

DEN GODE FØDSEL

Afrapportering fra arbejdsgruppen under DADJ og DSOG

Kommissorium

At belyse og definere "Den gode fødsel" i tværfagligt regi, herunder belyse hvordan "Den gode fødsel" sikres, bl. a. ved at fokusere på:

- organisering af fødselshjælpen
- samarbejdet kvinden/parret - jordemoder - obstetriker
- beslutning om fødselsmåde
- beslutning om indgreb i fødslen
- smertelindring
- information
- fysisk miljø
- den direkte fødselshjælp
- ressourceanvendelse

Arbejdsmetode

Arbejdsgruppen har holdt 4 møder: 09.05.00 i Jordemoderforeningens lokaler, 08.08.00 på Skive fødeklinik, 24.11.00 på Rigshospitalet, og 16.05.01 på Pharmacia, København. Vi har efter det første møde foretaget litteratursøgning, kopieret artikler og fordelt dem mellem os. Efter det andet møde har vi forsøgt at kondensere resultatet af vores diskussioner.

Arbejdsgruppens medlemmer

Jordemoder Ellen Tobiassen, Holbæk, jordemoder Lene Nielsen, Skejby, jordemoder Karin Asmussen, Skive, overlæge Lone Hvidman, Skejby, overlæge Jens Langhoff-Roos, Rigshospitalet, afdelingslæge Nini Møller, Hillerød, overlæge Ditte Trolle, Holstebro. Jordemoder Margrethe Nielsen deltog i de første tre møder. Arbejdsgruppen har således været ret ensidigt sammensat, i det den udelukkende har bestået af fagpersoner.

Indledning

Hvordan "Den gode fødsel" defineres, vil være bestemt dels af den kultur den finder sted i, dels af de individer der er berørt af den. Der vil derfor aldrig være en entydig

definition, der er uforanderlig over tid. Vi har brugt meget tid i gruppen på at diskutere, om vi skulle betragte fødslen som en medicinsk eller en eksistentiel begivenhed, og har måtte erkende vores relative inkompetence med hensyn til det sidstnævnte aspekt. Vi må også erkende, at vi står på bar bund hvad angår de fødendes mening om en god fødsel. Der eksisterer ikke nogen dansk undersøgelse af dette, og rapporten bliver derfor i høj grad baseret på udenlandske studier. Fagpersonernes mening kan meget vel være meget forskellig fra de fødendes mening, da arbejdsgruppens medlemmer også overvejende er kvinder født omkring midten af sidste århundrede, der mere eller mindre aktivt har oplevet feminismen i 70-erne og 80-erne. Et element af feminismen bestod i oprøret mod læger og hospitalsfødsler (læs: mænd og teknologi). Det er ikke givet, at dagens fødende kvinder har samme behov for dette oprør (1).

Forudsætningerne for fødsel og forældreskab kan også variere. I rapporten forudsættes det at det drejer sig om en begivenhed hvor en kvinde bringer et barn til verden, som hun er biologisk mor til og også skal være social mor til.

Der er tre interessenter i fødslen: De fødende (der også omfatter manden/familien), fagpersonerne og samfundet.

De fødende

De fødende ønsker et raskt barn og at kvinden kommer igennem fødslen uden men, men det er ikke nok - og i øvrigt heller ikke en forudsætning - for at en fødsel skal kaldes god. Tryghed, baseret på tillid til behandlernes faglige kompetence, synes at være er afgørende (3). Jo større denne tryghed er, desto bedre er de fødende rustet til at håndtere (cope with) uforudsete og evt. dramatiske forløb, der kan indebære en oplevelse af at kontrollen fuldstændig overgives til fagpersonerne. At blive forstået og respekteret som individ er ligeledes uhyre væsentligt. Det betyder at man får den information man ønsker, at man under fødslen er centrum for behandlernes omsorg og opmærksomhed, og at man selv afgør hvilken grad af kontrol over forløbet man skal have.

