

Epidural analgesi

En oplevelse værd?

Et bachelorprojekt om
håndtering og udfordringer ved
epidural analgesi



Afleveret: 03.06.2013

20 ETCS-point

Projektet må udlånes

University College
Syddanmark
Jordemoderuddannelsen
Hold JM10V

Udarbejdet af:

Ann-Katrin Clausen, J10V121

Sisse Gram, J10V111

Vejleder:

Else Broberg Jensen

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

Indhold

1. Indledning	3
1.1. Problemformulering	5
1.2. Afgrænsning	5
1.3. Begrebsafklaring.....	5
1.3.1. EDA	5
2. Metode	6
2.1. Søgestrategi	6
2.2. Disposition og begrundelse for valgt empiri og teori	7
3. Videnskabsteori.....	8
3.1. Hermeneutik	8
3.2. Fænomenologi	10
3.3. Vores forforståelse	10
4. Præsentation af empiri.....	12
4.1. Giving Birth With Epidural Analgesi: The Experience of First-Time Mothers ..	12
4.1.1. Introduktion	12
4.1.2. Baggrund og formål.....	12
4.1.3. Metode	13
4.1.4. Resultater	16
4.1.5. Diskussion	17
4.1.6. Intern validitet	18
4.1.7. Ekstern validitet.....	19
4.2. Den Gode Fødsel	21
4.2.1. Formål.....	21
4.2.2. Analyse og resultater	21
5. Teori	24
5.1. Oplevelsen af sammenhæng	25
5.1.1. Begribelighed	26
5.1.2. Håndterbarhed	26
5.1.3. Meningsfuldhed	27
5.2. Etik i praksis	27

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

5.2.1. Det etiske dilemma	28
5.2.2. Autonomi	30
5.2.3. Paternalisme	32
6. Analyse.....	34
6.1. Fødselsoplevelsen med EDA.....	34
6.1.1. Forventninger	34
6.1.2. Kontrol.....	35
6.1.3. Valg.....	36
6.2. Oplevelsen af sammenhæng med EDA.....	37
6.2.1. Begribelighed	37
6.2.2. Håndterbarhed	38
6.2.3. Meningsfuldhed.....	39
6.3. Etiske udfordringer	41
6.3.1. Autonomi	41
6.3.2. Paternalisme	42
7. Diskussion.....	44
7.1. Videnskabsteori og EDA	44
7.2. OAS i praksis.....	45
7.3. Autonomi og paternalisme – det informerede samtykke	46
7.4. Jordemoderens etiske dilemma.....	48
7.5. Kritisk refleksion over eget projekt.....	49
8. Konklusion	51
9. Perspektivering	52
10. Litteraturliste	53
10.1 Bilagsfortegnelse	56

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

1. Indledning

Vi har som jordemoderstuderende oplevet i praksis, hvordan jordemoderen kan stå i et dilemma, når en fødende, ønsker at få epidural analgesi (EDA) som smertelindring. Dilemmaet består i, at denne smertelindring kan ses, som et indgreb, der står i modsætning til den spontant forløbende fødsel.

De seneste år har EDA, under fødslen, haft stigende popularitet i mange vestlige lande (Harkins et al. 2010; Le Ray et al. 2008). Antallet af EDA i Danmark er dog forholdsvis lavt sammenlignet med andre europæiske lande. En opgørelse fra 2012 viser at, 23,42%, altså næsten hver fjerde fødende i Danmark, fik EDA i forbindelse med fødslen (Statens Seruminstitut 2013), hvorimod for eksempel i Frankrig, tallet allerede i 2010 nåede op på 75% (Harkins et al. 2010).

Vi ser, at der blandt fagfolk er stor uenighed om, hvorvidt denne udvikling er positiv eller negativ for fødselsoplevelsen. Ifølge danske fødselslæger bør flere kvinder have EDA (Politiken 2007). Lægelig direktør Torben Mogensen ser gerne, at 80% af de fødende i Danmark får EDA (Mogensen 2003) og har tidligere udtalt, at smerter per definition er negative, at "[...] kvinder presses til smertefuld fødsel og at de i for ringe grad får information fra jordemødre [...]" (Jordemoderforeningen 2003).

Psykolog Margrethe Høst Poulsen, mener derimod, at en fødsel med smerter kan være positiv og sammenligner det med sportsverdenen. "Mange topidrætsfolk oplever ikke smerte på samme måde, som vi andre. Den er ikke et faresignal, den er en ganske normal tilstand, som er nødvendig for at opnå det eftertragtede mål: en topplacering." (Pedersen 2004:117). Dermed siger hun dog ikke, at alle helst skal gennemgå en fødsel uden smertelindring. "Det er bestemt ikke sådan, at jo mere ondt man har haft, jo stærkere en oplevelse bliver det." (ibid:116).

Men hvorfor er det så vigtigt, at kvinden oplever fødslen som god? Sundhedsstyrelsen har i en medicinsk teknologivurdering konkluderet, at "[e]n af de væsentligste begrundelser for et ønske om kejsersnit er en tidligere dårlig fødselsoplevelse eller en

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

kompliceret fødsel.” (Sundhedsstyrelsen 2005:55).

Men når efterspørgslen af EDA er stigende, overvejer vi, om dette skyldes, at kvinder oplever en smertefri fødsel, som en god fødsel? Hvis EDA muligvis kan fremme en god fødselsoplevelse, undres vi over, at have oplevet, at nogle, især jordemødre, er skeptiske overfor nutidens mest effektive smertelindring. Dette, tænker vi, kan skyldes, at EDA ses som et indgreb i fødselens spontane forløb, og det derved, når ud over jordemoderens selvstændige kompetenceområde (CIR nr 149 af 08/08/2001). EDA kan netop opfattes som et indgreb, da den påvist øger risikoen for et langvarigt fødselsforløb, instrumentel forløsning, hæmmer ve-arbejdet og dermed øger risikoen for brugen af ve-stimulerende drop. Derudover er denne forbundet med bivirkninger som hypotension, hypertermi, urinretension og post spinal hovedpine (DSOG 2011).

Gennem vores kliniske del af uddannelsen, har vi oplevet, at mange fødende, som ønsker EDA, ikke har tilstrækkelig kendskab til dennes bivirkninger. En undersøgelse viser, at over 70% af de adspurgte kvinder, ikke havde kendskab til de mest almindelige bivirkninger og 79% mente, at fødselssmerten påvirkede deres evne til at træffe et informeret valg (Fröhlich et al. 2011). Mangler kvinderne i virkeligheden de nødvendige forudsætninger for at kunne træffe et informeret valg om EDA?

Hvis dette er tilfældet, er det svært for jordemoderen at leve op til Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for Svangreomsorg (2009:155), hvori der står, at jordemoderen, i samråd med kvinden, vurderer og vælger smertelindringsformen efter individuelle behov og ønsker. Det kan dog være svært at beslutte noget i samråd med kvinden, hvis denne ikke kan overskue konsekvenserne af valget i den givne situation, og det kan være svært at informere fyldestgørende under fødslen. Således er der kun jordemoderens vurdering tilbage og det er ikke sikkert, at jordemoderens faglige vurdering falder sammen med kvindens ønske om EDA.

Bør jordemoderen tilgodese kvindens ønske af respekt for hende? Dette er netop en del af jordemoderens etiske retningslinjer. ”Jordemoderen medvirker til at sikre, at kvinden får forståelig information om sine valgmuligheder, og jordemoderen respekterer hendes

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

valg, samt støtter hende deri“ (Jordemoderforeningen 2010) eller bør hun ”[...] støtte(r) kvinden i, at fødslen forløber så ukompliceret som muligt, da den spontantforløbende fødsel antages at rumme kvaliteter som fysisk sikkerhed, menneskelig styrke og personlig vækst”(ibid), hvilket også står skrevet i de Ethiske Retningslinjer for jordemødre (ibid).

Vi ser derfor, at der kan opstå et dilemma, når kvindens konkrete ønske om smertelindring kolliderer med jordemoderens faglige vurdering af det aktuelle forløb, hvilket fører os til følgende problemformulering:

1.1. Problemformulering

Hvordan kan jordemoderen håndtere fødslen med EDA som smertelindring i bestræbelse på en god fødselsoplevelse, og hvilke etiske udfordringer stilles jordemoderen overfor i denne situation?

1.2. Afgrænsning

Vi vil undersøge, hvordan EDA som smertelindring hænger sammen med en god fødselsoplevelse for kvinden, men afgrænser os fra kvinder, der får EDA på anden indikation end smertelindring, idet disse kvinder får EDA under andre forudsætninger.

Derudover afgrænser vi os fra flergangsfødende, idet et tidligere fødselsforløb i nogle tilfælde har indflydelse på hendes oplevelse af det aktuelle fødselsforløb. Grundet rammerne for projektets omfang har vi ikke mulighed for at gå i dybden med dette spændende perspektiv af problemstillingen og tager altså udgangspunkt i førstegangsfødende. Vi har ligeledes grundet omfanget valgt kun at forholde os til den fødendes synspunkt, velvidende at en partners rolle kan have indflydelse på oplevelsen.

1.3. Begrebsafklaring

1.3.1. EDA

Med EDA, mener vi, en fødeepidural i henhold til guidelines fra Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG), om Epidural analgesi (2011). ”En **fødeepidural** er en epiduralblokade til kontinuerlig smertelindring under vaginal fødsel.“ (DSOG 2011).

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

Vi definerer således ikke nærmere, hvilke anlæggelsesmetoder og virksomme stoffer der indgår, men holder os til denne definition. Dertil tilføjer vi, at der ved en EDA forstås, at den er anlagt som en såkaldt *walking epidural*, hvormed det er hensigten, at kvinden stadig kan føle og bevæge underekstremiteterne efter anlæggelsen.

2. Metode

I de følgende afsnit beskrives kort vores søgestrategi, hvorefter vi vil redegøre for projektet disposition, herunder begrundelse for valgt empiri og teori.

2.1. Søgestrategi

For at finde frem til empiri der kan hjælpe os med at belyse vores problemformulering, har vi valgt at gennemføre en systematisk søgning i forskellige databaser. Vi har valgt de to internationale, sundhedsfaglige databaser PubMed og Cinahl, samt en bibliotekssøgning via bibliotek.dk. De specifikke søgninger, og de dertil valgte emneord, kan ses på vores søgeprotokol i bilag 1. Vi startede med at søge på bibliotek.dk, fordi dansk empiri ville være vores foretrukne valg, men søgningen gav ingen relevante resultater. Derefter søgte vi i den engelsksprogede database PubMed. Da vi i PubMed ikke kan begrænse søgningen til et geografisk område, fik vi mange hits, som vi prøvede at begrænse ved at bruge yderligere filtrering. Efter søgningen på PubMed søgte vi på databasen Cinahl, hvor vi kunne se, at begrænsningen for et geografisk område, som forventet, gav færre hits per søgning. Efter hver søgning blev alle hits gennemgået for relevans ved at læse abstracts. De relevante hits blev gemt, hvorved vi kunne identificere kendte resultater i efterfølgende søgninger, og til sidst kunne se, at vi fandt de samme artikler igen og igen. Dette gav os en formodning om, at vores søgning var fyldestgørende. Efter søgningen endte vi med 26 relevante artikler, hvoriblandt vi efter nærlæsning fandt frem til den mest relevante artikel i forhold til vores problemformulering.

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

2.2. Disposition og begrundelse for valgt empiri og teori

Vi vil først præsentere de videnskabsteoretiske overvejelser, der danner grundlag for projektet. Dette vil vi gøre med afsæt i Jacob Birklers *Videnskabs Teori – En grundbog* (Birkler 2005), da denne henvender sig til sundhedsfaglige uddannelser. Vi supplerer med bogen: *Kvalitative metoder – en grundbog* af Brinkmann og Tangaard (2010). Afsnittet afsluttes med en redegørelse af vores forforståelse.

For at besvare første del af problemformuleringen finder vi det relevant, at tage udgangspunkt i, hvordan kvinden oplever en fødsel med EDA og hvad der udgør en god fødselsoplevelse. Derfor har vi valgt en kvalitativ tilgang til projektet, og vi anvender dertil artiklen: *Giving Birth With Epidural Analgesia: The Experience of First Time Mothers* (Hidaka & Callister 2012) og bogen *Den gode fødsel* (Bertelsen & Gohr 2006). Begge studier vil blive præsenteret enkeltvis. Derudover vil vi gennem en kritisk analyse vurdere validiteten af artiklen. Hvortil vi vil benytte *Vurdering af kvalitative artikler* af Lindahl og Juhl (2002) og tage udgangspunkt i de, i artiklen nævnte, kvalitetskriterier. Som supplerende litteratur benytter vi artiklen: *Kvalitative forskningsmetoder i fysioterapien - en introduktion* af Hovmand og Præstegaard (2002). For at få en bedre teoretisk forståelse af, hvordan kvinden kan opleve en god fødsel med EDA, vil vi bruge Aaron Antonovskys teori om *Oplevelsen af sammenhæng* (OAS). Vi mener, at denne og de underliggende begreber *begribelighed*, *håndterbarhed* og *meningsfuldhed* med fordel kan anvendes på kvindens fødselsoplevelse med EDA, og give os nogle anvisninger til, hvordan jordmoderen kan bidrage til en god fødsel. Vi tager udgangspunkt i Antonovskys bog *Helbredets mysterium* (2000), og har endvidere valgt at benytte bogen *Sundhedsfremme i teori og praksis* (Jensen & Johnsen 2000) som sekundær litteratur, da denne relaterer teorien om OAS til praksis.

Til besvarelse af problemformuleringens anden del arbejder vi med etiske begreber fra bogen *Etik i sundhedsvæsenet* (Birkler 2006). Bogen præsenterer etikens grundelementer i et sundhedsfagligt perspektiv med praksisnære eksempler, hvorfor vi anser den som velegnet til vores formål.

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

Efter en præsentation af teorien vil vi sammenholde de to empiriske kilder og analysere disse op mod problemformuleringen, og således få en forståelse af fødselsoplevelsen i forbindelse med EDA. Dernæst vil vi analysere, hvordan teorien om OAS kan hjælpe os med at få en forståelse for, hvilken indflydelse EDA muligvis har på kvindens oplevelse af fødslen. Til sidst vil vi analysere empirien og vores hidtidige resultater op imod de etiske begreber autonomi og paternalisme.

