

# **RETNINGSLINJER FOR DEN NORMALE FØDSEL**

**EKSAMENSPROJEKT I JORDEMODERKUNDSKAB,  
BACHELORPROJEKT**

7. SEMESTER, JANUAR 2009

**AF:**

HEIDI HAJSLUND CHRISTENSEN,  
METTE KABELL HANSEN &  
NINA OLSÉN SØRENSEN

**VEJLEDER:**

ANNETTE DALSGAARD VILAIN

ANTAL TEGN: 98.064

" DETTE PROJEKTEKSEMPLAR ER  
IKKE RETTET ELLER KOMMENTERET  
AF JORDEMODERUDDANNELSEN,  
PROFESSIONSHØJSKOLEN  
METROPOL. "

**JORDEMODERUDDANNELSEN,  
PROFESSIONSHØJSKOLEN  
METROPOL**





**While we assume, that standards act in health situations, the question remains what they achieve and how relevant their role is.**

*(Timmermans og Berg 2003:22)*

# INDEX

---

## RESUMÉ

<b>1.0 PROBLEMSTILLING</b> .....	1
<b>2.0 PROBLEMFORMULERING</b> .....	5
2.1 BEGREBSAFKLARING .....	5
<b>3.0 METODE</b> .....	6
3.1 VIDENSKABSTEORETISKE OVERVEJELSER .....	6
3.2 VALG AF EMPIRISK MATERIALE .....	7
3.3 PROJEKTETS TEORETISKE PERSPEKTIV .....	7
3.4 LITTERATURSØGNING .....	10
3.5 AFGRÆNSNING .....	10
<b>4.0 RETNINGSLINJER</b> .....	11
<b>5.0 PRÆSENTATION AF EMPIRI</b> .....	12
<b>6.0 TEKSTANALYSEMETODE</b> .....	14
<b>7.0 JORDEMODERFAGLIG OMSORG</b> .....	15
7.1 NATURLIG OMSORG .....	15
7.2 PROFESSIONEL OMSORG .....	16
7.3 DET FORLØSENDE MØDE .....	16
7.4 DEN FORANKREDE LEDSAGER .....	17
7.5 RESPEKT FOR DEN ENKELTE .....	18
<b>8.0 JORDEMODERFAGLIG OMSORG I RETNINGSLINJERNE</b> ...	19
8.1 RELATIONER .....	19
8.2 INDIVIDUEL OMSORG .....	20

8.3 PROFESSIONELLE GRÆNSER.....	22
8.4 HELHEDSSYN .....	22
8.5 NORMALITET .....	24
8.6 SAMMENFATNING .....	24
<b>9.0 EVIDENS, TAVS VIDEN OG JORDEMODERENS SKØN.....</b>	<b>26</b>
9.1 TAVS VIDEN .....	27
9.2 DET JORDEMODERFAGLIGE SKØN .....	28
<b>10.0 SCIENCE, TECHNOLOGY AND SOCIETY-STUDIES .....</b>	<b>29</b>
10.1 KLINISK EKSPERTISE OG EBM.....	29
10.2 STANDARDISERINGER OG PRAKSIS .....	30
<b>11.0 RETNINGSLINJER OG JORDEMODERENS RÅDERUM .....</b>	<b>32</b>
11.1 VIDENSGRUNDLAG.....	32
11.2 RETNINGSLINJER SOM KOMMUNIKATION .....	33
11.3 DEFINITIONER AF DET NORMALE .....	35
11.4 FORPLIGTELSER OG MULIGHEDER .....	36
11.5 SAMMENFATNING.....	38
<b>12.0 DISKUSSION .....</b>	<b>39</b>
<b>13.0 KONKLUSION .....</b>	<b>45</b>

## **LITTERATUR**

## **BILAGSFORTEGNELSE**



## RESUMÉ

---

Udgangspunktet for projektet er en undren over, at der findes retningslinjer for den normale fødsel. I projektet analyseres det hvordan jordemoderfaglig omsorg kommer til udtryk i sådanne og med et STS-perspektiv undersøges hvordan en retningslinje kan påvirke jordemoderens råderum. Det konkluderes, at der i retningslinjerne fremgår elementer af jordemoderfaglig omsorg, men begrebets mangfoldighed og nuancer ikke kommer til udtryk. Retningslinjer medvirker til at konstruere jordemødres praksis hvilket kan have konsekvenser for den jordemoderfaglige omsorg for den enkelte kvinde. Retningslinjer indskrænker jordemoderens råderum og dermed jordemødres mulighed for at skønne; en vigtig kompetence i forhold til konstitutionen af jordemødres fagområde.

## 1.0 PROBLEMSTILLING

---

I det danske sundhedsvæsen anno 2008 er centralisering, effektivisering og kvalitetssikring blevet vigtige elementer (Region Hovedstaden 2007:76-80). Fødselshjælpen centraliseres på store hospitaler og i tidsrummet fra 1982 til 2005 er antallet af fødeafdelinger på landsplan reduceret fra 72 til 33 (Sundhedsstyrelsen 2007:10). I maj 2007 blev det besluttet, at antallet af fødesteder i hovedstadsområdet skal reduceres yderligere og dette resulterer på sigt i lukning af Glostrup, Frederiksberg og Gentofte fødegang. Baggrunden for denne fusionering er et ønske om at samle fødsler på specialafdelinger med tilknyttet neonatalafdeling samt at optimere sikkerheden omkring fødslerne, bl.a. med tilstedeværelse af speciallæger døgnet rundt (Region Hovedstad 2007:23-24).

Sammenlægningen af fødesteder i hovedstadsområdet har ført til ophedet debat blandt jordemødre, som frygter, at sammenlægningerne vil ske på bekostning af normale fødsler. Jordemødrene er bekymrede for, om den ukomplicerede fødsel bliver kompliceret, når fødeafdelingerne bliver større (Kjeldset 2007). En jordemoder fra Frederiksberg Hospital udtrykker det således: *"Vi er alle kedde af at miste et lille velfungerende fødested og en god arbejdsplads og vi er bekymrede for hvordan man varetager de normale fødsler i de meget store afdelinger der bliver resultatet."* (Kjeldset 2007:36).

En anden markant tendens på fødselsområdet er et øget antal indgreb i fødslen. Sundhedsstyrelsens statistikker viser, at antallet af indgreb i Robson gruppe 1<sup>1</sup> fødsler er stigende og andelen af fødsler med vestimulation er steget fra 38,1 % i 2000 til 46,5 % i 2007. I samme periode er andelen af epiduralblokader steget fra 7,1 % til 32,2 %. I 2000 blev der foretaget sectio i 10,1 % af fødslerne, hvilket var tilfældet i 12,6 % i 2007<sup>2</sup>. Stigningen i indgrebsfrekvensen blandt førstegangsfødende kvinder er et komplekst område, som ikke har en enkelt

---

<sup>1</sup> Førstegangsfødende kvinder, hvor fødslen af et barn i hovedstilling indsætter spontant til terminen.

<sup>2</sup> Oplyst gennem mailkontakt til Steen Rasmussen, SST, se bilag 3.



forklaringsmodel. Tallene viser, at en fødsel uden indgreb forekommer mere sjældent i dag end tidligere, men om der er sammenhæng mellem de store fødeafdelinger og den øgede indgrebsfrekvens, er vanskeligt at afgøre.

I obstetrikken betegnes en fødsel uden indgreb ofte som "normal" (Hvidovre 2008). Filosof Steen Wackerhausen påpeger, at brug af normalitetsbegrebet har sine svagheder, da det normale relaterer til en bestemt tidsperiode og således er et relativt begreb. Normalitet kan, ifølge Wackerhausen, defineres ud fra det gennemsnitlige, det der er mest af og det vi værner os til (Wackerhausen 1998). Ud fra denne definition af normalitet vil indgrebet vestimulation muligvis kunne betragtes som normalt for gruppe 1 fødlerne, eftersom vestimulation forekom i knapt halvdelen af disse i 2007.

Det normale er altså ikke et entydigt begreb, men en dynamisk størrelse hvis betydning bl.a. afhænger af, hvem der definerer det. Antropolog Brigitte Jordan udtrykker det således: *"...Birth is everywhere socially marked and shaped."* (Downe 2006:352). Det der opfattes som normalt i en given kultur et bestemt sted på et bestemt tidspunkt kan opfattes anderledes andre steder og internationalt er der diskussion om, hvordan den normale fødsel bør defineres (Downe 2006). Et forslag til en bred og individualiseret tilgang til den normale fødsel betegnes som unique normality, hvilket beskrives som et begreb der: *"...takes account of each woman's labour in the context of her pregnancy, her family clinical, psychological and emotional history and the story of her life. It sees birth as an 'ordinary drama' – not as a crisis, and not as a routine event, but as a one-off exciting event, full of possibility."* (Downe 2006:354). I en sådan tilgang er det jordemoderens opgave at optimere muligheden for et normalt fødselsforløb og samtidig acceptere, at et sådant ikke altid kan opnås (Downe 2006).

Det kan ligeledes være problematisk, når forskellige fagpersoner forsøger at definere en normal fødsel. Under en workshop med titlen *Exploring ways of keeping birth normal* ved den nordiske kongres for jordemødre i Reykjavik 2004 fremsatte en dansk jordemoder sin bekymring: *"...vi bør ikke lade andre definere hvad, der er normalt. Vi må ikke give denne faglige platform bort. Den er vores, og vi må stå fast, når der bliver politisk strid, for eksempel i en kamp om økonomiske midler. Vi må sørge for, at det er os, som har bånd på denne definition, og ikke andre professioner, politikere ..."* (Kjeldset 2004). Den faglige platform der omtales kan sidestilles med jordemoderens selvstændige virksomhedsområde, der defineres som fødselshjælp til den fødende og barnet under spontant forløbende fødsler (Sundhedsstyrelsen 2001a). I tilfælde af komplikationer påhviler det jordemoderen at tilkalde læge

(Sundhedsstyrelsen 2001a) og det fremgår således af lovgivningen, at det er jordemoderens ansvar at vurdere, hvorvidt en fødsel forløber ukompliceret. Jordemoderen er ligeledes forpligtet til, inden hun kan indlede en given behandling, at indhente informeret samtykke fra kvinden. Et sådant skal gives på grundlag af fyldestgørende information om behandlingsmuligheder herunder risiko for komplikationer og bivirkninger. Informationen skal give en forståelig fremstilling af undersøgelsen og den påtænkte behandling samt være tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2008: kap. 2).

Jordemoderens fornemmeste og måske sværeste opgave under fødslen er at handle i den gråzone der opstår mellem det normale spontanforløb og det komplicerede. Det forventes at jordemoderen tilkalder læge i tide og dette er kun muligt, når hun kender og kan definere det normale fødselsforløb (Møller 2002). At kende og definere det normale fødselsforløb er derfor en betydelig jordemoderfaglig kompetence og det er selvsagt, at jordemødrene er aktive i debatten omkring fortolkningen og definitionen af det normale fødselsforløb – også uden for klinisk praksis.

Den føromtalte fokusering på sikkerhed udmønter sig bl.a. i Sundhedsstyrelsens vægning af retningslinjer som et redskab til at øge patientsikkerheden (Sundhedsstyrelsen 2000). Krav om en effektiv udnyttelse af ressourcerne øger behovet for veletablerede rutiner og på de danske fødesteder findes således obstetriske retningslinjer som et arbejdsredskab til jordemoderen. I konkrete komplicerede obstetriske situationer kan retningslinjer være en stor hjælp for jordemoderen, f.eks. hvis hun ikke kan huske et lægemiddels dosis. Samtidig kan det være frustrerende og hæmmende, når jordemoderen er fagligt og/eller ideologisk uenig med retningslinjen (Böttcher 2008). På trods af den dobbelthed mange jordemødre føler overfor retningslinjer, er det klart, at retningslinjer, selvom de ikke er juridisk bindende (Sundhedsstyrelsen 2000), kan være bestemmende for arbejdsgangen på danske fødegange (Böttcher 2008).

En rundspørge til landets fødeafdelinger viser, at mindst 10 fødeafdelinger, foruden retningslinjer for komplicerede tilstande i forbindelse med graviditet og fødsel, også har en retningslinje for den normale fødsel (se bilag 1). Endvidere er der i flere af landets regioner (bl.a. Region Midt og Region Hovedstaden) nedsat arbejdsgrupper med formålet at formulere en fælles

forløbsbeskrivelse for bl.a. den normale fødsel<sup>3</sup>. Eftersom normalitet er et omdiskuteret begreb, kan man undre sig over, at den normale fødsel er defineret i retningslinjer.

Jordemoderforeningen har udarbejdet en etikkode (Jordemoderforeningen 2007), der udtrykker et værdigrundlag for jordemodervirksomhed. Baggrunden for etikkoden er, at jordemødre ofte står i et dilemma omkring, hvordan de skal forholde sig fagligt og etisk til udviklingen inden for deres fag samt de menneskelige konsekvenser af denne. Jordemoderen kan i denne sammenhæng anvende etikkoden som en hjælp til, hvordan hun bør agere etisk i sit arbejde med gravide og fødende kvinder. Af etikkoden fremgår det, at jordemoderfaglig omsorg er en essentiel jordemoderfaglig kompetence og jordemoderfaglig omsorg beskrives som omsorg der: *”...tager udgangspunkt i den enkelte kvinde og hendes individuelle ønsker og behov i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel. ...jordemoderen [skal] aktivt medvirke til, at svangreomsorgen bygger på respekten for kvinders ligeværd og integritet, så de sikres reel medbestemmelse og indflydelse på omsorg og eventuel behandling.”* (Jordemoderforeningen 2007 pkt. 2).

Begrebet jordemoderfaglig omsorg er beskrevet af flere teoretikere (Kennedy 2002, Berg 2004, Lundgren 2004) og der er enighed om, at jordemoderfaglig omsorg er af stor betydning ikke blot for fødselsprocessen og kvindens fødselsoplevelse men også for den fremtidige familiedannelse (Berg 2004:38, Lundgren 2004:106). Kan det tænkes at en standardiseret praksis i form af retningslinjer for den normale fødsel har konsekvenser for den jordemoderfaglige omsorg, når jordemoderens udgangspunkt ifølge etikkoden bør være den enkelte kvinde (Jordemoderforeningen 2007)?

Af Jordemoderforeningens etikkode fremgår det ligeledes, at jordemødre skal: *”...bidrage med deres viden, når der skal udarbejdes retningslinjer på afdelingerne...”* (Jordemoderforeningen 2007 pkt. 7). Det er således interessant at problematisere, at der eksisterer en retningslinjer for den normale fødsel og hvad en sådan indeholder, inden retningslinjer for den normale fødsel indføres på alle landets fødesteder og måske bliver en selvfølge i arbejdet med den normale fødsel.

---

<sup>3</sup> Dette er oplyst af chefjordemoder ved Herlev Hospital Ingelise Andersen og uddannelsesansvarlig jordemoder ved Regionshospitalet Silkeborg.

## 2.0 PROBLEMFORMULERING

---

Hvordan kommer jordemoderfaglig omsorg til udtryk i retningslinjer for den normale fødsel og hvordan påvirkes jordemoderens råderum af, at hun arbejder med sådanne retningslinjer?

### 2.1 BEGREBSAFKLARING

**Retningslinje:** Systematisk udarbejdet handleanvisning for arbejdsgange og processer i forbindelse med undersøgelse, behandling og pleje (Sundhedsstyrelsen 2000).

**Jordemoderfaglig omsorg:** Jordemoderens arbejde baseret på medmenneskelighed og faglig kompetence (Berg 2004:33). Jordemoderfaglig omsorg kan sidestilles med det engelske ord *midwifery care*. *Care* har både betydning af behandling og omsorg (Nielsen 2004) og ordet *midwife* betyder *med kvinder* (Lundgren 2004:117). Jordemoderfaglig omsorg udspiller sig således i relationen mellem jordemoder og kvinde.

**Den normale fødsel:** Der er internationalt begrebsforvirring omkring, hvad der kan defineres som en normal fødsel (Downe 2006). I Danmark sidestilles den normale fødsel oftest med den ukomplicerede fødsel hvilket forstås som fødsel af ét barn i bagehovedpræsentation til termin, dvs. perioden mellem 37 og 42 fulde graviditetsuger. Fødslen indsætter, forløber og afsluttes spontant uden brug af vefremmende medicin, hindsprængning eller instrumentel forløsning (sugekop, tang eller kejsersnit) (Sundhedsstyrelsen 2001b).

**Råderum:** Jordemoderens mulighed for selvstændigt at kunne udføre sit arbejde og skønne hvordan der skal handles i forhold til fødsler. Råderummet omfatter ligeledes de rammer, der er for jordemoderens arbejde i form af lovgrundlag (Sundhedsstyrelsen 2001a, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2008, Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006), Etikkode for jordemødre (Jordemoderforeningen 2007) og de lokale retningslinjer, der er på de enkelte fødesteder.

## 3.0 METODE

---

I projektet foretages en tekstanalyse samt en teoretisk analyse af udvalgte retningslinjer for den normale fødsel. Projektet har således en kvalitativ tilgang til besvarelsen af hvordan den jordemoderfaglige omsorg kommer til udtryk i retningslinjerne og hvordan sådanne retningslinjer kan påvirke jordemoderens råderum. I følgende kapitel beskrives projektets undersøgelsesmetode og dermed hvorledes problemformuleringen besvares. Ligeledes argumenteres for valg af teori og empiri. Indledningsvis redegøres for vores forforståelse, samt videnskabsteoretiske<sup>4</sup> overvejelser.

### 3.1 VIDENSKABSTEORETISKE OVERVEJELSER

#### Forforståelse

De spørgsmål der rejses i projektet er interessebetonede. For at tydeliggøre forfatterens forforståelse har det været nødvendigt med videnskabsteoretisk refleksion gennem diskussioner i gruppen. Vores undren over at der findes en retningslinje for den normale fødsel skal ses i forhold til vores tilgang til fødsler. Vi tilslutter os Jordemoderforeningens etikkodes værdigrundlag og mener, at det er en af jordemoderens fornemste opgaver at: *”...støtte kvinder i at gennemføre graviditet, fødsel og barsel så normalt som muligt...”* (Jordemoderforeningen 2007 pkt. 4). Vi er af den overbevisning, at en fødsel er en naturlig og unik livsproces. Ikke to fødsler er ens og jordemoderen må således være i stand til at kende det rigt varierende normalforløb. Vi mener, at det bedste for mor og barn er en vaginal fødsel uden unødvendige indgreb, hvor dette er muligt. Når vi med projektet forholder os kritisk til den praksis at have en retningslinje for den normale fødsel, skyldes det en formodning om, at der kan være diskongruens mellem at arbejde med en retningslinje for den normale fødsel og samtidig arbejde med udgangspunkt i den enkelte kvinde. Ligeledes er vi bekymrede for, at en retningslinje for den normale fødsel kan have indflydelse på jordemoderens råderum og at standardisering ved hjælp af retningslinjer kommer til at ske på

---

<sup>4</sup> Videnskabsteori defineres her som den praksis hvor vi bearbejder vores videnskabelse og søger hermed at formulere de dertil hørende væsentlige og vitale modsætninger og spørgsmål (Simonsen 2005a:215).

bekostning af det unikke ved den enkelte fødsel samt den individuelt tilpassede jordemoderomsorg.

### **Konstruktivisme**

Dette projekt søger at afdække, hvordan retningslinjer for den normale fødsel kan have indflydelse på jordemoderens råderum. En retningslinje kan opfattes, som noget der ligger i 'tingenes orden' og dermed noget naturligt, selvfølgelig eller nødvendigt. I konstruktivismen, som er en human- og samfundsvidenskabelig position, kan sådanne fænomener ved nærmere undersøgelse vise sig at være lokalt og historisk forankrede (Collin 2003:11). Konstruktivister deler den opfattelse, at fænomener, som normalt opfattes som uafhængigt eksisterende, i virkeligheden er frembragt eller konstrueret gennem menneskers tænkning, sprog og sociale praksisser. Påvisningen af dette er fokus for konstruktivister (Collin 2003:11-12). I projektet anvendes en variant af konstruktivismen; Science, Technology and Society studies (STS) som anskueliggør, at forståelsen af videnskab og teknologi er uløseligt bundet til praksis. Dette muliggør analyser, der ikke alene forudsætter mennesker som eneste eller centrale aktører<sup>5</sup>. Derimod udforsker STS den gensidige påvirkning mellem mennesker og ikke-mennesker (Jensen 2007:10).

