

AT FØDE KRÆVER FØRST OG FREMMEST TID

Af jordemoder Charlotte Grumme.

Jordemoder siden 1970. Tidligere instruktionsjordemoder på Jordemoderskolen og afdelingslærer på Danmarks Sygeplejerskehøjskole, videreuddannelsen for jordemødre. Senest jordemoder i Herning, på Glostrup og i Hvidovre siden 1993.

Indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen gav i TV-avisen d. 6.1 udtryk for, at han mente, at den måde vores fødsler foregår på i dag er langt bedre end for 10 år siden.

Gid det var så vel, men sådan forholder det sig ikke.

Ud over viden, erfaring, kunnen, nænsomhed og empati samt de nødvendige faciliteter, apparater og medikamenter kræver en god og livsbekræftende fødsel først og fremmest tid.

Og det er netop med denne meget vigtige tidsfaktor, at der er sket væsentlige tilbageskridt indenfor de 10 år, som indenrigs- og sundhedsministeren bruger som reference for sin vurdering.

Jordemødrene får som følge af det stigende antal effektiviserings-, kvalificerings- og kontrolprocedurer flere og flere arbejdsopgaver der ikke er af umiddelbar relevans for at hjælpe kvinderne til gode og livsbekræftende fødsler – denne udpining af tiden til de fødende har fundet sted samtidig med at kvindernes ønsker til en god og livsbekræftende fødsel heldigvis er steget med deraf følgende forventninger til at jordemoderen har den tid der skal til.

Før jeg går videre vil jeg gerne for en sikkerheds skyld understrege, at det følgende ikke er en kritik af de fremskridt der sker eller de initiativer der bliver taget på en række forskellige områder inden for vores fag, men udelukkende en påpejning af, at alle disse gode initiativer koster noget, som med de nuværende prioriteringer ikke bliver erstattet, nemlig tid. Den tid der er en af de vigtigste forudsætninger for at hjælpe de fødende kvinder til gode og livsbekræftende fødsler.

I hovedsagen har jordemoderen kontakt med den gravide/fødende ved jordemoderkonsultationerne, under fødselsforberedelsen og under selve fødslen. For alle tre kontakter gælder det – som det vil fremgå af nedenstående – at den tid jordemoderen kan have sammen med den gravide/fødende er blevet reduceret væsentligt gennem de sidste 10 år og i et vist omfang så meget at retningslinierne fra Sundhedsstyrelsen ikke kan overholdes.

▪ Jordemoderundersøgelser

For at illustrere en lille, men væsentlig, del af en jordemoders arbejdsopgaver, således som de er foreskrevet af Sundhedsstyrelsen, kommer her en lille opremsning af hvilke opgaver der påhviler jordemoderen under jordemoderundersøgelserne.

Ved den første kontakt er jordemoderens opgaver iflg. Sundhedsstyrelsens retningslinier, at:

1. Tage godt imod og komme med indledende bemærkninger.
2. Udfylde jordemoderens B-ark sammen med kvinden.
3. Læse/skimme journalen.
4. Ved behov, supplere lægens anamnese.
5. Vurdere om terminsberegningen er korrekt, informere om ultralydsscanning samt om terminsdato.
6. Ved behov foretage en helbredsundersøgelse, måle BT, stixe urinen, informere om selv at veje og lytte evt. med doptonen.
7. Danne sig et samlet overblik over den gravides fysiske, psykiske og sociale situation i forbindelsen med graviditeten.
8. Berøre følgende emner: Kost, medicin, levevis (motion, gymnastik, sexliv m.v.), tobak, alkohol, graviditetsgener, informationer om fødselsforberedelse.
9. Udlevere oplysende materiale... og evt. knytte et par ord til materialet.
10. Udlevere samtykkeerklæring, evt. indhente underskrift, evt. lige forklare.....
11. Udlevere diverse papirer om faderskab, evt. lige forklare...
12. Anbefale andet relevant læsestof.
13. Informere om sundhedsplejerskebesøg i graviditeten.
14. At følge op på en rent arbejdsmedicinsk risikovurdering.
15. Jordemoder og kvinden vurderer sammen om der er grund til henvisning til obstetrisk afdeling, arbejdsmedicinsk klinik, social og sundhedsforvaltning eller anden form for støtte.
16. Jordemoderen informerer kvinden om de efterfølgende konsultationer, og om muligheden for behovsprægede undersøgelser.