I det efterfølgende diskussionsafsnit vil vi inddrage de videnskabsteoretiske overvejelser i forhold til fødslen med EDA og jordemoderens håndtering. Vi vil herefter diskutere analysens resultater, deres implementering i praksis, jordemoderens etiske dilemma og foretage en kritisk refleksion over eget projekt. Herefter vil vi opsummere besvarelsen af problemformuleringen i en konklusion, for til sidst at slutte af med en kort perspektivering.

3. Videnskabsteori

Vi vil med dette afsnit redegøre for den videnskabsteoretiske tilgang, samt klarlægge vores egen forforståelse.

Vores problemformulering lægger op til et humanistisk menneskesyn, idet vi anser forståelse for kvindens tanker og følelser, som en forudsætning for at fremme en god fødselsoplevelse. På dette grundlag vil kendskab til, hvilke mekanismer, der er i spil, når vi ønsker at forstå et andet menneske, samt hvordan fænomenet *forståelse* kan forme sig i praksis, være brugbart. Dette leder hen til den videnskabsteoretiske disciplin, hermeneutik.

3.1. Hermeneutik

Begrebet hermeneutik er græsk og betyder fortolkningskunst eller læren om forståelse. Hermeneutik er de karakteristiske processor, der formes, når et budskab leveres mellem to personer eller fra en verden til en anden. Gennem tiden er den hermeneutiske disciplin blevet udviklet til at indbefatte et ontologisk og epistemologisk princip, hvor

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

forståelsen både ses som betingelse og som metode. Grundlæggende stiller hermeneutikken spørgsmålene *hvad er forståelse?* og *hvordan opnår jeg forståelse?* (Birkler 2005:95-96).

Sproget er en forudsætning for at opnå forståelse. Et meningsindhold skal formuleres, så det bliver fælles med andre. Men idet mennesker udtrykker og tolker forskelligt, kan der opstå udfordringer. Et udtryk skal derfor tillægges den samme mening, for at der kan opnås en fælles forståelse (ibid:94).

Ifølge hermeneutikken foregriber mennesket fortolkningen af et objekt ud fra en fortolkningsramme, som mennesket lever sin verden ud fra. Mennesket vil således altid tillægge objektet et meningsindhold set fra egen horisont (ibid:101). Denne horisont betegner hermeneutikken, *forståelseshorisont*, som er det synsfelt, vi anskuer objektet fra eller oplever situationen med. (ibid:97-98). Idet hvert menneske tolker ud fra sin individuelle forståelseshorisont, må man gøre sig sin egen horisont bevidst for at kunne forstå den anden (ibid:102). I forståelseshorisonten er vores *forforståelse* forankret. Forforståelse er de forventninger og fordomme, man har til objektet eller den anden, og er det middel, vi foregriber forståelsen med. Vi vil aldrig kunne forstå forudsætningsløst, idet forståelsen afhænger af måden, vi analyserer og fortolker på. Forståelsen formes ud fra egne hypoteser, som vi søger at be- eller afkræfte på baggrund af forforståelsen (ibid:96-97).

Dette leder videre til *den hermeneutiske cirkel*, der viser, hvordan vi kan skabe en ny forståelse ud fra vores forståelseshorisont. ”Grundtanken er, at der består et cirkulært forhold mellem helhedsforståelse og delforståelse, hvor delene kun forstås, hvis helheden inddrages, og omvendt kan helheden kun forstås i kraft af delene.” (ibid:98). Forforståelse revideres herved løbende, hvormed der skabes ny helhedsforståelse, som en ny grundlæggende forforståelse. Da det ikke er muligt at frigøre sig af sin forståelseshorisont, må forforståelsen sættes i parentes. Gennem dialog vil man kunne spore sig ind på den anden, hvorved der kan skabes en fælles forståelse. Når en ny delforståelse får lov at revidere helhedsforståelsen kaldes dette for horisontsammensmeltning. Synsfeltet de to personer anskuer objektet fra, vil mødes, og to personer deler en forståelse (ibid:100-101).

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

3.2. Fænomenologi

Fænomenologien er en søsterdisciplin til hermeneutikken, hvormed det ønskes at klarlægge forståelsens genstand, ved netop at vide, hvad det er i det andet menneske, vi forsøger at forstå. ”Vi forsøger med andre ord at skabe viden om de bevidsthedsfænomener, som den anden er medvidende om.”(ibid:103). Inden for kvalitativ forskning anvendes begrebet fænomenologi til at forstå sociale begivenheder set ud fra den enkeltes perspektiv. Fænomenologien benyttes ydermere til beskrivelse af verden, som mennesker oplever den, idet man inden for fænomenologien er af den overbevisning, at virkeligheden er den, det enkelte menneske opfatter den som (Brinkmann & Tanggaard 2010:195). Fænomenologien kendetegnes netop ved, at subjektet ses som unikt og afgørende for enhver anskuelse. Individet er således en del af virkeligheden, som resultat af dets oplevelser, situation og valg (Birkler 2005:105-107). Grundlæggeren af fænomenologien Edmund Husserl¹, bruger begrebet *intentionalitet*, hvorved der forstås, bevidsthedsretningen, som angiver det subjektive og konstant relationelle forhold mellem opleveren og det oplevede. Dette vil sige, at individet altid vil betragte *noget* og ikke *intet*, da man, når man er bevidst, altid er bevidst om noget (ibid:104). Det er netop dette *noget*, og de forhold der gør sig gældende for dets opståen og karakter, der er interessante inden for fænomenologien. Husserl definerer dette som individets *livsverden*. Livsverdenen er unik og særegen for det enkelte individ og udgør det grundlag, hvorfra al menneskelig aktivitet udspringer, uden forudgående analyse eller overvejelser (ibid:105-107).

3.3. Vores forforståelse

Vi har, som hermeneutikken foreskriver, gjort os vores forforståelser bevidste, da vi netop ønsker at opnå ny forståelse. Vi ser fødslen som en naturlig proces i livet, hvor kvinden med den rette støtte kan komme styrket igennem, og tillægger den ukomplicerede fødsel en stor værdi. Idet EDA indbefatter en række risici for kvinden,

1

(1859-1938) Tysk Filosof. Grundlægger af fænomenologien i begyndelsen af 1900-tallet (Brinkmann & Tanggaard 2010:185)

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

ser vi denne, som et hjælpemiddel, når andet ikke har været tilstrækkeligt. Vi ser EDA som en god behandlingsmulighed, når der findes en obstetrisk begrundelse for anvendelsen. Dette kunne være et protraheret fødselsforløb, føtus mors eller hvor det på anden måde skønnes, at smerter hindrer fødselens fremgang. Vi har ligeledes en forforståelse af, at en god oplevelse kan gøre, at kvinden kommer styrket igennem, hvorfor formålet med dette projekt netop er, at få en forståelse for, hvordan kvinder oplever EDA i fødslen, hvorfor vi er indstillet på at revidere helhedsforståelsen undervejs.

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

4. Præsentation af empiri

Herunder følger en præsentation og vurdering af artiklen *Giving Birth With Epidural Analgesi: The Experience of First-Time Mothers* (Hidaka & Callister 2012), hvorefter vi præsenterer den antropologiske undersøgelse *Den gode fødsel* (Bertelsen og Gohr 2006).

4.1. Giving Birth With Epidural Analgesi: The Experience of First-Time Mothers

4.1.1. Introduktion

Studiet er, efter godkendelse af institutional review board svarende til etisk komite, udført på et kommunalt sygehus i det nordøstlige USA af to forskere: Ruoko Hidaka og Lynn Clark Callister. Artiklen blev publiceret i vinteren 2012 i tidskriftet *The journal of Education* og udgivet af *Lamaze international* (Hidaka & Callister 2012:25).

4.1.2. Baggrund og formål

”I god kvalitativ forskning er der tradition for, at forskeren gør rede for sit formål[...]” (Hovmand & Præstegaard 2002:43). Herunder forudgående viden, motivation og det forskeren ikke ved om emnet, for at gøre rede for undersøgelsens berettigelse (Lindahl & Juhl 2002:17). Ligeledes anses redegørelse for forforståelsen, som vigtigt for validiteten. (Hovmand & Præstegaard 2002:55).

Studiets formål er klart formuleret ”[...] the purpose of this study was to understand the birth experiences of women using epidural analgesia for pain management.”(Hidaka & Callister 2012:25). Forskerne begrundes den kliniske relevans med, at det er vigtigt at fødselshjælpere² har en forståelse for, hvordan kvinder oplever deres fødsel og hvilke

2

Forskerne bruger skiftevis betegnelserne labor nurses og childbirth educators og fordi der ikke gøres rede for, hvad disse betegnelser indebærer, vælger vi for at simplificere, at bruge oversættelsen fødselshjælpere

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

faktorer der har indflydelse herpå (ibid:24). Der nævnes andre studier omhandlende kvinders oplevelse af fødslen, heraf to reviews, der viste, at følgende fem faktorer havde indflydelse på fødselsoplevelsen "[...] personal expectations, sense of control, caregiver support, the quality of the caregiver-patient relationship, and maternal involvement in decision making." (ibid:25). Disse undersøgelser, har ikke haft fokus på oplevelsen i forbindelse med smertelindring, men et andet studie konkluderede, at en god fødselsoplevelse ikke ekskluderede smerte, og at smertelindring ikke var væsentlig for en god oplevelse. Trods dette, ønsker forskerne at undersøge, hvilken indflydelse EDA har på fødselsoplevelsen, idet antallet af EDA under fødslen er stigende i USA (ibid:24-25).

Vi mener, at motivationen for undersøgelsen er velbeskrevet, med tilstrækkelig empirisk og teoretisk materiale, hvilket tydeliggør, at der er behov for yderligere viden. Vi anser derfor studiet som klinisk relevant. Der er dog ikke gjort eksplicit rede for forskernes forforståelse. Vi mener, at dette skyldes, at det ifølge Lindahl og Juhl ikke altid er acceptabelt, at anvende jeg-form i videnskabelige artikler (Lindahl & Juhl 2002:18). Forforståelsen kan dog alligevel fremgå i teksten gennem erfaringer, forskernes faglige perspektiv, eventuelle antagelser og det teoretiske grundlag (Hovmann & Præstegaard 2002:43). Vi tolker forskernes faglige perspektiv som sundhedsfremmende, idet de ønsker at fremme den gode fødselsoplevelse. Forskerne fremlægger ingen hypoteser, men vi tolker ud fra indledningen, at forskerne antager, at EDA har en mulig negativ indflydelse på fødselsoplevelsen. Der fremlægges ingen teori, men vi formoder, at forskerne har et teoretisk grundlag, der bygger på de indledningsvis nævnte fem faktorer, der har betydning for fødselsoplevelsen.

4.1.3. Metode

Metoden skal være beskrevet fyldestgørende i en kvalitativ artikel for at højne studiets reliabilitet, hvilket vil sige, hvor pålidelig studiet er (Lindahl & Juhl 2002:21). Forskerne skal gøre "[...] læseren til en vidende og informeret ledsager, som får indsigt i de betingelser, under hvilket resultaterne er udviklet." (Hovmand & Præstegaard

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

2002:56). Dette indebærer udvælgelsen af deltagere, dataindsamling og databearbejdning.

Udvælgelse af deltagere

Deltagerne blev rekrutteret fra hospitalets fødselsforberedelses hold og barselsgang. Der deltog 9 førstegangsfødende, som alle fødte på sygehuset, fik EDA som smertelindring under fødslen, fødte vaginalt og fik en rask nyfødt til termin (Hidaka & Callister 2012:25). Studiepopulationen bestod af kaukasiske kvinder og deres demografiske data, som alder, civilstand, job og uddannelsesstatus sammenlignes i en tabel. Der er redegjort for tidspunkt og information i forbindelse med EDA, om fødslen er spontan og deltagernes oprindelig plan om EDA (ibid:26). Disse data er ligeledes opført i en tabel, hvilket giver et godt overblik over de relevante oplysninger. Der redegøres ikke for kriterier for rekruttering og om antallet er tilfældigt eller baseret på datamætning. På baggrund af detaljerede oplysninger om studiepopulationen, vurderer vi, at denne er velegnet til at besvare studiets formål, da deltagerne repræsenterer forskellige karakteristika, der kan tænkes at have indflydelse på resultaterne og dermed giver "[...] mulighed for at belyse forskellige aspekter og nuancer af genstandsfeltet."(Lindahl & Juhl 2002:18).

Dataindsamling

I dette beskrivende studie gennemførte forskerne interviewes med hver enkelt deltager. Interviewene varede mellem 60-90 minutter og blev optaget på bånd. Interviewene fandt sted i deltagernes hjem 4-6 uger efter fødslen og supplerende oplysninger om fødselsforløbet blev indhentet via kvindernes journaler (Hidaka & Callister 2012:25). Studiet er kvalitativt, hvilket, vi vurderer som velegnet, da formålet er, at skabe forståelse for personens oplevelse og livsverden (Lindahl & Juhl 2002:17).

Selve interviewmetoden er ikke beskrevet. Der nævnes kun to overordnede spørgsmål, som forskerne har spurgt deltagerne om: " 'What was giving birth like for you?' and 'How did having an epidural contribute to your birth experience?' " (Hidaka & Callister 2012:25). Ud fra denne oplysning og studiets formål formoder vi, at der er anvendt

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

ustrukturerede interviews. Det fremgår ikke, hvem der har foretaget interviewene og dennes relation til deltageren, men derimod hvor og hvilke rammer det er foregået under. Desuden er der ikke redegjort for overvejelser i forhold til dataindsamlingsmetoden.

Databearbejdning

Databearbejdningen er detaljeret beskrevet. Efter omhyggelig transskribering blev temaer identificeret af hver forsker, korrigeret og analyseret kollektivt. For at sikre, at analysens interpretation var rigtig, afklarede forskerne de fundne emner med studiets deltagere. Al databearbejdning blev revideret af en forsker i sygepleje med erfaring i kvalitative undersøgelser (ibid:25-26).

Vi vurderer databearbejdningen som foregået systematisk, dog nævnes ikke hvilken analysemetode, der er brugt. Men ud fra den trinvis gennemgang ligner det Giorgis fænomenologiske analysemetode, hvilken vurderes relevant til beskrivelse af deltagerens livsverden. Giorgis analysemetode er en kvalitativ dataanalysemetode med udgangspunkt i fænomenologien, hvis formål det er, at udvikle nye beskrivelser og begreber (Hovmand & Præstegaard 2002:54).