Nøgleordene er de fire C'er (2):

Continuity (få behandlere)

Choice (informeret valg)

Control (indflydelse på processen)

Coping (evne til at håndtere fødslen på et emotionelt plan)

Ud fra den foreliggende litteratur er det de ovennævnte forhold, der synes at være afgørende for de fødendes oplevelse af fødselsforløbet, og det er tilsyneladende relativt uvæsentligt for de fødende, at fødslen er hvad vi definerer som normal - dvs. uden indgreb.

Fagpersonerne

Målet for de involverede fagpersoner er også raske børn og tilfredse forældre, men overvejende ud fra andre bevæggrunde. Drivkraften her er et grundlæggende humanistisk værdigrundlag, men også den faglige stolthed og glæden ved at gøre et

godt arbejde. Fagligheden kan blive uforenelig med den humanistiske holdning i situationer, hvor den fødende kvinde f.eks. har et ønske om en anden behandling end den der medicinsk er mest forsvarlig. Et fremsat ønske om andre behandlingsmetoder end de gængse kan også betyde, at fagpersonen føler at der sættes spørgsmålstegn ved hans/hendes faglige kompetence, og i sidste ende kan en diskussion udarte til et spørgsmål om, hvem der skal have magten over forløbet. Den faglige kompetence baseres i størst mulige udstrækning på videnskabelig evidens, men må også delvis hvile på et empirisk grundlag, da kun overvejende relativt enkle problemstillinger er testet videnskabeligt. Dette forhold giver rige muligheder for, at den enkelte behandlers personlige erfaring og holdninger i høj grad præger det faglige udtryk. Det kan skabe utryghed hos de fødende, der kan opfatte det som uenighed i faggrupperne. Fagpersonerne har også et forhold til ressourceforbrug, dog mest udtalt når der opleves at der ikke er ressourcer nok til at arbejdet kan udføres så godt som man gerne vil.

Samfundet

Samfundets interesse i fødslen er at den resulterer i borgere, der kan bidrage positivt til samfundets udvikling. Konkret vil det sige sunde og raske børn og tilfredse forældre. Samtidig må fødslen være ressourcemæssigt forsvarlig. Endelig har samfundet også etiske grundprincipper, der forventes overholdt.

De enkelte punkter i kommissoriet

Organisering af fødselshjælpen

Kontinuitet (personlig eller faglig) opleves af de fødende som væsentlig for kommunikation og tryghed (3) og ser ud til at kunne mindske antallet af indgreb (4). En organisering af svangreomsorg og fødselshjælp baseret på en høj grad af kontinuitet, burde også kunne mindske tidsforbruget ved de enkelte kontakter og derved være ressourcebesparende. I forbindelse med fødslen kan kontinuiteten evt. understøttes ved hjælp af en doula (ikke faguddannet støtteperson), hvilket i udenlandske undersøgelser har øget de fødendes tilfredshed med fødselsforløbet og haft positive medicinske virkninger for mor og barn(5). For fagpersonerne opleves kontinuitet sædvanligvis også positivt. Herudover er det vigtigt at basale arbejdsmiljømæssige forudsætninger er i orden, dvs. indflydelse på egen arbejdssituation, funktion i overskuelige hold og en begrænset mængde strukturelle omorganiseringer.

Samarbejdet kvinden/parret - jordemoder - obstetriker

For de fødende er det væsentligt at samarbejdet baseres på respekt for individet. De fødende forventer også at fagpersonerne er fagligt kompetente, og at de får sandfærdig og dækkende information (6), så de er i stand til at træffe et informeret

valg. De fleste ønsker formentlig som udgangspunkt en lavteknologisk fødsel, men ønsker samtidig umiddelbar tilstedeværelse af medicinske specialister, hvis det bliver nødvendigt (3, 7). I det tværfaglige samarbejde mellem jordemoder og obstetrikere gælder, at det netop skal dreje sig om et samarbejde, hvor målet er bedst mulig kvalitet for den fødende og ikke individuel positionering. Forudsætningen er en fælles faglig platform, kombineret med respekt for hinandens forskellige viden og kunnen.