Skønsmæssigt tidsforbrug i alt *mindst* 30-60 minutter i alt afhængig af første- eller flergangsfødende og problemer/ikke-problemer.

I ovenstående skematiske opgørelse er der ikke tillagt de minutter, som man bruger til "danne sig et indtryk"-delen eller den tid det kan tage at inddrage faderen, svare på hans spørgsmål eller i det hele taget interessere sig for ham. Som det ses, er tiden - med den nuværende tidsramme på 30 minutter til første konsultation, og 20 til de efterfølgende - allerede overskredet væsentligt i forhold til det absolut nødvendige, som retningslinjerne angiver skal indeholdes i en konsultation.

I den ovenfor skitserede tidsplan, er ej heller taget højde for:

1. Jordemoderstuderende i praktik
2. Fremmede med sprogproblemer uden tolk
3. Fremmede med tolk
4. Gravide med helt særlige problemer

Endvidere er der ikke afsat tid til at høre/drøfte en flergangsfødendes sidste fødsel, hvoraf nogle har det så svært med den, at behovet for at tale den igennem kan tage lang tid, ja nogle gange en hel konsultation – eller flere.

Der bliver altså allerede på nuværende tidspunkt hugget en hæl og klippet en tå – for ikke at sige en hel fod – for at få enderne til at hænge sammen.

Ovenstående mere minutløse gennemgang af en beskeden del af en jordemoders arbejde illustrerer at der allerede er for lidt tid til arbejdet, hvis man skal følge Sundhedsstyrelsens retningslinier.

Men nu til dokumentationen af "den forsvundne tid". Lad mig fra en ganske almindelig jordemoderhverdag nævne en række eksempler.

▪ Hjælp til forskning

På store fødeafdelinger forskes der en del. Fint, for forskning er jo med til at forandre og skabe fremskridt. Desværre er det næsten altid sådan, at det personale (her jordemødre) som skal indsamle diverse data, hverken opnormeres eller får tilført mere tid for at indsamle og levere data til forskningen: Jordemødrene skal blot *lige* indhente en underskrift, *lige* udfylde et skema, *lige* optælle ditten eller datten, *lige* kunne svare kvinden på de spørgsmål hun kommer med i relation til det projekt hun nu er med i, *lige* tage en ekstra blodprøve, *lige* udfylde et par ekstra blodprøvesedler, *lige* skaffe en piccoline til transport af prøven osv. osv. Når der bliver snakket om indsamling af navlesnorsblod til private databanker, kan vi godt få støtte til ikke at kunne udføre denne opgave, men når forskningen er inden for vores egne rækker, så forventes det at vi "bare lige hjælper til".

▪ Patientinformation og –samtykke

For at en patient kan give sit samtykke til en foreslået behandling skal der informeres om:

- Hensigten med behandlingen.
- Bivirkninger og komplikationer ved den foreslåede behandling.
- Andre behandlingsmuligheder end den foreslåede.
- Konsekvenser ved at der ikke gives nogen behandling.

Det er et vigtigt fremskridt og en klar forbedring, at man som sundhedspersonale, her jordemødre, skal informere om fordele, ulemper og risiko ved den behandling eller ved det indgreb som man kunne tænke sig. Det er fint at man, ved at informere om og drøfte fordele og ulemper, er med til at give kvinden (og hendes mand) medbestemmelse og ansvar for hvilken behandling der må iværksættes. Ulempen er at ALT skal noteres i journalen, ikke blot at informationen er givet, men også hvilken information der er givet. Det tager tid at skrive - og den tid tages fra den tid der kan anvendes til at hjælpe kvinderne til gode og livsbekræftende fødsler.