Begge forskere, samt en erfaren kvalitativ forsker har deltaget i analyseprocessen. Der er derved anvendt forskertrianglering, hvilket ifølge Hovmand og Præstegaard, øger reliabiliteten (ibid:55). Derudover gør det dataanalysen mere troværdig, at der er udført deltagercheck, hvorved forskerne sikrer sig, at deres opfattelse stemmer overens med det, deltagerne mente. At tage resultater tilbage til feltet, resulterer dog ikke nødvendigvis i en større validitet, idet det kunne tænkes, at deltagerne reviderer deres udsagn, og det derfor ender med ny data. Dette vurderer vi som usandsynligt i dette tilfælde, da forskerne bevidst har valgt interviewtidspunktet til at ligge 4-6 uger efter fødslen: ”Long-term maternal recall related to birth is both reproducible and accurate [...]” (Hidaka & Callister 2012:25).

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

4.1.4. Resultater

I præsentationen af resultaterne skal det stå klart, hvilke sammenhænge der er fundet, og disse begreber, temaer og mønstre skal præsenteres. Det skal således formidles læseren, at der er overensstemmelse på tværs af datamaterialet, og den dynamiske funktion på tværs skal fremgå (Lindahl & Juhl 2002:20).

Resultaterne viser fem gennemgående temaer: *(a) coping with pain before opting for an epidural, (b) finding epidural administration uneventful, (c) feeling relief using an epidural, (d) experiencing joy, and (e) being left with unsettled feelings of ambivalence.*” (Hidaka & Callister 2012:26). Temaerne præsenteres i kronologisk rækkefølge, hvor forskerne sammenfatter og uddyber de bagvedliggende oplevelser. *Coping with pain before opting for an epidural* relaterer til deltagernes forventning og håndtering af fødselssmerten. *Finding epidural administration uneventful*, fortæller om deltagernes bekymringer og oplevelse af selve anlæggelsen af EDA. *Feeling relief using an epidural* fokuserer på deltagernes tilfredshed og lettelse efter at have fået EDA. *Experiencing joy* forklarer deltagernes følelse af glæde, respekt og tilfredshed over at have født et barn, og til sidst *being left with unsetteled feelings* som handler om følelsen af ambivalens efter at have fået EDA, om at være utilstrækkeligt informeret og at blive påvirket af personalets egen holdning til EDA. Forskernes analyse illustreres med citater, der er anonymiseret med pseudonymer (ibid:26-29).

Vi mener, at de dertil anvendte citater er velvalgte og understøtter forskernes resultater på en hensigtsmæssig måde. Resultaterne genspejler, at forskerne har taget forskellige aspekter af deltagernes oplevelse med ved at tage både positive og negative erfaringer med EDA i betragtning. Dermed vises, at de ikke kun er gået efter at få bekræftet deres egen forforståelse, hvilket er en vigtig faktor for validiteten (Lindahl & Juhl 2002:20). Vi vurderer, at datamængden anvendt i resultaterne giver indtryk af, at hele datamaterialet er anvendt, og at denne har været tilstrækkelig til en dybdegående beskrivelse af problemstillingen. Forskerne forholder sig ikke til, om der er opnået datamætning, hvilket får os til at stille spørgsmålstejn ved, om der muligvis er andre temaer, som ikke er kommet med i resultaterne.

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

4.1.5. Diskussion

I diskussionen sammenfattes resultaterne og sammenholdes med teorien, samt resultater fra andre studier. Når der i analysen er dukket nye teorier eller aspekter op, præsenteres disse i diskussionen. Derudover benyttes diskussionsafsnittet til at forholde sig kritisk overfor egen forskning og reflektere over resultaternes brugbarhed (Lindahl & Juhl 2002:20).

Diskussionen er delt i to afsnit, hvori forskerne først diskuterer deres resultater og derefter kommer med et forslag til implementering i klinisk praksis. I selve diskussionsafsnittet starter forskerne med at forholde sig kritisk til antallet af deltagere og erkender, at studiet af denne grund sandsynligvis ikke er repræsentativt for alle førstegangsfødende (Hidaka & Callister 2012:29). Resultaterne sættes i forhold til andre studier. Herved ses, at deltagerne undervurderer fødselssmerten og har urealistiske forventninger til fødslen. Dette overskygges dog af glæden ved at få et barn, hvorved fødslen alligevel giver mening. Trods en forventning om at undgå EDA, blev oplevelsen ikke mindre god, idet den hjalp med at bevare kontrollen Dette står i strid med studier, som har fundet frem til, at uopfyldte forventninger til smertelindring kan resultere i en dårlig fødselsoplevelse. Forskerne erkender således, at EDA har potentiale til at bidrage til en god fødselsoplevelse, hvis den er nødvendig for at give kvinderne en følelse af kontrol, idet manglende kontrol er en påvist faktor, som har indflydelse på fødselsoplevelsen (ibid:30).

At nogle deltagere stod tilbage med en følelse af ambivalens, kan ifølge forskerne være forårsaget af manglende understøttelse af fødselshjælperen. Deltagerne fik således brug for EDA, selvom de, med den rette støtte, måske kunne have født uden (ibid:29-30). Fødselshjælpere mangler ikke kun færdigheder i at vejlede kvinden i en ikke-medikaliseret fødsel, men også en fødsel med EDA. Dertil peger studier på, at fødselshjælpere har tendens til at yde mindre omsorg og tilstedeværelse, når en fødende har fået EDA. Forskerne påpeger, at "Childbirth educators and labor nurses have crucial and challenging roles in women's decision over whether to use and when to have epidurals for childbirth pain management."(ibid:30-31) Derfor mener de at

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

fødselshjælpere burde videreuddanne sig, så de kan blive bedre til at fremme en god fødselsoplevelse.

Information om risici og fordele ved EDA ses som essentiel for at træffe et valg. Dertil stilles spørgsmål ved kompetence til at træffe et informeret valg under smertepåvirkning. Forskerne ser et løsningsforslag i, at kvinden informeres forud for fødslen og påmindes om, at TV og internet kan indeholde utroværdig viden (ibid).

Forskerne diskuterer ligeledes deres resultaters indflydelse på klinisk praksis.

De ser på fødselshjælperens indflydelse på kvindens valg om EDA. Herunder betydningen af, at informationen afhænger af, hvad fødselshjælperen vælger at sige. Ligeledes formodes, at kvinden kan opleve kontrol, hvis hun selv har mulighed for at vælge sin smertelindring, og derved få en god oplevelse. Hertil nævnes det informerede samtykke som et etisk dilemma, hvor grundlaget for kvindens autonomi skal fremmes i form af tilstrækkelig information (ibid:32).

Vi finder det positivt, at forskerne forholder sig kritiske til egen undersøgelse og resultater. Dog mener forskerne ikke, at studiepopulationen er stor nok til at være repræsentativ, hvortil vi mener, at antallet i et kvalitativt studie ikke er det afgørende, hvis blot den er i stand til at belyse problemstillingen. Vi mener dog, at diskussionen som helhed er lang og ustruktureret, samt mangler underpunkter. Desuden afsluttes artiklen ikke med en opsummerende konklusion af resultaterne. Til gengæld findes en tabel over forslag til klinisk implikation.

Selve diskussionen bærer præg af forskernes teoretiske grundlag, hvilket sættes i relation til empirien og brugen af EDA. Derudover synes vi, at diskussionen indebærer relevante perspektiver i forhold til analysens resultater og bidrager til en bedre forståelse af fødselsoplevelsen ved brug af EDA. I denne sammenhæng finder vi det fordelagtigt, at forskerne kommer med konkrete forslag til implementering i klinisk praksis.

4.1.6. Intern validitet

”Ved intern validitet forstås en vurdering af studiets resultat set i relation til en kritisk gennemgang af samtlige trin i undersøgelsen.“(Hovmand & Præstegaard 2002:54).

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

Det vil sige en vurdering af om data er relevante og troværdige og om studiet er gyldigt på baggrund af en systematisk og forsvarlig analyse.

Som vurdering af studiet validitet, mener vi, at baggrunden og formålet med studiet er velbeskrevet, og det er muligt for læseren at få et indblik i forskernes forforståelse, selvom de ikke forholder sig direkte til denne. Studiets metode, vurderer vi, som overordnet valgt til at besvare formålet, herunder studiepopulationen, der er bred og nuanceret. Beskrivelsen af dataindsamlingen har desværre nogle mangler, som eksempelvis beskrivelse af interviewmetoden og hvem der har foretaget interviewene. Dette påvirker således troværdigheden af det indsamlede data. Analysemetoden er derimod velbeskrevet og giver indtryk af at være foretaget systematisk. Dens reliabilitet vurderes værende god, eftersom der er foretaget korrekturlæsning af transskriberingen og forskertrianglering. Det anvendte deltagercheck højner derudover validiteten af analysens resultater. Desværre er intersubjektiviteten igennem studiet ikke særligt høj, idet forskerne på intet tidspunkt gør rede for deres beslutninger. Alligevel vurderer vi, at kunne se, at forskerne har taget højde for mulige fejlkilder, idet de under analysen har været åbne for forskellige perspektiver og har formået at sætte deres egen forforståelse til side, samtidig med, at de foretager en kritisk refleksion over studiet.

Den generelt manglende intersubjektivitet, mener vi, kunne skyldes en ikke accepteret brug af jeg-form i artiklen, idet forskerne på intet tidspunkt refererer til sig selv eller deres beslutninger og bagvedliggende tanker. Til trods for nogle mangler, vurderer vi, at studiet er validt, eftersom der er kohærens i fremgangsmåden, studiet virker gennearbejdet og resultaterne korresponderer med formålet.

4.1.7. Ekstern validitet

Den eksterne validitet beskriver "[...]hvorvidt studiets resultat kan gælde for andre end de personer, der er indgået i studiet." (Hovmand & Præstegaard 2002:16). Hermed menes, om det udvalgte studie kan overføres til en dansk kontekst.

Der er umiddelbart gode forudsætninger for at vurdere studiets overførbarehed, idet studiepopulationen er en veldefineret gruppe. Ud fra deltagerne demografiske og

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

medicinske data, mener vi, at resultaterne kan overføres til en større kaukasisk befolkningsgruppe, som eksempelvis danske kvinder. Samtidig er der nogle forskelle imellem Danmark og USA, der gør sig gældende i forhold til overførbareheden. Danske jordemødre arbejder og er uddannet på en markant anden måde end fødselshjælpere i USA. Derfor er vi bevidste om, at nogle af studiets resultater ikke er relevante i en dansk kontekst. Ved "[i] stedet for at generalisere til befolkningsgrupper, generalisere [...] til de betingelser, der udløser en specifik reaktion." (Hovmand og Præstegaard 2002:55). Vi mener dog alligevel at kunne argumentere for den eksterne validitet. Oplevelsen af fødslen betinges kun delvis af fødselshjælperens rolle, men også af fødselssmerten og EDA som smertelindring, hvilket ikke adskiller sig fra danske fødsler. Der hvor fødselshjælperens handlinger alligevel påvirker oplevelsen, er det muligt at analysere, hvad handlingen gør ved fødselsoplevelsen, uden at skulle forholde sig til baggrunden for at handlingen udføres på den givne måde.

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

4.2. Den Gode Fødsel

Vi vil i dette afsnit præsentere bogen *Den Gode Fødsel* (Bertelsen & Gohr 2006). Da der er tale om en bog og ikke en artikel, har vi fravalgt at foretage en systematisk kritisk gennemgang, da dette vil blive for omfangsrigt. Vi har gennem uddannelsens pensum arbejdet på nært hold med bogen, hvorfor, vi mener, at undersøgelsen kan betragtes som valid. Vi vil derfor ikke præsentere metoden, men udelukkende præsentere formål og resultaterne.

4.2.1. Formål

Den Gode Fødsel af Berthelsen og Gohr (2006) bygger på et 2-årigt antropologisk feltstudie i årene 2004-2005, som er lavet i samarbejde med Jordemoderforeningen og DSOG. Forskerne søger svar på, hvad der udgør en god fødselsoplevelse, idet der er sket store ændringer i fødselskulturen med blandt andet tiltagende teknologiske muligheder (ibid:9).

42 førstegangsfødende og deres partnere blev interviewet før og efter fødslen, samt observeret under fødslen. Dertil blev den primære jordemoder og eventuelle læger ligeledes interviewet. For at kunne sammenholde forventninger med det oplevede og derefter den retrospektive fødselsfortælling, blev resultaterne analyseret ud fra en narrativ analyse.

4.2.2. Analyse og resultater

Efter analysen af de 42 fødselsfortællinger kommer forfatterne frem til 3 hovedpunkter, som har indflydelse på den individuelle fødselsoplevelse.

Forventninger

Forventninger influerer på forhandlingen om fødselsfortællingens gang og afspejler den ønskede fremtid. Forventninger dannes ud fra den individuelle bagage, den enkelte har med sig og den kollektive fødselskultur. Der blev identificeret 4 centrale punkter i forventningerne til en god fødsel. Tryghed, tillid, information og kontrol (ibid:94-95).

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

Tryghed handler om en god og personlig kontakt til jordemoderen, at denne formår at kommunikere klart og udstråle overblik og faglighed. Jordemoderen skal give vished om, at forløbet går, som det skal, og eller i modsat fald vise handlekraft. Det forventes, at jordemoderen kan gøre den uvante situation håndterbar (ibid:95,182).

Tillid ses som en forlængelse af tryghed, men hvor der her lægges vægt på, tillid til jordemoderens faglige kompetencer. Der forventes, at jordemoderen ved, hvad der skal gøres og styrer slagets gang. Jordemoderen lytter til kvindens ønsker i det omfang, det er muligt, men tøver ikke med at træffe nødvendige beslutninger. ”I den henseende forventer parrene, at jordemoderen trodser de eventuelle situationer, hvor deres ønsker og forventninger står i modsætning til den sikre fødsel” (ibid:96).

Information ses som en forudsætning for at skabe tillid, tryghed og kontrol. Det forventes, at jordemoderen løbende informerer om forløbet, også fremadrettet (ibid:96-97).