## **3.2 VALG AF EMPIRISK MATERIALE**

Som projektets empiriske materiale er retningslinjen for den normale fødsel fra følgende fødesteder valgt: Hvidovre Hospital, Regionshospitalet Holstebro og Regionshospitalet Silkeborg. Disse fødesteder er udvalgt, da de repræsenterer en bredde både geografisk i forhold til fødestedernes beliggenhed, samt i retningslinjernes udformning. Retningslinjerne kan ses som et udtryk for de valgte fødesteders forståelse af den normale fødsel og præsenterer hvorledes jordemoderen skal håndtere denne.

## **3.3 PROJEKTETS TEORETISKE PERSPEKTIV**

### **Retningslinjer**

For at introducere retningslinjer generelt inddrages Sundhedsstyrelsens (SST) definition af retningslinjer og vejledning til udarbejdelse af sådanne (Sundhedsstyrelsen 2000), da denne

---

<sup>5</sup> I modsætning til f.eks. socialkonstruktivismen, hvor bl.a. viden anses som konstrueret af den sociale kontekst, som viden opstår og anvendes i (Simonsen 2005c:254).

myndighed<sup>6</sup> er rådgivende, tilsynsførende og rammesættende for jordemødre. Således er SST's definition af retningslinjer, samt deres begrundelse for hvorfor, det er nødvendigt at indføre retningslinjer, af betydning for jordemødres praksis.

### **Tekstanalyse**

For at komme til en forståelse af hvordan jordemoderfaglig omsorg kommer til udtryk i det empiriske materiale og hvordan retningslinjer kan have indflydelse på jordemoderens råderum i klinisk praksis foretages en analyse af udvalgte retningslinjer for den normale fødsel.

Da projektets empiriske materiale er tekster i form af retningslinjer for den normale fødsel anvendes tekstanalysen, som udlagt af forskningsprofessor Lene Koch (Koch 2007), som metodisk tilgang, da Koch beskriver analysemetoden i forhold til sundhedsvidenskabelige tekster.

### **Jordemoderfaglig omsorg**

For en overordnet forståelse af begrebet omsorg inddrages indledningsvis sygeplejerske, mag. phil. og dr.philos. Kari Martinsens (Martinsen 2003) betragtninger omkring omsorg. Martinsen sætter omsorgsbegrebet i en moralsk, historik og sundhedspolitisk sammenhæng og anvendes i projektet til en forståelse af, hvorledes hverdagens omsorg adskiller sig fra den professionelle omsorg, der udøves af f.eks. sundhedsprofessionelle. Dette suppleres med jordemoder, med.dr., magister i Folkhälsa og Omvårdnad Marie Berg (Berg 2004), som sætter omsorgsbegrebet i en jordemoderfaglig kontekst. Jordemoder, magister i Folkhälsa og Omvårdnad samt ph.d. Ingela Lundgren (Lundgren 2004) beskæftiger sig med omsorg for kvinder under den normale fødsel og inddrages i projektet til at uddybe hvilke elementer, der anses for betydningsfulde i mødet mellem jordemoderen og kvinden. Jordemoder Holly Powell Kennedys (Kennedy 1995) resultater fra *The essence of nurse-midwifery care. The woman's story* publiceret i *Journal of Nurse-Midwifery*, inddrages i projektet for en forståelse af kvinders opfattelse af og oplevelser med jordemoderfaglig omsorg. På baggrund af interviews med kvinder fremanalyserer Kennedy temaer, der beskriver det unikke ved jordemoderfaglig omsorg. Jordemoderfaglig omsorg bliver således en konkret og håndgribelig størrelse. Begrebet jordemoderfaglig omsorg udfoldes og anvendes som analyseredskab med formålet at undersøge, hvorledes jordemoderfaglig omsorg fremgår af retningslinjer for den normale fødsel.

---

<sup>6</sup> SST er en dansk rådgivende, tilsynsførende og rammesættende myndighed under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. SST autoriserer sundhedsfagligt personale og fører tilsyn med sundhedsvæsenet.

### **Evidens og tavs viden**

For en forståelse af den viden der sædvanligvis ligger til grund for retningslinjer, inddrages sygeplejerske, SD, Ba. og cand.phil. Jens Bydam (Bydam 2003), der i bogen *Evidensbaseret Praksis* udfolder evidensbegrebet ud fra et praktisk, anvendelsesorienteret synspunkt således, at evidens ikke forbliver en teoretisk diskussion. Dette suppleres med betragtninger fra Stefan Timmermans og Marc Berg (Timmermans og Berg 2003). Bogen *Etik & Videnskabsteori i Sundhedsfagene* af Morten Severinsen (Severinsen 2005) inddrages med henblik på at introducere begrebet tavs viden og er udvalgt, da han sætter spørgsmålstegn ved, om al viden kan nedskrives. Dette uddybes med professor og mag.art. ph.d. Steen Wackerhausens (Wackerhausen 1992) betragtninger omkring hvorledes kundskabens tavse dimensioner i visse tilfælde kan sprogliggøres.

### **Science, Technology and Society studies**

Introduktion til STS (Jensen, Lauritsen og Olesen 2007) af Casper Bruun Jensen, Peter Lauritsen og Finn Olesen, alle forskere indenfor Science, Technology and Society (STS) feltet, anvendes i projektet til en overordnet introduktion af STS. Denne giver en indføring i feltets centrale positioner og er udgivet af Center for STS-Studier ved Århus Universitet. En introduktion af STS er baggrund for en forståelse af bogen *The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care* af Stefan Timmermans og Marc Berg (Timmermans og Berg 2003). Timmermans og Berg inddrages i projektet til at anskueliggøre, at standardiseringer i sundhedsvæsenet i et STS-perspektiv kan være medvirkende til at konstruere praksis. Forfatternes ærinde er ikke at tilslutte sig ej heller at opponere mod standardisering. Derimod fremstilles både positive og negative aspekter ved standardisering og det undersøges hvordan sådanne gennem retningslinjer påvirker og ændrer sundhed og behandling (ibid.:21).

### **Det jordemoderfaglige skøn**

Jordemoder og professor Gunhild Blåka Sandvik (Sandvik 1997) inddrages i projektet for en beskrivelse af *det jordemoderfaglige skøn* (Sandvik 1997:75-76), der omhandler hvad jordemoderen kan og gør i fødselsituationen. Dette ses som en afgrænsning af og definitionen af selve kernen i den jordemoderfaglige kundskab og konkretiserer, hvilket vidensgrundlag jordemoderen arbejder ud fra. Videre inddrages Sandviks betragtninger omkring forskellige tilgange til fødslen.



### **3.4 LITTERATURSØGNING**

Med udgangspunkt i problemformuleringen har vi foretaget en litteratursøgning på databaserne PubMed, CINAHL og Psycinfo på søgeordene: *natural labour, normal labour, midwifery, midwifery care, nurse-midwifery care, birth, practice guideline* m.fl. samt kombinationer af disse. For at opnå en fyldestgørende søgning er søgeordene søgt som fritext og emneord. Vi har søgt på Campus Rådmandsmarkens Biblioteks database samt Københavns Universitetsbiblioteks databaser. Desuden har vi benyttet os af kædesøgning i jordemoderfaglig litteratur (se bilag 2).

### **3.5 AFGRÆNSNING**

Vi har i projektet foretaget en række metodiske valg og har fravalgt at lave egen empiri. Problemformuleringen kunne have været besvaret gennem interviews med jordemødre for at afdække hvorledes deres råderum påvirkes af at arbejde med retningslinjer for den normale fødsel. Ligeledes kunne problemformuleringen have været besvaret ved at foretage et observationsstudie af, hvordan den jordemoderfaglige omsorg kommer til udtryk mellem jordemoderen og kvinden under fødslen. I stedet ønsker vi at belyse problemformuleringen ved brug af tekstanalyse og teoretisk analyse. Et alternativ til det teoretiske STS-perspektiv kunne have været et diskursperspektiv med formålet at afdække, hvilke diskurser der er i spil i retningslinjer og dermed kan tænkes at påvirke jordemoderens råderum, samt den jordemoderfaglige omsorg.

## 4.0 RETNINGSLINJER

---

For en forståelse af de retningslinjer der forefindes på danske fødesteder, introduceres disse generelt, ligesom der redegøres for SSTs begrundelse for indførelse af retningslinjer.

I vejledning om udfærdigelse af instrukser<sup>7</sup> påpeger SST, at: *"...indførelse af avanceret teknologi, nye behandlingsmetoder og behandlingsmetoder, der kræver behandling på tværs af faggrænser og specialer."* (Sundhedsstyrelsen 2000:1) øger behovet for veletablerede rutiner og instrukser som arbejdsredskab til styrkelse af patientsikkerheden (Sundhedsstyrelsen 2000:1). I vejledningen defineres instrukser som forskrifter fra afdelingens ledelse for, hvordan sundhedspersoner skal forholde sig under givne omstændigheder. Instrukser omfatter retningslinjer for ansvars- og kompetencefordelingen mellem sundhedspersoner samt kliniske retningslinjer/vejledninger, som er systematisk udarbejdede anvisninger for patientrelaterede arbejdsgange og processer i forbindelse med undersøgelse, behandling og pleje (Sundhedsstyrelsen 2000:1).

### Retningslinjers retsvirkning

Den enkelte sundhedsperson har, ifølge SST, et selvstændigt ansvar for at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i sit faglige virke (Sundhedsstyrelsen 2000, Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006). Afvigelser fra en retningslinje vil ikke nødvendigvis være udtryk for manglende omhu og samvittighedsfuldhed, men dette skal vurderes ud fra de givne omstændigheder (Sundhedsstyrelsen 2000). Den enkelte sundhedsperson er således ikke retsligt forpligtet til at følge en klinisk retningslinje, men i visse tilfælde vil retningslinjer kunne tolkes som udtryk for forsvarlig praksis og således vil en afvigelse fra retningslinjen kunne opfattes som et udtryk for manglende omhu og samvittighedsfuldhed.

---

<sup>7</sup> Instrukser er her SSTs terminologi, men som det fremgår af den uddybende definition, kan dette erstattes med retningslinjer.

## 5.0 PRÆSENTATION AF EMPIRI

---

I følgende afsnit præsenteres projektets empiriske materiale i form af Hvidovre Hospitals, Regionshospitalet Holstebros og Regionshospitalet Silkeborgs retningslinjer for den normale fødsel.

Indsamling af retningslinjer for den normale fødsel er foretaget gennem mailkontakt til samtlige fødesteder i Danmark. Det er sikret, at alle fødesteder har modtaget en forespørgsel (se bilag 1 for uddybende redegørelse af indsamlingen af empiri). Der er udvalgt tre retningslinjer for at besvare problemformuleringen mere bredt end ved blot at analysere en enkelt retningslinje. Samtidig anses tre retningslinjer som et passende omfang for projektet. De tre fødesteder er udvalgt, da de repræsenterer en bredde geografisk. Samtidig er retningslinjernes udformning, detaljeringsgrad og omfang forskellige, hvilket er interessant, da de alle omhandler samme emne; den normale fødsel. Hvidovre Hospital er landets største fødested (Sundhedsstyrelsen 2008:4) og repræsenterer en alsidighed på fødselsområdet<sup>8</sup>. Retningslinjen er sidst revideret i 2008, er detaljeret, fylder syv A4-sider og inkluderer en række referencer til litteratur og diverse kliniske studier. Retningslinjen omhandler fødselsfasen, fødselsforløbet, fødsel og fremhjælpning af barn, efterbyrdsfasen og de første timer efter fødslen. Videre har Hvidovre Hospitals retningslinjer været toneangivende i flere andre hospitalers udformning af lignende retningslinjer<sup>9</sup>.

Holstebros retningslinje er valgt, da det er interessant at dennes omfang er begrænset til en A4 side. Retningslinjen er sidst opdateret i 2006 og er på nuværende tidspunkt under revision. Den omhandler en række arbejdsopgaver i forbindelse med den normale fødsel. Samme retningslinje anvendes på Regionshospitalet Herning.

---

<sup>8</sup> På Hvidovre Hospital tilbydes hjemmefødsel, fødsel på fødeklínik for kvinder med forventet normal fødsel, kendt jordemoderordning, samt fødsel på specialafdeling.

<sup>9</sup> Bl.a. Hillerød Hospital henviser i deres retningslinje til Hvidovre Hospitals hjemmeside for faglige vejledninger.

Retningslinjen fra Regionshospitalet Silkeborg er fra 2005 og er beskrevet på tre A4-sider. På nuværende tidspunkt er retningslinjen under revision. Retningslinjen anvendes i hele det tidligere Århus Amt og omhandler fødselsrutiner der knytter sig til den normale fødsel. Retningslinjen er medtaget i projektet, da den er den eneste af de fremsendte retningslinjer der, udover fødsel på hospital omhandler hjemmefødsel. Således er fødsel i hjemmet, planlagt såvel som uplanlagt, en del af den normale fødsel.

## 6.0 TEKSTANALYSEMETODE

---

For at undersøge hvorledes den jordemoderfaglige omsorg og jordemoderens råderum kommer til udtryk i retningslinjer for den normale fødsel, anvendes Kochs betragtninger vedrørende tekstanalyse som metodisk redskab i sundhedsvidenskaben. Koch præsenterer ikke en enkelt metode til hvorledes en tekstanalyse struktureres men introducerer derimod en række forskellige undersøgelsesredskaber, der kan inddrages i en analyse. I projektet bruges tekstanalyse til at afdække tekstens struktur, og således tekstens dele, samt til at fortolke tekstens indhold. Koch skriver, at tekster kan opfattes som en kommunikationssituation med en afsender, en tekst og en modtager. Her kan man med en tekstanalyse besvare spørgsmålet, hvem skriver hvad til hvem og hvorfor, hvorved formålet med teksten afdækkes (Koch 2007:144). Det kan ligeledes være relevant, at se på hvilket sprog der anvendes i den givne tekst for at fortolke tekstens indhold (ibid.:139). Forskellige opfattelser farver sprogbrug og ordvalg og en tekstanalyse kan anvendes til, at analysere det valgte sprogbrug samt normer, holdninger og målsætninger. Det er ikke altid afsenderens formål ekspliciteres (ibid.:141), men med en tekstanalyse kan det tydeliggøres hvilke koder og konnotationer, eller medbetydninger, der præger sproget og således kan formålet søges afdækket (ibid.:144).

## 7.0 JORDEMODERFAGLIG OMSORG

---

Omsorg<sup>10</sup> er et begreb, som beskriver selve substansen i sundhedsprofessionelt arbejde (Berg 2004:34). For at afdække hvordan jordemoderfaglig omsorg kommer til udtryk i retningslinjerne redegøres i følgende kapitel for omsorgsbegrebets kompleksitet. Indledningsvis redegøres for det overordnede omsorgsbegreb med udgangspunkt i Martinsen og Berg. For en mere uddybende beskrivelse af begrebet jordemoderfaglig omsorg redegøres dernæst for Lundgrens betragtninger omkring jordemoderfaglig omsorg under den normale fødsel og Kennedys empiriske undersøgelse af kvinders opfattelse af jordemoderfaglig omsorg. Begrebet jordemoderfaglig omsorg anvendes som analyseredskab i analysen af, hvorledes jordemoderfaglig omsorg kommer til udtryk i retningslinjer for den normale fødsel.

### 7.1 NATURLIG OMSORG

Ifølge Martinsen og Berg kan omsorg opdeles i naturlig omsorg og omsorg som en professionel kompetence (Berg 2004, Martinsen 2003). I sundhedsprofessionelt arbejde indgår både hverdagens og den professionelle omsorg. Berg beskriver, at naturlig omsorg kan betegnes som medmenneskelig kærlighed, barmhjertighed eller at ville andre mennesker det bedste og videre, at alle mennesker rummer omsorg blot ved at eksistere. Det essentielle i at drage omsorg er, at støtte mennesker i at leve et liv i værdighed og de centrale aspekter er i denne forbindelse respekt og ydmyghed overfor andre (Berg 2004:33). Martinsen påpeger, at omsorg i hverdagen handler om at være mod andre, som man ønsker, andre skal være mod én selv (Martinsen 2003:14). Omsorg omhandler relationsdannelse og kvaliteten i relationerne er af væsentlig betydning for omsorgen, da selvstændighed, frihed og ansvar kun får betydning i relationen (ibid.:17, 47). At give omsorg fordrer ligeledes indsigt i det andet menneskes livsform hvilket kræver en god

---

<sup>10</sup> Det svenske ord *vård* oversættes til det danske ord *pleje*. I teksten henviser Berg til det sammenlignelige engelske ord *care*, som indebærer *pleje* såvel som *omsorg*. Det svenske *vårdandet* sidestilles af Berg med ordet *modrande* og indeholder således aspekter som kan sammenlignes med *moderskab* (Berg 2004). Af disse årsager oversættes ordet *vård* af projektets forfattere til *omsorg*.

situationsfornemmelse. En sådan fornemmelse for den enkelte person kræver engagement og tid hvilket er vigtige faktorer for at relationer kan opstå og omsorg ydes (Martinsen 2003:16). Omsorg er således et relationelt begreb baseret på et kollektivt menneskesyn<sup>11</sup> (ibid.:15).

## 7.2 PROFESSIONEL OMSORG

Professionel omsorg, og således jordemoderfaglig omsorg, er funderet i en hverdagens omsorg, men rummer yderligere en specifik kompetence baseret på videnskab og etik. Den etiske dimension indbefatter en forpligtigelse til at give god omsorg (Berg 2004:33). Udgangspunktet i den jordemoderfaglige omsorg er, at hver kvinde er unik og omsorgen for hende skal tage udgangspunkt i hendes unikke behov. Retten til selvbestemmelse skal bekræftes og integriteten bevares gennem en venlig behandling og tilfredsstillelse af behov (ibid.:35). Centralt for den professionelle omsorg er således et syn på mennesket som en helhed, hvor krop og sind er integreret (ibid.:37). Berg beskriver at: "*Kroppen förankrar oss med världen.*" (Berg 2004:37). Kroppen ses som en subjektiv størrelse gennem hvilken verden opleves. Et sådant helhedssyn indebærer indsigt i menneskets livsverden (ibid.:37).

Mødet mellem jordemoder og kvinde kan have stor betydning for kvindens oplevelse af fødslen og barnet, og dermed også det fremtidige moderskab (Berg 2004:38, Lundgren 2004:106). Jordemoderfaglig omsorg forudsætter, at jordemoderen formår at skabe en ægte relation til kvinden, hvilket kræver at der bygges bro mellem kvinde og jordemoder, broen udgøres af den professionelle omsorg (Berg 2004:39). En sådan omsorgsrelation indebærer, at to unikke personer mødes med forskellige formål og denne indeholder en autoritetsstruktur, da jordemoderen kan give kvinden den omsorg hun har behov for; jordemoderen besidder en viden, som kvinden ikke har og som er nødvendig i situationen (ibid.:39-40). En ægte relation forudsætter åbenhed, hvor begge parter må være i stand til at acceptere det anderledes ved hinanden og videre kan nærvær medvirke til at grænser ophæves og muligheden for en ægte relation skabes (ibid.:39).

