

Master i Professionsudvikling
4. semester: Masterprojekt
Vejleder:
Lektor, Ph.d. Gorm Hansbøl

Mod på at føde

En problematisering af det frie valg mellem fødsel og kejsersnit.

Else Broberg Jensen
studienr: ej1363876
Januar 2005
Danmarks Pædagogiske Universitet

INDHOLD

RESUMÉ	3
SUMMARY	3
1. INDLEDNING	4
1.1. Problemstilling og problemformulering	4
1.2. Begrebsafklaring og definitioner	7
1.2.1. Er et kejsersnit en fødsel og en fødsel et indgreb?	7
1.2.2. Jordemoder som obstetriker og maieutiker?	7
1.2.3. Maternal request	8
1.2.4. Social patologi	9
2. PRÆSENTATION AF OG BEGRUNDELSE FOR VALG AF EMPIRI	9
2.1. Rapporter og dokumenter	9
2.2. Sundhedsstyrelsen	9
2.3. Cases	10
2.4. Interview	10
2.5. International research	10
2.6. Sammenfatning	10
3. METODISKE OVERVEJELSER	10
3.1. Episteme, techne og phronesis	10
4. PRÆSENTATION AF OG BEGRUNDELSE FOR VALG AF TEORI	11
4.1. Videnskabsteoretisk perspektiv	11
4.2. Ulrich Beck's "Risikosamfundet"	12
4.3. Den mellem menneskelige ansvarlighed og betingelserne for den, belyst ved hjælp af Zygmunt Bauman.	12
4.4. Axel Honneth's anerkendelsesteori og afprøvningen af samtidsdiagnoser	12
4.5. Sammenfatning	13
5. ANALYSE OG DISKUSSION	13
5.1. Sundhedsstyrelsens udspil	13
5.2. "Maternal request" som h.h.v.bottom-up og top-down fænomen	17
5.2.1. Sammenfatning og diskussion	19
5.3. Diskursen omkring "det frie informerede valg"	20
5.3.1. Sammenfatning og diskussion gennem anerkendelsesteorien	22
5.4. Interview af jordemoder med fødselsangstprojekt	23
5.4.1. Diskussion af interview	27
5.5. Ethiske og moralske overvejelser	30
5.6. Fællestræk, forskelle og begrænsninger i anvendt teori	34

6. KONKLUSION	34
7. PERSPEKTIVERING	36
7.1. Udvikling af jordemoderprofessionen	36
7.1.1. På vej mod en ny professionsidentitet?	37
7.1.2. Maieutik i jordemoderuddannelsen?	39
7.2. Konkret handlingsperspektiv	41
LITTERATUR	43
BILAGSFORTEGNELSE.....	46

FORKORTELSER

ACOG: The American College of Obstetricians and Gynecologists.

CAM/ACSF: Canadian Association of Midwives / Association Canadienne des Sages-Femmes.

CS: Caesarean Section

DADJ: Den Almindelige Danske Jordemoderforening

DSOG: Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi

NICE: National Institute for Clinical Excellence. Organisatorisk en del af National Health service (NHS). Organisationen dækker England og Wales og udstikker faglige retningslinier for brugere og sundhedsprofessionelle.

SOGC: Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada

RESUME

At stille samtidsdiagnoser er et kendt område indenfor filosofien og sociologien. I dette masterprojekt er det min hensigt at undersøge, hvorvidt en samtidsdiagnose kan indoptage fænomenet, at flere og flere kvinder vælger at føde deres barn ved planlagt kejsersnit på indikationen: maternal request (mors ønske). Kan en afprøvning af en sådan samtidsdiagnose afklare hvordan fænomenet kan forstås som en social patologi?

Opgaven søger i første omgang, ud fra et flerspektret empirisk materiale at problematisere det frie valg mellem fødsel og kejsersnit. Belysningen heraf sker i en teoretisk referenceramme med rod i sociologien og socialfilosofien. Hvordan forholder vi os til udviklingen og det nutidige? Er vi i det spørgsmål moralsk forpligtede til at "følge med tiden"?

Fundene indikerer, at diskursen omkring det frie informerede valg er uklar. Anerkendelsesteorien (Axel Honneth) peger, i min fortolkning, på at det er frygt og usikkerhed fremfor idéen om det gode liv, der er blevet normen og udgangspunktet for vores ageren. Fænomener, der argumenterer for en social patologi.