Kontrol ses som en vigtig faktor for at kunne opleve tillid og tryghed. Forventningen om kontrol udspringer fra en frygt for panik og manglende kontrol. Idet en fødsel er en ukontrollabel begivenhed, handler kontrol om evnen til at tackle fødslen og at kunne *følge med* trods smerter. ”Parrene forventer at blive taget ved hånden og løftet ind i en sammenhæng, der giver mening.”(ibid:98).

Udover ovenstående temaer findes 3 forventningstyper blandt kvinderne. Forventningen om en *naturlig fødsel*, en *fødsel med indgreb* eller at *tage det, som det kommer*.

Ved forventningen om en *naturlig fødsel* forstås en fødsel med færrest mulige indgreb og mindst mulig medicinsk smertelindring. Hvad, der opfattes som naturligt, er imidlertid individuelt og der er derfor forskel i, hvad forventningen til en naturlig fødsel indeholder. Dermed forstået, at nogle former for smertelindring eller indgreb for nogen, kan være acceptabelt indenfor rammerne af en naturlig fødsel, mens det for andre er uønskeligt (ibid:182).

Med en *fødsel med indgreb* menes derimod en forventning om, at tage imod de teknologiske hjælpemidler i form af indgreb og smertelindring, der er til rådighed.

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

Parret ser ikke frem til fødslen, men har en holdning om, at den bare skal overstås (ibid:182).

Den mest udbredte forventning er, at *tage det, som det kommer*, hvilket betyder at forholde sig åben overfor fødsleens muligheder. Dette ønske baseres til dels på, at parret ikke ved, hvad der muligvis venter dem under fødslen og dels ved et bevidst ønske om at ville forholde sig åben overfor fødslen uforudsigelighed.

Uanset hvilken type forventninger kvinden har, eller måske en kombination af flere typer, er det ikke nødvendigt for den gode fødselsoplevelse, at forventninger bliver indfriet. Forventninger skal ses som et grundlag for fortællingens udvikling, som undervejs tilpasses forløbet (ibid:117,182). Således er det ikke vigtigt, hvordan fødselsforløbet kommer til at udforme sig, men at jordemoderen formår at tage kvindens forventninger op til forhandling og om nødvendigt dreje dem i den rigtige retning (ibid:119).

Valg

Med valg menes de konkrete valg, der skal træffes i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel, og de mere eller mindre ubevidste valg der træffes i forbindelse med forventninger, ønsker og handlinger (ibid:121). Mange af de konkrete valg træffes i graviditeten, men også under fødslen skal der træffes nogle valg, som enten opleves som positive eller negative. Mange er glade for at have mulighed for at bestemme noget, som smertelindring, føde- og hvilestillinger, ve-drop med mere. Andre fravælger derimod at skulle træffe beslutninger under fødslen og overlader dette til jordemoderen (ibid:136-137). I dette tilfælde har de fleste alligevel en følelse af, at kunne være medbestemmende, hvis de ønskede det. Uanset om parret ønsker at involveres i beslutninger under fødslen eller ej, har ”[d]e valg, som parret på forskellig vis forholder sig til, [...] indflydelse på, hvordan fødselsforløbet bliver, og hvordan det opleves.” (ibid:184). Men et valg kan dog også opleves problematisk. Især det informerede valg, som kan blive en byrde for parret i forhold til fødselsoplevelsen, idet parret føler sig alene og inkompetente og derved oplever afmægtighed med en dårlig oplevelse som resultat (ibid:142).

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

Kontinuitet

Følelsen af et kontinuerligt fødselsforløb er ifølge forfatterne et vigtigt element i en god fødselsfortælling. Ved at efterstræbe kontinuitet, forsøger jordemoderen og kvinden at skabe en følelse af tryghed og kontrol, som er afgørende for, at der ikke udvikles angst og panik og for at fødslen kan opleves god (ibid:148). For at skabe meningsfulde fødselsfortællinger og dermed følelsen af kontinuitet, henvises til forskellige tolkninger af kontinuitet i forhold til fødslen, som jordemødre typisk anser for afgørende i denne sammenhæng. Dette kan være kontinuitet i jordemoderens tilstedeværelse eller kontinuitet i form af en jordemoder, kvinden kender forud for fødslen (ibid).

Det viste sig dog, at denne form for kontinuitet, ikke var afgørende for en god oplevelse. Derimod handler det om at skabe kontinuitet i plejen, hvor et eventuelt vagtskifte, skal ske glidende. Derved hæfter kontinuitet sig ikke til den enkelte jordemoder men til en sammenhæng i forløbet (ibid:150-151). Jordemoderens tilstedeværelse er et forsøg på, at sikre, at kvinden ikke mister kontrollen og bliver utryk. Ved tilstedeværelsen kan jordemoderen optimere, at fødselsfortællingen bliver sammenhængende. Dog er tilstedeværelsen afhængig af måden, hvorpå denne tolkes af kvinden (ibid:152-153,155).

Det betyder, at lige meget om jordemoderen er kontinuerligt til stede, eller hvorvidt hun er fraværende, vil de fødende fortolke situationen på deres egen måde, for at kunne danne og opretholde en mening og derved en sammenhængende og meningsfuld fødselsfortælling.

5. Teori

Vi vil i dette afsnit redegøre for Antonovskys teori om *Oplevelsen af Sammenhæng* (OAS) for derefter at præsentere etikkens grundbegreber indenfor det *etiske dilemma*, og korrelationen mellem *autonomi* og *paternalisme*.

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

5.1. Oplevelsen af sammenhæng

I 1970'erne stod Aaron Antonovsky, doktor i medicinsk sociologi (1923-1994), bag et markant perspektivskifte, hvor fokus blev flyttet fra sygdom til sundhed. Antonovsky udviklede den salutogenetiske idé, som tager udgangspunkt i et studie, hvori han undersøgte, hvorfor nogle mennesker trods megen modstand forbliver sunde, mens andre med samme påvirkning bliver syge (Antonovsky 2000:12).

Stressfaktorer

Som mennesker påvirkes vi hele tiden af vores omgivelser. Om disse påvirkninger benytter Antonovsky termene stressorer eller stressfaktorer afhængig af den anvendte reference. ”Det ligger i den menneskelige eksistens, at stressfaktorer er allestedsnærværende. Men på trods af dette, er der mange mennesker [...] der selv med en meget høj stressbelastning overlever og klarer sig fint.” (ibid). Eksempler på dette kan være sygdom, konflikter og krise, hvortil det er vigtigt at påpege, at udsættelsen for stressfaktorer ikke nødvendigvis fører til noget negativt. Antonovsky siger, at det er ”en misforståelse at tro, at sunde mennesker er mennesker, der ikke har været udsat for stressorer.”(Jensen & Johnsen 2000:86). Om udfaldet bliver patologisk, neutralt eller helbredsfræmmende afgøres af effektiviteten, hvormed mennesket formår at håndtere stressfaktoren. Når mennesket påvirkes af en stressfaktor, opstår der en form for spændingstilstand. Denne er mennesket nødsaget til at forholde sig til for at håndtere den på den ene eller anden måde (Antonovsky 2000:12). Det er først hvis spændingen ikke håndteres hensigtsmæssigt, at der vil opstå stress, hvorfor tilstanden bliver patologisk (Jensen & Johnsen 2000:87). For at kunne handle hensigtsmæssigt, taler Antonovsky om modstandsressourcer, der kan være stabile omgivelser, et stort netværk eller kultur. Med de rette modstandsressourcer kan udfaldet, modsat stress, være helbredsfræmmende (ibid:92-93). Antonovsky refererer til undersøgelser, der viser ”[...]at en fødsel – som er en voldsom stressor – kombineret med solid støtte fra et velfungerende netværk netop er udviklende og styrkende.” (ibid:86).

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

Gennem forskningsarbejde viste det sig, at forskellige modstandsressourcer havde det fællestræk, at de gjorde det muligt at sætte stressfaktorer ind i en meningsfyldt sammenhæng. Antonovsky udviklede på den baggrund begrebet *Sense of Coherence*, som oversættes til, *Oplevelsen af Sammenhæng*. Personer der mestrer at sætte stressfaktorerne ind i en meningsfyldt sammenhæng, vil med tiden skabe en stærk OAS (Antonovsky 2000:13). Det er således OAS, der er afgørende hos de mennesker, der forbliver sunde og robuste. Antonovsky karakteriserer det at være robust, som ”mennesker, der har været ude for meget traumatiske oplevelser, som har forvundet disse og trives godt fysisk og psykisk [...]” (Jensen & Johnsen 2000:88). Det viste sig, at tre kernekomponenter *begribelighed*, *håndterbarhed* og *meningsfuldhed* var centrale hos personer med stærk OAS (Antonovsky 2000:34).

5.1.1. Begribelighed

Begribelighed opnås ved, at de stimuli man påvirkes af i dagligdagen, opleves som sammenhængende og strukturerede. Stimuli kan eksempelvis være informationer, oplevelser og følelser. Hvis en person udsættes for stimuli, som denne ikke kan forstå, vil de stimuli opfattes som tilfældig, kaotisk støj. Hvis personen derimod har en stærk oplevelse af begribelighed, vil denne også fremover forvente en forudsigelighed i de stimuli, der vil komme. Dette fører til, at uventede eller overraskende stimuli samtidig vil kunne forklares og sættes ind i en sammenhæng (ibid:34-35). Ifølge Antonovsky er forudsigelighed således en forudsætning eller en læreproces for at opnå oplevelsen af begribelighed (Jensen & Johnsen 2000:89).

5.1.2. Håndterbarhed

Når en person føler at have rådighed over ressourcer, tidligere nævnt som modstandsressourcer, til at håndtere stimuli, vil oplevelsen af håndterbarhed opstå. Ressourcer skal her forstås bredt, og kan både være de ressourcer personen selv kan kontrollere, og være udefrakommende ressourcer, som eksempel nogen man har tillid til i netværket eller en fagperson. Hvis en person har en stærk oplevelse af håndterbarhed, vil denne ikke føle sig uretfærdigt behandlet i livet eller føle sig som et offer for

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

omverdenen. De fleste mennesker udsættes for uønskede episoder, men hvis man formår at håndtere episoderne, vil man ikke sørge over disse hele livet (Antonovsky 2000:36). Det vil derfor i forbindelse med håndterbarhed handle om at finde den rette belastningsbalance ved, at de udfordringer, man møder, ikke overstiger de ressourcer, man har til rådighed. Hvis belastningerne ofte overstiger ressourcerne, vil OAS svækkes (Jensen & Johnsen 2000:89).

5.1.3. Meningsfuldhed

En person skal kunne finde mening i at løse problemer, der opstår i livet. Hvis problemerne opfattes som noget, man synes er værd at engagere sig følelsesmæssigt i, vil man dermed kunne opnå meningsfuldhed. Hvis oplevelsen af meningsfuldhed er stærk, vil livet være følelsesmæssigt forståeligt og problemer vil så i større grad opfattes som udfordringer, i stedet for byrder og belastninger man hellere ville være foruden (Antonovsky 2000:36). ”Det betyder ikke, at en person med en stærk oplevelse af meningsfuldhed glæder sig over en nærtståendes død, at skulle gennemgå en alvorlig operation eller blive fyret.” (ibid:36-37), men derimod, at personen tager en beslutning om, at finde meningen i situationen, for så værdigt at klare sig igennem (ibid:37). Ifølge Antonovsky er deltagelse og delagtighed læreprocesserne, som kræves for at opleve meningsfuldhed. Når man deltager og delagtiggøres, øges engagementet, lysten til og meningen med at løse udfordringer med det formål at arbejde sig igennem (Jensen & Johnsen 2000:89).

5.2. Etik i praksis

Etik er en filosofisk disciplin, idet der ikke er et endegyldigt svar på de spørgsmål, der stilles. Etikken findes i værdifilosofien, som er en del af den praktiske filosofi (Birkler 2006:16-17). Ifølge Jacob Birkler³ er en entydig begrebsdefinition af etik vanskelig, hvorfor han henleder til Aristoteles, som anser etikken, som det sæde, vores handlinger

3

Formand for Det Ethiske Råd. Cand.mag. i filosofi og psykologi, ph.d. i medicinsk etik. (Dialektik.dk)

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

hviler på. Etik hænger blandt andet sammen med det gode/det onde og det rigtige/det forkerte. Etik er de pligter og regler, vi bliver pålagt, eller noget vi pålægger os selv på baggrund af egne og samfundets sædvaner (ibid:13-14). Hvad, der er rigtigt og forkert, giver ofte anledning til debatter inden for sundhedsvæsenet. Birkler påpeger, at der i takt med teknologisk udvikling er mere vi *kan* og *skal* gøre, hvorved der kan opstå tvivl om, hvad vi egentlig *bør* gøre. Dette kan resultere i retningslinjer for etik: "[...] i en vanskelig situation, hvor enhver handling synes at være den forkerte vil disse [etiske] retningslinjer kunne støtte den handling, som har mest værdi" (ibid:9). Den gode handling vil være situationsafhængig, hvorfor overordnede etiske retningslinjer ikke nødvendigvis er brugbare i den konkrete situation (ibid:9-10).

5.2.1. Det etiske dilemma

Når værdier sættes i spil i mødet med et andet menneske, bliver etikken synlig i praksis. En etisk situation opstår, når ens menneskesyn, som formes af værdier og normer, udtrykkes ved til- og fravalg, der har betydning for andre mennesker. Dette kræver, at man forholder sig til måden at være medmenneske på, hvorved der kan opstå tvivl om, hvordan man bør handle. En etisk situation bliver til et dilemma, hvis den rette handling ikke er entydig, og hvor der skal træffes ét valg blandt flere handlemuligheder. Det etiske dilemma kendes ligeledes ved, at valget vil få en afgørende betydning for et andet menneske. Der vil i et etisk dilemma være grundværdier, som eksempelvis respekt, ansvarlighed, autonomi og værdighed på spil, hvorfor der kan opstå en vanskelig værdikonflikt. "Det etiske dilemma viser sig derfor som en alvorlig værdikonflikt, hvor der vil være mindst to værdifulde handlinger, men kun ét valg."(ibid:21). Det vil derfor altid være den enkelte situation og de involverede parter, der er afgørende for, om der overhovedet vil opstå et dilemma, afhængig af personen eller personernes værdigrundlag (ibid:20-21).