## 7.3 DET FORLØSENDE MØDE

Kvindens oplevelse af graviditet og fødsel kan, ifølge Lundgren, overordnet sammenfattes med

---

<sup>11</sup> Et kollektivt baseret menneskesyn er grundet i den danske moralfilosof Uffe Juul Jensens betragtninger og skal forstås således, at mennesker har forskellige livsformer, som bygger på forskellige grundlæggende værdier og dermed er forbilleder forskellige fra person til person (Martinsen 2003:15).

begrebet, det forløsende møde. Et sådant møde indbefatter for kvinden både et møde med sig selv og med jordmoderen og består af en tilstand som både indeholder stilhed og forandring (Lundgren 2004:109). Stilhed eksemplificeres af Lundgren som nærvær og at være sin krop og dette nærvær indebærer for kvinden et ønske om, at blive set som den hun er og at blive mødt med respekt. Jordmoderens nærvær kan i mødet med kvinden hjælpe kvinden til at turde møde

16

jordmoderen og patienten er af betydning for at kunne være sin krop. En fortløbende relation til fødselsledsagerne kan styrke kvindens selvtillid og det er her særlig vigtigt, at kvinden mærker jordmoderens tro på, at hun kan føde (Lundgren 2004:110-111). Denne tiltro til kvindens krop behandles også af Kennedy, der beskriver jordmoderfaglig omsorg som værende funderet i jordmoderens kvaliteter og væremåde. Sundhed og det normale er i udgangspunkt for den jordmoderfaglige omsorg og jordmoderen er af den overbevisning, at fødsler er en naturlig del af kvinders liv. Af denne årsag foretager jordmoderen ikke rutinemæssigt indgreb men forsøger i stedet at støtte kvinden i en fødselsproces uden unødigt indblanding (Kennedy 1995: 415).

## 7.4 DEN FORANKREDE LEDSAGER

Kvinden og jordmoderen mødes i den forandring og overgang til det ukendte, graviditet og fødsel indebærer. Jordmoderens rolle kan i denne sammenhæng beskrives som en forankret ledsager. Dette indebærer, at jordmoderen må respektere kvindens grænser og således hjælpe hende til ikke at overskride grænsen for egen formåen i forhold til fødselsprocessen (Lundgren 2004:110-112,117-119). Jordmoderen må ligeledes respektere de professionelle grænser ved at være opmærksom på grænser, beføjelser og tegn på komplikationer og samtidig støtte kvinden i at se det naturlige i fødselsforløbet (ibid.:113). Kvindens tryghed beskrives af Kennedy som af

---

<sup>12</sup> Naturvidenskaben opdelte i 1600-tallet mennesket i krop og sjæl. Merleau-Ponty var kritisk overfor denne opdeling og introducerede begrebet den subjektive krop for at pointere hans opfattelse om, at mennesket er en krop i stedet for at have en krop. Den nutidige medicinske forskning kan siges at have en lignende opdeling af krop og sind, idet kroppen opfattes som en fysiologisk/biologisk krop (maskine), hvorfra sjælen er separeret. Menneskers oplevelse tillægges i denne forbindelse mindre betydning end de fysiologiske processer (Lundgren 2004:115).

17



stor betydning for kvindens oplevelse af, at jordemoderen yder jordemoderfaglig omsorg. Tryghed skabes på baggrund af jordemoderens viden og evner samt ved at jordemoderen fremstår fattet og rolig selv i akutte situationer. *“Women did not say the monitor made them feel safe, but rather gave credit to the midwife’s watchful eye and her knowledge and skill as the reassuring factors.”* (Kennedy 1995:416). Kvinder har således tillid til jordemoderens faglige kompetencer og handlekraft (Kennedy 1995:416).

Lundgren beskriver videre, hvordan jordemoderen skal være tilgængelig for kvinden (Lundgren 2004:109). Jordemoderen må være lyttende og sensitiv overfor de ønsker og behov kvinden har. Denne tilgængelighed for kvinden beskrives ligeledes af Kennedy, hvor jordemoderfaglig omsorg opleves som kontinuerlig og jordemoderen altid er tilgængelig for, samt giver sig tid til, den enkelte kvinde. Jordemoderen tager kvindens ønsker og behov alvorligt ved at imødekomme disse og en sådan behandling resulterer i et tillidsfuldt forhold bygget på gensidig respekt mellem kvinde og jordemoder (Kennedy 1995:415).

## **7.5 RESPEKT FOR DEN ENKELTE**

Ifølge Kennedys analyse, tager jordemoderfaglig omsorg udgangspunkt i den enkelte kvinde. Jordemoderen respekterer den enkelte kvindes autonomi og selvbestemmelse og jordemoderen informerer, støtter og guider kvinden i hendes beslutningstagen (Kennedy 1995:415). *“The nurse-midwife was explaining everything, every step of the way, everything she was going to do. She had the sense to let you know.”* (Kennedy 1995:415). Kennedy påpeger, at jordemoderen foruden at inddrage kvinderne selv i beslutningstagning, ligeledes inddrager kvindens familie og familiens ressourcer. Familiens privatliv respekteres af jordemoderen og hun medvirker således til at støtte den betydningsfulde familiedannelsesproces (ibid.:415). Lundgren beskriver, at ansvaret for fødslen må deles mellem jordemoder og kvinde og jordemoderen skal give kvinden mulighed for at deltage i fødslen (Lundgren 2004:109-110).

## 8.0 JORDEMODERFAGLIG OMSORG I RETNINGSLINJERNE

---

Med udgangspunkt i Kochs tekstanalysemetode samt ovenstående teori om begrebet jordemoderfaglig omsorg foretages i det følgende en analyse af, hvordan jordemoderfaglig omsorg kommer til udtryk i retningslinjer for den normale fødsel.

### 8.1 RELATIONER

Af Hvidovres retningslinje fremgår: *“Som led i modtagelsen gennemføres en samtale med kvinden og manden, hvis han er tilstede, om hvordan graviditeten er gået og om forventninger og ønsker til fødslen\*.”* (Hvidovre 2008:1). Jordemoderfaglig omsorg forudsætter, ifølge Berg, at jordemoderen formår at skabe en ægte relation til kvinden (Berg 2004). Koch påpeger, at man ved at se på tekstens indhold kan tolke denne (Koch 2007). Relationen er ikke direkte nævnt i retningslinjen fra Hvidovre, men gennem en samtale får jordemoderen og kvinden et kendskab til hinanden og dette kan tolkes som en mulighed for at danne en relation. Videre skriver Hvidovre, at både det fysiske og det telefoniske møde mellem jordemoderen og kvinden skal prioriteres (Hvidovre 2008). Hermed understreges det, at mødet og dermed indirekte relationen mellem jordemoder og kvinde er et vigtigt element og dette kan ses som et udtryk for, at jordemoderfaglig omsorg prioriteres.

Forholdet mellem kvinden og jordemoderen kommer ikke direkte til udtryk i retningslinjerne fra Silkeborg og Holstebro. Mødet mellem jordemoderen og kvinden nævnes således: *“Der er en fast jordemoder og en SOSA knyttet til den fødende, og det tilstræbes at den fødende i aktiv fødsel har mulighed for til stadighed at have en af disse til støtte på stuen.”* (Silkeborg 2005:1). Her fremgår prioriteringen af en relation ved, at jordemoderens rolle beskrives. I retningslinjen fra Holstebro er jordemoderens tilstedeværelse hos kvinden fremhævet med fed skrift hvilket er iøjefaldende for læseren og dermed fremstår som et vigtigt budskab: *“Jordemoderen skal være til stede på fødestuen fra den fødende har*

*behov herfor og/eller fra orificium er 6 cm.*” (Holstebro 2006). Det beskrives således, at kvinden kan have et behov for jordemoderens tilstedeværelse og uden at specificere relationen mellem kvinden og jordemoderen, beskriver ovenstående alligevel et forhold mellem dem, hvor jordemoderen kan få mulighed for at yde den omsorg, kvinden har behov for. Retningslinjerne prioriterer alle jordemoderens tilstedeværelse og dette kan tolkes som en prioritering af en relationsdannelse mellem jordemoderen og kvinden. Hvordan kvaliteten i relationen skabes uddybes ikke.

## 8.2 INDIVIDUEL OMSORG

At yde jordemoderfaglig omsorg handler bl.a. om at tage udgangspunkt i den enkelte kvindes ønsker og behov (Kennedy 1995, Berg 2004). I retningslinjen fra Holstebro beskrives, at: *“Smertelindring tilbydes fødende, der skønnes at have behov derfor, eller fødende der selv ønsker at få det.”* (Holstebro 2006). I Hvidovres retningslinje beskrives det, at tilbud om hindeløsning i den latente fase beror på en individuel vurdering (Hvidovre 2008). Dette kan ses som et udtryk for jordemoderfaglig omsorg, da der her tages udgangspunkt i den enkelte kvindes behov og ønsker. Dette ses ligeledes i retningslinjen fra Silkeborg, hvor klyx ikke gives: *“...rutinemæssigt, men kun hvis det er den fødendes behov.”* (Silkeborg 2005:1). Kennedy påpeger endvidere, at jordemoderfaglig omsorg handler om at kunne inddrage familien i beslutninger og respektere familiens privatliv (Kennedy 1995, Lundgren 2004). Denne tilgang til kvinden kan ses i Silkeborgs retningslinje, som indleder med: *“Fødslen er den fødendes og barnefaderens...”* (Silkeborg 2005). Og videre i Hvidovres: *“Barnefaderen eller anden pårørende medinddrages og gives omsorg efter behov.”* (Hvidovre 2008:4).

Der ses stedvis elementer i retningslinjerne, hvor det ikke umiddelbart er kvindens individuelle behov, der er styrende for, hvad der skal foregå. F.eks. er alle kvinder i Hvidovre: *“...umiddelbart sengeliggende post partum...”* (Hvidovre 2008:6). Der tages her ikke stilling til, hvorvidt den enkelte kvinde har behov for at være sengeliggende efter fødslen. Videre kan barnet ligge: *“...uforstyrret hos moderen så længe som muligt. Først når andre arbejdsopgaver kræver det, bør barnet undersøges...”* (Hvidovre 2008:6), hvilket kan ses som et udtryk for, at arbejdstilrettelæggelse af og til går forud for den enkelte kvindes situation. Dette kan tænkes at medvirke til, at jordemoderen ikke kan yde den jordemoderfaglige omsorg, som er påkrævet i det enkelte tilfælde.

Kennedy påpeger, at sundhed og det normale er udgangspunkt for den jordemoderfaglige

omsorg, hvorfor jordemoderen ikke bør foretage rutinemæssige indgreb men i stedet støtte kvinden i en fødsel uden unødigt indblanding (Kennedy 1995). Dette kommer bl.a. til udtryk i retningslinjerne, hvor det præciseres, at flere indgreb kun foretages på indikation. F.eks. anvendes CTG kun på indikation og barnet suges ikke rutinemæssigt efter fødslen (Silkeborg 2005, Hvidovre 2008). Andre steder i retningslinjerne nævnes rutiner i forbindelse med den normale fødsel. F.eks. nævnes det i retningslinjen fra Holstebro, at der i presseperioden skal: *"...auskulteres efter hver ve."* (Holstebro 2006). Af retningslinjerne fra Hvidovre og Silkeborg fremgår det, at kvinden gives 10 IE Syntocinon i.m. efter fødslen som blødningsprofylakse hvilket viser, at jordemoderen bør intervenere, dvs. foretage et indgreb, i det normale fødselsforløb med henblik på at undgå komplikationer i form af blødning (Hvidovre 2008, Silkeborg 2005). Det fremgår ikke, om jordemoderen skal tage stilling til, hvorvidt den enkelte kvinde har et ønske om eller behov for dette indgreb hvilket ikke umiddelbart kan siges at stemme overens med ovenstående udgangspunkt for den jordemoderfaglige omsorg.

Af retningslinjerne fremgår det, at kvinden skal inddrages i beslutningstagen. I retningslinjen fra Hvidovre beskrives det, at kvinden i fødselens latente fase skal informeres og støttes i egen beslutningstagen. Her fremgår det, at kvindens følelse af tryk inddrages i vurderingen af, hvorvidt kvinden skal blive på fødegangen eller tage hjem (Hvidovre 2008). Dette kan ses som et udtryk for, at jordemoderen skal foretage en individuel vurdering af kvinden. Ifølge Lundgren handler jordemoderfaglig omsorg om, at kunne vurdere hvorvidt kvindens egne grænser for formåen er nået. Dette beskrives som værende nødvendigt for, at jordemoderen kan fungere som kvindens forankrede ledsager (Lundgren 2004). I retningslinjen fra Holstebro fremgår det, at: *"...jordemoderen sammen med den fødende [må] beslutte om, der skal foretages vestimulation, eller om kvinden trænger til at hvile."* (Holstebro 2006). Ligeledes beskrives det i retningslinjen fra Silkeborg, at: *"...den fødende skal have den størst mulige indflydelse på omstændighederne ved fødslen."* (Silkeborg 2005:1). Dette kan tolkes således, at det er vigtigt af at have respekt for den enkelte kvindes ønsker og behov samt at ansvaret deles mellem jordemoder og kvinde, hvilket også beskrives af Lundgren i forhold til jordemoderfaglig omsorg (Lundgren 2004). Ifølge Kennedy må jordemoderen respektere den enkelte kvindes autonomi og selvbestemmelse og ligeledes bør jordemoderen informere, støtte og guide kvinden i hendes beslutningstagen (Kennedy 1995). Ovenstående kan ydermere ses som eksempler på, at retningslinjerne behandler jordemoderens juridiske forpligtelse til løbende at informere kvinden samt indhente informeret samtykke fra kvinden inden en given behandling iværksættes (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2008, kap. 2).

### 8.3 PROFESSIONELLE GRÆNSER

I retningslinjerne ses flere eksempler på, at jordemoderen foretager konkrete observationer under fødslen. I Silkeborg skal der lytte hjertelyd efter en ve for: *"...at opspore/udelukke sene decellerationer samt før og efter vaginaleksploration med henblik på at registrere accelerationer på denne."* (Silkeborg 2005:1). I Hvidovre skal kvindens temperatur måles: *"Hvis der har været vandafgang > 6 timer, hvis kvinden virker febril eller ved tachycardi hos barnet..."* (Hvidovre 2008:1). Jordemoderen må således være opmærksom på eventuelle tegn på komplikationer i fødselsforløbet. Det beskrives af Lundgren, at jordemoderen skal respektere de professionelle grænser og dette ses som værende en del af jordemoderens forankring til kvinden (Lundgren 2004). Jordemoderen må ligeledes være opmærksom på beføjelser under fødslen (ibid.), hvilket f.eks. kommer til udtryk i retningslinjerne, hvor jordemoderen må inddrage en læge; i Holstebro hvor vagthavende skal orienteres, hvis kvinden ikke ønsker vestimulation og af Silkeborgs retningslinje fremgår det, at kvinden bør overflyttes til sygehus, hvis der er behov for lægehjælp (Silkeborg 2005). Der kan således være situationer, hvor jordemoderen ikke selvstændigt må varetage fødslen og derfor skal tilkalde læge, hvilket også fremgår af de juridiske rammer for jordemoderens arbejde (Sundhedsstyrelsen 2001a) og dette er ifølge Lundgren også en del af den jordemoderfaglige omsorg (Lundgren 2004).

### 8.4 HELHEDSSYN

I retningslinjerne anvendes termerne kvinde, fødende og moder<sup>13</sup>. Ifølge Koch skaber bestemte ord bestemte tankeforbindelser også kaldet konnotationer eller medbetydninger (Koch 2007:144). At fødestederne bruger forskellige ord om den samme person kan således føre til associationer hos læseren. I retningslinjerne ses stedvis en logisk kronologi i hvornår termen *moderen*<sup>14</sup> anvendes. Således kan barnet i Silkeborg lægges op på *moderens* mave og ved rhesus negative *modre* skal der tages navlesnors-blodtype på barnet. Kvinden er således først moder efter barnet er født. Dette optræder dog ikke konsekvent og f.eks. skal man: *"være opmærksom på, at kvinden lader vandet ... inden hun forlader fødegangen"* (Silkeborg 2005:2). I retningslinjen fra Holstebro tilbydes smertelindring til den *fødende*, mens det kan vurderes om *kvinden* trænger til hvile. Af Hvidovres retningslinje fremgår det, at: *"Moderen bør således ikke afholdes fra at give efter for pressetrangen, når orificium er udslettet ej heller bør kvinden opfordres til at presse aktivt..."* (Hvidovre 2008:5). Det er her

---

<sup>13</sup> I Holstebros retningslinje bruges betegnelsen *moderen* ikke.

<sup>14</sup> Den følgende kursivering af ord er vores markering af de termer, vi mener, er særligt relevante at fremhæve.

bemærkelsesværdigt at termerne *kvinde* og *moder* anvendes i samme sætning.

Anvendes ordet *moderen* konnoteres et barn. Kvinden eksisterer i kraft af en rolle og er forbundet til et andet individ. Termen *den fødende* kan ligeledes have en række konnotationer. Med et sådant ordvalg kan fødselsprocessen anses som central. Det kan opfattes således, at kvinden alene er en fødende krop og at hun reduceres til en fysiologisk proces. Lundgren påpeger, at jordmoderen i sit møde med kvinden må have en ikke-objektiverende kropsopfattelse og således se krop og sjæl som en integreret helhed (Lundgren 2004). Dette kan ikke siges at komme til udtryk, hvor kvinden omtales som *den fødende*. Beskrivelsen af kvinden og hendes fødende krop i retningslinjerne kan således opfattes som et udtryk for en objektiverende kropsforståelse. I retningslinjen fra Holstebro påpeges, at: "*Vandafgang i sig selv uden veer er ikke et udtryk for igangvarende fødsel.*" (Holstebro 2006). Kvinden reduceres her til sin vandafgang. Videre ses det, at en fysiologisk proces som veer personificeres og tillægges menneskelige egenskaber, da det beskrives, at der kan forekomme *dårlige veer* (Hvidovre 2008). Kvinden tillægges et køn, når hun omtales som *kvinden* i retningslinjerne. Den enkelte læser får en række associationer, men samtidig er der ikke nogen specifik tilknytning til en proces eller en rolle. Jordmoderen kan således få mulighed for at forstå *kvinden* som et individ.

I retningslinjerne ses forsøg på at integrere et helhedssyn på kvindens tilstand hvilket i Hvidovres retningslinje fremgår når jordmoderen løbende skal vurdere kvindens psykiske tilstand samt foretage mere objektive undersøgelser som f.eks. at lytte hjertelyd (Hvidovre 2008). "*I vurderingen af, om den latente fase er for lang i det enkelte tilfælde, skal der tages hensyn til, hvor påvirket kvinden er af varigheden, bl.a. hvor længe der har været veer, som har gjort, at hun ikke har kunnet hvile/sove. Der bør ses på, om kvinden tidligere har henvendt sig på fødeafdelingen og på kvindens fysiske og psykiske ressourcer i det hele taget.*" (Hvidovre 2008:2). Både fysiske og psykiske elementer skal således indgå i en vurdering af, hvorvidt latensfasen er forlænget i den enkelte kvindes situation. Et helhedssyn på kvinden er ifølge Berg relevant, da netop denne opfattelse af mennesket som en helhed er central for den professionelle omsorg (Berg 2004). I Hvidovres retningslinje fremgår det endvidere, at: "*Jordmoderen bør være til stede på fødestuen kontinuerligt, når kvinden har behov for det mhp. den effekt det har i form af smertelindring og forebyggelse af vevsvækkelse og indgreb...*" (Hvidovre 2008:3). I retningslinjen er der således medtaget en helhedsvurdering på baggrund af en viden om, at psyken kan have indflydelse på fysiologiske processer.

## 8.5 NORMALITET

I de tre retningslinjer omhandlende den normale fødsel nævnes fænomener som afviger fra det normale fødselsforløb. Af retningslinjen fra Holstebro fremgår det eksempelvis, at der kan forekomme stagnation i fødselens udvidningsfase og at kvinden skal tilrådes vestimulation i form af indgreb som HSP eller syntocinondrop, hvis denne stagnation varer mere end tre timer (Holstebro 2006). Stagnation i fødselsforløbet på mere end tre timer kan således ikke anses som værende normalt. Ifølge Kennedy og Lundgren handler jordemoderfaglig omsorg om, at jordemoderen bør tro på, at kvinden kan føde normalt uden intervention (Lundgren 2004, Kennedy 1995). Fokus på det ikke normale i en retningslinje for den normale fødsel kan tænkes at have konsekvenser for den jordemoderfaglige omsorg, der ydes under den normale fødsel.

