og hvile på anstalt	13
Mangel på sengelinned	7
Mangel på sæbe	4

Alle de 4 kvinder, som havde født hjemme, angav som årsag hertil, at de ønskede at have opsyn med hjemmet. De ønskede ved evt. senere fødsler at føde hjemme og fastholdt deres ønske, selv om de fik adgang til den på skemaet angivne hjælp. Af de ved sidste fødsel udefødende kvinder ønskede 1 fremtidig at føde hjemme; yderligere 4 ville føde hjemme, hvis de kunne få den angivne hjælp.

Tuberkuloseundersøgelse af svangre.

Under arbejdet med spørgsmålet om formerne for udefødsler kom udvalget ind på tanken om en udbygning af de profylaktiske svangerskabsundersøgelser, hvorved visiteringen af de fødende til de forskellige typer af fødselsinstitutioner kunne gøres så betryggende som mulig.

Man var herved bl. a. opmærksom på, at det flere steder i udlandet anses som ønskeligt, at alle svangre røntgenundersøges for lungetuberkulose. Af en meddelelse i »Ugeskrift for Læger« 1952, pag. 1299, fra Københavns kommunes centralstation for tuberkulosebekæmpelse fremgår, at man også herhjemme har taget problemet op. I meddelelsen gør overlæge Knud Winge opmærksom på, »at centraltuberkulosestationen meget gerne vil have lejlighed til at undersøge alle gravide kvinder (tuberkulinprøve — skærm billedfoto grafering) tidligt i graviditeten med henblik på lungetuberkulose. En sådan undersøgelse er en nyttig og påkrævet

foranstaltning i det profylaktiske tuberkulosearbejde; på centralstationen har vi adskillige gange oplevet triste eksempler på, at udbredt lungetuberkulose diagnosticeres 1—3 måneder efter fødslen.« De svangre kontrolleres i afdelingen for gruppeundersøgelse.

Da man stod noget usikker overfor, om forekomsten af tuberkulose her i landet retfærdiggjorde, at svangerskabsundersøgelserne suppleres med en almindelig tuberkulosekontrol, rettedes der henvendelse til overlægerne ved tuberkulosestationerne om, hvorvidt der for tiden sker nogen undersøgelse af svangre, samt om der efter overlægens mening burde indføres almindelige regler herfor.

De modtagne oplysninger er samlet i nedenstående oversigt, og efter det oplyste mener udvalget at kunne anbefale, at der ved svangerskabsundersøgelserne sker henvisning til tuberkuloseundersøgelse. De nærmere regler for undersøgelse rnes gennemførelse bør formentlig fastlægges af sundhedsstyrelsen.

Tuberkulosestationerne i	Nuværende ordning m. h. t. undersøgelse af svangre	Synspunkter m. h. t. alm. undersøgelse af svangre
Københavns amt	Som København.	Ønskeligt, at alle svangre ved svangerskabsundersøgelse henvises til tuberkuloseundersøgelse.
Roskilde amtsrådsreds .	Det tilrådes gravide at lade sig undersøge et par gange under graviditeten og en enkelt gang efter fødslen. Praktiserende læger gentagne gange opfordret til at henviser til sådanne undersøgelser.	Ønskeligt, om tuberkuloseundersøgelser i graviditeten og efter fødslen vil blive anerkendt som almindeligt led i svangerskabshygiejnen.
Frederiksborg amt	Ingen speciel ordning.	Interesseret i en ordning, hvorefter alle gravide kvinder skulle gennemlyses tidligt i graviditeten.
Holbæk amt	Ingen faste retningslinier.	Mener ikke, der er særlig grund til at indføre en ny forretningsgang på dette område, men har heller intet imod en eventuel nyordning.