Det etiske dilemma, vil ofte være en konflikt mellem hvad der *praktisk kan* lade sig gøre, hvad der *juridisk skal* gøres og hvad der så *etisk bør* gøres. For at kunne arbejde med det etiske dilemma, afgrænser og indholdsbestemmer Birkler dette gennem 4 elementer. (ibid:22-23).

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

Person

”Som det første element vil der altid være en eller flere personer, der befinder sig i det etiske dilemma, hvilket er den eller de personer som agerer og træffer det etiske valg.”(ibid:23).

Handling

Den konkrete handling vil kunne påvirkes af forskellige faktorer. Det afgørende er, at det valg, der skal træffes i det etiske dilemma, fører til en viljebestemt handling (ibid).

Konsekvens

Ovenstående handling, skal have en eller flere konsekvenser, som bruges i den etiske vurdering. Det skal derfor gøres op, hvilke konsekvenser det kan få, enten at udføre eller undlade handlingen eller eventuelt en helt tredje løsning. ”Selvom vi aldrig vil kunne være helt sikre på konsekvenserne i den enkelte situation, har vi ofte erfaringer fra andre situationer, som vil kunne inddrages i den etiske vurdering.” (ibid). Konsekvenserne kan herefter vurderes kvalitativt og/eller kvantitativt og ende ud i en nyttemåling, der lægger grund for en bestemt etisk handlemåde (ibid).

Mål

Der vil “[...] altid være et mål i det etiske dilemma. Som regel er personen motiveret i retning mod et mål.”(ibid). Dette mål skal herefter værdisættes og sættes op mod handlingen. Heraf ”målet helliger midlet”, da det endelige mål, kan have større værdi, hvorved en ellers utilladelig handling retfærdiggøres. Man kan handle efter fastlagte etiske mål som eksempelvis sundhedspolitiske mål eller mål på en afdeling, som kunne være at respektere patientens valg eller fravalg (ibid:23-24).

Til slut må sundhedsarbejderen gøre op, hvilke af ovenstående 4 elementer der tillægges størst værdi for så at kunne handle etisk korrekt. Løsningen vil således være afhængig af situationen, de involverede parter og den handlendes værdigrundlag. (ibid:24). Det kan derfor være nyttigt at se på, hvilke situationer der kan afføde et etisk dilemma.

Forud for et etisk dilemma ligger der et etisk spørgsmål, som kan være generelt eller konkret. Det vil ofte være de konkrete etiske spørgsmål, der i hverdagslivet kan føre til

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

etiske dilemmaer, hvor værdigrundlag kommer i konflikt. I sundhedsfaglige sammenhænge vil de fleste konkrete spørgsmål afføde et dilemma mellem autonomi og paternalisme (ibid:31,41). Vi vil derfor se på disse begreber og deres betydning.

5.2.2. Autonomi

Autonomi betyder selvbestemmende eller selvlovgivende. Et autonomt menneske vil således have retten til selv at træffe beslutninger ud fra en grundlæggende frihed. Med frihed følger også ansvar, hvorfor der indenfor sundhedsvæsenet rejses et spørgsmål om, hvor meget ansvar eksempelvis en patient kan pålægges. I modsætning til tidligere er der i dag fokus på, at patienter i dag er eksperter i deres egen sundhed. Sundhedsarbejderen er derved "[...] underlagt et autonomprincip, der skal garantere patientens autonome frihed. Med dette princip skal sundhedsarbejderen sikre, at patienten selvstændigt kan træffe et valg ud fra egne behov og værdier."(ibid). Herved bliver sundhedsarbejderens accept af autonomien og måden at tackle autonomien på essentiel. Patientens autonomi kan derved ikke stå alene, idet den afhænger af medindflydelse og grundlaget for at kunne træffe et valg. Hertil kan det også være et autonomt valg fra patienten at fraskrive sig sin ret til autonomi, og dermed ikke ønske at træffe til- eller fravalg i den givne situation (ibid:32-33).

For at bevare autonomien skal der skabes de rette forudsætninger for at kunne træffe et valg. Sundhedsarbejderen skal skabe betingelser for patientens autonomi, så denne medinddrages i og opnår forståelse af konsekvenserne af til- og fravalg. Hertil skal information og kommunikationen tilpasses den enkeltes tilstand, evner, erfaringer og situation. Det er således ikke blot holdning, men en handling, at respektere patientens autonomi. Men i bestræbelse på at respektere patientens ret til autonomi, risikeres det, at der opstår *misforstået autonomi*.

Misforstået autonomi er, når en patient, der uden selv at være bevidst om at være irrationel, ikke er i stand til rationelt at træffe en beslutning. Det vil sige, at beslutningen som tages, ikke er rationel, grundet patientens tilstand, men at sundhedsarbejderen accepterer dennes valg for netop at støtte patientens autonomi. Idet patienten ikke selv

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

er bevidst om at handle irrationelt, kan der her være tale om svigt fra sundhedsarbejderen. For at undgå misforstået autonomi skal autonomien derfor tilpasses den enkeltes situation. Det bliver derved i nogle tilfælde op til sundhedsarbejderen at vurdere patientens rationalitet i situationer med sygdom, frygt eller smerter. I disse tilfælde kan det være svært at vurdere, hvor meget autonomi og dermed ansvar, man bør pålægge patienten (ibid:33-34).

I nogle tilfælde vil patientens dømmekraft altså kunne betvivles, mens sundhedsarbejderen har en faglig viden og erfaring, hvorfor dennes valg måske kan siges at være mest rigtig i situationen. Patienten befinder sig måske i en tilstand, hvor konsekvenserne af handlingen ikke er gennemskuelig, at denne ikke er i stand til at tage det ansvar, der følger med valget, eller at der er andet på spil for patienten (ibid:34).

En måde at forholde sig til dette som sundhedsarbejder, kunne være en ændring i rammerne for det autonome valg. Det kunne være en besværliggørelse af det valg, som patienten tager; eksempelvis at give lungepatienten lov til at ryge, men grundet rygeforbud skal dette ske uden for sygehuset. Sundhedsarbejderen accepterer herved patientens ønske om rygning velvidende at patienten får vanskeligt ved at gøre brug af sin autonomi. I dette tilfælde har patienten og sundhedsarbejderen ikke det samme mål, da deres værdier er forskellige. Sundhedsarbejderen handler hen mod et rygestop, da rygningen ikke er godt for lungerne, mens patienten kan tillægge rygningen større værdi end at blive rask. Det er således ikke handlingen, men det at være parat til at tage konsekvensen, der er afgørende (ibid:35).

Der vil i det autonome valg opstå en værdikonflikt, som kan afføde et dilemma i sundhedsarbejderens handling. I ovenstående eksempel, er der en skjult bedrevidenhed fra sundhedsarbejderen eller fra sygehuset, der ”vælger” for patienten, idet der opsættes rammer, som besværliggør rygningen. Hvorvidt patienten egentlig har et valg, er derfor til diskussion (ibid).

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

Der kan i sundhedsvæsenet opstå tvivl om hvorvidt autonomien altså er god. ”I visse situationer er det således moralsk forsvarligt at anvende patienten som et middel og dermed handle mod patientens vilje, såfremt det skaber gode konsekvenser”(ibid). Dette leder videre til autonomiens modstykke, nemlig paternalismen.

5.2.3. Paternalisme

Som modsætning til autonomien, findes heteronomi, hvilket er en måde at være påtvunget noget udefra, som eksempel det at være underlagt eller følge loven. At forvalte beslutninger, der ikke har noget med en selv at gøre, kaldes paternalisme. Det vil sige, at når en person handler paternalistisk, udsættes den anden for heteronomi. (ibid:32). I praksis skelnes mellem flere forskellige former for paternalisme, hvortil Birkler skriver: ”Umiddelbart virker det forkert at handle uden om patientens vilje og dermed paternalistisk. Men rent faktisk er det i nogle tilfælde den mest korrekte handle måde.”(ibid:35). Vi vil derfor nu gennemgå forskellige former for paternalisme.

Genuine paternalisme

Også kaldet ren, ægte eller patientcentreret paternalisme Her vil sundhedsarbejderen varetage patientens autonomi grundet patientens tilstand. Hvis denne eksempelvis er et lille barn, en person i ubalance efter en traumatisk oplevelse ”[...] eller på anden måde ude af stand til at handle rationelt i en given situation.”(ibid:36). Sundhedsarbejderen vil efterfølgende kunne argumentere for valget, hvis patientens tilstand ”normaliseres”, da der handles ud fra patientens præferencer og ikke egne ønsker, hvorfor behandlingen accepteres. Det vil derfor være afgørende, at sundhedsarbejderen handler med *benvølvens*, hvormed der ”[...] menes, at der bag en bedrevenhed altid bør ligge en god vilje, som både er velvillig og velmenende.”(ibid). Hvornår en patient er inkompetent til selv at træffe et valg, kan med ægte paternalisme være svært at afgøre. ”Ofte er det nødvendigt at gå bag om patientens beslutninger og analysere den proces, som fører til selve beslutningen, for herved at afgøre, om personen kan være selvbestemmende.” (ibid). Grænsen mellem rationalitet og irrationalitet kan fortsat være svær, hvorfor der ofte vil opstå etiske spørgsmål.

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

Ønsket paternalisme

Denne paternalisme vil ofte forløbe uden problemer, idet der er tale om ønsket paternalisme, når patienten selv indvilliger i, at sundhedsarbejderen skal tage beslutningerne. ”Sundhedsarbejder og patient indgår således en uformel kontrakt, hvor sundhedsarbejderen ud fra bedste evner handler paternalistisk. [...] I mange tilfælde er der tilmed en forventning om, at sundhedsarbejderen handler ud fra deres bedrevenhed.” (ibid:36-37).

Uønsket paternalisme

Den uønskede paternalisme opstår, når patienten ikke er enig i den professionelles handling, hvorved der handles mod patientens vilje. Dette resulterer i, at patienten fratages sin frihed, hvorved det fulde ansvar bliver placeret hos sundhedsarbejderen (ibid:37).

Der vil i sundhedsvæsenet være dette modsætningsforhold mellem respekten for patientens autonomi og det at handle paternalistisk med bedrevenhed, også imod patientens ønske (ibid:32). Det vil derfor i praksis være nødvendigt at se på de gensidige forhold til frihed/rettighed under autonomien og ansvarlig/pligt under paternalisme. Sundhedsarbejderen kan således, som paternalist, have pligt til at vide bedre og patienten som autonom have ret til selvbestemmelse (ibid:38). Som paternalist, kan det i praksis være svært, ikke at lade egne motiver og værdier indvirke på valget, hvortil det altid er vigtigt at være bevidst om, at paternalisten med ansvar og forpligtelse står med et andet menneskes frihed. Som sundhedsarbejder vil det derfor altid være en balance, hvornår der kan beskyldes for overgreb eller svigt (ibid:39-40).

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

6. Analyse

I det følgende afsnit vil vi sammenholde de to empiriske kilder for at belyse, hvad der udgør en god fødselsoplevelse med EDA. Herefter vil vi sætte dette op mod Antonovskys teori om OAS, for til sidst at analysere de etiske begreber *autonomi* og *paternalisme* i forbindelse med EDA.

6.1. Fødselsoplevelsen med EDA

Vi ser nogle paralleller mellem den beskrevne oplevelse af fødslen med EDA i studiet: *Giving Birth With Epidural Analgesi: The Experience of First-Time Mothers* (Hidaka & Callister 2012) og de faktorer, der i *Den gode fødsel* (Bertelsen & Gohr 2006) influerer på fødselsoplevelsen. Vi vil derfor se på disse paralleller, for derved at få et mere nuanceret billede af fødselsoplevelsen i forbindelse med EDA.

6.1.1. Forventninger

I begge undersøgelser kommer forskerne frem til, at indfrielsen af forventninger ikke er afgørende for fødselsoplevelsen. Dermed menes, at selvom kvinden inden fødslen ikke ønsker at få EDA, betyder det ikke, at hendes fødselsoplevelse bliver dårlig, hvis hun ender med at få EDA (Hidaka & Callister 2012:30). Det betyder også, at selvom kvinden ønsker EDA som smertelindring, får hun ikke nødvendigvis en god oplevelse, hvis hun får denne. Når forventninger skal justeres i forhold til fødselsforløbet, anses det, ifølge Bertelsen og Gohr, som afgørende for en positiv fødselsoplevelse, at kursændringen giver mening for kvinden (Bertelsen & Gohr 2006:181). Det vil sige, at en god fødselsoplevelse med EDA afhænger af, om kvinden kan finde mening med denne uanset hendes forventninger i forhold til EDA. Det betyder dog ikke, at kvindens forventninger er irrelevante for fødselsoplevelsen. Når der skal findes en mening med EDA, er det netop vigtigt, at jordemoderen tager udgangspunkt i kvindens forventninger.

”[...] hun [jordemoderen Rebekka] synes, at det begynder at læne sig op ad en epidural, hvis Liv ikke kan klare det mere. Rebekka tilføjer, at Liv skal vide, at

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

den er der, og at det er en mulighed, og hun fortæller også, at den også kan have nogle bivirkninger. Liv spørger, om Rebekka synes, det er en god ide, og Rebekka siger, at det er en dårlig ide at få en dårlig oplevelse, fordi smerterne har været uudholdelig; så er det bedre at få en epidural.” (ibid:85).

Dette citat viser, hvordan jordmoderen drejer fødselsforløbet i retning af EDA, idet hun ser EDA, som det der skal til for at få en god fødselsoplevelse. Jordmoderen prøver at formidle kvinden, at der er en mening med at få EDA ved at tilpasse kvindens forventninger til forløbet. Det er således jordmoderens opgave, at ”[...] forventninger kobles til de begivenheder, der udspiller sig hen ad vejen, hvorved de antager nye former, og parret pludselig kan finde mening i, at fødslen ser anderledes ud end ventet.” (ibid:119).

6.1.2. Kontrol

Som beskrevet i *Den gode fødsel* er kontrol et tilbagevendende element i forventningerne om en god fødselsoplevelse (ibid:97). Dette står i god sammenhæng med studiet, der finder frem til, at det afgørende for, at deltagerne ikke fik en dårlig fødselsoplevelse var, at EDA hjalp dem med at genvinde kontrollen (Hidaka & Callister 2012:30).

”My body was only in pain. It was almost like I was not in the present. Once the pain was gone, I was able to concentrate on [the experience], concentrate on my husband, my sister, my nurse, the doctor. I could hear what [they] said, and [understood] what I needed to do.” (ibid:28).