I Hvidovres retningslinje udtrykkes et ønske om at bevare fødslen normalt forstået således, at fødslen så vidt muligt bør forløbe uden indgreb. *“Tryghed i den latente fase er associeret med kortere fødselsforløb, færre indgreb og bedre føtalt udkomme.”* (Hvidovre 2008:2). Hvis jordemoderen kan skabe tryghed, kan hun således optimere muligheden for, at fødslen forløber normalt. Hvidovres retningslinje beskriver ikke umiddelbart, hvordan man opnår denne tryghed, men nævner at jordemoderen skal rådgive kvinden ved bl.a. at beskrive: *“...hvad den latente fase er, at det er normalt at den tager lang tid, og at det kommer til at gå hurtigere, når hun går ind i den aktive fase.”* (Hvidovre 2008:2). Dette stemmer overens med Kennedys pointe om at tryghed skabes på baggrund af jordemoderens viden og evner (Kennedy 1995). Jordemoderen kan således med sin beskrivelse af den latente fase, tydeliggøre sin viden og dele denne med kvinden.

## 8.6 SAMMENFATNING

Retningslinjerne behandler jordemoderens møde med kvinden, men indholdet og kvaliteten af denne relation beskrives ikke nærmere. Individuel omsorg prioriteres i et vist omfang i retningslinjerne og i visse tilfælde foreskrives det, at der tages udgangspunkt i den enkelte kvindes ønsker og behov. Modsat fremgår det andetsteds, at f.eks. rutiner kommer forud for hensynet til den enkeltes ønsker og behov. At jordemoderen, som en del af hendes forankring til kvinden, må respektere de professionelle grænser ses gennemgående i retningslinjerne, hvor det i form af handleanvisninger fremgår, at jordemoderen må være opmærksom på komplikationer og egne beføjelser under fødslen. Af retningslinjerne fremgår der et ønske om, at den normale fødsel forløber normalt. Samtidig beskrives tilstande, som ikke er normale i fødselsforløbet. Det er

således vanskeligt at læse ud fra retningslinjerne, hvorvidt den del af den jordemoderfaglige omsorg, der omhandler en grundlæggende tro på at kvinder kan føde normalt, kommer til udtryk. Jordemoderfaglig omsorg kommer stedvis til udtryk i retningslinjerne i form af en helhedsorienteret opfattelse af kvinden, f.eks. når jordemoderen skal tage hensyn til kvindens fysiske såvel som psykiske tilstand. Andre steder ses en objektiverende kropsopfattelse.

Som det fremgår af ovenstående analyse, er jordemoderfaglig omsorg tilstede i retningslinjerne for den normale fødsel. Samtidig har analysen tydeliggjort, at jordemoderfaglig omsorg kommer til udtryk men ikke udfoldes i sin helhed. Når omsorg er selve substansen i sundhedsprofessionelt arbejde (Berg 2004), er det bemærkelsesværdigt, at den jordemoderfaglige omsorg ikke udtrykkes mere detaljeret i retningslinjerne for den normale fødsel og videre, at det ikke beskrives nærmere, hvorledes jordemoderen skal udøve jordemoderfaglig omsorg. Spørgsmålet er, om det overhovedet er muligt, at beskrive hvordan jordemoderen skal udøve jordemoderfaglig omsorg og hvilken viden denne kompetence bygger på? I næste del af projektet undersøges det, hvilket vidensgrundlag retningslinjer bygger på og hvordan retningslinjer kan påvirke jordemoderens råderum.



## 9.0 EVIDENS, TAVS VIDEN OG JORDEMODERENS SKØN

---

For at kunne besvare hvorledes jordemoderens råderum kan påvirkes af, at jordemoderen arbejder med en retningslinje for den normale fødsel, redegøres i nedenstående for de vidensformer jordemoderen arbejder med; evidens, tavs viden og det jordemoderfaglige skøn, som ifølge Sandvik omhandler begge disse vidensformer.

I udarbejdelsen af kliniske retningslinjer anvendes evidensbaseret<sup>15</sup> viden (Bydam 2003:132-133). Evidensbegrebet er udviklet på baggrund af specialisters initiativer og er en reaktion på det, nogle sundhedsprofessionelle mener, er behandling baseret på tilfældigheder, usikre skøn og uhensigtsmæssige traditioner (Severinsen 2005:79). Evidensbaseret medicin beskrives som en samvittighedsfuld, eksplicit, velovervejet anvendelse af den bedst foreliggende evidens i beslutningstagen omkring den individuelle behandling af patienter. Sundhedsfaglig praksis ud fra bedst mulig evidens kendetegner evidensbaseret medicin (EBM) og er således et udtryk for de mest kritiske empiriske undersøgelser om virkningen af forskellige behandlinger (Bydam 2003:111). Undersøgelsestypers evidensgrad vurderes på baggrund af kategorisering i et såkaldt evidenshieraki (Bydam 2003:34) og retningslinjer bør i klinisk praksis være baseret på videnskabelige beviser – helst en metaanalyse af randomiserede, kliniske undersøgelser, der tilbyder sandsynlighedsestimater for hvert udkomme (Timmermans og Berg 2003:3). Således kan EBM hjælpe til at flytte sundhedsområdet i retning af en eksakt videnskab (ibid.:19). Det der anses som værende sandt opgøres således kvantitativt og karakteriseres som objektiv viden (Simonsen 2005b:225-227). Objektivitet indebærer, at der eksisterer en adskillelse mellem det, man ved, dvs. viden baseret på videnskabelige undersøgelser, og den specifikke 'ikke viden', der eksisterer, f.eks. individuelt opsamlede erfaringer. Denne adskillelse markeres ved, at den viden der har autoritet er formuleret (Bydam 2003:20-25). Det er dog ikke al viden, der kan verbaliseres

---

<sup>15</sup> *Evidens*; et tydeligt tegn på noget, en oplysning, som støtter en antagelse (Becker-Christensen 2001).

og ekspliciteres (Severinsen 2005) og således gøres skriftlig i retningslinjer.

## 9.1 TAVS VIDEN

Ifølge Severinsen kan faglige retningslinjer i visse tilfælde være firkantede, unuancerede og forsimplede beskrivelser af patientbehandling. Definition af ord og videnskabelige termer kan ikke ske udtømmende alene ved brug af andre ord (Severinsen 2005:84). Denne kritik nødvendiggør introduktion af et andet vidensgrundlag. I både sundhedsvidenskabelig forskning samt i praktisk sundhedsarbejde beskæftiger man sig med en form for viden, der ikke altid kan ekspliciteres. Denne benævnes tavs viden<sup>16</sup> og en definition af begrebet er: *"Udtalte kundskaber, færdigheder og tilbøjeligheder der er forudsætninger for at handle på en bestemt måde"* (Severinsen 2005:83). I jordemoderens arbejde findes elementer, der kan karakteriseres som tavs viden. Jordemoderen kan få en fornemmelse af, at noget ikke er som det skal være, f.eks. at fosteret ikke vokser, som forventet, at kvinden oplever vold i hjemmet eller lignende. En sådan intuition<sup>17</sup> kommer måske på baggrund af bestemte signaler fra kvinden eller hendes pårørende.

Wackerhausen arbejder ligeledes med den viden fagfolk, herunder sundhedsprofessionelle, besidder. Erfarne fagpersoners praksis udviser træk, som ikke lader sig ekspliciteres udtømmende (Wackerhausen 1992:90). Wackerhausen kalder disse træk tavse dimensioner. Disse kendetegnes ved en tavs viden, som: *"...lader sig godt "indikere" f.eks. ved metaforer etc., men under den forudsætning, at kommunikationsparterne har relativt analoge oplevelser og erfaringer, da netop disse oplevelser etc., skal udgøre den semantiske resonansbund, hvorfra bl.a. metaforerne får deres indbold."* (Wackerhausen 1992:102). Wackerhausen pointerer, at det at opnå en kompetence indebærer både eksplicit viden i form af regelbaserede færdigheder og tavs viden i form af regelløse færdigheder (ibid.:106). Noget viden er ikke erhvervet ved og kan ikke videregives alene ved hjælp af en sprogliggørelse, men indlæres i stedet gennem erfaringer, oplevelser og praksis (ibid.:101). Ifølge Wackerhausen vil den erfarne<sup>18</sup> og kompetente sundhedsperson have en erfaringsbaseret viden om betydningen af patienters individuelle variationer og således tilpasse behandlingen til den enkelte frem for at handle efter eksplicite regler (ibid.:110).

---

<sup>16</sup> Den ungarske medicinske forsker Michael Polanyi var den første der indførte begrebet *tacit knowledge* (tavs viden). Han mente, at mennesket ved mere, end de kan sige med ord (Severinsen 2005:83).

<sup>17</sup> En evne til umiddelbart at opfatte, forstå eller bedømme en situation eller sammenhæng, uden nødvendigvis at have kendskab til eller være bevidst om alle aspekter af denne (Becker-Christensen 2001:665).

<sup>18</sup> Wackerhausen mener, at: *"Jo mere ekspert man bliver, jo mere "ordløs" bliver ens praksis..."* (Wackerhausen 1992:93). Derimod er nybegynderens praksis kendetegnet ved en regelførelse og en afgrænset mængde eksplicit viden (Wackerhausen 1992:95).

## 9.2 DET JORDEMODERFAGLIGE SKØN

I det følgende præsenteres Sandviks beskrivelse af tilgange<sup>19</sup> til fødslen samt jordemoderens faglige skøn. Som beskrevet af Sandvik kan dette skøn betragtes som det bærende element i udøvelsen af jordemoderfaglig praksis (Sandvik 1997). Sandvik beskriver en jordemoderfaglig tilgang til fødsler, som er udsprunget af en kvindekulturel praksis og forholder sig til det unikke ved hver enkelte fødsel. Nærhed og helhed i arbejdsprocessen ses som kernebegreber inden for

27

istæde på fødestuen. Sandvik fortæller det jordemoderfaglige skøn som bestående af to sider, på den ene side et etisk perspektiv hvor jordemoderen ser appellen<sup>20</sup> fra den fødende og på den anden side benytter sig af sin faglighed, der består af to lag; tolkningen af de faktuelle kliniske fund samt den sansning hun har af fødslen over tid (ibid.:75). Skønnet ekskluderer ikke den biomedicinske viden men supplerer denne med den subjektive og situationsbundne viden, som jordemoderen også tilegner sig. At skønne handler ligeledes om: "... *alltid være i forkant og ha et godt overblik.*" (Sandvik 1997:75). Grundlæggende har jordemoderen tillid til, at kvinden kan føde normalt og uden indgriben og dette understøttes. Jordemoderen skal derfor være tilbageholdende og ikke lave indgreb uden indikation (ibid.:74).

Til forskel fra den jordemoderfaglige tilgang til fødslen beskriver Sandvik en fødselsvidenskabelig tilgang, som er forankret i et videnskabeligt sprog, hvor alt kan kvantificeres. Menneskelige fænomener forstås udefra og kroppens funktioner forklares i et entydigt og logisk klassificerende sprog. Værdier såvel som følelser anses som irrationelle og uvidenskabelige, og kvindekroppen anses som en medicinsk begivenhed (ibid.:66,72). Fødende kvinder opfattes i udgangspunkt som risikopatienter og i en sådan kontekst vil standardisering samt specialiserede og teknologiserede

---

<sup>19</sup> Sandvik beskriver diskurser på fødselsområdet. For læsevenlighedsens skyld og i og med, at projektet ikke er en diskursanalyse og ej heller anvender et diskursperspektiv, beskrives disse i stedet som tilgange til fødsler.

<sup>20</sup> At se appellen fra den anden forstås her som at sætte sig i den andens sted og handle ud fra, hvad der er godt for den anden (Sandvik 1997:64).

28

fødeafdelinger repræsenterer sikkerhed i forhold til fødsler (ibid.:72).

## 10.0 SCIENCE, TECHNOLOGY AND SOCIETY-STUDIES

---

I følgende kapitel introduceres det interdisciplinære forskningsfelt Science, Technology and Society-studies (STS)<sup>21</sup>. Efterfølgende redegøres for Timmermans og Bergs (Timmermans og Berg 2003) arbejde omkring, hvordan standardisering og hermed også retningslinjer kan påvirke sundhedsfagligt arbejde.

I dette projekt er et STS perspektiv interessant for at opnå en: *"...nuanceret forståelse af, hvordan organisatorisk, teknologisk eller videnskabelig virkelighed konstrueres igennem konkret, materiel og symbolsk aktivitet."* (Jensen et al. 2007:11). Der er således ingen uforanderlige eller universelle essenser som danner grundlag for virkeligheden, men verden er under kontinuerlig social og materiel konstruktion (Højer og Koch 2007:24). I STS anses mennesket ikke som eneste eller centrale aktør i konstruktionsprocesser. Videnskab og teknologi kan være aktører, der medvirker til at konstruere praksis (Jensen et al. 2007:43). Ifølge Timmermans og Berg er standardisering og EBM uløseligt forbundet (Timmermans og Berg 2003:3), hvorfor en retningslinje kan ses som et udtryk for standardisering. Dermed kan en retningslinje opfattes som en videnskabelig virkelighed. Endvidere kan STS anvendes til at problematisere en vægtning af teori på bekostning af praksis (Jensen et al. 2007:10), hvilket kan forekomme i udarbejdelsen af standardiserede retningslinjer (Timmermans og Berg 2003:3).

### 10.1 KLINISK EKSPERTISE OG EBM

Før EBM opstod, var individuel klinisk ekspertise fundamentet for diagnose, behandling og prognose, og en sundhedspersons autoritet blev målt i forhold til klinisk erfaring. Videre kunne

---

<sup>21</sup> Denne introduktion er central for en forståelse af Timmermans og Berg (2003), da deres arbejde er stærkt inspireret af aktør-netværksteori, en del af STS-feltet (Timmermans og Berg 2003:viii).

patofysiologisk<sup>22</sup> viden anses som fundament for klinisk praksis, hvor traditionel medicinsk træning og sund fornuft var tilstrækkeligt til at evaluere nye diagnostiske test og behandlinger. I en sådan sammenhæng kunne kliniske retningslinjer, i bedste fald ses som et brugbart redskab for den utrænede og i værste fald som en byrde for den trænede kliniker (Timmermans og Berg 2003:88). Som en modsætning til den kliniske individuelle ekspertise ses EBM, hvor klinikere anvender informationer fra systematiske reproducerbare studier til at øge deres tiltro til den virkelige prognose, terapiens effekt og brugbarheden af diagnostiske test. En forståelse af patofysiologien anses som værende nødvendig, men ikke tilstrækkelig i klinisk praksis og retningslinjer er derfor nødvendige for at bringe videnskabelige informationer til den kliniske praksis. Videre er en forståelse af specifikke regler for evidens nødvendig for at evaluere og anvende medicinsk litteratur effektivt (ibid.: 88-89).

## 10.2 STANDARDISERINGER OG PRAKSIS

Idealet for EBM er, at retningslinjer baseres på viden, som er videnskabeligt bevist (Timmermans og Berg 2003:3). Timmermans og Berg skriver, at der i virkelighedens verden ikke altid findes evidens og evidens giver ikke altid et entydigt svar. Derfor skal retningslinjer forstås som: *"...a profession's consensus on its area of expertise and suggest the preferred way to perform an intervention."* (Timmermans og Berg 2003:94). Konstruktionen af retningslinjer er en politisk proces med interessekonflikter og forhandlinger, og hermed forstås, at der foregår en forhandling i udarbejdelsen af retningslinjer (ibid.:27). Sådanne har videre stor betydning for praksis og medvirker til at skabe en ramme for det handlingsrum sundhedspersoner arbejder i: *"...clinical practice guidelines embody the extent of medicine's jurisdiction."* (Timmermans og Berg 2003:83). Ifølge Timmermans og Berg er standardisering således ikke blot en teknisk og neutral proces, men en proces der reorganiserer sundhedspraksis (ibid.:33), hvorfor standardiseringer og dermed også retningslinjer kan have konsekvenser for sundhed og behandling.

Timmermans og Berg beskriver videre, at sundhedsprofessionelle ikke kan ses som værende passive eller magtesløse i forhold til retningslinjer, men arbejder aktivt med at tilpasse disse standarder til praksis. *"We argue that the active role of procedural standards can arise only if the care professionals themselves interactively take it up: the less they do so, the smaller will be the potential transformative effects of the standards..."* (Timmermans og Berg 2003:57). På denne måde tillader de

---

<sup>22</sup> Læren om de afvigende processer, der udspiller sig i sygdomsramte organer (Deckert 2004:563).

sundhedsprofessionelle, at egen praksis transformeres gennem en standardiserende aktivitet (ibid.:78). Det er således ikke kun i udarbejdelsen af retningslinjer, der foregår et samspil mellem disse og mennesker, men dynamikken og den gensidige påvirkning er også til stede i hverdagens kliniske praksis.

Kritikere af EBM påpeger ifølge Timmermans og Berg, at standardisering kan føre til en forringet praksis, da retningslinjer tager udgangspunkt i den gennemsnitlige patient og ikke i den individuelle patient klinikerens skal behandle. Timmermans og Berg forklarer videre, at standardisering kan true klinikerens færdigheder og skøn, og ligeledes, at retningslinjer, som specificerer hvorledes klinikerens skal praktisere, kan forstyrre, erstatte og underminere den enkelte klinikers erfaring (Timmermans og Berg 2003:78,83). De samme retningslinjer som faciliterer optimal beslutningstagen kan ligeledes anvendes til at regulere denne proces (ibid.:16). Klinikerens autonomi kan således blive sekundær i forhold til retningslinjens evidensbaserede viden og de handleanvisninger, som andre har besluttet bør være medicinsk praksis, hvilket kan resultere i, at behandlingen bliver mindre individualiseret (ibid.:19, 118). Timmermans og Berg beskriver ydermere, hvordan standarder kan definere patientens rolle og position. Med retningslinjer forsøges at fremme den underliggende basis af evidens i sundhedsarbejde og reducere unødvendige praksisvariationer. Dette gøres ved at øge gennemsigtigheden og således åbne for udefrakommende påvirkning, at reducere de subjektive aspekter i sundhedsarbejde samt begrænse det individuelle professionelle og patienters handlerum (ibid.:117-118). Hermed kan retningslinjer ifølge Timmermans og Berg opfattes som et redskab til at styre praksis samt medvirke til at afgrænse klinikerens handlerum (ibid.:3,83).

## 11.0 RETNINGSLINJER OG JORDEMODERENS RÅDERUM

---

Som det fremgår af ovenstående redegørelse har retningslinjer stor betydning for praksis og kan medvirke til at skabe en ramme for sundhedspersoners råderum (Timmermans og Berg 2003). For at undersøge hvordan retningslinjer for den normale fødsel kan tænkes at påvirke jordemoderens råderum, analyseres i det følgende hvilken form for viden, der udtrykkes i retningslinjer for den normale fødsel samt hvordan sådanne kan påvirke jordemoderens praksis.

### 11.1 VIDENSGRUNDLAG

Evidensbaseret viden kommer til udtryk i retningslinjen fra Hvidovre Hospital, hvor der bl.a. refereres til studier og undersøgelser, f.eks.: ” *Undersøgelser har vist at: Kvinden som hovedregel ikke bør indlægges på fødegang/fødeklínik, før hun er i aktiv fødsel, da det giver længere fødsler og flere indgreb.*” (Hvidovre 2008:2). Ligeledes ses en referenceliste med henvisning til evidensbaserede undersøgelser fra bl.a. den medicinske database Cochrane<sup>23</sup> (Hvidovre 2008). Bydam (2003) pointerer, at retningslinjer bør baseres på evidens og den pågældende retningslinje viser således, som det også beskrives af Timmermans og Berg (2003), at retningslinjer er uløseligt forbundet med EBM.