Tuberkulosestationerne i	Nuværende ordning m. h. t. undersøgelse af svangre	Synspunkter m. h. t. alm. undersøgelse af svangre
Sorø amt	Der ses ikke få slemme tilfælde af lungetuberkulose, ofte konstateret umiddelbart før fødslen.	Kan tilråde en noget hyppigere henvisning fra de praktiserende læger efter disses undersøgelse af gravide kvinder.
Præstø amt	Præstø amts tuberkulosestationer får henvist alle patienter fra mødrehjælpens optagelseshjem, og lige fra stationernes åbning har man opfordret sygehuse og praktiserende læger til at henvise alle gravide. Opfordringen gentages jævnligt, men synes kun at blive efterfulgt i ringe udstrækning.	Da kun ca. 10 pct. af spædbørnene her i landet bliver BCG-vaccinerede, var det ønskeligt, at tuberkuloseundersøgelse af gravide blev en almindelig regel.
Maribo amt.....	Kontrolpatienter under nøje observation i svangerskabet. Ingen aftaler med de praktiserende læger om henvisning af samtlige gravide.	Ville finde det meget ønskeligt, om samtlige gravide rutinemæssigt blev undersøgt på tuberkulosestationen 3 gange: 1. gang når graviditeten konstateres. 2. gang i 7. eller 8. svangerskabsmåned, og endelig, hvad der menes særlig vigtigt, 3. gang: 3—4 mdr. efter fødsel (eller abort).
Bornholms amt	I mange år ikke fundet tuberkulose hos gravide.	Villige til i samråd med lægerne at gennemføre en systematisk undersøgelse. Hvis man beslutter sig herfor, bør det vel gøres i tilslutning til svangerskabsundersøgelsen og bedst i graviditetens tredje måned.
Odense amt	Man har gennem længere tid på tuberkulosestationen i Odense ladet gravide kvinder gå direkte til skærm-billedfotografering, uden om den alm. konsultation, for derved at lette undersøgelserne og nedbringe ventetiden.	Forudsat det lykkes at realisere planer om oprettelse af en gruppeafdeling ved Odense-stationen, er det tanken gennem henvendelser til lægerne at søge at få henvist alle gravide kvinder til undersøgelse. Dette ville imidlertid blive væsentlig lettere, hvis der forelå mere alm. regler på dette område.
Vejle amt	Vejle amts tuberkulosestationer har ikke gjort noget for at få undersøgt netop gravide kvinder, dels fordi man ikke mener, de er mere udsatte for at få tuberkulose end andre kvinder, og dels p. gr. af utilstrækkelige lokale- og personaleforhold.	Selv om gravide ikke har større chancer for at få tuberkulose end andre kvinder, må det dog være indlysende, at det vil være særlig skæbnsvangert, først og fremmest for det ventede barn, om moderen fik en smittefarlig tuberkulose, og det er derfor klart, at Vejle

Tuberkulosestationerne i	Nuværende ordning m. h. t. undersøgelse af svangre	Synspunkter m. h. t. alm. undersøgelse af svangre
		amts tuberkulosestationer gerne optager undersøgelse af gravide på sit program, så snart lokale- og personaleforholdene tillader det. En sådan foranstaltning vil også være med til at kompensere den ringere mulighed for undersøgelse, som kvinderne i denne aldersgruppe har i modsætning til mændene.
Skanderborg amt	Det er ikke så sjældent, man støder på kombinationen graviditet og lungetuberkulose. Ikke nogen speciel ordning på dette område, men de praktiserende læger henviser i stor udstrækning de gravide. Det er selvfølgelig ikke alle, der kommer. Ved foredrag og propaganda forsøger man at forbedre dette forhold.	Det vil være sikrest, om enhver kvinde blev tuberkuloseundersøgt i begyndelsen af graviditeten. Rart, hvis mere alm. regler kunne indføres.
Århus amt	Centralstationen har altid lagt vægt på, at gravide kvinder kommer til undersøgelse. Det samme gælder de første måneder efter fødslen. Man benytter enhver given lejlighed til at propagandere for disse undersøgelser.	Måske ville mere almindelige regler være ønskelige.
Randers amt	Erfaringerne fra København er ikke bekræftet i Randers.	
Ålborg amt	Der henvises ret ofte gravide kvinder til alm. kontrolundersøgelse på Ålborg amts tuberkulosestationer; men desværre ses også eksempler på, at sådanne undersøgelser forsømmes.	Hilser med glæde, om alle svangre kvinder bliver henvist til tuberkuloseundersøgelse.
Viborg amt	Ingen ordning om undersøgelse af alle svangre kvinder. Fra lægerne bliver ikke få svangre kvinder henvist, så snart der er mindste symptom på lungelidelse.	Ser meget gerne, at det gennemføres som almindelig foranstaltning, at alle svangre kvinder skal undersøges mindst 1 gang på tuberkulosestation.
Ringkøbing amt	Der findes i amtet en del læger, som rutinemæssig sender alle gravide kvinder til undersøgelse på et tidligt tidspunkt i graviditeten.	Ønskeligt med en ordning som i København.