Beslutning om fødselsmåde

De fødende ønsker i stigende grad selv at bestemme, hvordan de skal føde (3, 8). Vi tror at de fleste skandinaviske kvinder stadig synes den vaginale "naturlige" fødsel er at foretrække, når der ikke er komplikationer, men sådan er det ikke f.eks. i Brasilien (9). Et elektivt kejsersnit indebærer en grad af forudsigelighed og kontrol, som den vaginale fødsel aldrig vil kunne nå. Det er også efterhånden et indgreb behæftet med så få bivirkninger, at de medicinske argumenter for vaginal fødsel kontra elektivt kejsersnit er svindende (10). Dette opleves som et tab for mange fagpersoner, der dels føler at et spændende arbejdsfelt tages fra dem, dels at deres medicinske viden om og holdninger til fødslen negligeres. Det psykologiske og eksistentielle aspekter er uafklarede, ligesom de økonomiske.

Beslutning om indgreb i fødslen

Vi har indtryk af at det for de fleste fødende er vigtigt at der er fremgang i fødslen, når først den er begyndt, og de har en positiv holdning til indgreb der understøtter progressionen når det fagligt tolkes at være nødvendigt (11). Også her gælder dog de grundlæggende regler om respekt for individet og tryghed ved behandlernes faglige kompetence. I praksis vil den fødende oftest overlade beslutningen om indgreb til de involverede fagpersoner, således at der bliver tale om informeret samtykke, snarere end informeret valg. Det er en forudsætning for informeret samtykke under fødslen at kvinden forinden har kendskab til de tilbud og rutiner der er på fødestedet. Fagpersonerne oplever, at der i konkrete situationer kan blive nødvendigt at i nogen grad overtage beslutningsmyndigheden, og at det ville være at svigte dels den fødende, dels sin egen faglighed at unklade dette.

Smertelindring

Fødselssmerte bliver ofte omtalt negativt, og i henhold til den foreliggende litteratur ønsker kvinder generelt at have mulighed for effektiv smertelindring, når de spørges før fødslen (11, 7) Når kvinderne spørges efter fødslen, kan smerten imidlertid også opfattes positivt, og der er tilsyneladende ikke korrelation mellem smertelindring og tilfredshed med fødselsforløbet (1, 12). Det er muligvis graden af coping der har indflydelse på hvordan smerten opfattes. Den psykologiske betydning af smerten er der meget lidt viden om, og den er svær at måle. Specielt blandt jordemødre er der

en udbredt opfattelse af at smerten og håndteringen af denne er positiv for kvindens personlige udvikling og transitionen til mor.

Information

De fødende ønsker tilsyneladende information der gives i form af en dialog, hvor oplevelsen at blive hørt og taget alvorligt er afgørende (3). Information uden vejledning, hvor der tages hensyn til den enkelte, kan dog virke følelseskold og uengageret. For fagpersonerne er det et problem, at der mangler videnskabelig evidens for en stor del af de obstetriske behandlingsmetoder og rutiner, og at naturvidenskabelig argumentation ofte kommer til kort overfor de fødendes erfaringsbaserede holdninger.

Fysisk miljø

For de fødendes vedkommende er det svært at evaluere betydningen af det fysiske miljø per se. Det vil oftest dreje sig om et miljø der tilstræbes at virke hjemligt og lavteknologisk, og det vil ofte være kombineret med en fødselshjælp der baseres på et ønske om så naturligt et forløb som muligt, typisk på fødeklinikker. Det vil derfor være raske kvinder med ukomplicerede fødsler, der føder i sådanne omgivelser. Hos disse ser det ud til, at hjemlige omgivelser øger tilfredsheden og mindsker indgrebsfrekvensen (13, 14, 15).

Tiltalende fysiske omgivelser har en positiv virkning på de fagpersoner der skal arbejde i det, ligesom det naturligvis er af betydning at lokalerne er praktisk indrettet og hygiejnisk i orden.