I retningslinjerne ses eksempler på, at observationer og handlinger i retningslinjerne skal kvantificeres og objektiveres. Af Hvidovres retningslinje fremgår det, at den aktive fase starter, når: ”...*orificium er 4 cm dilateret.*” (Hvidovre 2008:1). I retningslinjen fra Holstebro skal der i udvidelsesfasen være progression på 1 cm på 2 timer (Holstebro 2006) og Silkeborgs retningslinje påpeger, at der skal: ”...*lyttes [hjertelyd] 2 x 15 sek med 15 – 30 min interval...*” (Silkeborg 2005:1). Videre skal der foretages en vurdering af collums længde, kvindens puls og blodtryk, ligesom

---

<sup>23</sup> Cochrane Library er en videnskabelig database, der har til formål at udarbejde systematiske oversigter af kliniske forsøg, der såkaldte Cochrane Reviews.

urin skal undersøges for protein og glucose (Hvidovre 2008). I den evidensbaserede tankegang opgøres det 'rigtige' kvantitativt og objektiv viden anses som værende sand viden, videre er den viden der har autoritet formuleret (Severinsen 2005). Dette kan resultere i en uhensigtsmæssig vægtning af teori på bekostning af praksis (Jensen et al. 2007) og kan ses som et forsøg på at flytte medicin i retning af en eksakt videnskab. Timmermans og Berg (2003) påpeger ligeledes, at der ikke altid findes evidens, at evidens ikke altid giver entydige svar samt at evidensbaseret viden ikke nødvendigvis er fæstet i praksis.

I retningslinjerne kommer også en anden vidensform til udtryk. Når det beskrives, at veer kan være gode eller dårlige (Hvidovre 2008), eller at disse rejser sig (Hvidovre 2008, Holstebro 2006) anvendes metaforer til at beskrive en fysiologisk proces. Dette ses, ifølge Wackerhausen, ofte når fagpersoner forsøger at sprogliggøre de tavse dimensioner af et givent fænomen (Wackerhausen 1998b). Wackerhausen beskriver videre, hvordan erfarne fagpersoners praksis udviser træk, der ikke kan ekspliciteres udtømmende og at denne erfaringsbaserede viden er baggrund for, at behandling kan tilpasses den enkelte patient (Wackerhausen 1998).

Der ses en vægtning af objektiv og ekspliciterbar viden i retningslinjerne, muligvis fordi den tavse viden er vanskelig at ekspliciterer. Af denne vægtning kan det udledes, at det primært er en fødselsvidenskabelig tilgang til fødslen, der kommer til udtryk i retningslinjerne (Sandvik 1997). Således kommer den situationsbundne viden samt de tavse dimensioner ikke umiddelbart til udtryk i retningslinjerne, hvilket kan betyde, at den jordemoderfaglige tilgang, og dermed det jordemoderfaglige skøn, ikke tillægges samme værdi.

## **11.2 RETNINGSLINJER SOM KOMMUNIKATION**

De udvalgte retningslinjer kan alle ses som en form for kommunikation, hvorfor der vil optræde en afsender og en modtager (Koch 2007). Det fremgår ikke tydeligt af retningslinjerne, hvem disse er, men det kan antages, at tekstens modtager er den person, teksternes handleanvisninger er tiltænkt. Dette subjekt benævnes dog oftest i passiv form f.eks.: *"Når kvinden ankommer til fødegangen/fødeklinikken, gøres følgende observationer/undersøgelser..."* (Hvidovre 2008:1), *"Smertelindring tilbydes fødende, der skønnes at have behov derfor..."* (Holstebro 2006) og *"I presseperioden lyttes 2 x 15 sek. efter hver ve..."* (Silkeborg 2005:1). Eftersom retningslinjerne bl.a. omhandler jordemoderfaglige arbejdsopgaver under den normale fødsel og jordemoderen i enkelte tilfælde



nævnes i retningslinjerne, kan det tænkes, at målgruppen er jordemødre. Der er dog også andre fagpersoner involveret i fødslen f.eks. nævnes i retningslinjen fra Silkeborg, at der fast er: ”...en *SOSA knyttet til den fødende...*” (Silkeborg 2005:1). Det er hermed ikke entydigt at retningslinjens modtager udelukkende er jordemoderen.

Afsenderen af teksten kan opfattes som de respektive fødegange, da arbejdet med den normale fødsel foregår her. Dette fremgår dog ikke tydeligt af retningslinjerne fra Silkeborg og Holstebro, eftersom de ikke præsenterer en forfatter til teksten. I retningslinjen fra Hvidovre nævnes hvem der har udformet retningslinjen og således står som afsender af teksten. Timmermans og Berg (2003) beskriver, at der i udarbejdelsen af retningslinjer foregår en forhandling med interessekonflikter og Højer og Koch (2007) påpeger ligeledes, at virkeligheden løbende konstrueres. Afsenderen af retningslinjen kan således være medvirkende til, at konstruere hvordan teksten opfattes af læseren, som i dette tilfælde sandsynligvis vil være jordemødre.

Ses retningslinjer som en kommunikationssituation mellem afsender og modtager kan en tekstanalyse ligeledes beskæftige sig med formålet for denne kommunikation (Koch 2007). Ingen af de tre retningslinjer beskriver et egentligt formål med teksten og dette kan tolkes ved hjælp af en tekstanalyse (ibid.). I Silkeborg beskrives baggrunden for retningslinjen således: ”Fødslen er den fødendes og barnefaderens, hvoraf naturligt følger, at den fødende skal have den størst mulige indflydelse på omstændighederne ved fødslen.” (Silkeborg 2005:1). Dette kan ses som et udtryk for, at en del af retningslinjens formål er at sikre kvinden selvbestemmelse og indflydelse på fødslen. For at få en forståelse af retningslinjernes tænkte formål kan der også fokuseres på overskrifterne: *Partus normalis* (Hvidovre 2008), *5.70 Normale fødsel, Den* (Holstebro 2006) og *De normale fødselsrutiner* (Silkeborg 2005). Det kunne udledes af overskrifterne, at teksten omhandler den normale fødsel og ved videre læsning ses, at retningslinjerne behandler undersøgelse, behandling og omsorg i forbindelse med denne, hvilket stemmer overens med SSTs definition af retningslinjers indhold (Sundhedsstyrelsen 2000). Ydermere ses italesættelser, der udtrykker, hvordan det normale holdes normalt, f.eks. anbefaler Hvidovre jordemoderstøtte under fødslen, da dette kan forbygge vesvækkelse og indgreb (Hvidovre 2008).

I retningslinjerne kommunikerer andet der kan forstyrre fokus på den normale fødsel. Både Hvidovre og Holstebro nævner, hvilke foranstaltninger der skal iværksættes ved dystoci og som en modsætning til det normale ses i retningslinjen fra Holstebro, at stagnation i fødslen kan

forekomme, uden det skal betragtes som unormalt (Holstebro 2006). Det er således uklart, hvorvidt formålet med retningslinjerne udelukkende er at udtrykke jordemoderens arbejdsopgaver i forbindelse med den normale fødsel, da der indgår andre mulige formål som f.eks. opsporing og behandling af dystoci. Hvis det i retningslinjen forsøges at kommunikere, hvordan man holder det normale normalt, kan det tænkes at være problematisk, at jordemoderens opmærksomhed flyttes mod det afvigende i fødselsprocessen. Sandvik beskriver, hvordan en fokusering på det patologiske kan medføre en ændring af fokus hos jordemoderen og at dette kan resultere i en indsnævring af normalitetsnormen (Sandvik 1997:74). Et tvetydigt formål med de pågældende retningslinjer kan således tænkes at vanskeliggøre jordemoderens arbejde med den normale fødsel. Timmermans og Berg påpeger, at retningslinjer kan ses som grænserne for en professions beføjelser (Timmermans og Berg 2003) og hermed kan jordemoderens råderum påvirkes af retningslinjernes formål.

### **11.3 DEFINITIONER AF DET NORMALE**

I retningslinjerne ses forskellige definitioner af den normale fødsel, hvilket kan ses som et forsøg på at standardisere en fysiologisk proces. Hvidovre definerer den normale fødsel som: *"...spontan indsættende, spontan forløbende og spontan afsluttende fødsel af et enkelt levende barn, med normalt fosterskøn, født i baghovedpræsentation ved terminen (37 uger + 0 dage – 41 uger + 6 dage)."* (Hvidovre 2008:1). Videre beskrives, at den normale fødsel kan indeholde hindepunktur, episiotomi og suturering af mindre bristninger (Hvidovre 2008). Holstebro har følgende definition: *"Ved en normal fødsel forstås en spontan indsættende og forløbende fødsel af et enkelt barn i hovedstilling til terminen (37-42 fulde uger). Fødslen skal forløbe på normal tid uden andre indgreb end det, der forstås ved almindelig fremhjælpning (accouchement)."* (Holstebro 2006). Af retningslinjen fra Silkeborg fremgår ikke en klar definition af den normale fødsel, men i beskrivelsen af hvilke fødsler der kan foregå i hjemmet står følgende: *"En forventelig normal fødsel (fra uge 37 +0) efter et normalt forløbende svangerskab..."* (Silkeborg 2005:2). At hjemmefødsler er medtaget i retningslinjen kan ses som et udtryk for at den normale fødsel ikke nødvendigvis bør forløbe på hospitalet. Der er således ikke de samme definitioner for, hvornår fødslen kan anses som værende normal på de forskellige fødesteder, f.eks. kan fødslen af et barn i uregelmæssig hovedstilling betegnes som normal i Holstebro men ikke i Hvidovre. Dette er ikke ensbetydende med, at jordemoderen juridisk set ikke må varetage fødslen af et barn i uregelmæssig hovedstilling, da dette hører under jordemoderens selvstændige virksomhedsområde defineret i lovgrundlaget (Sundhedsstyrelsen 2001a). Jordemoderens

råderum kan således ikke retsligt indskrænkes mere end hendes virksomhedsområde, som er defineret i lovgrundlaget (Sundhedsstyrelsen 2001a).

Jensen et al. påpeger, at der ikke findes en 'virkelig' definition af virkeligheden, men at denne konstrueres (Jensen et al. 2007). Videre beskriver Timmermans og Berg, at retningslinjer konstrueres i en proces med interessekonflikter og forhandlinger og den manglende konsensus vedrørende definitionen af den normale fødsel kan muligvis forstås som et udtryk for sådanne forhandlinger (Timmermans og Berg 2003). I det daglige arbejde med retningslinjer sker der ligeledes en tilpasning af de fænomener, det i retningslinjen søges at definere. Timmermans og Berg (2003) pointerer, at retningslinjer kan konstruere det praktiske arbejde, men at praksis også påvirker retningslinjer, da det er den enkelte kliniker, der anvender disse. Jordemoderen kan således i sit arbejde med retningslinjerne være medvirkende til at definere det normale og dermed hendes selvstændige råderum, alt efter hvordan hun anvender retningslinjerne.

## 11.4 FORPLIGTELSE OG MULIGHEDER

Ifølge Timmermans og Berg kan retningslinjer opfattes som et redskab til at styre praksis samt medvirke til at afgrænse klinikers handlerum (Timmermans og Berg 2003). I retningslinjerne anvendes et sprogbrug hvor verber kan relateres til jordemoderens opgaver under fødslen og således hendes råderum. I Silkeborg *skal*<sup>24</sup> den fødende have størst mulig indflydelse på fødslen (Silkeborg 2005). I Holstebro *skal* fødslen foregå på normal tid og videre *skal* der tilrådes vestimulation, såfremt der har været vesvækkelse i mere end tre timer (Holstebro 2006). Endelig *skal* mødet med den fødende i Hvidovre prioriteres og der *skal* påsættes CTG, når pressefasen har varet mere end en time (Hvidovre 2008). I Hvidovres retningslinje beskrives det, at jordemoderen *bør* foretage visse ting, f.eks. *bør* kvinden først indlægges, når hun er fødselens aktive fase og rygliggende stilling *bør* undgås (Hvidovre 2008).

Med termen *bør*, opfordres jordemoderen til en bestemt handling, hun *bør* gøre noget af nødvendighed eller pligt og retningslinjen kan således tænkes at blive et styringsredskab i forhold til jordemoderen. Når jordemoderen *skal* foretage visse handlinger, kommunikeres det implicit, at retningslinjerne er nødvendige for håndteringen af den normale fødsel på det specifikke fødested. Der tages således ikke hensyn til jordemoderens egen faglige vurdering af det enkelte fødselsforløb i retningslinjen dvs. den vurdering, der af Sandvik beskrives som det

---

<sup>24</sup> Den følgende kursivering af ord er vores markering af de termer, der er særligt relevante at fremhæve.

jordemoderfaglige skøn (Sandvik 1997). Timmermans og Berg forklarer, at standardisering kan true klinikeres færdigheder og kliniske skøn (Timmermans og Berg 2003) og jordemoderens autonomi kan således blive sekundær i forhold til retningslinjens handleanvisninger. Retningslinjen kan derfor tænkes at afgrænse jordemoderens råderum, da hun ikke får mulighed for at vurdere, hvad der er rigtigt at gøre under den normale fødsel. Videre påpeger Timmermans og Berg, at standardisering kan medføre en forringet praksis, da retningslinjer tager udgangspunkt i den gennemsnitlige patient og ikke i den individuelle patient klinikerens skal behandle (Timmermans og Berg 2003). Dette kan siges at være tilfældet i ovenstående, hvor der ikke tages hensyn til, hvorvidt de handlinger jordemoderen skal foretage sig, er det rigtige for den enkelte kvinde.

Brug af verberne *kan* og *må* i retningslinjerne, kan derimod forstås således, at jordemoderen får autoritet til selvstændigt at skønne i situationen. I Silkeborg *kan* overvågning af barnet efter klinisk vurdering foretages med større tidsintervaller, end det der specificeres i retningslinjen (Silkeborg 2005). I Holstebro *kan* der forekomme stagnation i fødslen og i sådanne situationer må jordemoderen sammen med den fødende beslutte, om der skal foretages vestimulation (Holstebro 2006). Videre *kan* barnet i Hvidovre lægges op til moderen og afnavling *kan* foregå her (Hvidovre 2008). Yderligere muligheder for selvstændigt at kunne skønne hvad der er det rigtige, får jordemoderen i retningslinjerne, når noget ifølge retningslinjen *kan vurderes*. I Silkeborg kan jordemoderen bl.a. *vurdere*, hvorvidt kvinden kan forblive i hjemmet efter uplanlagt hjemmefødsel, eller om hun skal overflyttes til hospitalet (Silkeborg 2006). Det er ligeledes jordemoderen, der i Holstebro *kan vurderes*, om der skal anlægges episiotomi, om smertelindring skal tilbydes og om der skal foretages vestimulation (Holstebro 2005). Videre kan jordemoderen i Hvidovre *vurdere*, om kvinden skal tilbydes lavement, ligesom hun *skønner*, hvornår der er behov for status i fødslen og således for vaginaleksploration (Hvidovre 2008). At en retningslinje legitimerer, at jordemoderen i visse situationer kan vurdere og dermed foretage et fagligt skøn giver jordemoderen en mulighed for at foretage en mere helhedsorienteret vurdering af fødslen.

Som det fremgår af ovenstående, kan retningslinjerne med brug af bestemte ord forpligte jordemoderen til at udføre bestemte handlinger samt legitimere, at hun selvstændigt tager beslutninger i andre situationer. Således kan retningslinjerne tænkes at påvirke jordemoderens muligheder for at foretage et selvstændigt skøn. Sandvik beskriver det jordemoderfaglige skøn, som en vurdering af hvad der kan ses som væsentligt og uvæsentligt i fødselsituationen, hvilket

kan ses som en kombination af kliniske fund og en vurdering af fødselssituationen som helhed (Sandvik 1997). Retningslinjerne kan altså opfattes som et styringsredskab, der forpligter jordemoderen til at udføre bestemte handlinger under fødslen samt definerer, hvornår jordemoderen kan have mulighed for at træffe selvstændige beslutninger. Retningslinjer kan således ses som medvirkende til at definere jordemoderens mulighed for at foretage et jordemoderfagligt skøn, hvilket kan tænkes at have konsekvenser for jordemoderens råderum under fødslen.

## **11.5 SAMMENFATNING**

Gennem analysen er det fremhævet, at det vidensgrundlag retningslinjerne bygger på overvejende er en objektiv, ekspliciterbar viden hvilket kan tolkes således, at retningslinjerne udtrykker en fødselsvidenskabelig tilgang til fødslen. Dette kan medføre at en del af den viden jordemoderen baserer sit faglige skøn på tillægges mindre værdi og således ikke opfattes som havende samme autoritet i fødselssituationen. Videre er det uklart hvilken kommunikation, der foregår i retningslinjerne og hvilket formål der søges formuleret til jordemoderen. Der optræder en fokusering på den normale fødsel, men denne forstyrres af f.eks. informationer omkring dystoci. Dette kan føre til, at jordemoderens opmærksomhed flyttes fra det væsentlige i situationen samt at der fokuseres på det komplicerede i fødslen på bekostning af det normale. Retningslinjernes direkte og indirekte definitioner af jordemoderfaglig omsorg og den normale fødsel kan ligeledes have indflydelse på jordemoderens råderum, da disse definitioner er medvirkende til at konstruere praksis. Endelig sætter retningslinjerne rammer for jordemoderens arbejde ved at definere, i hvilke situationer hun kan skønne i fødselsforløbet. I visse tilfælde kan retningslinjerne muligvis fratage jordemoderen mulighed for at skønne og jordemoderens autonomi kan således blive sekundær i forhold til retningslinjerne.

## 12.0 DISKUSSION

---

Det kan diskuteres, hvorvidt vi har tilstrækkeligt belæg for de resultater, vi er kommet frem til gennem analyserne af, hvordan jordemoderfaglig omsorg kommer til udtryk i retningslinjerne og hvordan retningslinjer kan påvirke jordemoderens råderum. Projektets analyser er foretaget med udgangspunkt i Kochs (2007) tekstanalysemetode og ved at redegøre for hvordan samt tydeliggøre hvornår denne metode anvendes i analysen, mener vi at have skabt en gennemsigthed i projektets metode. Valide fortolkninger af retningslinjernes sproglige indhold er således opnået gennem en systematisk tilgang til analyserne ved brug af Kochs (2007) undersøgelsesredskaber.

Der kan sættes spørgsmål ved, hvorvidt vi kan konkludere, hvordan den jordemoderfaglige omsorg kommer til udtryk i de tre retningslinjer for den normale fødsel. Med udgangspunkt i en forståelse af jordemoderfaglig omsorg er der foretaget en systematisk analyse af retningslinjerne. Det kan tænkes, at der findes andre opfattelser af jordemoderfaglig omsorg, end den vi har udlagt. Vi har i projektet inddraget flere perspektiver for forståelsen af jordemoderfaglig omsorg. Således er udbredt en nuanceret forståelse af jordemoderfaglig omsorg på baggrund af flere anerkendte teoretikere (Martinsen 2002, Berg 2004, Lundgren 2004, Kennedy 1995), hvilket vi ser som en styrke i forhold til at besvare første del af problemformuleringen.

Det kan anfægtes, hvorvidt vi har fået realistisk billede af, hvordan jordemoderens råderum påvirkes af arbejdet med retningslinjer. Det kunne tænkes, at vi havde opnået et mere virkelighedsnært billede af jordemødres arbejde med den normale fødsel, hvis vi havde interviewet jordemødre om, hvordan de følte deres råderum blev påvirket af at arbejde med en retningslinje for den normale fødsel. Vi mener dog, at vi på baggrund af en teoretisk analyse har tydeliggjort, at der sker en dynamisk forandring af praksis i arbejdet med retningslinjer, hvorfor jordemoderens råderum påvirkes. Videre er det med et STS-perspektiv anskueliggjort, at retningslinjer, blot i kraft af deres eksistens, påvirker jordemoderens råderum og dermed hendes

møde med kvinderne og deres fødsler.