Tuberkulosestationerne i	Nuværende ordning m. h. t. undersøgelse af svangre	Synspunkter m. h. t. alm. undersøgelse af svangre
Ribe amt	Tuberkulosestationen foretager obligatoriske undersøgelser af patienterne i et hjem for svangre kvinder ved Sædding og har et snævert samarbejde med mødrehjælpen i Esbjerg.	Undersøgelse vil nu blive gennemført for kvinder, der søger mødrehjælpen.
Åbenrå amtsrådsreds .	Ingen fast regel, men læger har de sidste år sendt deres gravide efter eget initiativ. Konstateret enkelte udbredte tuberkuloseilfælde efter graviditet og fødsel.	En regelmæssig undersøgelse af gravide vil vel nok kunne lade sig gøre.

Bestemmelser vedrørende medicinalpersonalet.

1. Læger.

I lov nr. 72 af 14. marts 1934 om udøvelse af lægegerning bestemmes i § 2, stk. 1, at der for at opnå autorisation til at udøve selvstændig virksomhed (erhverv) som fødselshjælper og læge kræves, at den pågældende har gennemgået klinisk kursus i fødselsvidenskab. Kurset har en varighed af 1 måned og foregår på rigshospitalet, Københavns kommunes fødeklinik, fødselsanstalten i Århus og de gynækologisk-obstetriske afdelinger på statshospitalet i Sønderborg og amts- og bysygehuset i Odense.

Anerkendelse som speciallæge kan opnås såvel i gynækologi som i obstetrik. De særlige krav for disse specialer er følgende:

Gynækologi: Hoveduddannelsen består i 4 års ansættelse som reservelæge ved gynækologiske og kirurgiske afdelinger. Som biuddannelse kræves 1 års ansættelse ved afdelinger for fødende. Hertil kommer supplerende uddannelse. Antallet af speciallæger i gynækologi ligger omkring 120.

Obstetrik: Som hoveduddannelse kræves 2 års ansættelse som reservelæge ved større fødeafdeling, som biuddannelse 1 års ansættelse som reservelæge ved gynækologisk afdeling. Der er ca. 80 speciallæger i obstetrik.

2. Jordemødre.

Ifølge lov nr. 90 af 31. marts 1953 har fremtidigt kun den ret til at udøve jordemodergerning og betegne sig som jordemoder,

der efter at have bestået eksamen på jordemoderskolen og erholdt lærebrev som jordemoder her i riget har modtaget sundhedsstyrelsens autorisation. Ligestillet med de ovennævnte er dog personer, der ved lovens ikrafttrædelse i 1953 var berettiget til at udøve jordemodervirksomhed.

Antallet af praktiserende jordemødre var pr. 31. december 1954 728. Der færdiguddannes årligt 25 nye jordemødre, men antallet af praktiserende jordemødre er faldende.

3. Sygeplejersker.

Ifølge lov nr. 127 af 25. maj 1956 har kun den ret til at udøve virksomhed som sygeplejerske og betegne sig som sygeplejerske, som er autoriseret af sundhedsstyrelsen. Autorisation meddeles efter begæring den, der har gennemgået sygeplejeforsколе og en 3-årig uddannelse med forkursus, og som har bestået afsluttende eksamen og modtaget eksamensbevis ved en af sundhedsstyrelsen godkendt sygeplejeskole.