Den direkte fødselshjælp

Dette punkt er diskuteret i de ovenstående rubrikker.

Ressourceanvendelse

Vi har ikke kunnet finde undersøgelser eller litteratur, der direkte omhandler forbindelsen mellem ressourceforbrug og gode fødselsforløb. I en dansk rapport (Skive - Viborg) (16) hvor klinikfødsler og hospitalsfødsler blev sammenlignet bl.a. med hensyn til pris og patienttilfredshed var der ikke forskel i kvindernes tilfredshed med fødslen, men klinikfødslerne var dyrere end hospitalsfødslerne.

Konklusion, anbefalinger

Der foreligger meget begrænset viden om hvad der karakteriserer "Den gode fødsel" for de fødende, fagpersonerne og samfundet i Danmark. Da denne viden må være essentiel for rationel brug af de forhåndenværende ressourcer, foreslår arbejdsgruppen derfor at der foretages en undersøgelse af, hvad danske fødende, fagpersoner og sundhedspolitikere i amterne forstår ved en god fødsel. Vi forestiller os at kvinderne spørges to gange - dels under graviditeten, hvor formålet er at

klarlægge hvilke faktorer kvinderne på forhånd mener er vigtige for en god fødsel, dels efter fødslen, hvor der fokuseres på hvad der havde betydning i praksis. I arbejdsgruppen har vi fundet det værdifuldt at samarbejde ud fra vores forskellige forudsætninger. Vi vil derfor foreslå at DSOG og DADJ tager initiativ til tiltag på landets fødeafdelinger, der kan bedre kommunikation og forståelse mellem faggrupperne, opdatere vores fælles viden og bearbejde vores holdninger. I arbejdsgruppen er der en positiv stemning over for at stille sig til rådighed for denne opgave.

Litteratur

1. Kjeldsen ACM. Når kvinder føder. Et essay om kropslig, kvindelig og delt erfaring. Institut for antropologi, Københavns Universitet, 1997 (bachelor essay).
2. Hundley VA et al. Satisfaction and the three C's. Br J Obstet Gynaecol 1997; 104: 1273-80.
3. Legkvinnekonferansen om fødsels- og barselsomsorgen. Statens Helsetilsyn, Norge, 1999.
4. Page L, et al. Clinical interventions and outcomes of One-to-One midwifery practice. J Publ Hlth Med 1999; 21 (3): 243-8.
5. Hodnett 6. Caregiver support for women during childbirth (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 1, 2000. Oxford. Update Software.
6. Wilde B et al. Quality of Care. Scand J Caring Sci 1994; 8: 39-48.
7. Trovik J, et al. Hvis de fødende selv kunne velge... Tidsskr Nor Lægefor 1995; 115: 838-41.
8. Bundgaard Y. Det er den fødende - ikke jordemoderen - der foretager det informerede valg! Tidsskrift for jordemødre 2000; 8: 14 (læserbrev).
9. Mello e Souza, C de. C-sections as Ideal Births: The Cultural Constructions of Beneficence and Patients' Rights in Brazil. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 1994; 3: 358-66.
10. Hannah ME et al. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicentre trial. Lancet 2000 Oct 21; 356 (9239): 1375-83.

11. Impey L. Maternal Attitudes to Amniotomy and Labour Duration. *Birth* 1999; 26: 211-14.
12. Waldenström U. Modern maternity care: does safety have to take the meaning out of birth? *Midwifery* 1996; 12: 165-73.
13. Waldenström U, Nilsson CA. Experience of childbirth in birth center care. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73: 547-554.
14. Waldenström U, Nilsson CA. Women's Satisfaction with Birth Center Care: A Randomized, Controlled Study. *Birth* 1993; 20: 3-13.
15. Hodnett ED. Home-like versus conventional institutional settings for birth (Cochrane Review) In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2000*. Oxford. Update Software.
16. Kallestrup L, Høst S. *Evaluering af Fødeklinikken i Skive, Viborg Amt*. 1999.