”The room came back into focus. I could focus more on what's happening.”
(ibid).

Citaterne viser, hvordan EDA har evnen til at give kvinden en følelse af kontrol, så hun kan ”følge med”. Det vil sige, at følelsen af magtesløshed og mangel på kontrol gjorde, at der var en mening med at få EDA. EDA som smertelindring kan således ses som et redskab til at genoprette en fornemmelse af kontrol, når denne er gået tabt. At EDA rent faktisk har den effekt, erkender også Bertelsen & Gohr (2006:159). Ligeledes kan EDA virke nedbrydende i andre sammenhænge. Hidaka og Callister finder i studiet frem til, at EDA, til trods for dens gode egenskaber, ikke er en garanti for en god fødselsoplevelse (Hidaka & Callister 2012:31). Jordmoderen må således være bevidst

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

om, at EDA er et godt redskab i de tilfælde, hvor den anses, som nødvendig og giver mening, men at der også er andre muligheder for at bevare eller genoprette kontrol.

6.1.3. Valg

I studiet vises, at nogle deltagere står tilbage med en negativ fødselsoplevelse ved at have fået EDA til trods for, at deltagerne under fødslen så EDA som meningsgivende i forhold til smerterne.

”I didn't accomplish [birth] the way I wanted to. I didn't make it through without the epidural. I was a little disappointed that I did get one. On the other hand, it made me feel a lot better, made me happier, and I enjoyed the rest of the labor and birth experience. It was a kind of double-edged sword.” (ibid:29).

”I wasn't sure that I wanted it because of my concerns for an epidural. I needed to do this naturally, [although] making the decision in the moment was absolutely the right one in order to help with the pain.“ (ibid).

Problemstillingen, der nævnes i citaterne, kunne forklares ved, at det ikke er lykkedes jordemoderen, ud fra kvindens forventninger at formidle en mening med at vælge EDA. Selvom de retrospektivt kan se det gode ved EDA, og den muligvis hjalp dem med at få følelsen af kontrol, er det tilsyneladende ikke lykkedes at inkorporere den i deres forventninger. Hidaka og Callister konkluderer, at det er manglende støtte fra fødselshjælperen, blandt andet i form af ikke medicinsk smertelindring, som gør, at deltagerne står tilbage med en følelse af ambivalens. Der skal ifølge studiets forskere, nemlig være mulighed for at træffe et valg om den foretrukne smertelindring (ibid:30,32). I forbindelse med EDA betyder det, at jordemoderen må tilbyde kvinden forskellige former for smertelindring, i forhold til hvad der er hensigtsmæssigt på et givet tidspunkt i fødselsforløbet. Kvinden har således mulighed for selv at vælge, hvad der giver mest mening for hende. Er der, af en årsag, ikke mulighed for at vælge, er det vigtigt, at kvinden i det mindste har en følelse af, at jordemoderen på bedste vis prøver at tilgodese hendes ønsker, og opnår en forståelse for, at fødselsforløbet ikke tillader andre muligheder. Det kræver omvendt, at jordemoderen er opmærksom på at tilpasse valget til kvindens behov. For nogle kvinder kan det ”være at fortrække, *ikke* at skulle tage stilling og træffe beslutninger for i stedet at hvile i troen på, at jordemoderen guider og tager de fornødne beslutninger.” (Bertelsen & Gohr 2006:137). Det betyder ikke, at

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

jordemoderen skal pålægge kvinden EDA, men at hun skal lægge op til den, samtidig med, at kvinden stadig føler, at hun kan være medbestemmende, hvis hun ønsker det.

Ved hjælp af empirien har vi fundet frem til, at fødselsoplevelsen med EDA afhænger af, om kvinden kan finde mening med EDA ud fra hendes forventninger. Herunder kan tab af kontrol være det, der gør EDA til et meningsfuldt indgreb. Derudover kræver det, at jordemoderen yder tilpasset omsorg for kvinden, så hun føler at have indflydelse på valget om EDA, uanset om hun træffer det selv, eller overlader valget til jordemoderen.

6.2. Oplevelsen af sammenhæng med EDA

Antonovsky beskriver selv fødslen som et af livets stressfaktorer (Jensen & Johnsen 2000:86). Dertil ser vi især fødselssmerterne som en stressfaktor, da disse netop er en udfordring, som skal tackles. Hvis kvinden ikke formår at tackle denne udfordring, kan spændingen kulminere i stress, hvorved kvinden ikke kommer styrket gennem fødslen. Håndtering af en stressfaktor afhænger af den individuelle evne til at skabe OAS (Antonovsky 2000:12), og Berthelsen og Gohr beskriver følelsen af en meningsfyldt og sammenhængende fødselsfortælling som et succeskriterium for en god fødsel (Berthelsen & Gohr 2006:181). Heraf udleder vi, at OAS kan ses som essentiel for at få en god fødselsoplevelse. Derved kan OAS gennem de tre komponenter bruges til at se på de centrale begreber, der udgør fødselsoplevelsen med EDA, og derigennem give jordemoderen nogle anvisninger til at håndtere fødslen med EDA i bestræbelsen på en god fødselsoplevelse.

6.2.1. Begribelighed

Når begrebet *begribelighed* sættes i forbindelse med EDA forstås, at kvinden skal begribe selve hændelsesforløbet; altså det at få EDA. Dette kræver, at forløbet findes forudsigeligt, da forudsigelighed ifølge Antonovsky er læreprocessen for begribelighed (Jensen & Johnsen 2000:89). Forudsigelighed kan skabes ved, at kvinden hele tiden er informeret om, hvad der fremadrettet skal ske, så hun ikke mister overblikket. Dette svarer til, hvad der står i *Den gode fødsel* om at jordemoderens opgave er, at implementere de forventninger og ønsker, som kvinden har, i det aktuelle fødselsforløb.

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

Dette kan ske via forhandlinger, som forudsætter en god kommunikation mellem kvinden og jordmoderen (Berthelsen & Gohr:119). Det basale bliver således, den kommunikation der foregår mellem jordmoder og kvinde, da information, ifølge Antonovsky, netop skal være sammenhængende og struktureret, for ikke at blive oplevet som kaotisk støj (Antonovsky 2000:35). Hvis jordmoderen formår at kommunikere, så det opfattes fornuftmæssigt begribeligt, og løbende tilpasser kvindens forventninger og ønske om EDA, vil en eventuel kursændring allerede være italesat, inden den bliver aktuel, og bliver dermed forudsigelig for kvinden. Mangel på forudsigelighed må således forstås, som ikke tilpassede forventninger eller manglende forhandling om det fremadrettede, idet kvinden forventer et andet forløb, end det hun faktisk oplever. Dette svarer til, at Hidaka og Callister finder frem til, at kvinders forventning til smerter ikke er foreneligt med det oplevede "All the participants had expected some discomfort, but they were unprepared for the intensity of the pain they experienced." (Hidaka & Callister 2012:26). Dette kan føre til, at kvinden mister forudsigeligheden, hvorved forløbet ikke findes begribeligt, og OAS svækkes. EDA bliver her løsningen på den stressfaktor, som smerterne er. For at kvinden kan finde EDA begribelig, kræver det således, at jordmoderen tager udgangspunkt i kvindens forventninger i forhold til denne.

6.2.2. Håndterbarhed

For at opnå en følelse af håndterbarhed skal udfordringer ikke overstige de ressourcer, personen har til rådighed, da dette vil påvirke belastningsbalancen, hvorved OAS svækkes (Antonovsky 2000:36,89). Idet fødselssmerterne ses som en stressfaktor, skal kvinden opleve at have ressourcer til at tackle disse. Hvis kvinden ikke formår at tackle smerterne, mener vi, at dette svarer til at tabe kontrol. Som vi tidligere fandt ud af, kan EDA være et redskab til at genoprette kontrol hos kvinden. EDA bliver således en ressource, der kan genoprette belastningsbalancen, så fødslen bliver håndterbar. Dette kommer til udtryk i følgende citat: "I wasn't thinking much other than the next one's coming [...] I couldn't do it anymore. I was thinking I'd rather die than go through this. Then I asked for an epidural" (Hidaka & Callister 2012:27). Denne kvinde oplever, at

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

hun ikke har ressourcer til at tackle kontraktionerne, hvorved EDA bliver en løsning. Når udfordringer således overstiger ressourcerne, vil EDA kunne bruges til at bringe balance igen. Dette gælder midlertidigt kun i nogle tilfælde, idet EDA til trods for at kunne skabe kontrol, ikke giver garanti for en god fødselsoplevelse (ibid:31). Nogle kvinder efterlades i stedet med en ambivalent følelse, hvorved de efterfølgende ikke føler, at de har klaret fødslen.

Idet Antonsky mener, at ressourcer kan ”indbefatte støtte og assistance fra andre, typisk personer man kender godt og stoler på.”(Jensen & Johnsen 2000:88), kan jordemoderens faglighed, tilstedeværelse og arbejdet med at skabe tillid og tryghed være en ressource i sig selv. At belastningsbalancen trods dette ikke opretholdes, kan derfor føles som en fiasko for jordemoderen. Berthelsen og Gohr angiver, at en jordemoder var ”[...] lidt skuffet over sin egen indsats, idet hun havde følelsen af at give op, da hun tilbød Liv en epidural” (Bertelsen & Gohr 2006:90).

Jordemoderen må da være opmærksom på, at hun ikke nægter kvinden EDA, grundet sin egen stolthed, men netop arbejder hen mod at give kvinden den bedst mulige fødselsoplevelse EDA kan herved ses som et middel, som jordemoderen kan benytte sig af, hvis hun skønner, at kvinden ikke kan håndtere fødslen uden denne.

6.2.3. Meningsfuldhed

I følge Antonovsky betyder oplevelsen af meningsfuldhed, at problemer opfattes som noget, der er værd at engagere sig i (Antonovsky 2000:36). Ved at blive delagtiggjort øges lysten til at løse udfordringer, hvilket resulterer i meningsfuldhed (ibid:89). Når vi ser dette i forhold til EDA, skal kvinden således delagtiggøres i beslutningen om EDA, for at kunne finde en mening med den. Hvis ikke hun finder mening med den, vil OAS svækkes med en dårlig fødselsoplevelse som resultat. At føle sig medinddraget i beslutningen om EDA, ses også som en del af de forventninger, en kvinde i *Den gode fødsel* havde”[...] [H]vis jeg er i en situation, hvor jeg synes, at nu kan jeg ikke holde til det mere, så forventer jeg også, at jordemødre eller læger hører på mig og siger, hvis det er det, du vil nu, så gør vi det.” (Berthelsen og Gohr 2006:33).

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

En jordemoder forklarer sin forståelse af medinddragelse: ”Valg – at man er medbestemmende i fødslen, at man får nogle valg, men også nogle råd, selvfølgelig” (ibid:121). Jordemoderen ses her at være bevidst om, at skulle medinddrage kvinden i beslutninger, der skal tages, og give hende muligheden for at vælge. At vælge må betyde, at der er noget at vælge imellem, hvilket vil sige, at der er forskellige valgmuligheder. Det er ikke nok, at lade kvinden bestemme selv, som i et eksempel fra studiet, hvor en kvinde spørger om EDA, fordi smerterne er for stærke i liggende stilling. ”I wanted to move. I wish they had checked sooner. It felt like such a long time lying there. I had hoped they were here more. I would have liked them to come in, and I did not want to lie down. I thought they didn't even care.” (Hidaka & Callister 2012:29). Denne kvinde følte sig ikke hørt, og endte med en negativ fødselsoplevelse, hvilket, vi mener, kunne skyldes den manglende medinddragelse i beslutningsprocessen. Selvom hun selvstændigt spurgte efter EDA, er denne nærmere en sidste udvej for kvinden frem for et reelt valg. At kvinden har mulighed for at få EDA, behøver derfor ikke nødvendigvis føre til en positiv oplevelse, idet det fortsat skal være et reelt valg. Et andet eksempel viser også, at selvom kvinden faktisk blev spurgt, om hun ville have EDA, er dette ikke ensbetydende med, at hun delagtiggøres. ”My nurse asked me if I wanted to have an epidural now, because an anesthesiologist happened to be on the floor. So I said 'Yes!' ”(ibid:30) Valget om EDA træffes ikke på baggrund af overvejelser, der inddrager hende som person. Dette vil sige, at hendes forventninger på ingen måde inddrages i beslutningsprocessen, hvormed hun ikke rigtig delagtiggøres. Jordemoderen skal således være opmærksom på at delagtiggøre kvinden, ved at inddrage hendes forventninger i valget om EDA, hvis denne skal give mening for hende.

Vi har gennem analysen med Antonovskys teori fundet, at OAS kan ses som afgørende for en god fødselsoplevelse med EDA. Ved hjælp af komponenterne begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed har vi fundet ud af, hvordan jordemoderen kan håndtere EDA under fødslen for at skabe forudsætningerne for OAS og dermed bestræbe sig på en god fødselsoplevelse

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

6.3. Ethiske udfordringer

6.3.1. Autonomi

Vi har ovenfor redegjort for, hvordan medinddragelse i fødslen medvirker til meningsdannelse, hvorved OAS styrkes, og oplevelsen kan blive god. Medinddragelsen, mener vi, kan sidestilles med kvindens autonomi, idet medinddragelse afhænger af kvindens autonomi. Men ser vi på kvindens autonomi i *Den god fødsel*, beskriver Berthelsen og Gohr, hvordan en situation omkring valg kan blive en belastning for kvinden (Berthelsen & Gohr 2006:142). Nedenstående eksempel tager udgangspunkt i valget om antibiotika, hvilket, vi mener, kan sammenholdes med valget om EDA, idet kvinden mest forholder sig til det faktum at blive stillet overfor et valg. ”Altså, det at få stillet to, tre eller fire lige kvalificerede muligheder op foran hinanden, som hver især har nogle konsekvenser, vi ikke kan gennemskue, det bryder jeg mig slet ikke om – slet, slet ikke.”(ibid:142). ”I den situation havde jeg brug for at føle, at jordemoderen var almægtig. [...] for lige pludseligt mistede jeg den tillid til, at hun vidste, hvad der var bedst, og der røg min tryghedsfølelse.” (ibid:141).