Det vil formentlig blive krævet, at den pågældende i den 3-årige elevtid har gjort tjeneste på fødeafdeling (-afsnit) i mindst 2 måneder og på børneafdeling (evt. -afsnit) i mindst 4 måneder.

4. Barselplejersker m. u.

Uddannelsen er ikke autoriseret. Den foregår normalt på klinikerne.

Bestemmelser vedrørende tilsyn med fødselsinstitutioner og lignende.

Ifølge § 5 i lov nr. 87 af 21. april 1914 fører embedslægerne, hver inden for deres kreds, tilsyn med bl. a. sygehuse, klinikker og fødehjem.

Overtilsynet med sundheds- og sygeplejen, herunder indbefattet jordemodervæsenet, føres ifølge lov nr. 182 af 23. juni 1932 af sundhedsstyrelsen.

De lokale sundhedsvedtægter indeholder som regel bestemmelser om fødehjem og lignende.

I den under 20. august 1949 stadfæstede sundhedsvedtægt for Roskilde, der for tiden er mønstervedtægt for købstadkommuner, hedder det i § 78:

»Ved fødehjem forstås hjem, hvor svangre kvinder modtages for betaling for at plejes under fødsel og barselseng. Fødehjem—— må ikke opføres, ombygges eller indrettes, før planer og tegninger har været forelagt sundhedskommissionen til bedømmelse og erklæring i hygiejnisk henseende, og embedslægens erklæring har været indhentet af kommissionen.

Forinden sådanne hjem tages i brug, såvel som når de skifter indehaver, skal de anmeldes for og godkendes af sundhedskommissionen.

De omhandlede hjem er med hensyn til indretning og drift underkastet de bestemmelser, som sundhedskommissionen til enhver tid måtte fastsætte vedrørende lokalernes indretning og belægning samt hjemmenes hygiejniske forhold iøvrigt, herunder kosten og madens tilberedning samt ansættelsen af den efter sundhedskommissionens skøn fornødne sygehjælp.

Skønner sundhedskommissionen, at hjemmene drives på uforsvarlig eller uhygiejnisk måde, kan sundhedskommissionen påbyde sådanne foranstaltninger foretaget, som den

måtte finde nødvendige eller hensigtsmæssige, eventuelt påbyde hjemmenes lukning.«

For landkommuner har indenrigsministeriet med mellemrum udsendt en normalsundhedsvedtægt, senest i 1953. Heri bestemmes i § 64:

»1) Fødehjem, hvor svangre kvinder modtages mod betaling for at plejes under fødsel og barselseng, samt erhvervsmæssigt drevne syge- eller plejehjem for ældre eller svage personer er med hensyn til indretning og drift underkastet de bestemmelser, som sundhedskommissionen til enhver tid måtte fastsætte vedrørende lokalernes indretning og belægning samt hjemmenes hygiejniske forhold iøvrigt, herunder kostmængden og madens tilberedning samt ansættelsen af den efter sundhedskommissionens skøn fornødne sygehjælp.

2) Forinden sådanne hjem tages i brug, såvel som når de skifter indehaver, skal de anmeldes for og godkendes af sundhedskommissionen.

3) Skønner sundhedskommissionen, at et hjem drives på uforsvarlig eller uhygiejnisk måde, kan kommissionen påbyde sådanne foranstaltninger foretaget, som den måtte finde nødvendige eller hensigtsmæssige, eventuelt påbyde hjemmets lukning.

4) Forinden godkendelse meddeles, skal sundhedskommissionen indhente kredslægens erklæring over sagen, ligesom denne skal underrettes om hvert enkelt tilfælde, i hvilket godkendelse gives.

5) Sundhedskommissionens godkendelse meddeles kun som gældende for ansøgerens bestyrelse og kan inden udløbet af denne til enhver tid tilbagekaldes, når forholdene efter sundhedskommissionens skøn gør det nødvendigt.«

Socialministeries
bibliotek