Det kan kritiseres, at vi anvender Timmermans og Bergs (2003) arbejde i dette projekt, da dette primært omhandler den medicinske praksis i Holland, USA og England. Vi mener, at Timmermans og Berg er anvendelige til at anskueliggøre, hvordan retningslinjer kan påvirke jordemødres råderum, eftersom standardiseringer og retningslinjer også er centrale elementer i det danske sundhedsvæsen (Sundhedsstyrelsen 2000). Timmermans og Berg beskæftiger sig med sundhedspersoner bredt, hvorfor deres betragtninger kan anvendes til at belyse jordemoderens praksis.

Projektet er en kvalitativ undersøgelse og det er således ikke målet med projektet, at resultaterne skal være generaliserbare. Vi ønsker alligevel at kunne udtale os om en bredere kontekst end et enkelt hospital. Efter at have læst de indsamlede retningslinjer for den normale fødsel udvalgte vi tre, der repræsenterer den bredde, der kommer til udtryk, i de retningslinjer vi modtog. Vi mener således, at de udvalgte retningslinjer er fyldestgørende for at kunne sige noget bredt om, hvordan retningslinjer for den normale fødsel er medvirkende til at konstruere jordemødres praksis samt hvordan den jordemoderfaglige omsorg kommer til udtryk sådanne. Det kan diskuteres, hvorvidt vi i dette projekt kan anvende retningslinjer, der er under revision, hvilket er tilfældet for retningslinjerne fra Silkeborg og Holstebro. Det må formodes, at disse fortsat anvendes i praksis, da det var dette materiale, vi fik tilsendt fra fødestederne som svar på vores forespørgsel om retningslinjer for den normale fødsel. Projektet må således læses med det forbehold, at retningslinjerne efter revision kan have en anden udformning og et andet indhold.

Dette projekt behandler ikke den faktuelle viden, der fremstilles i retningslinjerne og vi har ikke forholdt os obstetrisk fagligt til f.eks. hvorvidt 10 IE Syntocinon er korrekt at anvende som blødningsprofylakse, eller hvordan vandafgang uden veer bør håndteres. Dette kunne have bidraget til besvarelsen af problemformuleringen ved yderligere at belyse det råderum med muligheder og begrænsninger jordemoderen konkret arbejder i. Hvis retningslinjernes handleanvisninger viste sig ikke at være i overensstemmelse med anerkendt praksis, havde jordemoderen arbejdet ud fra udokumenterede rutiner. Det kunne have været interessant at se hvilken betydning, det evt. kunne have haft for jordemoderens råderum og den jordemoderfaglige omsorg.

Vi mener, at de metodiske valg der er foretaget, herunder de forskellige analyseredskaber og den inddragne teori og empiri, er velvalgte til at besvare projektets problemformulering. Vi kan dermed anskueliggøre, hvordan jordemoderfaglig omsorg kommer til udtryk i retningslinjerne og hvordan sådanne påvirker jordemoderens råderum. Vi ønsker at diskutere projektets analysefund for at nuancere problemformuleringens besvarelse. Gennem projektets analyse er det fremkommet, at der i retningslinjerne ses forskellige definitioner af den normale fødsel. Ifølge Wackerhausen (1998) er det normale et relativt begreb, der bl.a. afhænger af, hvem der definerer det normale (Wackerhausen 1998). Det normale en dynamisk og varierende størrelse og det kan således være vanskeligt at standardisere og definere den normale fødsel i en retningslinje. Fælles for de definitioner der fremgår af retningslinjerne er, at de omhandler den fysiologiske proces, der foregår under den normale fødsel. En normal fødsel kan udover den fysiologiske proces indeholde andre elementer, som en familiedannelse, en overgangsperiode hvor kvindens roller omdefineres, eller en rite de passage (Downe 2006). Kan fødestedernes valgte definition af den normale fødsel ses som et udtryk for, at de andre elementer der kan indgå i den normale fødsel ikke medtages i arbejdet på fødegangen?

Det er fremanalyseret, at jordemoderfaglig omsorg kun kommer delvist til udtryk i retningslinjerne og dette kan muligvis være betinget af, at det er vanskeligt at sprogliggøre denne kompetence. Det kan diskuteres, hvorvidt denne manglende italesættelse af de mange aspekter af jordemoderfaglig omsorg har betydning for, hvordan jordemoderen kan yde omsorg til kvinden under fødslen. Timmermans og Berg påpeger, at retningslinjer kan sætte rammerne for og konstruere den praksis klinikerne arbejder i (Timmermans og Berg 2003). Det kunne tænkes, at der i jordemoderens praksis ville blive en vægtning af de aspekter af den jordemoderfaglige omsorg, der kommer fyldestgørende til udtryk i retningslinjerne og at jordemoderens opmærksomhed alene fokuseres på f.eks. det at lytte hjertelyd frem for også at skabe en relation til kvinden. Wackerhausen beskriver, hvordan tilegnelsen af en kompetence kræver både regelbaserede færdigheder og tavs viden (Wackerhausen 1992). Hvis jordemoderfaglig omsorg kun delvist kommer til udtryk i retningslinjer, kan det tænkes, at dette mangfoldige begreb og dermed jordemødres kompetence indsnævres. Kan det tænkes at få konsekvenser for jordemødres faglige kompetencer i fremtiden og dermed de normale fødsler, hvis den jordemoderfaglige omsorg udelukkende udøves med udgangspunkt i retningslinjerne?

Vi ønsker at sætte spørgsmålstegn ved den antagelse, at jordemoderfaglig omsorg ikke kan



beskrives uddybende i retningslinjerne. Dette med udgangspunkt i Wackerhausens betragtninger omkring de tavse dimensioner af praksis og muligheden for at italesætte disse ved brug af metaforer (Wackerhausen 1992). Lundgren beskriver, hvordan jordmoderen under fødslen må være opmærksom på kroppens signaler og anvende øjenkontakt med kvinden i vurderingen af, hvorvidt hun har nået grænserne for egen formåen (Lundgren 2004). Berg beskriver, at nærvær og en accept af det anderledes ved hinanden er nødvendigt for skabelsen af en relation mellem kvinden og jordmoderen (Berg 2004). Her udfoldes nærmere hvordan jordmoderen skal yde den jordemoderfaglige omsorg og kvaliteten i relationen beskrives; dermed sætter Berg og Lundgren ord på noget der forbliver usagt i retningslinjerne.

Gennem analysen er det fremkommet, at det primært er den objektive og evidensbaserede viden der kommer til udtryk i retningslinjerne. Det kan diskuteres, hvorfor der ses en sådan vægtning. Evidensbegrebet er opstået for at undgå, at behandling udføres på baggrund af usikre skøn og tilfældigheder, men i stedet sikre at denne er baseret på videnskabelig evidens (Bydam 2003, Timmermans og Berg 2003, Severinsen 2005). Man kunne påstå, at jordemoderens skøn er et udtryk for en sådan tilfældig behandling. Ifølge Sandvik (1997) forudsætter jordemoderens skøn faglighed og etik. Jordmoderen må kombinere objektiv og evidensbaseret viden med intuition og åbenhed i forhold til at se appellen fra den fødende og jordemoderens vurdering baseres bl.a. på informationer hun opnår i kraft af hendes tilstedeværelse under fødslen (Sandvik 1997). Jordmoderen ekskluderer således ikke den evidensbaserede og objektive viden men inddrager yderligere aspekter. Dette kan ikke siges at være en tilfældig behandling, men derimod en behandling der er betinget af situationen. Det pointeres videre af Timmermans og Berg, at der i virkelighedens verden ikke altid findes evidens og at evidens ikke altid giver et entydigt svar (Timmermans og Berg 2003). En vægtning af evidens som vidensgrundlag i retningslinjerne behøver ikke, at ske på bekostning af andre vidensformer, men med en sådan vægtning bliver det tydeligt, at det primært er en fødselsvidenskabelig tilgang til fødslen, der kommer til udtryk i retningslinjerne.

Da jordmoderen ikke er retsligt forpligtet til at anvende retningslinjer (SST 2000), kan det tænkes, at jordemødrene blot kan handle ud fra omhu og samvittighedsfuldhed og beslutte sig for ikke at følge den givne retningslinje. Kan det da overhovedet påstås, at jordemødrenes råderum påvirkes af at arbejde med en retningslinje for den normale fødsel? Timmermans og Berg mener, at retningslinjer kan medvirke til at styre og konstruere praksis (Timmermans og Berg 2003) og

således afgrænse jordemoderens råderum. Dette er ikke nødvendigvis ensbetydende med, at jordemødre ikke kan afvige fra retningslinjerne. Timmermans og Berg påpeger videre, at sundhedspersoner ikke arbejder passivt med retningslinjer, men at retningslinjer derimod tilpasses af de personer, der arbejder med dem (Timmermans og Berg 2003). En retningslinje for den normale fødsel er således med til at sætte en ramme for jordemoderens råderum, men idet jordemødre arbejder med disse kan det tænkes, at jordemødre selv medvirker til, at den normale fødsel standardiseres. Hermed kan det tænkes, at jordemødre selv er medvirkende til at sætte en ramme for, hvorledes de skal yde jordemoderfaglig omsorg og dermed begrænser eller udvider deres eget råderum. Når der foregår en sådan gensidig påvirkning mellem retningslinjer og praksis kunne det videre være interessant at undersøge hvilke aktører, der er centrale i udarbejdelsen af disse og hvilken rolle jordemoderen har i denne proces.

Böttcher beskriver hvordan jordemødre praktiserer dels i overensstemmelse med dels i opposition til retningslinjer og det kan være frustrerende og hæmmende for jordemoderen, når hun er fagligt eller ideologisk uenig med retningslinjerne (Böttcher 2008). Det er ikke nødvendigvis en kontroversiel ide at standardisere behandlinger og udarbejde retningslinjer i sundhedsvæsenet. Baggrunden for indførelsen af disse er bl.a., at det er nødvendigt med en form for opsamling af den store mængde viden, der er på fødselsområdet. Den enkelte jordemoder kan tænkes at have svært ved at navigere i og selvstændigt vurdere den tilgængelige information og standardiseringer kan således være et brugbart arbejdsredskab. På den anden side kan der beskrives en dobbelthed i forhold til retningslinjer i praksis, da disse, i kraft af standardiseringerne, kan være bestemmende for arbejdet (Timmermans og Berg 2003). Videre påpeger Timmermans og Berg (2003), at retningslinjer kan definere patientens rolle og position samt at der tages udgangspunkt i en standardiseret, gennemsnitlig patient og man kan undre sig over, hvordan individuelt tilpasset jordemoderfaglig omsorg kan fremgaa af sådanne retningslinjer.

Ifølge Timmermans og Berg vil standardiseringer kunne have konsekvenser for det kliniske skøn, da erfaring ikke tillægges værdi i forhold til evidensbaseret viden og standardiserede retningslinjer og videre kan klinikerens erfaringsbaserede viden gå tabt, når praksis standardiseres (Timmermans og Berg 2003). Begrænses jordemoderens muligheder for at kunne skønne under fødslen til det der formuleres i en retningslinje, kan det tænkes, at dele af det jordemoderfaglige skøn som rummer viden i form af tavse dimensioner ikke længere vil kunne anvendes i vurderingen af, hvorvidt fødslen forløber normalt. Hvad kan det få af betydninger for

jordemoderfaget i fremtiden at en kernekompetence som det jordemoderfaglige skøn ikke tillægges værdi? Skønnet konstituerer jordemoderens fagområde og inddrages i alle sammenhænge i jordemoderens praksis. Mistes denne kernekompetence, kan det tænkes at grundlaget for jordemoderfagets selvstændighed forsvinder. Videre vil dette få betydning for kvinden, da jordemoderen ikke kan give hende en individuel jordemoderfaglig omsorg.

## 13.0 KONKLUSION

---

Konklusionens påstand er, at jordemoderfaglig omsorg i sin helhed ikke kommer udtømmende til udtryk i retningslinjer for den normale fødsel. Det kan endvidere konkluderes, at en retningslinje for den normale fødsel kan indskrænke jordemoderens råderum under den normale fødsel. Samtidig er fundet en gensidig påvirkning mellem den jordemoderfaglige omsorg og jordemoderens råderum; hvis råderummet indskrænkes, ved at det jordemoderfaglige skøn ikke tillægges værdi, påvirker dette den individuelle jordemoderfaglige omsorg for kvinden.

Dokumentation for disse påstande er fundet gennem flere led i analysen. I analysens første del er der foretaget en tekstanalyse samt en teoretisk analyse, hvorved det kan konkluderes, at der fremgår elementer af jordemoderfaglig omsorg i retningslinjerne. Således behandles jordemoderfaglig omsorg i form af individuelt tilpasset omsorg, relationsdannelse mellem kvinde og jordemoder, helhedssyn på kvinden, fokus på normalitet samt de professionelle grænser. Af retningslinjerne fremgår dermed jordemoderfaglig omsorg, men det forklares ikke, hvorledes jordemoderen skal agere i de pågældende situationer. Den mangfoldighed og de nuancer der rummes i begrebet jordemoderfaglig omsorg kommer ikke til udtryk i retningslinjerne for den normale fødsel.

I andet led af analysen af retningslinjerne er det med et STS- perspektiv tydeliggjort, at der foregår en dynamisk og gensidig påvirkning mellem retningslinjer og de jordemødre der arbejder med disse samt at retningslinjer medvirker til at konstruere jordemødres praksis. Jordemødres mulighed for at skønne og således det jordemoderfaglige råderum påvirkes af, at jordemoderen arbejder med en retningslinje for den normale fødsel, bl.a. fordi retningslinjerne kan begrænse jordemoderens muligheder for at vurdere hvordan og hvornår hun skal skønne i den pågældende situation. Jordemoderens råderum kan således indskrænkes af, at hun arbejder med en retningslinje for den normale fødsel.

Det kan tænkes, at en sådan begrænsning af jordemoderens råderum kan have konsekvenser for kvindernes fødsler og dermed den fremtidige familiedannelse. Jordemoderfaglig omsorg er af stor betydning for, at den normale fødsel forløber normalt samt for kvinders fødselsoplevelse og dermed den fremtidige familiedannelse (Berg 2004, Kennedy 1995, Lundgren 2004). Der kan dermed udtrykkes et ønske om at mere opmærksomhed bliver tildelt den gensidige påvirkning mellem retningslinjer og jordemoderens omsorg for fødende kvinder og disses familier.

## LITTERATURLISTE

---

- Becker-Christensen, Christian (2001). *Nudanske Ordbog med etymologi*. (2. udgave), København, Politikens Forlag.
- Beckert, Henriette (2004). *Medicinsk Ordbog*. København, Nordisk Forlag.
- Berg, Marie (2004). "Värdegrunden för vårdandet vid barnafödande." Kap. 2 i *Att stödja och stärka*. Redigeret af Marie Berg & Ingela Lundgren, Vårdförbundet
- Bydam, Jens (2003). *Evidensbaseret praksis- grundbog for sundhedspersonale*. København, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S
- Böttcher, Tove (2008). "Jordemoderens beslutninger på fødesstuen- en undersøgelse af praksis i jordemoderperspektiv." i *Tidskrift for Jordemodre*. Lokaliseret d. 14.12.2008 på World Wide Web: <http://www.jordemoderforeningen.dk/index.dsp?page=3768>
- Collin, Finn (2003). *Konstruktivisme*. Frederiksberg, Roskilde Univeritetsforlag.
- Downe, Sue (2006). "Engaging with the concept of unique normality in childbirth." i *British Journal of Midwifery*. Vol. 1. No. 6. s. 352-356.
- Hvidovre (2008). *Partus normalis*. Lokaliseret d. 12.12.2008 på World Wide Web: <http://www.gyncph.dk/procedur/obstet/partnorm.htm>
- Holstebro (2008). *5.70 Normale Fødsel, Den*. Lokaliseret d. 12.12.2008 på World Wide Web: <http://www.ringamt.dk/SU/Haandboeger/DokHaandbogGynObs.nsf/StartFrame/Nr1?OpenDocument>
- Høyer, Klaus & Lene Kock (2007). "Håbets teknologi- en skabelsesberetning" i *Håbets Teknologi*. Redigeret af Klaus Høyer & Lene Kock, København, Munksgaard.

- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2006): *Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed*. Lokaliseret d. 12.12.2008 på World Wide Web:  
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10269&exp=1>
- Jensen, Casper Bruun, Peter Lauritsen & Finn Olesen (2007). *Introduktion til STS. Science, Technology, Society*. København, Hans Reitzels Forlag.
- Jordemoderforeningen (2007). *Etikkode for Jordemodre*. København, Jordemoderforeningen.
- Kennedy, Holly Powell (1995). "The Essence of Nurse-midwifery Care. The women's story." i *Journal of Nurse-Midwifery*. Vol. 40 No. 5, s.410-417
- Kjeldset, Anne-Marie (2007). "Færre fødesteder i Region Hovedstaden" i *Tidsskrift for Jordemodre*. Lokaliseret d. 14.12.2008 på World Wide Web:  
<http://www.jordemoderforeningen.dk/index.dsp?page=2690>
- Kjeldset, Anne-Marie (2004). "Hvad er en normal fødsel?" i *Tidsskrift for Jordemodre* Lokaliseret d. 14.12.08 på World Wide Web:  
<http://www.jordemoderforeningen.dk/index.dsp?page=1370>
- Kock, Lene (2007). "Tekstanalyse." Kap. 6 i *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. (3. udgave), Redigeret af Lene Kock & Signild Vallgård, København, Munksgaard.
- Lundgren, Ingela (2004). "At vårda kvinnor med normal förlossning." Kap. 5 i *Att stödja och stärka*. Redigeret af Berg, Marie & Ingela Lundgren, Vårdförbundet
- Martinsen, Kari (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. (2. udgave). Universitetsforlaget.
- Møller, Jytte (2002). "Jordemoderfaglighed over for jordemoderkundskab." i *Tidsskrift for Jordemodre*. Lokaliseret på World Wide Web:  
<http://www.jordemoderforeningen.dk/index.dsp?page=555>
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008): *Bekendtgørelse af sundhedsloven*. Lokaliseret d. 12.12.2008 på World Wide Web:  
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=114054>
- Nielsen, B. Kjærulf (2004). *Gyldendals røde ordbøger. Engelsk-dansk*. København, Gyldendal.

- Region Hovedstaden (2007). *Beskrivelse af specialerne*. Lokaliseret d. 12.12.2008 på World Wide Web: [http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/5884B5AA-83BF-4683-96E2-414E6B6FEE65/0/Bilag3\\_Beskrivelseafspecialerne.pdf](http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/5884B5AA-83BF-4683-96E2-414E6B6FEE65/0/Bilag3_Beskrivelseafspecialerne.pdf)
- Sandvik, Gunnhild Blåka (1997). *Moderskap og fødselsarbeid. Diskurser i reproduktivt arbeid*. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Severinsen, Morten (2005). *Etik & Videnskabsteori i sundhedsfagene*. Odense, Syddansk Universitetsforlag.
- Silkeborg (2008). *De normale fødselsrutiner*. Lokaliseret d. 12.12.2008 på World Wide Web: <http://www.gynobs-aaa.dk/obstetrik/De%20normale%20foedselsrutiner%20260205.htm>
- Simonsen, Simon S. (2005a). "Klinisk Videnskabsteori – grundkategorier i en disciplin mellem sundhed og sandhed." Kap. 12. i *Filosofi Etik Videnskabsteori*, Redigeret af Merete Bjerrum & Kirsten Lund Christiansen, Akademisk Forlag.
- Simonsen, Simon S. (2005b). "Den kvantitative sundhedsvidenskabs basis i det positive målelige." Kap. 13. i *Filosofi Etik Videnskabsteori*, Redigeret af Merete Bjerrum & Kirsten Lund Christiansen, Akademisk Forlag.
- Simonsen, Simon S. (2005c). "Tre positive traditioner inden for sundhedsvidenskaben" i *Filosofi Etik Videnskabsteori*, Redigeret af Merete Bjerrum & Kirsten Lund Christiansen, Akademisk Forlag.
- Sundhedsstyrelsen (2008). *Fødselregisteret 2007 (foreløbige opgørelse)*. Lokaliseret d. 15.12.2008 på World Wide Web: [http://www.sst.dk/publ/tidsskrifter/nyetal/pdf/2008/01\\_08.pdf](http://www.sst.dk/publ/tidsskrifter/nyetal/pdf/2008/01_08.pdf)
- Sundhedsstyrelsen (2007). *Sygebusfødsler og fødeafdelingernes størrelse, 1982-2005*. Lokaliseret d. 15.01.2008 på World Wide Web: [http://www.sst.dk/publ/tidsskrifter/nyetal/pdf/2007/03\\_07.pdf](http://www.sst.dk/publ/tidsskrifter/nyetal/pdf/2007/03_07.pdf)
- Sundhedsstyrelsen (2001a): *Cirkulære om jordemodervirksomhed*. København, Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2001b): *Vejledning om jordemodres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv.* København, Sundhedsstyrelsen.



