



Medlem af Inatsisartut
Suka K. Frederiksen
HER

Skriftlig besvarelse af § 37 spørgsmål nr. 275 om fødsler udenfor hjembyen

30-11-2015
Sags nr. 2015 - 16224
Akt nr. 1717284

Kære Suka K. Frederiksen,

Tak til medlem af Inatsisartut Suka K. Frederiksen, for dine spørgsmål om fødsler udenfor hjembyen og konsekvenser heraf mv., som jeg vil besvare herunder.

Postboks 1160
Tlf: 34 50 00
Fax: 34 55 05
3900 Nuuk
Email: pn@nanoq.gl
www.naalakkersuisut.gl

1. Hvor mange gravide må forlade deres hjemby og tage til en anden by for, at give fødsel?

Svar:

Der er ca. 200 gravide kvinder, som årligt forlader deres hjemby for at føde i anden by, idet der ikke længere tilbydes fødselsbetjening i deres hjemby.

Antallet af gravide, der må flytte lokation for at føde, indbefatter imidlertid også risikokategoriserede graviditeter, hvilket er graviditeter, der efter lægefaglig vurdering ville være henvist til fødsel på Dronning Ingrid's Hospital uanset lokale muligheder for fødselsbetjening.

Årsagerne til, at disse gravide føder i en anden by end deres hjemby, kan både være lægeligt og personligt begrundet. Personligt fordi alle gravide kvinder i Grønland selv har ret til at vælge, om de ønsker at føde på Dronning Ingrid's Hospital eller, om de hellere ønsker at føde på det regionssygehus, som de er tilknyttet. Den lægelige årsag til, at gravide må forlade deres hjemby, er beskrevet i de perinatale retningslinjer jf. nedenfor.

1.a Hvor store var omkostningerne, da de gravide endnu kunne give fødsel i egen hjemby?

Svar:

Med virkning fra den 1. januar 2002 trådte nye perinatale retningslinjer i kraft med det formål at nedbringe den dengang høje perinatale mortalitet (dødfødte samt levendefødte, der dør indenfor den første leveuge) og morbiditet (sygdom).

Hovedindholdet af retningslinjerne er, at det kun vurderes fagligt forsvarligt at varetage fødsler, når der som minimum er følgende fagpersoner og kompetencer repræsenteret:

- En eller flere læger, som har kompetence til at behandle uventede komplikationer. Det vil sige at foretage kejsersnit, stoppe styrtblødning eller lignende, der kan opstå i forbindelse med den forventede normale fødsel
- En bioanalytiker eller andet kvalificeret personale, som kan varetage laboratorie – og blodbanksfunktion
- En jordemoder, som har kendskab til at bistå fødselsforløb med faglighed, støtte og vejledning
- En anæsthesisygeplejerske/-læge, som kan bedøve i akutte situationer f.eks. ved akut kejsersnit

Der skal ligeledes være kompetencer til stede, der skal kunne varetage genoplivning og stabilisering af potentielt syge nyfødte børn eller børn, der uventet har været udsat for iltmangel i fødselsforløbet.

Hovedformålet med disse retningslinjer er at sikre fødselsforløb bedst muligt under hele graviditeten både for den gravide kvinde, det ufødte barn samt det nyfødte barn selv. Tabellen nedenfor viser, at den perinatale mortalitet er nedbragt efter de nye retningslinjer trådte i kraft den 1. januar 2002. Den perinatale mortalitet er defineret som antallet af dødfødte samt levendefødte, der dør indenfor den første leveuge (dag 0-6) divideret med antal fødte (levende- og dødfødte) udtrykt pr. 1.000 fødte.

År	Perinatal mortalitet							
	1976-80	1981-85	1986-90	1991-90	1996-00	2001-05	2006-10	2011-13
Grønland	28,0	21,8	22,8	21,9	19,6	14,2	15,5	13,7

Denne udvikling har reduceret de menneskelige og samfundsøkonomiske omkostninger.

Med indførelsen af de perinatale retningslinjer er der løbende sket en centralisering af fødslerne, således at de i dag gennemføres på DIH, regionssygehusene (Ilulissat, Aasiaat, Sisimiut, Qaqortoq) samt sundhedscentrene i Uummannaq og Tasiilaq. Dvs. i alt 7 steder. Der er således 11 byer, hvor fødsler ikke gennemføres.

Da sundhedsvæsenet ikke har valide data for omkostningerne til fødsler før de perinatale retningslinjer trådte i kraft i 2002 vises alternativt beregninger for hvad udgifterne bliver såfremt fødslerne tilbydes decentralt med den gældende kvalitet.

Årsløn til ovenstående gruppe udgør minimum 3,5 mio. kr. pr. sted. Merudgiften fra implementering af de perinatale retningslinjer på 7 steder kan således estimeres til 24,5 mio. kr. Såfremt der skal gennemføres fødsler på de 11 steder, hvor det ikke sker i dag, ville udgiften beløbe sig til ekstra 38,5 mio. kr.

Estimaterne forudsætter, at der er tale om fastansatte og aflønnet i henhold til gældende overenskomster. Erfaringer fra Sundhedsvæsenet har de senere år vist, at rekruttering af fastansat sundhedsfagligt personale er særdeles vanskelig i praksis, hvorfor det anses som værende usandsynligt at skulle kunne rekruttere personale til 11 flere byer.

1 b. Hvor store er omkostningerne, at gravide må forlade deres hjemby og tage til en anden by for at give fødsel?

