

Svar (19/7 88):

**Statsministeren (Poul Schlüter):**

Jeg forstår, at begrundelsen for spørgsmålet er den omtale, der har været i pressen af et embedsmandsnotat om mulighederne for at indføre et offentligt servicekort, der bl.a. kan erstatte de nuværende sygesikrings- og personnummerbeviser.

Som jeg tidligere har meddelt, har regeringen ikke behandlet det nævnte notat. Der er heller ikke på finansloven indarbejdet besparelser som følge af indførelse af et servicekort. Jeg vil derfor gerne gentage, at regeringen ikke har planer om at indføre et servicekort med virkning fra næste år.

Til slut vil jeg gerne føje til, at det efter min opfattelse er både rigtigt og nødvendigt, at spørgsmålet om modernisering og forenkling af offentlige legitimationskort løbende overvejes.

**Spm. nr. S 170**

Til *sundhedsministeren* (13/7 88) af:

**Hanne Severinsen (V):**

»Hvilke kommentarer har ministeren til de store forskelle, der er i de forskellige hospita-  
lers anvendelse af kejsersnit ved fødsler?«

**Begrundelse**

Det virker meget utrygt for en kvinde ikke at vide, om hun skal føde ved kejsersnit, når hun bliver indlagt på en fødeafdeling, samt at en eventuel fødsel ved kejsersnit kan være betinget af, hvor i landet fødeafdelingen er, idet en fjerdedel af alle fødsler på Centralsygehuset i Hillerød foregår ved kejsersnit, hvorimod kun 8,9 pct. føder ved kejsersnit på Fødselsstiftelsen i Århus.

Svar (21/7 88):

**Sundhedsministeren (Elsebeth Kock-Petersen):**

Den senere tids omtale af udsvingene i brugen af kejsersnit, som kun til en vis grad kan begrundes diagnostisk, er meget tankevækkende af flere grunde.

For det første er hyppigheden af kejsersnit steget fra 4,1 pct. i 1970 op til et landsgennemsnit på 13,0 pct. i 1986. Et endnu højere gennemsnit finder man på nogle af de specialiserede fødeafdelinger, hvor hyppigheden af kejsersnit ligger mellem 20 og 25 pct. Af de i alt

6.967 kejsersnit foretaget i Danmark i 1986 var 4.707 akutte og 2.260 planlagte.

For det andet kan der ifølge Sundhedsstyrelsen ikke på nuværende tidspunkt gives nogen udtømmende forklaring på, hvorfor der er variationer i antallet af akutte kejsersnit fra fødested til fødested. En af flere årsager er givetvis, at svangre med en vis risiko for komplikationer under fødslen henvises til specialafdelingerne, men dette forklarer ikke i sig selv de forskelle, der kan konstateres mellem det gennemsnitlige niveau og de betydelig højere procenter på visse specialafdelinger.

Nogle af de forklaringer, som har været fremme, er imidlertid bemærkelsesværdige. De spænder lige fra bekvemmelighedshensyn og begrundet/ubegrundet fødselsangst hos kvinderne til traditioner og den enkelte læges hævdede egenret til valg af metoder og midler.

Jeg vil gerne advare imod, at kvinders fødselsangst bruges som forklaring på et højt antal kejsersnit, hvortil naturligvis kommer spørgsmålet om, hvem der i givet fald har været med til at skabe en sådan fødselsangst.

Langt de fleste graviditeter og fødsler er normale og bør også behandles som sådanne. Fødslen bør derfor foregå i et godt og tillidskabende samarbejde mellem den fødende kvinde, hendes pårørende og jordemoderen. I tilfælde af komplikationer må der naturligvis i fornødent omfang kunne tilkaldes lægelig bistand.

Det er således i det hele taget vigtigt, at kvinden under hele svangerskabet bibringes opfattelsen af, at det at føde er normalt og ikke nogen sygdom, der nemt kan »helbredes« med kejsersnit. En normal fødsel må ikke sygeliggøres.

I øvrigt kan jeg oplyse, at variationerne i antallet af akutte kejsersnit har påkaldt sig stignende opmærksomhed både i Danmark og internationalt. Der er også iværksat forskellige undersøgelser, som skal belyse spørgsmålet.

Når resultaterne af disse undersøgelser foreligger, bør det overvejes, om der er grundlag for at udarbejde egentlige vejledende kliniske behandlingsprogrammer på dette område.

Sådanne vejledende behandlingsprogrammer kan efter min opfattelse også være gavnlige og relevante redskaber på en række andre behandlingsområder inden for sygehusvæsenet. Ajourførte og vejledende programmer kan således tjene som hjælp og støtte for lægerne ved at formidle de nyeste behandlingsformer og ved at videregive erfaringer fra andre sygehusafdelinger om den mest hensigtsmæssige pati-