Sundhedsstyrelsen (2000): *Vejledning om udfærdigelse af instrukser*. Lokaliseret d. 15.12.2008 på World Wide Web:

<http://www.sst.dk/publ/Vejledninger/00/Instrukser/index.htm>

Timmermans, Stefan & Marc Berg (2003). *The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Philadelphia, Temple University Press.

Wackerhausen, Steen (1998). *What is natural? Deciding what to do and not to do in medicine and health care*. Århus, Institut for Filosofi ved Århus Universitet.

Wackerhausen, Steen (1992). *Teknologi, kompetence og vidensformer*. I *Philosophia*. Årgang 20. Nr. 3-4 s. 81-117.

## **BILAGSFORTEGNELSE**

---

**Bilag 1:** Indsamling og udvælgelse af empiri

**Bilag 2:** Litteratursøgning

**Bilag 3:** Mailkorrespondance med Steen Rasmussen, Sundhedsstyrelsen

**Bilag 4:** Partus normalis, Hvidovre Hospital

**Bilag 5:** 5.70 Normale Fødsel, Den, Regionshospitalet Holstebro

**Bilag 6:** De normale fødselsrutiner, Regionshospitalet Silkeborg

### INDSAMLING AF EMPIRI

Indsamling af retningslinjer for den normale fødsel er foretaget gennem mailkontakt til samtlige fødesteder i Danmark. I mailen er der spurgt til, hvorvidt afdelingen har en retningslinje for den normale fødsel, og hvilke overvejelser de har gjort sig om en sådan retningslinje. Mailadresser er tilvejebragt gennem kontakt til Jordemoderforeningens sekretariat. Alle fødesteder, der ikke responderede på første mail, fik tilsendt endnu en forespørgsel. En række af de udleverede mailkontakter var ikke længere i brug, hvorfor nye mailadresser til disse er fundet via de pågældende fødesteders hjemmesider eller telefonisk kontakt. Det er således sikret, at alle fødesteder har modtaget en forespørgsel. Det er ikke alle fødesteder der har svaret, men af de der har, oplyste seks fødesteder, at de ikke arbejder med en retningslinje for den normale fødsel<sup>25</sup>. Der blev i alt indhentet otte forskellige retningslinjer fra henholdsvis; Hvidovre, Silkeborg, Næstved (identisk med Nykøbing Falster), Holstebro (identisk med Herning), Sønderborg, Rigshospitalet, Hillerød, Aalborg. I projektet har vi afgrænset os fra at behandle alt den indsamlede empiri og udvalgt at analysere retningslinjer fra henholdsvis Hvidovre Hospital, Regionshospitalet Holstebro og Regionshospitalet Silkeborg.

### TIL RETTE VEDKOMMENDE

Vi er tre jordemoderstuderende på Jordemoderuddannelsen i København, der er i gang med vores bachelorprojekt. Vores udgangspunkt for opgaven er procedurer/retningslinier for den normale fødsel og om/hvordan en sådan påvirker den jordemoderfaglige omsorg under den normale fødsel.

I den henseende er vi meget interesserede i at vide, om I har en sådan procedure på jeres fødested, og i givet fald vil vi være meget taknemlige hvis I vil sende en kopi til os. Hvis I ikke har

---

<sup>25</sup> Frederiksberg, Roskilde, Slagelse, Herlev, Svendborg og Glostrup.

en procedure for den normale fødsel, vil vi gerne vide, om I overvejer at indføre en sådan og hvad jeres begrundelser er for dette. Hvis I har tid vil vi meget gerne høre hvad jeres overvejelser ift. det at have en procedure for den normale fødsel - vi vil gerne have et så nuanceret billede som muligt af hvad en sådan procedure er for en størrelse.

På forhånd tak

**Nina Olsén Sørensen, [ninatjka@gmail.com](mailto:ninatjka@gmail.com)**

**Heidi Hajslund Christensen, [heididi82@gmail.com](mailto:heididi82@gmail.com)**

**Mette Kabell Hansen, [mettekabellhansen@gmail.com](mailto:mettekabellhansen@gmail.com)**

## BILAG 2

---

### LITTERATURSØGNING

Med udgangspunkt i problemformuleringen har vi foretaget en litteratursøgning på databaserne PubMed, CINAHL og Psycinfo på søgeordene: *natural labour, normal labour, midwifery, midwifery care, nurse-midwifery care, birth, perception, practice guideline* m.fl. samt kombinationer af disse. For at opnå en fyldestgørende søgning er søgeordene både søgt som fritext og emneord. Vi har søgt på Campus Rådmandsmarkens Biblioteks database samt Københavns Universitetsbiblioteks databaser. Desuden har vi benyttet os af kædesøgning i jordemoderfaglig litteratur.

#### Søgning d. 11.11.2008 på databasen CINAHL:

Søgeord	Hits	Relevante Hits
(Normal childbirth OR normal labor OR normal labour OR normal birth) AND (practice guidelines OR clinical guidelines)	1	0
(Normal childbirth OR normal labor OR normal labour OR normal birth) AND (midwifery care OR nurse midwifery care)	33	0
(Normal childbirth OR normal labor OR normal labour OR normal birth) AND (womens experience OR midwifes experience )	37	0
(practice guidelines OR clinical guidelines) AND (midwifery care OR nurse midwifery care)	2	0
(midwifery care OR nurse midwifery care) AND (womens experience OR midwifes experience )	67	0
(practice guidelines OR clinical guidelines) AND (womens experience OR midwifes experience )	0	0
(Normal childbirth OR normal labor OR normal labour OR normal birth) AND (midwifery care OR nurse midwifery care) AND (womens experience OR midwifes experience )	6	0

### Søgning 11.11.2008 på databasen PubMed

Søgeord	Hits	Relevante hits
(midwifery care) AND (Labour, Obstetric OR Natural Childbirth) AND (Practice Guideline as Topic)	12	0
(Labour, Obstetric OR Natural Childbirth) AND (Practice Guideline as Topic) AND (Nurse Midwives OR Midwifery)	28	0
(Pregnancy) AND ((Nurse-Patient Relations) AND (Nurse Midwives))	69	1
(Practice Guideline as Topic) AND (Nurse-Patient Relations) AND ((Nurse Midwives) OR (Midwifery))	16	0

Kennedy, Holly Powell (1995). *The Essence of Nurse-midwifery Care. The women's story.* I *Journal of Nurse-Midwifery*. Vol. 40 No. 5, s.410-417

### Søgning 11.11.2008 på database Psycinfo

Søgeord	Hits	Relevante Hits
(Normal childbirth OR normal labor OR normal labour OR normal birth) AND (practice guidelines OR clinical guidelines)	0	0
(Normal childbirth OR normal labor OR normal labour OR normal birth) AND (midwifery care OR nurse midwifery care)	12	0
(Normal childbirth OR normal labor OR normal labour OR normal birth) AND (womens perception OR midwives perception )	5	0
(Normal childbirth OR normal labor OR normal labour OR normal birth) AND (womens experience OR midwives experience )	28	0
(practice guidelines OR clinical guidelines) AND (midwifery care OR nurse midwifery care)	3	0
(midwifery care OR nurse midwifery care) AND (womens experience OR midwives experience )	20	0
(practice guidelines OR clinical guidelines) AND (womens experience OR midwives experience )	2	0
(Normal childbirth OR normal labor OR normal labour OR normal birth) AND (midwifery care OR nurse midwifery care) AND (womens perception OR midwives perception )	1	0

## BILAG 3

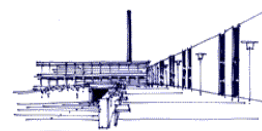
Robson gr. 1											procent				
År	Fødsler i alt	Vestimulation	Akut kejsersnit	Sugekop	Klip	Epiduralblokkade	Fødsler i alt	Vestimulation	Akut kejsersnit	Sugekop	Klip	Epiduralblokkade			
1997	22390	-	2133	3864	##	191	100	-	9,5	17,3	22,0	0,9			
1998	21991	-	2272	3823	##	210	100	-	10,3	17,4	21,1	1,0			
1999	21232	53	2119	3345	##	520	100	0,2	10,0	15,8	17,8	2,4			
2000	21178	8059	2143	3576	##	1514	100	38,1	10,1	16,9	18,2	7,1			
2001	20347	7726	2283	3474	##	1833	100	38,0	11,2	17,1	16,7	9,0			
2002	19437	7987	2298	3288	##	2699	100	41,1	11,8	16,9	16,4	13,9			
2003	19342	8282	2338	3235	##	3031	100	42,8	12,1	16,7	15,8	15,7			
2004	19211	8456	2338	3243	##	3899	100	44,0	12,2	16,9	15,1	20,3			
2005	18754	8647	2281	3296	##	4772	100	46,1	12,2	17,6	13,7	25,4			
2006	18962	8582	2415	3185	##	5379	100	45,3	12,7	16,8	12,1	28,4			
2007	18608	8652	2338	3229	##	5997	100	46,5	12,6	17,4	10,6	32,2			

Kilde: Fødselsregisteret, Sundhedsstyrelsen.  
 Note: For året 2007 er opgørelserne foreløbige.

### Valgte data

Bopæl/region:	Hele landet
Fødselsgruppe:	1 Fødselsgruppe: spontan, hovedstilling, til term
År:	1997

1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007, foreløbig opgørelse
------	------	------	------	------	------	------	------	---------------------------



# Partus normalis (feb 2008)

## (\* angiver ændringer)

### Indhold

#### 1. Definition

Denne faglige vejledning drejer sig om den spontant indsættende, spontant forløbende og spontant afsluttende fødsel af et enkelt levende barn, med normalt fosterskøn, født i bagehovedpræsentation ved terminen (37 uger + 0 dage - 41 uger + 6 dage).

Fødslen kan stadig betegnes som normal, selvom der er foretaget hindepunktur (punktur af fosterhinderne ved orificium  $> 6$  cm), og der er anlagt episiotomi eller forekommer mindre bristninger. Der kan endvidere foretages suturering af mindre bristninger og episiotomi.

#### 2. Hvornår er kvinden i fødsel

Når kvinden ankommer til fødegangen/fødeklubben, gøres følgende observationer/undersøgelser:

- Vurdering af kvindens psykiske tilstand.
- Udvendig undersøgelse mhp. uterus' størrelse, barnets lejrning, caputs stand og fosterskøn.
- Vurdering af barnets tilstand med træstetoskop, der lyttes i 1 minut umiddelbart efter en ve. På indikation foretages CTG undersøgelse, se vejledning "kardiotocografi".
- Vurdering af ve-aktiviteten manuelt.
- Vaginal exploration med vurdering af collums længde og placering, orificiums dilatation, caputs stand og rotation, kontakten mellem caput og orificium, tykkelsen af nedre segment.\*
- Observation af +/- vandafgang, spænding i hinderne\*.

- Måling af moderens puls og BT. Hvis der har været vandafgang > 6 timer, hvis kvinden virker febril eller ved tachycardi hos barnet måles temperatur.
- Hvis der er forhøjet BT eller hvis der ikke er fundet normale resultater af undersøgelser for protein og glucose indenfor den seneste uge.(f.eks. i jordemoderkonsultation), foretages undersøgelse for protein og glucose med urinstix.
- Som led i modtagelsen gennemføres en samtale med kvinden og manden, hvis han er til stede, om hvordan graviditeten er gået og om forventninger og ønsker til fødslen\*.

Kvinden er i fødselens latente fase, når der er regelmæssig ve-aktivitet, som modner og afkorter collum og/eller udvider orificium.

Kvinden er i fødselens aktive fase, når der er regelmæssig, god ve-aktivitet og orificium er 4 cm dilateret. Hos førstegangsfødende skal collum være udslettet. Veerne skal som hovedregel komme med et interval på mindre end eller lig 5 minutter. Ved orificium på 4 cm vil 60% af fødende være i aktiv fase og ved 5 cm er det 90%. Ved overgangen til aktiv fase, sker der en acceleration i dilatationsraten.

Kvinden bør som hovedregel først indlægges, når hun er i fødselens aktive fase. Med hensyn til vandafgang, se vejl. "Vandafgang ved terminen uden veer".

### **3. udvidningsfasen, latent del**

#### **3.1 Varigheden af den latente fase**

Flere studier beskriver forlænget latent fase som:

førstegangsfødende: >20 timer

fleregangsfødende: >14 timer

I vurderingen af, om den latente fase er for lang i det enkelte tilfælde, skal der tages hensyn til, hvor påvirket kvinden er af varigheden, bl.a. hvor længe der har været veer, som har gjort, at hun ikke har kunnet hvile/sove. Der bør ses på, om kvinden tidligere har henvendt sig på fødeafdelingen og på kvindens fysiske og psykiske ressourcer i det hele taget.

Der bør ikke foretages HSP eller ve-stimulation med Syntocinon i den latente fase, hvis denne ikke er forlænget. Hvis fremgang er påkrævet, så kan hindeløsning forsøges først.

Hvis HSP og Syntocinon-drop anvendes, er det efter samme principper



som beskrevet i vejledningen dystoci: Først foretages amniotomi og derefter (efter ca. 1 time) ve-stimulation med syntocinon, hvis nødvendigt. **NB:** HSP og syntocinon har ringe effekt hos førstegangsfødende, hvis collum ikke er udslettet.

### **3.2 Moderen i latente fase**

#### **Undersøgelser har vist at:**

- Kvinden som hovedregel ikke bør indlægges på fødegang/fødeklínik, før hun er i aktiv fødsel, da det giver længere fødsler og flere indgreb.
- Tryghed i den latente fase er associeret med kortere fødselsforløb, færre indgreb og bedre føtalt udkomme.

Derfor skal mødet med den fødende i den latente fase prioriteres, både i telefonen og når hun kommer til fødegangen/fødeklínikken.

Hvis kvinden, efter samtale med og rådgivning fra jordemoderen, føler sig tryk ved at tage hjem, bør hun støttes i det. Hvis kvinden føler sig utryk ved at tage hjem, indlægges hun. Kvinden skal herefter opholde sig et sted, hvor der er ro, men hvor hun med mellemrum tilses af en jordemoder.

**NB:** Går ve-aktiviteten i ro, kan hun atter gå hjem - også nogle timer efter hun f.eks. har fået akupunktur eller morfin.

Rådgivning til en kvinde i latent fase kan f.eks. indeholde:

- Beskrivelse af hvad den latente fase er, at det er normalt den tager lang tid, og at det kommer til at gå hurtigere, når hun går ind i den aktive fase.
- Anbefaling af hvile, også selvom kvinden ikke umiddelbart tror hun kan.
- Anbefaling af mad og drikke.
- At kvinden gerne må tage 1 g paracetamol, evt. som suppositorie.
- Anbefaling af varmt bad, varme omslag.
- Evt. tilbud om hindeløsning - efter individuel vurdering.

### **3.3 Barnet i den latente fase**

Hvis kvinden er indlagt, følges barnets tilstand ved at lytte hjertelyd 3 x 5 sekunder umiddelbart efter en ve, ca. 2 gange i timen, samt før og efter vaginalexploration. Overvågning af barnets tilstand kan efter klinisk skøn og praktiske forhold gennemføres med større tidsintervaller (f.eks. ved

kvittering af lavement, når den fødende er i brusebad, sover, går tur m.v.).

### **3.4 Smertelindring i den latente fase\***

Varmt bad, akupunktur eller morfin kan anvendes. Morfin bør primært gives til kvinder, som er præget af fysisk og psykisk anspændthed, da det mest virker sederende og kun lidt smertelindrende, se vejledning vedr. smertelindring.

Epiduralblokada bør ikke anvendes i den latente fase, da der muligvis er sammenhæng mellem tidligt anlagt epidural og større risiko for sectio. Desuden risikerer man at anlægge epidural på en kvinde som ikke er i fødsel.

## **4. Udvidningsfasen, aktiv del**

Varer fra kvinden er i aktiv fødsel til orificium er udslettet.

### **4.1 Barnet i udvidningsfasen, aktiv del**

lyttes barnets hjertelyd 3 x 5 sekunder umiddelbart efter en ve ca. hvert kvarter, samt før og efter vaginalexploration. Overvågning af barnets tilstand kan efter klinisk skøn og praktiske forhold gennemføres med større tidsintervaller (f.eks. ved kvittering af lavement, når den fødende er i brusebad, sover, går tur m.v.)

### **4.2 Moderen i udvidningsfasen, aktiv del**

Der tages stilling til, om der skal tilbydes lavement.

Kvinden opfordres til at lade vandet ofte, så blæren så vidt muligt er tom under sidste del af udvidningsfasen og i uddrivningsfasen.

Kvinden støttes fysisk og psykisk, herunder hjælpes til rette med vejrtrækning samt forskellige arbejds- og hvilestillinger, der fremmer barnets rotation og nedtrængning, og som støtter kvindens aktive medvirken. Rygliggende stilling bør undgås, da det giver svagere veer og lavere pH hos barnet.\* Sideleje på den side hvor barnets ryg er, fremmer rotation fra uregelmæssig til regelmæssig præsentation af caput. Det samme gør det at stå på alle fire.\*

Jordemoderen bør være til stede på fødestuen kontinuerligt, når kvinden har behov for det mhp. den effekt det har i form af smertelindring og forebyggelse af vesvækkelse og indgreb, samt at medvirke til at kvinden

kommer styrket ud af forløbet.

Den fødende tilbydes mad og drikke, som hun har lyst (dog ikke mælkeprodukter). Kvinden opfordres til at drikke sød saft, hvis hun ikke har lyst til andet. Barnefaderen eller anden pårørende medinddrages og gives omsorg efter behov.

### **4.3 Fødsels progression**

Veerne kontrolleres manuelt. Veerne bør tiltage i styrke, hyppighed og varighed og resultere i dilatation af orificium samt caputs nedtrængning og rotation.

Caputs nedtrængning følges med fjerde håndgreb og vaginal-exploration. Der vaginalexplorerer, når der er vandafgang og når jordemoderen iøvrigt skønner, der er behov for status mhp. fødsels progression og vejledning til kvinden.

\*Ved hver vaginaleksploration registreres:

- Collum længde og placering,
- orif.s dilatation og eftergivelighed,
- kontakten mellem caput og orificium,
- vandafgang/størrelse af hindeblære/spænding i hinderne,
- tykkelse af nedre segment,
- caput stand og rotation,
- fødselssvulst.

Grundig registrering ved hver vaginalexploration gør det nemmere at vurdere fremgangen og årsagen til evt. dystoci.

Kvinden opfordres til relevant bevægelse/lejring afhængig af explorationsfundet.

Dystoci foreligger, hvis dilatationen i fødsels aktive fase er mindre end ½ cm pr. time. (se "Dystoci").