Kvinden føler sig ikke kompetent til at kunne træffe en beslutning selvstændigt, hvilket kan hænge sammen med, at hun ikke føler at kunne påtage sig ansvaret for de mulige konsekvenser. Tilliden sættes her på spil, da kvinden havde en forventning om, at jordemoderen skulle udstråle autoritet. Jordemoderens værdigrundlag, at respektere kvindens autonomi, kommer derved til at spille en afgørende rolle for fødsels erfaringen, da tilliden svækkes, og fortællingen brydes. Kvinden kan også frivilligt overlade det fulde ansvar til jordemoderen, som eksempelvis en kvinde der ”[...] udtrykker et valg af at overlade ansvaret til jordemoderen og et fravalg af at træffe nogen former for beslutninger under fødslen.” (ibid:137). Nogle kvinder ønsker altså ikke at vælge, hvilket i sig selv kan være et autonomt valg, men kræver, at de kommunikerer dette videre til jordemoderen. Jordemoderen kan derved udfordres ved at aflæse, om kvinden befinder sig i en tilstand eller situation, hvor hun ønsker at være autonom ved enten at tage beslutningen eller bevidst fravælge at vælge.

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

Når ansvaret bevidst overlades til jordemoderen, må hun da handle efter *ønsket paternalisme*. Derfor vil vi nu se nærmere på jordemoderens paternalistiske handlinger.

6.3.2. Paternalisme

Som tidligere nævnt hænger tryghed tæt sammen med tillid til fagpersonens professionalisme (ibid:96). Kvinden har således en forventning om, at jordemoderen bærer en faglig viden og erfaring, som kvinden kan benytte under fødslen. ”I den henseende forventer parrene, at jordemoderen trodser de eventuelle situationer, hvor deres ønsker og forventninger står i modsætning til den sikre fødsel;[...]”(ibid). Der tales her om *den sikre fødsel*, hvor vi tolker sikkerhed, som den fødsel, der indebærer mindst mulig risici for mor og barn. Der ytres en forventning om, at jordemoderen ikke altid respekterer kvindens ønske, da hun har tillid til, at jordemoderen i nogle situationer ved bedst.

Hvis kvinden befinder sig i en situation med mange smerter, kan dette betragtes som en tilstand, hvor kvinden ikke er i stand til at træffe en rationel beslutning om EDA på det givne tidspunkt. Ifølge Birkler skal sundhedsarbejderen, som her er jordemoderen, handle med benvolvens og efterfølgende argumentere for det trufne valg (Birkler 2006:36). Jordemoderen kan således handle med sin bedrevidenhed, men med en god vilje bag sig. Når jordemoderen handler med genuine paternalisme, og vurderer, at kvindens tilstand med smerter bevirker, at hendes ønske om EDA ikke vil være hensigtsmæssigt, skal dette kunne begrundes. Dette kunne eksempelvis være, at den ukomplicerede fødsel kan ses som styrkende for kvinden, at fødslen er nært forestående, og de risici, der følger EDA, da vil være u hensigtsmæssig, eller en udtalt forventning om en naturlig fødsel. I disse tilfælde, vil jordemoderen efterfølgende kunne redegøre for ikke at have respekteret kvindens ønske om EDA.

Det modsatte scenario kunne dog også være en mulighed. At kvinden kan være så fastlåst i et ønske om at undgå EDA, at jordemoderen kan være nødsaget til at handle paternalistisk i en situation, hvor hun skønner EDA nødvendigt. Dette kan jordemoderen selvfølgelig ikke gøre ved at påtvinge EDA, men jordemoderen fremlægger situationen

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

og kvindens valgmuligheder på en måde, så kvinden faktisk ender ud med at vælge EDA. Jordmoderen handler således paternalistisk ved at manipulere kvinden.

Gennem analyse af de to begreber autonomi og paternalisme har vi set, hvordan jordmoderen skal balancere mellem respekten for kvindens autonomi og det at handle paternalistisk i fødslen med EDA, for eksempelvis at bevare tilliden og derved opretholde en god fødselsoplevelse.

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

7. Diskussion

Vi vil i dette afsnit se på de videnskabsteoretiske overvejelser i forhold til jordemoderens håndtering af fødslen med EDA. Herefter vil vi diskutere de udfordringer, der kan opstå ved implementering af OAS i praksis, hvortil vi uddyber det informerede samtykke, og hvorledes autonomi og paternalisme kommer i spil. Afslutningsvist reflekterer vi kritisk over eget projekt.

7.1. Videnskabsteori og EDA

Vi redegjorde i den videnskabsteoretiske tilgang til projektet for, hvorledes forståelse var afhængig af forforståelsen og den pågældende persons intention om at bevidstgøre sig sin forforståelse (Birkler 2005:96-97). Når dette ses i forhold til jordemoderens håndtering af fødslen med EDA må hun således gøre sig sin forforståelse bevidst, for at kunne forstå kvinden. Dette ser vi, som værende nødvendigt, hvis jordemoderen skal kunne hjælpe kvinden til at finde mening med EDA. Her må jordemoderen netop finde forståelse af EDA som smertelindring, som formodentlig svarer til de forventninger kvinden har. Vi anser dette, for at være en forudsætning for, at det netop skal give mening for kvinden, og ikke for jordemoderen. Dertil må jordemoderen være bevidst om, at kvindens forståelse for EDA kan ændres i takt med, at hun informeres yderligere om virkning og bivirkning. Ligeledes forestiller vi os, at fødselssmerterne kan have en indvirkning på, hvordan kvinden ser på EDA, hvorfor hun kan tillægge denne en anden forståelse på det givne tidspunkt. Når jordemoderen således aktivt forsøger at forstå kvinden, skal dette være med et forbehold for, at kvindens forståelse er foranderlig undervejs i forløbet, i forhold til de forventninger kvinden havde som udgangspunkt. Hermed finder vi det problematisk for jordemoderen, at sikre sig forståelse for kvinden på det givne tidspunkt.

Hertil kommer, at jordemoderen givetvis vil have mere viden om EDA end kvinden, hvorfor det felt, de to anskuer EDA fra, vil have svært ved at smelte sammen. Det kan derfor være en udfordring, hvis ikke umuligt, at sikre sig en horisont sammensmeltning. Hvortil der kan stilles spørgsmålet, hvor vigtigt det er, at de to deler en forståelse - altså

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

horisontsammensmeltning. Eller om det i stedet ville være mere givende for kvinden, at jordemoderen forstod kvindens livsverden ved netop at beskæftige sig med grundlaget for hendes til- eller fravalg af EDA.

7.2. OAS i praksis

Ser vi på vilkår og begrænsninger for den teoretiske referenceramme i praksis, har vi i analysen skitseret, hvordan jordemoderen kan medvirke til at fremme kvindens OAS under fødslen med EDA. Jordemoderen må dertil have blik for den enkelte kvindes behov og ressourcer forud for fødslen og netop vurdere, den pågældende kvindes forhenværende og nuværende relation til komponenterne, begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Hermed mener vi, at jordemoderen vil møde kvinder, der på forhånd kan have en svækket OAS, hvor de ressourcer jordemoderen kan byde ind med, ikke vil være tilstrækkelige. Ligeledes kan en kvinde med en i forvejen stærk følelse af OAS have mindre behov for jordemoderens indgriben. Vi kunne her forestille os, at kvinden med en i forvejen svækket OAS, hurtigere ville få et behov for EDA end kvinden med en stærk OAS.

I analysen finder vi frem til, at en måde, jordemoderen kan fremme kvindens oplevelse af begribelighed på, er gennem forudsigelighed. Det vil sige, at jordemoderen hele tiden skal være i stand til at informere kvinden om, hvad der fremadrettet skal ske. Ligeledes fandt vi i analysen frem til, at den information der gives, skal inkorporere kvindens forventninger. Vi ser her et problem i fødslens uforudsigelighed, da jordemoderen, trods erfaring og teoretisk viden, ikke altid vil kunne forudsige, hvad der kommer til at ske. Jordemoderen vil da kunne ”komme til” at forudsige noget, som alligevel ikke kommer til at ske. Eksempelvis kan jordemoderen formode, at fødslen snart overgår til pressefasen, hvorved EDA vurderes uhensigtsmæssig, men hvor fødslen viser sig at trække ud. Det kunne også være, at jordemoderen netop mente, at EDA var hensigtsmæssig i en given situation, hvor det herefter viser sig, at anæstesiologen, som skal anlægge EDA, er optaget. Hvis jordemoderen da, har tilpasset kvindens forventninger, formoder vi, at der ville kunne opstå andre problemer, ved at jordemoderen da afføder nogle falske forventninger. Fødslen kan så at sige også være

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

uforudsigelig for jordemoderen, hvorfor det i praksis kan være en udfordring at informere fremadrettet.

Hvis den gode oplevelse bliver så afhængig af jordemoderens indgriben og måde at agere på, kan man diskutere, hvem der egentlig har ansvaret for fødslen. Som vist i analysen afhang den gode fødselsoplevelse med EDA også af, om kvinden kunne finde en mening med denne. Hertil skulle jordemoderen tage udgangspunkt i kvindens forventninger og tilpasse dem det aktuelle fødselsforløb. Vi ser her et problem i, at nogle kvinder muligvis har helt urealistiske forventninger til fødslen, hvorved kravet til jordemoderen måske ikke vil være rimeligt. Hertil bør det ses som en vigtig faktor, at der allerede i graviditeten bør skabes realistiske forventninger til smerter og ønsket om EDA.

7.3. Autonomi og paternalisme – det informerede samtykke

Som vi har fundet frem til i analysen, er kommunikation og information vigtigt for at skabe en god fødselsoplevelse med EDA. Dette afføder tanken om det informerede samtykke, som ofte er årsag til dilemmaer (Hidaka & Callister 2012:32) Det informerede samtykke kan være problematisk i den situation, hvor der er tvivl om kvindens autonomi, det vil sige, om hun er i stand til at give et informeret samtykke.

En undersøgelse viser, at kvinder mener, at smerter kompromitterer deres bedømmelseskraft. "Only 3 (3%) believed it was appropriate to consent to epidural analgesia at the time of insertion. The reason for this was that 79 (79%) of respondents felt the pain experienced during labour affected their ability to give informed consent." (Fröhlich et al. 2011). Denne tvivl beskrevet i citatet kan anses, som begrundet ved at se på, hvordan lovgivninger definerer det informerede samtykke.

"Samtykket skal være baseret på fyldestgørende information. Der er tale om en dialog, hvor patient og sundhedsperson udveksler oplysninger, stiller spørgsmål og opnår enighed om, hvilken behandling der skal iværksættes. For at man kan tale om et gyldigt samtykke, kræver dette, at patienten er i stand til at overskue konsekvenserne på baggrund af den givne information." (VEJ nr 161 af 16/09/1998).

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

Det kan være svært at efterkomme kravet om at opnå enighed i en dialog med kvinden, når denne har smertefulde kontraktioner med eksempelvis 2-3 minutters interval. De fleste jordemødre er sikkert enige i, at det er svært at føre en samtale med den fødende på et sådant tidspunkt, og at det endda vil være svært at give kvinden ensidig information.

En løsning på dette, tænker vi, kunne være at indhente samtykke inden fødslen. Dermed ikke ment, at kvinden forud for fødslen skal bestemme sig, om hun ønsker EDA eller ej. Dette kan ikke lade sig gøre, idet kvinden, især som førstegangsfødende, ikke kan vide, hvad der venter hende under fødslen, og hvordan hun vil reagere samtidig med, at det ikke er lovligt at give en forhåndstilkendegivelse (VEJ nr 161 af 16/09/1998). Men det kunne være en fordel, at kvinden skal dokumentere skriftligt, at hun har modtaget og forstået information om EDA og at hun således er sig bivirkninger og konsekvenser bevidst. Kvinden træffer selvfølgelig stadig den endelige beslutning om EDA under selve fødslen, men jordemoderen kan være sikker på, at kvinden har fået den nødvendige information, som danner baggrund for det informerede samtykke.

Jordemoderen kan dog fortsat være usikker på, om kvinden træffer beslutningen om EDA uovervejede, i en tilstand, hvor smerter kan være dominerende. Et alt overskyggende ønske om smertefrihed kunne muligvis alligevel føre til, at kvinden ikke kan overskue konsekvenserne af EDA, selvom jordemoderen med sikkerhed ved, at kvinden kender dem. Det ideelle informerede samtykke er således næsten en umulighed under fødslen, men det er måske det tætteste vi kan komme.

I princippet må behandlingen ikke udføres, hvis der er tvivl om samtykket (VEJ nr 161 af 16/09/1998). Det vil sige, at kvinden ikke kan få EDA i det tilfælde, hvor jordemoderen er i tvivl om, at kvinden kender til mulige bivirkninger og konsekvenser. Jordemoderen må således handle paternalistisk i et sådant tilfælde, hvor kvinden ønsker EDA.

Derved dukker spørgsmålet op, om patienten overhovedet kan være autonom, når det jævnfør vores analyse er jordemoderen, der afgør, hvornår hun anser EDA som nødvendigt eller meningsfuld for kvinden. Det er jordemoderen, som i kraft af sin

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

viden, prøver at guide kvinden enten hen imod eller udenom EDA. ”Sundhedspersonen bør naturligvis tilkendegive over for patienten, hvad der efter den pågældendes opfattelse vil være det fagligt bedste for patienten,[...]” (ibid). Det er også hende der i forbindelse med det informerede samtykke skal formidle informationen, hvilket vil sige, at det er jordemoderen, som udvælger hvilken information kvinden får, og hvordan hun får denne. Er der således ikke tale om heteronomi frem for autonomi, idet kvinden måske medinddrages i beslutningen om EDA, men det er jordemoderen, som på den ene eller anden måde afgør, om kvindens ønske om EDA i sidste ende efterkommes eller ikke. Omvendt kan jordemoderen dog ikke handle paternalistisk, idet kvinden ikke kan tvinges til at få EDA, hvis hun ikke ønsker det. ”Kvindens selvbestemmelsesret indebærer, at jordemoderen ikke må indlede eller fortsætte undersøgelse eller behandling mv. mod kvindens vilje.” (VEJ nr 151 af 08/08/2001).

Det informerede samtykke er svært at leve op til ved EDA, og kan afføde et dilemma imellem på den ene side at ville tage vare på patientens ønsker og autonomi og på den anden side jordemoderens faglige vurdering.