▪ Akkreditering

Akkreditering (metode til kvalitetsforbedring af den samlede organisation, hvor organisationens kvalitetsniveau måles af eksterne eksperter ud fra internationale standarder og indikatorer) er et forholdsvis nyt projekt som Rigshospitalet og Hvidovre hospital har deltaget i.

Akkrediteringsidéen er god, ingen er imod at søge at sikre objektive internationale standarder, ved vurderingen af organisationens samlede præstationer, men atter koster det tid. Tid der kun kan tages fra det primære jordemoderarbejde.

Akkrediteringsprojektet har kostet store summer, de involverede personalegrupper har haft masser af ekstraarbejde, ekstramøder, ekstrafunktioner. Kort sagt et meget stort ekstra tidsforbrug, som der ikke er blevet kompenseret for i hverken tid eller penge og

derfor har betydet et yderligere dræn i den tid der kan anvendes til at hjælpe kvinderne til gode og livsbekræftende fødsler.

▪ Kvalitetssikring

Kvalitetssikring er også et nyt område som der er sat fokus på.

WHO er nået frem til en definition af kvalitet i sundhedsvæsenet, der omfatter fem hovedelementer, som skal være til stede, før der er tale om høj kvalitet:

- Høj professionel standard
- Minimal patientrisiko.
- Effektiv ressourceudnyttelse
- Høj patienttilfredshed
- Helhed i patientforløbet og et godt resultat for patienten.

Til at sikre den passende kvalitative standard er der udviklet kvalitetssikringssystemer der anvendes på en række hospitaler og fødeafdelinger.

Kvalitetssikring er en ualmindelig god idé, der bl.a. skal være med til at nedbringe antallet af utilsigtede uheldsmæssige hændelser på hospitaler ved at fokusere på processer og procedurer i stedet for på menneskelige fejl. (Modellen bygger på den opfattelse, at kvaliteten af resultatet afhænger af kvaliteten af processen, som igen er afhængig af kvaliteten af strukturen.)

Men også kvalitetssikring kræver tid af personalet, og uden tilførsel af ekstra midler, medfører også dette at der bl.a. tages tid fra jordemødrenes primære arbejdsopgave: at hjælpe kvinderne til gode og livsbekræftende fødsler.

▪ Administration m.v.

Efterhånden udføres alle administrative handlinger på EDB, dvs. indlæggelse, ordination af diverse prøver, bestilling af portører, rekvirering af diverse varer, tidsbestilling til ambulatorier osv. osv. Hver gang man sætter sig til computeren skal man indtaste en del koder (som udskiftes efter tre måneder) og hver gang tager det tid, langt mere tid end dengang man bare kunne tage telefonen og ringe til ... ja, hvem det nu måtte være, som man skulle i kontakt med. EDB er en forbedring på en lang række områder, men er meget tidkrævende. Tid der unddrages jordemødrenes primære arbejdsopgave: at hjælpe kvinderne til gode og livsbekræftende fødsler.

Den gang jeg var nyuddannet jordemoder, var fødejournalen et firesidet A5-papir, med de civile data på forsiden, om graviditeten på side to, om fødslen på side tre og om barselperioden på side fire. Det tog vel 5-8 minutter at udfylde fødejournalen og fødselsanmeldelsen, dengang. Nu er journaliseringen et kæmpearbejde, med tonsvis af blanketter og registrering af alt ned til mindste detalje. Al denne computeriserede effektivisering koster tid, der kun kan tages et sted fra, nemlig ... rigtig gættet ... fra jordemødrenes primære arbejdsopgave, at hjælpe kvinderne til gode og livsbekræftende fødsler.

▪ Teknik i stedet for menneskelig kontakt

Sundhedsstyrelsens retningslinjer for svangreomsorg anbefaler op til 8 planlagte konsultationer (+ flere efter behov) i løbet af graviditeten. Ikke desto mindre er antallet af konsultationer skåret ned på mange fødesteder. Nogle steder antallet er af konsultationer

skåret så meget ned, at den gravide kun ses 3, 4 og måske 5 gange i løbet af graviditeten.