Den normale fødsel kan indeholde perioder med ve-svækkelse, som opstår efter en længere periode med gode veer og normal fremgang. Ve-svækkelse kan være hensigtsmæssig for mor og barn. Længere ve-pauser og mindre kraftige veer kan give moderen mulighed for hvile, barnets pH i blodet kan stige og det kan forbedre livmoderens evne til at trække sig sammen, når veerne igen rejser sig. Trænger den fødende til hvile, og kan

hvile uden at være forpint, kan jordmoderen støtte hende heri og skaffe den fornødne ro, forudsat at barnets tilstand er god. Efter ca. 3 timer bør der igen ske normal fremgang i fødslen.

#### **4.4 Smertelindring i udvidningsfasen, aktiv del**

Kvinden tilbydes den smertelindring, hun har behov for.

Der er følgende muligheder:

**Ikke-medicinske:** Bevægelse, lejrning, brusebad, karbad, varme omslag, massage, vejrtrækning, akupunktur, steriltvandspapler samt jordmoderens fysiske og psykiske støtte.

**Medicinske,** som kan kombineres med de ikke medicinske: N2O-O2, morfin\*, paracervical- og epiduralblokade (Se faglig vejledning "smertelindring under fødslen").

### **5. Uddrivningsfasen (eng.: second stage)**

Uddrivningsfasen varer fra orificium er helt udslettet og indtil barnet er født.

Presseperioden er den sidste del af uddrivningsfasen. Der skelnes således mellem første del af uddrivningsfasen = nedtrængningsfasen\* og selve pressefasen.

Pressefasen begynder, når kvinden føler kraftig uimodståelig pressetrang, som får hende til at presse under det meste af veen.

#### **5.1 Barnet i uddrivningsfasen**

Barnets tilstand observeres i første del af uddrivningsfasen på samme måde som i udvidningsfasen. I pressefasen lyttes hjertelyd ca. hvert 5. min. og/eller efter hver ve

- Når pressefasen har varet mere end 1 time, skal der påsættes CTG.

#### **5.2 Moderen i uddrivningsfasen**

Moderen støttes fysisk og psykisk og informeres om, hvad der nu sker i kroppen og hvad hun kan forvente.

Moderens almentilstand observeres, herunder hendes reaktion på veerne og hendes psykiske tilstand i øvrigt. Barnefaderen eller anden pårørende medinddrages og gives omsorg efter behov.

#### **5.3 Fødselens progression**

##### **Nedtrængningsfasen**

Når orificium er fuldt dilateret, afventes veernes effekt på caputs stand.

Caput bør rotere fuldt og komme helt ned på bækkenbunden ved veernes egen kraft, kombineret med spontane\* "smånyk" fra moderen. Moderen bør således ikke afholdes fra at give efter for pressetrangen, når orificium er udslettet ej heller bør kvinden opfordres til at presse aktivt i lange, seje

pres. Jordemoderen bør vejlede kvinden i at følge veernes rytme, under forudsætning af, at der ikke er tale om kraftigt pres under det meste af veen.

### **Pressefasen**

Når caput er helt på bækkenbunden, gerne synligt i vulva, bør kvinden fortsat støttes i at følge kroppens spontane pressearbejde. Kun hvis kvindens egen pressteknik medfører ringe eller ingen progression, eller hvis barnets tilstand kræver hurtigere forløsning, vejledes kvinden i at støtte presseveerne med valsalva-manøvre (holde vejret, lukke glottis, bruge bugpresen).

Hvis der opstår vesvækkelse i nedtrængningsfasen, og den fødende kan hvile, kan jordemoderen støtte hende heri, forudsat at barnet har det godt. Kvinden lejres på den side, hvor barnets ryg er. Hvis veerne ikke rejser sig af sig selv i løbet af ca. 1 time, tilbydes kvinden HSP/syntocinon-drop.

Dystoci (se vejl "dystoci") i uddrivningsfasen vurderes ud fra manglende eller dårlig progression frem for længden af uddrivningsfasen.

Nedtrængningsfasen: Så længe der er progression ved caputs nedtrængning, afventes spontant forløb, dog max. 2 timer (3 timer med epidural). Hvis fødslen efter 2 (3 t) ikke er gået over i pressefasen, er der tale om dystoci.

Pressefasen: Efter at kvinden er begyndt at presse aktivt, bør der være fremgang. Skønnes manglende eller ringe fremgang at skyldes dårlige veer, bør disse stimuleres. Efter 1 times aktivt pres, påsættes kontinuerlig CTG. Har der ikke været overbevisende fremgang i løbet af 1 times aktivt pres, bør der foretages obstetrisk status med henblik på, hvordan der skal handles (ve-stimulation, evt. ændring af pressestilling, evt. scalp-pH, evt. forløsning).\*

### **5.4 Smertelindring i uddrivningsfasen og ved suturering**

I første del af uddrivningsfasen kan kvinden tilbydes samme former for smertelindring som i udvidningsfasen, dog ikke morfin og paracervikal blokade. Epidural skal som hovedregel ikke afbrydes i uddrivningsfasen.\* I pressefasen er der følgende muligheder for medicinsk smertelindring:

- Lidocain-gel kan smøres på perineums inder-og yderside.
- Der kan anlægges pudendus-blokade eller infiltrationsanalgesi.
- Som ikke medicinsk smertelindring kan bruges en varm vaskeklud,

som kan lægges på perineum.

Før suturering af bristning/episiotomi skal der altid tilbydes adækvat smertelindring. Se vejledningen smertelindring under fødslen samt "episiotomi".

### **5.5 Barnet fødes**

Caput bør fødes i et tæt samarbejde mellem kvindens pres og jordemoderens hænder.

Jordemoderens ene hånd ligger på caput og styrer caputs fremadskriden samtidig med at den anden hånd støtter perineum. Episiotomi anlægges på indikation. Anlæggelse af episiotomi beskytter generelt ikke mod sphincterruptur. Når barnets hovede er født, kan næse og mund ved behov\* suges forsigtigt fri for fostervand og slim (Cave: sugning dybt i svælget). Rotation af barnets hoved bør afvente næste presseve, såfremt barnet ser ud til at have det godt.

## **6. Efterbyrdsfasen (eng.: third stage)**

Efterbyrdsfasen varer fra barnet er født til moderkagen fødes.

Når barnet er født, kan det lægges op til moderen. For at medvirke til en moderat transfusion fra placenta til barnet sættes en pean på navlesnoren efter ca. 3 min. Hvis barnet ligger mellem moderens ben, sættes en pean på navlesnoren efter ca. 1 min. Der tages blod fra navlesnoren\* til syre-base bestemmelse. Barnet skal dækkes til med varme stofbleer. Endelig afnavling kan foregå, mens barnet ligger hos moderen, efter jordemoderens skøn.

Der gives 10 i.e Syntocinon i.m. til moderen efter barnets fødsel.

Der gives K-vitamin. (se faglig vejledning "Vitamin-K - fytomenadion).

Barnets respiration, hjerteaktion, reflekser, farve og tonus observeres. Der gives Apgar Score 1 og 5 minutter efter fødslen.

Efter afnavling tages blod til evt. typebestemmelse. Når placenta er født, kontrolleres om den er fuldstændig, om der er infarkter eller koagler. Antal kar i navlesnoren kontrolleres.

Moderkagen vejes.

Moderens almentilstand, BT, uterus' kontraktion samt blødning observeres.

Der kugles og trykkes kun, hvis der er blødning eller manglende kontraktion af uterus. Se endvidere vejledningerne: "Fastsiddende placenta" og "Blødning post partum".

## **7. De første timer efter fødslen**

Af hensyn til etablering af mor-barn kontakten, amning\* samt en rolig omstillingsproces for barnet, bør det tilstræbes, at barnet ligger uforstyrret hos moderen så længe som muligt. Først når andre arbejdsopgaver kræver det, bør barnet undersøges, vejes, måles og klædes på. Barnet hjælpes nænsomt til brystet, når det er parat til det (medmindre moderen ikke ønsker at amme).

Uterus kontraktion, blødning og BT kontrolleres hos moderen.

Alle kvinder er umiddelbart sengeliggende post partum, og pga risiko for fald støttes og observeres kvinden altid første gang hun rejser sig. Hvis kvinden ikke er sikker på benene overflyttes hun sengeliggende til barselafsnittet. Modtagende afsnit følger procedure for faldscreening.\*

Jordemoderens undersøgelse af det nyfødte barn omfatter:

Undersøgelse af ydre kranie, fontaneller, ører, øjne, mundhule, hals/nakke, columna, claviculae, over- og underarmsknogler, hænder og fødder, palpation af abdomen, lår- og underbensknogler, palpation af scrotum, Ortolani-undersøgelse, inspektion af anus.

Desuden måles abdominalomfang og hovedomfang.

\* angiver ændringer fra sidste revision

### **Referencer:**

Dystoci i udvidningsfasen, Sandbjerg, 1999

Dystoci i uddrivningsperioden, Sandbjerg, 2000

Falch Larsen (red): Obstetrik, Munkgaard 2001

Scott, K et al: A comparison of intermittent and continuous support during labor: A meta-analysis. Am J Obstet Gynecol 1999 May;180(5):1054-9

E Samuelsson et al: Anal sphincter tears: Prospective study of obstetric risk factors, BJ Obst. and Gyn. 2000 Jul;107(7):926-31.

Linderkamp, O: Placental transfusion: Determinants and effects. Clin Perinatol 1982 Oct;9(3):559-92.

Chestnut et al: Does early administration of epidural analgesia affect obstetric outcome in nulliparous women who are in spontaneous labor?, Anesthesiology, 1994 vol. 80, no. 6, s. 1201-1208

Foong et al: Membrane sweeping in conjunction with labor induction. Obstet Gynecol, 2000, vol. 95, no. 4, s. 539-542.

Holt et al: Station and cervical dilatation at epidural placement in predicting cesarean risk Obstet Gynecol, 1999 vol. 93 no. 2, s. 281-284.

McNiven et al: An early labor assessment program: a randomized, controlled trial. Birth, 1998, vol. 25, no. 1, s. 5-10.

Peisner D, Rosen M: Latent phase of labor in normal patients: A reassessment. Obstet Gynecol, 1985, vol. 66, no. 5, s. 644-648.

Peisner D, Rosen M, 1986: Transition from latent to active labor, Obstet Gynecol,

1986, vol. 68, no. 4, s. 448-451.

**Udarbejdet af: Lis Helwer & Tom Weber**

**Godkendt af: NJ Secher, Carsten Nickelsen, Lis Brooks, Bodil Andersen,  
Kirsten Riis-Andreasen, Peter Hornnes**

Cochrane:

Active versus expectant management of the third stage of labour

Support from caregivers during at-risk pregnancy Home-like versus conventional institutional settings for birth

Amniotomy to shorten spontaneous labour

Immersion in water during pregnancy, labour and birth

Home versus hospital birth

Support from caregivers during childbirth

Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies

Continuity of caregivers during pregnancy and childbirth

Continous electronic fetal heart monitoring during labour

Prophylactic syntometrine (red.:Metergin) vs oxytocin in the third stage of labour

Routine ultrasound in early pregnancy

**Andre links:**

RCOG om vandfødsler

Statens Serum Institut, oplysning om hygiejne i forbindelse med  
varmtvandsbassin

Vi kan kontaktes via læge Lars Krag Møller, hvis du har indvendinger eller forslag  
til udviklingen af aktuelle arbejder (gynobs@hvh.regionh.dk)

Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling




Login-status: Du er ikke logget på  
Versionsnr.: 2  
Ikrafttrædelsesdato: 23-01-2001  
Revideret dato: 18-07-2006  
Faglig ansvarlig: Richard Farlie

### **5.70 Normale Fødsel, Den** **Dokumentet er under revidering**

Ved en normal fødsel forstås en spontant indsættende og forløbende fødsel af et enkelt barn i hovedstilling til terminen (37-42 fulde uger). Fødslen skal forløbe på normal tid uden andre indgreb end det, der forstås ved almindelig fremhjælpning (accouchement).

Fødslen er begyndt, når der er regelmæssig veaktivitet og/eller vandafgang, der fører til ændringer i de cervikale forhold, dvs. afkortning af collum og dilatation af orificium og fortsætter i et forløb, der ender med fødsel. Følgelig vil 1-2 vaginal eksplorationer med 1-2 timers interval i en del tilfælde være nødvendige for at afgøre, om fødslen er i gang. Når det er konstateret, at fødslen er i gang, påbegyndes partogrammet i journalen. Fødslen afsluttes to timer efter placentas fødsel, og puerperiet begynder.

Vandafgang i sig selv uden veer er ikke udtryk for igangværende fødsel. Vestimulation af en gravid efter vandafgang mere end 6 timer uden veer betragtes som en igangsættelse af fødslen. Hvis veerne starter af sig selv inden 34 timer efter vandafgang (se instruks vedr. PROM ) regnes fødselsdebut som spontan.

Der kan foretages hindepunktur ved et orificium 6 cm eller derover uden indikation. Anlæggelse af episiotomi sker efter jordemoderens skøn uden indikation.

Smertelindring tilbydes fødende, der skønnes at have behov derfor, eller fødende der selv ønsker at få det. Der kan være tale om "ikke medicinske" analgetika som jordemoderomsorg, bevægelse, lejring, brusebad, karbad, varmepude, akupunktur, massage og vejtrækning eller "medicinske" som sterilt vandspapler, lattergas, infiltrationsanalgesi, pudendusblokade, Lidocain-gel og Xylocainspray. Se instruks om anvendelse af Morfin og epiduralblokade .

Når en fødsel er i gang, skal hjertefrekvensen kunne dokumenteres fire gange i timen.

Der kan være situationer, hvor det er hensigtsmæssigt at afvige fra denne regel (fx hvis den fødende vil gå sig en tur eller hvile sig).

I presseperioden skal der auskulteres efter hver ve.

Fødslen forløber normalt, når der er progression i udvidningsfasen <sup>3</sup> 1 cm på 2 timer.

**Jordemoderen skal være til stede på fødestuen fra den fødende har behov herfor og/eller fra orificium er 6 cm.** Der kan forekomme stagnation i udvidningsfasen, uden det skal betragtes som unormalt. I sådanne situationer må jordemoderen sammen med den fødende beslutte om, der skal foretages vestimulation, eller om kvinden trænger til at hvile.

Hvis veerne ikke rejser sig spontant med progression af fødslen efter højst 3 timer, skal der tilrådes vestimulation med HSP eller Syntocinondrop. Ønsker den fødende ikkeforanstående, skal dette fremgå af journalen, og vagthavende orienteres.

## **De normale fødselsrutiner**

### **Baggrund:**

Fødslen er den fødendes og barnefaderens, hvoraf naturligt følger, at den fødende skal have den størst mulige indflydelse på omstændighederne ved fødslen.

### **Pårørende:**

Ingen fast øvre grænse for antallet af pårørende på stuen. Fødejordemoderen har i den konkrete situation kompetence til at bestemme antallet af pårørende på stuen. Der kan kun optages videofilm på stuen, såfremt personalet er indforstået hermed.

### **Personale:**

Der er fast en jordemoder og en SOSA knyttet til den fødende, og det tilstræbes at den fødende i aktiv fødsel har mulighed for til stadighed at have en af disse til støtte på stuen. Antallet af personale tilstede under fødslen begrænses under hensyntagen til roen på stuen og uddannelsen af personalet.

### **Klyx:**

Gives ikke rutinemæssigt, men kun hvis det er den fødendes behov.

### **Hindepunktur:**

Udføres kun på indikation.

### **Smertestillende:**

Psykisk støtte, badekar, steriltvandpapler, lattergas, pethidin, TENS, paracervikalblokade, epiduralblokade, pudendusblokade, infiltrationsanalgesi, gel, akupunktur.

### **Fødestillinger:**

Som den fødende ønsker det under hensyntagen til fosteret, og jordemoderens arbejdsstilling.

### **Episiotomi:**

Anlægges hovedsagligt på føtal indikation. Spontane bristninger indebærer formentlig færre gener end episiotomi.

### **Overvågning:**

CTG anvendes kun på indikation.

**Hjertelyd:**

**Modtagelsen:** Der lyttes over 1 minut, og resultatet noteres i journalen

**Udvidningsperioden:** som hovedregel lyttes 2 x 15 sec med 15 – 30 min interval, idet der tages hensyn til veernes hyppighed og styrke. Der lyttes efter en ve for at opspore/udelukke sene decelerationer samt før og efter vaginaleksploration med henblik på at registrere accelerationer på denne. Overvågningen kan efter klinisk vurdering og praktiske forhold gennemføres med lidt større tidsintervaller, f.eks. hvis den fødende sover, går tur etc.

**Uddrivningsperioden:** Fra orificium er udslettet til kvinden begynder at presse lyttes 2 x 15 sec hver 15.min, efter en ve. I presseperioden lyttes 2 x 15 sek efter hver ve og/eller hvert 5.min

**Blødningsprofylakse:**

**10 IE syntocinon im** efter fødslen

**Navlesnors-pH:**

Fra alle børn tages navlesnorsblod (optimalt arterieblod) mhp pH og SBE bestemmelse. Indenfor et minut sættes to peaner på navlesnoren (for at få en pålidelig pH-måling). Dokumenterer evt.asfyksi/fravær af asfyksi under fødslen, hvilket har stor værdi (juridisk og forskningsmæssigt) ved evt senere udviklingsproblemer hos barnet.

**Vandladning:**

**Noteres i fødejournalen. Man skal være opmærksom på, at kvinden lader vandet og tømmer blæren helt i løbet af fødslen, og inden hun forlader fødegangen efter fødslen.**

**Barnet:**

Suges ikke rutinemæssigt, hverken i mund, svælg eller ventrikel. Lægges op på moderens mave hud mod hud umiddelbart efter fødslen. Barnet skal have ro til første amning, først herefter må det tages fra mhp: objektiv undersøgelse, vejning, måling, og injektion af 1 mg. Phytomenadion im.

**Hjemmefødsel:****Planlagt hjemmefødsel:**

En forventelig normal fødsel (fra uge 37 +0) efter et normalt forløbende svangerskab kan efter den fødendes eget ønske foregå i hjemmet. Fra 41+ 6 individuel vurdering og plan svangreambulatoriet. Der kan her evt. foretages HSP, og hvis intet taler imod, kan fødslen herefter foregå i hjemmet.

Hjemmebesøg ved konsultationsjordemoderen i uge 37, hvor de praktiske arrangementer gennemgås.

Fødslen varetages af ledig 8-timers vagt, ellers døgnvagt.

Obs. Lægevagten kan ikke anvendes til hjemmefødsler. Ved behov for lægehjælp overflyttes til sygehus. Kald FALCK på tlf.nr. 87 40 33 90, bed om lægeambulancen ved hasteoverflytninger ( notér tidspunktet for tilkald af FALCK).

Placenta må ikke bortskaffes med almindelig dagrenovation. Nedgraves i haven eller tages med tilbage på fødeafdelingen til ”gult affald”.

Rhesus negative mødre : der tages NS-blodtype barnet som vanligt, og moderen informeres om at ringe til sin fødeafdeling næste dag efter kl.12.00. Ved rhesus positivt barn kommer moderen ind på fødeafdelingen til en anti-D injektion senest 72 timer post partum.

CPR kan fås ved telefonisk at bede en kollega eller sekretær på fødegangen lave dette. Eller man kan selv lave det når man efterfølgende returnerer til fødeafd.

### **Uplanlagt hjemmefødsel**

Hvis en fødende ringer til fødeafdelingen med pressetrang eller efter at barnet er født :

Der sendes straks en jordemoder til hjemmet - med taxa, eller hvis det er hurtigere med Falck (medbring vanligt hjemmefødselsudstyr).

Falck sendes til adressen med besked om at afvente jordemoderens ankomst.

En anden jordemoder, evt. klinisk vejleder, bevarer telefonkontakten og guider parret bedst muligt, til jordemoderen ankommer.

Når jordemoderen ankommer til hjemmet, vurderer hun, om kvinden kan og vil forblive i hjemmet eller bør overflyttes til sygehuset.

26 feb, 2005, BAM

---

HEIDI HAJSLUND CHRISTENSEN, METTE KABELL HANSEN & NINA OLSÉN SØRENSEN  
Jordemoderuddannelsen, København, januar 2009