7.4. Jordemoderens etiske dilemma

Som beskrevet i teorien afføder de fleste etiske spørgsmål i sundhedsvæsenet et dilemma mellem autonomi og paternalisme. Et sådan dilemma er beskrevet i forrige afsnit, hvorfor det vil være nærliggende at søge svar på, hvordan jordemoderen *bør* handle i denne via *jordemoderens etiske retningslinjer* (jordemoderforeningen 2010).

”Jordemoderen medvirker til at sikre, at kvinden får forståelig information om sine valgmuligheder, og jordemoderen respekterer hendes valg, samt støtter hende deri” (ibid).

Hvis vi ser på dette i forhold til EDA, skal jordemoderen altså respektere kvindens valg om EDA, forudsat en individuel tilpasset information om konsekvenserne heraf. Hvis kvinden således vælger EDA som smertelindring, vil det være op til jordemoderen, at vurdere og tilpasse den information, der skal gives, og hvis kvinden fortsat ønsker EDA, bør jordemoderen herefter respektere valget, trods de eventuelle konsekvenser dette måtte have.

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

I et andet punkt i de etiske retningslinjer, står: ”Jordemoderen støtter kvinden i, at fødslen forløber så ukompliceret som muligt, da den spontant forløbende fødsel antages at rumme kvaliteter som fysisk sikkerhed, menneskelig styrke og personlig vækst”(ibid). Hertil vil det blive et spørgsmål om, om EDA ses som et indgreb i den spontant forløbende fødsel eller ej. Idet vi i indledningen skitserede, de af DSOG, angivne bivirkninger for EDA, sås at EDA blandt andet øger risikoen for instrumentel forløsning, hvilket må siges, at være et indgreb i den spontant forløbende fødsel. Vi mener derfor, at EDA må anses for at være et indgreb, hvorved kvindens valg om EDA kan stride imod de etiske retningslinjer, forudsat at der er tale om en hidtil ukompliceret fødsel.

Jordemoderens etiske retningslinjer vil således ikke direkte kunne besvare, hvordan hun bør handle i situationen, men derimod kan ”[...] disse mål imidlertid fastlåse den konkrete situation og kan endog skabe et dilemma i sig selv. I det konkrete eksempel kan det således forværre situationen, hvis det er et klart mål altid at skulle respektere patientens valg eller fravalg”(Birkler 2006:24).

Det etiske dilemma viser sig også ved, at der er tale om en værdikonflikt, hvor der skal træffes ét valg, blandt flere muligheder, endog et valg der får konsekvenser for andre mennesker (Birkler 2006:21). Ifølge ovenstående har jordemoderen valget om, at efterkomme kvindens ønske om EDA, at nægte kvinden EDA, eller måske en helt tredje mulighed, som eksempelvis en alternativ smertelindring. Valget den enkelte jordemoder måtte tage, vil få betydning for den fødende kvinde og hendes oplevelse af fødslen. Idet vi tidligere har vist, at fødselsoplevelsen har stor betydning for, om kvinden kommer styrket igennem den, vil jordemoderens beslutning herved have konsekvenser for et andet menneske. Hvad, jordemoderen vælger, må således afhænge af, hvad hun tillægger størst værdi i situationen, eksempelvis kvindens autonomi eller målet om at bevare fødslen ukompliceret og derved måske handle paternalistisk.

7.5. Kritisk refleksion over eget projekt

Når vi afslutningsvist kaster et kritisk tilbageblik på dette projekt, finder vi nogle potentielle problemstillinger i den metodiske tilgang.

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

Først det empiriske grundlag for opgaven, der bygger på en undersøgelse fra USA, hvor der ikke anvendes jordemødre i samme betydning som i Danmark. Dette har vi dog midlertidigt redegjort for i den eksterne validering, hvortil vi ligeledes har sammenholdt studiets resultater med en større dansk undersøgelse, hvorved vi mener, at kunne forsvare de fremkomne resultater. Dertil må dog siges at, undersøgelsen af Berthelsen og Gohr (2006) ikke direkte handler om brugen af EDA. Der laves ingen direkte konklusion om fødselssmerters eller smertelindrings indvirkning på en god fødselsoplevelse. Netop derfor, mener vi, at de to undersøgelser supplerer hinanden, og derved kan bidrage til et svar på problemformuleringen.

Vi har ligeledes pålagt Antonovskys teori om OAS en central rolle, hvorved vi har udelukket os fra andre vinkler til at håndtere fødslen med EDA. Dette kan forklares ved projektets omfang, hvorved det ikke er muligt at belyse problemet fra flere vinkler og andre teoretiske tilgange, som kunne have givet andre løsningsforslag.

Dertil har vi i de etiske udfordringer valgt, at lægge vægt på begreberne autonomi og paternalisme velvidende, at der kan opstå andre etiske udfordringer for jordemoderen i situationen med EDA. Dette kunne eksempelvis være begreber som stolthed eller værdighed, som kan komme i spil, hvis det eksempelvis ikke er velanset at anvende EDA i afdelingen.

Vi har gennem dette projekt forsøgt at tilsidesætte vores forforståelse, for at opnå ny forståelse af, hvordan EDA kan anvendes i praksis, og hvilken indvirkning, den kan have på fødselsoplevelsen. Vi synes på mange punkter, at have afkræftet vores forforståelse, i og med at vi nu ser, at EDA kan være en nødvendighed for at bevare kontrollen, og dermed OAS, hvis kvinden eksempelvis i forvejen har en svækket OAS. Dertil har vi fundet, at brugen af EDA ikke nødvendigvis er en let løsning for jordemoderen, idet det kræver høj faglig kompetence, at hjælpe kvinden til at finde mening med denne.

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

8. Konklusion

Vi har gennem analysen med Antonovskys teori fundet, at OAS kan ses som afgørende for en god fødselsoplevelse med EDA. Ved hjælp af komponenterne begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed har vi fundet ud af, hvordan jordemoderen kan håndtere EDA under fødslen for at skabe forudsætningerne for OAS og dermed tilstræbe en god fødselsoplevelse.

Jordemoderen kan støtte kvinden i at opnå *begribelighed* ved at tilstræbe et forudsigeligt fødselsforløb. Dette kan jordemoderen gøre, ved at tage udgangspunkt i de forventninger kvinden har til EDA og tilpasse dem til fødselsforløbet. Herved vil en eventuel kursændring allerede være italesat. Implementering af dette i praksis kan dog ses som en udfordring i sig selv, da fødslen også kan være uforudsigelig for jordemoderen.

Jordemoderen kan støtte kvinden i, at fødselssmerterne bliver *håndterbare* ved at skabe tillid og tryghed. Hvis smertepåvirkningen alligevel, skulle overgå de ressourcer kvinden har til rådighed, kan EDA hjælpe til en følelse af kontrol, og derved styrke OAS og den gode oplevelse.

Dette forudsætter, at kvinden finder EDA *meningsfuld*. Jordemoderen må derfor medinddrage kvinden i beslutningsprocessen om at benytte EDA som smertelindring. Hertil er det vigtigt, at jordemoderen giver kvinden et reelt valg, forstået således, at der gives flere valgmuligheder, og kvindens forventninger inddrages i valget. Derved kan der opstå en række problemer i forbindelse med det informerede samtykke.

Vi fandt således frem til, at når jordemoderen skal medinddrage kvinden i valget om EDA, stilles hun overfor udfordringen, at skulle vurdere kvindens evne til at foretage et autonomt valg under fødslen. Medinddragelsen kan ikke stå alene, idet ikke alle kvinder ønsker at tage afgørende beslutninger. Jordemoderen bliver derved ligeledes udfordret i vurderingen af, hvorvidt kvinden ønsker at blive medinddraget eller ej. Kvindens autonomi i forbindelse med EDA er derudover afhængig af den information, som jordemoderen vælger at give, hvorfor der kan være tale om en paternalistisk handling

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

gennem en manipuleret information. Dette kan afføde et etisk dilemma, hvortil der ikke findes en entydig handlemåde.

9. Perspektivering

Vi har i dette projekt taget udgangspunkt i egne erfaringer vedrørende, det dilemma jordemoderen kan stå i og de udfordringer hun kan møde i en fødsel med EDA. I denne forbindelse kunne det være interessant, at se på, hvordan jordemoderen reelt oplever denne situation. Jordemoder Ingrid Jepsen, lektor ved University College Nord, SD og MPH, har i et dansk forskningsprojekt, som endnu ikke er publiceret, undersøgt, hvordan kvinder, der fik EDA, oplevede fødslen. Heri har hun netop inddraget jordemoderens perspektiv. Af det offentlige tilgængelige materiale, ser vi, at vores resultater understøttes af Ingrid Jepsens studie, som peger på, at jordemoderen finder det svært at balancere mellem det at opmuntre kvinden til at kæmpe sig igennem fødslen og det at efterkomme kvindens ønske om EDA. Herudover viser undersøgelsen, at jordemoderen oftere forlader fødestuen efter anlæggelse af EDA, hvor kontakten til kvindens brydes. Jepsen antager, at jordemoderen mangler kompetence til, at støtte den fødende med EDA, da det er misforstået at tro, at en kvinde med EDA trænger til hvile (Jepsen 2012) Vi mener derfor, at det ville være relevant med udgangspunkt i denne opgave, at se oplevelsen med EDA fra jordemoderens vinkel. Hvis der sættes fokus på det jordemoderen finder svært, vil der herefter måske kunne ydes en forbedret indsats, så kvinden kan opleve en god fødsel.

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

10. Litteraturliste

- Antonovsky, Aaron (2000): *Helbredets Mysterium*. København, Hans Reitzels Forlag.
- Bertelsen, Anne Mette Holm; Gohr, Camilla (2006): *Den gode fødsel*. En antropologisk undersøgelse af fødselsfortællingen. København, Museum Tusulanum Forlag
- Birkler, Jacob (2005): *Videnskabsteori -en grundbog* 1. udgave, 5. oplag, København: Munksgaard Danmark
- Birkler, Jacob (2006): *Etik i sundhedsvæsenet*, 1. udgave, 4. oplag, København: Munksgaard Danmark
- Brinkmann, Svend og Lene Tanggaard (2010): *Kvalitative metoder en grundbog*, 1. udgave, 2. oplag, Hans Reitzels forlag
- Cirkulære om jordemodervirksomhed. CIR nr 149 af 08/08/2001
- DSOG (2011): *Fødepidural: Epidural analgesi til vaginal fødsel*. Lokaliseret [020413] på <http://www.dsog.dk/sandbjerg/Foedeepidural%20Guideline%202011.pdf>
- Fröhlich, S.; Tan, T.; Walsh A.; Carey, M, (2011): Epidural Analgesia for Labour: Maternal knowledge, preferences and Informed Consent. *The Irish Medical Journal* 104 (10), s. 300-302

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

- Harkins, Jennifer; Carvalho, Brendan; Mehta, Sachin; Riley, Edward T., (2010): Survey of the Factors Associated with a Woman's Choice to Have an Epidural for Labor Analgesia. *Anesthesiology Research and Practice* 2010, s. 1-8
- Hidaka, Ryoko, & Callister Lynn Clark (2012): Giving Birth With Epidural Analgesi: The Experience of First-Time Mothers. *The journal of Perinatal Education*. 21 (1), s. 24-35
- Hovmand, Bente & Præstegaard, Jeanette (2002): Kvalitative forskningsmetoder i fysioterapien – en introduktion. *Nyt om forskning*. 2002 (2) s. 40-57
- Jensen, Torben K.; Johnsen, Tommy J. (2000): *Sundhedsfremme i teori og praksis*. 2. udg. 10. oplag, kap. 3, Århus, Forlaget Philosophia.
- Jepsen, Ingrid (2012): *How first time mothers experience the use of epidural analgesia*. Lokaliseret [020413] på https://www.ucviden.dk/portalucn/files/12444314/Epiduralblokada_nordisk_kongres_endelig.pdf
- Jordemoderforeningen (2003): *Det gør ondt at føde*. Lokaliseret [180413] på <http://www.jordemoderforeningen.dk/tidsskrift-for-jordemoedre/singlevisning/artikel/det-goer-ondt-at-foede/>
- Jordemoderforeningen (2007): *NJF2010: Epiduralblokaden mindsker ikke behovet for en jordemoder*. Lokaliseret [020413] på <http://www.jordemoderforeningen.dk/tidsskrift-for-jordemoedre/singlevisning/artikel/njf2010-epiduralblokaden-mindsker-ikke-behovet-for-en-jordemoder/>
- Jordemoderforeningen (2010): *Etiske retningslinjer for jordemødre*. Lokaliseret

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

[020413] på

http://www.jordemoderforeningen.dk/fileadmin/Fag_Forskning/Etiske_retningslinjer/Etiske_Retningslinjer_2010.pdf

- Le Ray, Camille; Goffinet, Francois; Palot, Maryse; Garel, Micheline; Blondel, Beatrice, (2008) Factors Associated with the Choice of Delivery without Epidural Analgesia in Women at Low Risk in France. *Birth: issues in perinatal care* 35 (3), s.171-178
- Lindahl, Marianne & Juhl, Carsten B. (2002): Vurdering af kvalitative artikler. *Nyt om forskning*. 2002 (1) s. 17-21.
- Mogensen, Torben S. (2003): Fødselssmerter -et problem der burde være løst. *Ugeskrift for læger*. 2003 (47), s. 4511
- Petersen, Signe R. (2004): *Fødselsfortællinger*. 1. udgave, 1. oplæg: Lindhardt og Ringhof Forlag.
- Politiken (2007): *Læger: Alt for mange føder i smerte*. Lokaliseret [180413] på <http://politiken.dk/indland/ECE330615/laeger-alt-for-mange-foeder-i-smerte/>
- Sundhedsstyrelsen (2005): *Kejsersnit på moders ønske – en medicinsk teknologivurdering*, København, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering
- Sundhedsstyrelsen (2009): *Anbefalinger for svangreomsorgen*, København, Komiteen for Sundhedsoplysning
- Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. VEJ nr 161 af 16/09/1998

Epidural analgesi - en oplevelse værd?

10.1 Bilagsfortegnelse

- Bilag 1: *Søgestrategi*
- Bilag 2: *Giving Birth With Epidural Analgesia: The Experience of First Time Mothers*
- Bilag 3: *Etiske retningslinjer for jordemødre*