En af de første jordemoderkonsultationer erstattes flere steder af et tilbud om nakkefold-ultralydsscanning. Hvis man på en ultralydsscanning ser at fostret har det man kalder en "nakkefold", kan det tyde på at det lider af Downs syndrom, eller mongolisme. Risikoen for at føde et barn med Downs syndrom er ca. 0,05 procent, før kvinden fylder 35 år. Det er naturligvis godt af få afdækket denne risiko, men det har intet med jordemoderkonsultation at gøre.

Så også her må jeg spørge: Er det rimeligt at en "teknisk" undersøgelse, uanset hvor velbegrundet den er, erstatter den menneskelige kontakt mellem gravid og jordemoder. Som jeg ser det er den tidsmæssige omkostning ved denne "erstatning" et yderligere tilbageskridt i forhold til jordemodergjerningens fornemste mål: at hjælpe kvinderne til gode og livsbekræftende fødsler.

▪ Foredrag i stedet for samtale og vejledning

Jordemødrenes undervisning i fødselsforberedelse skæres mange steder ned til et minimum af timer, så det let ender med at blive rent foredrag hvis ikke fødselsforberedelsen direkte spares helt væk i perioder af året.

Nedskæringerne i fødselsforberedelserne er endnu et tilbageskridt i forhold til at oparbejde det kendskab, den fortrolighed og den tillid til hinanden, som er en af de vigtigste parametre for en god og livsbekræftende fødsel. Det er en ververificeret kendsgerning, at hvis den gravide kender og føler sig tryk ved sin jordemoder, så:

1. forløber fødslen hurtigere
2. der skal bruges færre smertelindrende midler (bl.a. dyre epiduralblokader)
3. der skal foretages færre kunstige indgreb (dvs. færre sugekopper og ikke mindst dyre kejsersnit)

Og det der nok er det allervigtigste:

4. kvinden har en god oplevelse, hun føler sig ikke manipuleret med, ikke handlet hen over hovedet på. Hun føler sig tryk og i gode hænder.

En kvindes oplevelse af sin fødsel er ikke isoleret til fødselstidspunktet. Det er en oplevelse der kommer til at betyde uendelig meget for hende resten af livet, for hendes forhold til sit barn, til sin krop, til sin seksualitet, til sit parforhold og til sit selvværd. Altså en oplevelse der har en gennemgribende betydning som kan præge kvindens forhold til sig selv og til sit barn resten af livet.

Hvis vi vil vurdere om vi tilrettelægger vores fødselshjælp godt og hensigtsmæssigt, kan vi ikke blot se på antallet af børn og mødre der "slipper levende" fra fødslen, og derfra slutte at det går meget godt (hvilket jeg desværre tror er den parameter politikere ofte bruger når de vurderer fødselshjælpens kvalitet). Nej, vi skal tage kvindernes oplevelse af graviditets- og fødselsforløbet med som en mindst lige så vigtig parameter for bedømmelsen af den måde fødselshjælpen er tilrettelagt på. Og kvindens positive eller negative oplevelse har snæver sammenhæng med den tid der er anvendt på at blive tryk ved fødselsforløbet og ved sin jordemoder.

Når jordemødrene har travlt med en masse andre arbejdsopgaver, som illustreret gennem ovenstående eksempler, så går tiden kun fra én, nemlig den fødende - og jordemoderens muligheder for at udfylde den fornemste del af sit job: at hjælpe kvinderne til gode og livsbekræftende fødsler, reduceres!

Der er en grund til at gorillaer ikke føder i Zoos besøgstid. Der skal tid, ro, fred og tillid til en fødsel.

Og det gælder lige fuldt for mennesker, som for gorillaer.

Så, kære sundheds- og indenrigsminister Lars Løkke Rasmussen, hjælp os med at få vores vigtigste arbejdsredskab tilbage: Tid, tid og atter tid. Og lad os så tales ved om 10 år.

Charlotte Grumme
jordemoder