Svar:

Omkostningerne for, at ca. 200 gravide årligt forlader deres hjemby, hvor der ikke tilbydes fødselsbetjening i dag, beløber sig til ca. 5 mio.kr for Sundhedsvæsenet. Rejseudgifter, ophold og mad er inkluderet i dette beløb, som indbefatter, at de gravide kommer til nærmeste by eller Nuuk 21 dage forud for deres termin.

2. Hvilke fordele er der ved at centralisere fødsel i regionale sygehuse, i forhold til tidligere tilstande hvor det var muligt at give fødsel i egen by?

Svar:

Reduktion af børnedødeligheden

Fordelen ved at centralisere fødsler i regionale sygehuse og DIH er, at det nedbringer antallet af dødfødte samt levendefødte, der dør inden for den første leveuge (perinatal mortalitet).

Der fødes årligt godt 800 børn i Grønland. Ca. halvdelen af disse børn (440) fødes på Dronning Ingrid's Hospital. Halvdelen af disse kommer fra byer uden for Nuuk, dels på grund af risiko for komplikation, dels efter eget valg og endelig som følge af lukning af Paamiut og Maniitsoq for fødsler.

Tabellen jf. pkt. 1 a viser, at centralisering har nedbragt den perinatale mortalitet.

Højere faglig kvalitet

Det er i dag en sundhedsfaglig kendsgerning, at jo flere fødsler man betjener eller operationer man foretager, desto bedre er kvaliteten af det arbejde, man varetager. Enkelte steder i Grønland bliver der registreret under 20 fødsler om året, hvilket betyder, at hvis en eller flere af disse fødsler indgår i vagtberedskabet, så vil de enkelte steders fagperson(er) kun varetage et fåtal af fødsler i løbet af et årsværk. Fagligt risikerer det sundhedsfaglige personale således at miste deres håndelag, kundskaber og kompetencer i forhold til varetagelse af fødsler. Resultatet er derfor, at man risikerer, at antallet af komplikationer under fødslerne atter vil stige og muligvis også foranledige en stigning i spædbørnsdødeligheden i Grønland.

Som modsvar på denne udvikling sker der i dag en øget specialisering, hvilken tilgodeser, at den enkelte sundhedsfaglige medarbejders kompetencer forøges og fokuseres inden for et afgrænset fagområde. Effekten af en afgrænset fokusering er sikkerhed og kvalitet i arbejdet.

Det er imidlertid ikke blot Grønland, der har fokus på sikring af kvalitetsniveauet i kraft af øget specialisering. Også rundt omkring i verden stiger specialiseringen og antallet af uddannede specialister. Centralisering af sundhedsområdet er derfor uundgåelig. Eksempelvis har man i Danmark lukket mange fødeselssteder, som på lukningstidspunktet håndterede væsentligt flere fødsler end de enkelte sygehuse i Grønland gør i dag. Grunden til at man lukkede for fødsler på de mindre danske sygehuse var, at man oplevede en svingende sikkerhed og kvalitet i fødselsbetjeningen som følge af det lave fødselsantal og dermed lave frekvens for varetagelse af fødsler for den enkelte fagperson. Personalet oplevede derfor et stort fagligt pres i

opretholdelse af fødselsbetjening og perinatal omsorg, da de i en vis udstrækning mistede deres færdigheder.

2 b. Hvilke ulemper er der?

Svar:

Fødsler foregår i et samspil mellem den sundhedsfaglige ekspertise og kvindens sociale og familiemæssige situation. Den gældende organisering, med fødsler uden for hjemstedet, kan opfattes som uhensigtsmæssig i forhold til at sikre en god familieetablering. Den gravide kvinde forlader sin familie og eventuelt mindreårige børn tre uger forinden fødslen, og er således fraværende fra sin familie i tre til fire uger i en periode af familiens liv, hvor samhørighed er særlig vigtig. Dette kan ydermere forekomme særligt sårbart for familier, der visiteres til Tidlig indsats dvs. for forældre, hvor der er begrundet bekymring for barnets tarv og trivsel.

3. Er der initiativer for, at ændre på at man må forlade sin hjemby for at give fødsel?

Svar:

Det er fortsat en målsætning at holde børnedødeligheden i Grønland på et relativt lavere niveau end tidligere og at nedbringe den yderligere. Med henvisning til de økonomiske konsekvenser af at arbejde ud fra de perinatale retningslinjer på alle sygehuse jf. pkt 1 a, er der ikke tanker om at ændre på den nuværende organisering af fødselsbetjeningen hen imod en decentralisering af fødslerne.

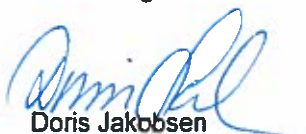
3 a. Har der været foretaget overvejelser om, at etablere rejsende jordemødre?

Svar:

Der er allerede i dag etableret rejsende jordemødre i såvel Nuuk som i regionerne uden for Nuuk. Jordemødrene rejser med faste intervaller tilpasset antallet af gravide og barselskvinder i de byer, der besøges.

Jordemødrene varetager i samarbejde med de lokale fødselsassistenter/perinatal assistenter den perinatale omsorg for den gravide, det nyfødte barn og familien. Disse rejsende jordemødre vil imidlertid ikke kunne varetage fødsler uden det fornødne beredskab, men udelukkende foretage undersøgelser og varetage den forebyggende indsats.

Inussiarnersumik inuulluaqqusillunga
Med venlig hilsen


Doris Jakobsen