Sidste del af opgaven er en perspektivering over mulige implikationer i forhold til udviklingen af jordemoderprofessionen, med særlig vægt på den jordemoderfaglige omsorg og uddannelsen af kommende kolleger.

SUMMARY

To make diagnosis of contemporary society is a well-known area within the fields of philosophy and sociology. In this project, I investigate whether a diagnosis of today's world, can explain the fact that more and more women elect to give birth via a planned, on-demand Caesarian section. Can a discussion of this diagnosis of contemporary society explain how this phenomenon should be understood as a social pathology?

My project first seeks to problematize the free choice between vaginal delivery and C-section from a multiplicity of empirically based perspectives. My discussion of this question is rooted in a theoretical frame of reference from sociology and social philosophy. How do we relate to change and contemporary society? Are we in this matter morally obligated to "move with the times"?

The findings indicate, that the discourse about the free informed choice is not clear. The theory of recognition (Axel Honneth) points out, in my interpretation, that it is fear and uncertainty, rather than an idea of a good life, that becomes the basis for our actions. Phenomena arguing for a social pathology.

The final part of the project seeks to put into perspective possible implications of this topic in relation to the changes in the profession of midwifery, with special emphasis on midwifery care and on the education of future colleagues.

1. INDLEDNING

*“There are only two feelings: Love and fear.
There are only two languages: Love and fear.
There are only two activities: Love and fear.
There are only two motives, two procedures, two frameworks, two results:
Love and fear.”*

Michael Leunig's prayers from “A Common Prayer”

1.1. Problemstilling og problemformulering

Ovenstående vers blev mailet til mig i forbindelse med, at jeg gennem en international mail liste for forsknings- og forskningsinteresserede jordemødre (midwifery-research.jiscmail.ac.uk), primo november 2004, udsendte en forespørgsel og nogle tanker over emnet: den stigende kejsersnitfrekvens på indikation ”maternal request” (defineres s. 9) som en mulig social patologi (bilag 1). Dette på baggrund af at kejsersnitfrekvensen indenfor de seneste 10 år har været støt stigende i store dele af verden. I løbet af et par døgn havde jeg, og dermed alle på listen, modtaget 34 tilbagemeldinger fra Sverige, Tyskland, Holland, Skotland UK, USA, Canada, Afghanistan (en engelsk jordemoder), Australien og Danmark. Og der kom nye til. Der var konkrete links til både videnskabelig og ikke videnskabelig litteratur. Der opstod indbyrdes diskussioner og udvekslinger af cases med efterfølgende refleksioner. Der blev givet udtryk for tanker, meninger og meget positive tilbagemeldinger overfor at sætte problemstillingen ind i en bredere sociologisk kontekst og overveje koblingen til en social patologi. Alt ialt en overvældende interesse og stort behov for drøftelse af de problemer der knytter sig til emnet.

Men for at sætte problematikken ind i en mere overskuelig sammenhæng vil jeg starte med en kort national tematisering.

For Danmarks vedkommende kan en gennemsnitlig stigning af kejsersnitfrekvensen konstateres på 56% fra 1991 – 2003. Fordelt på en stigning på knap 30% blandt de akutte kejsersnit og en næsten fordobling af de planlagte (Sundhedsstyrelsens fødselsstatistik 2004 (bilag 2, s.2). De obstetriske indikationer for et kejsersnit har ændret sig i.f.t fødsel af børn i underkropstilling, præmature børn og tvillingefødsler med særlige risici. Det der imidlertid optager mig i.f.t den stigende kejsersnitfrekvens er indikationen ”maternal request”, diskursen omkring ”det frie informerede valg” og en undersøgelse af fænomenet i en samfundsmæssig kontekst. I det følgende vil jeg ridse nogle problemstillinger op relateret hertil:

Under et møde i marts 2001 mellem repræsentanter fra Den Almindelige Danske Jordemoderforening (DADJ) og Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) angående brugerindflydelse blev det diskuteret hvorvidt både spontan fødsel og kejsersnit kan udlægges som to behandlingsformer. I bekræftende fald og da den gravide kvinde ifølge patientrettighedsloven har ret til at *fravælge* en behandling, er der således, ved fravalg af spontan fødsel, planlagt kejsersnit tilbage som alternativ. Det var

i arbejdsgruppen ikke muligt at tale sig til enighed, men praksis viser at indikationen på nogle fødesteder er accepteret i forbindelse med valg af fødselsmåde. Dette at: ”patienten kan ikke selv vælge en behandling” (Lov om patienters rettigheder) er hermed tilpasset et *fravalg* af en ”behandling” (vaginal fødsel) og dermed valget af en anden (kejsersnit). Men uanset enighed eller uenighed synes graviditet og fødsel idag, i højere grad end for bare 10 år siden, at være blevet et medicinsk problem der skal løses via avanceret medicinsk teknologi, som biofysiske undersøgelser, ultralydscanninger og kejsersnit, der idag foregår på vide indikationer.

Det at føde vaginalt sættes til diskussion. Ultralydscanninger afløser i stigende grad hænder på maven til at vurdere fosterets position og tilvækst. Beparelser indenfor den offentlige sektor rammer jordemødres forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, særligt i den primære sundhedssektor, mens der bevilges penge til stadig mere avanceret teknik på landets store specialafdelinger. Imidlertid synes det ikke at have så stor betydning, at et kejsersnit er mere end dobbelt så dyrt som en fødsel (bilag 2, s. 2). Nogen skelsættende begivenhed eller præcis dato, kan jeg ikke referere til, hvor indikationen ”maternal request” blev indoptaget på fødselsområdet. Det ugenomsigtige ser jeg begrundet i mange faktors forskellige indflydelser, som nedenfor. Punkternes opstilling er vilkårlig:

- Spørgsmålet om, hvad der kan defineres som behandling og indgreb.
- Fagpersoners usikkerhed og uenigheder omkring undersøgelsers holdbarhed og evidens og deraf følgende anbefalinger – også påvirket af fagpersonens eget eller partners fødselsforløb (Holler, 2004). Retfærdiggør denne usikkerhed at den gravide selv kan vælge fødselsmetode?
- Stadig finere ultralydsapparatur med stadig finere og detaljerede målemetoder giver fund, man ikke altid er helt klar over fortolkningen og konsekvensen af.
- Samtidsdiagnosen: ”det refleksivt moderne” eller ”risikosamfundet”, indebærer en individualisering der ligeledes søger hen imod en retfærdiggørelse af den enkeltes ret til selvbestemmelse, selvrealisering og individuelle valg.
- Den enkelte fagpersons indlevelse og afmagt overfor en gravid kvinde, der grædende giver udtryk for at hun ikke kan bære tanken om at skulle føde sit barn.

Jeg afgrænser emnet på den måde, at jeg koncentrerer mig om de gravide kvinder, der uden nogen særlig obstetrisk/medicinsk indikation måtte ønske at føde deres barn ved kejsersnit. Når jeg skriver ”særlig” er det fordi der ofte vil være nogle grænsepatologiske gråzoneområder, der idag generelt udlægges til kvinden selv at tage beslutning om, afhængig af den enkelte situation. Her er det meget op til den enkelte obstetriker at bedømme hvor stor vægt der skal lægges på rådet om den ene eller anden fødselsmåde for derefter at udlægge valget til kvinden.

Kvantitativt er der ikke tale om noget stort problem. Endnu. Men en synlig og meget diskuteret tendens, hvor problemet også kommer til udtryk overfor de gravide, der slet ikke *ønsker* at blive sat i en valgsituation, grundet dens forstyrrende indvirken på oplevelsen af graviditeten og kommende forældreskab (uddybes afsnit 5). Den gravide står overfor at skulle tage stilling til noget, der hidtil har været indlysende. Hun kan ikke

længere hvile i sig selv og finde fred i sin graviditet i tillid til sin krops formåen – at det at føde er noget ligeså indlysende som andre af kroppens funktioner. Disse funktioner byder indimellem på afvigelser, der evt. må justeres på. Men når den gravide overhovedet sættes i en valgsituation i forhold til fødselsmåden, kan hun med god grund tænke, at det må være fordi fagpersonen selv sætter spørgsmålstejn ved den vaginale fødsels berettigelse. Tvivlen fra fagpersonens side kommer bl.a. til udtryk i et journalnotat, jeg flere gange og som noget relativt nyt er stødt på: *”har mod på at føde vaginalt”*. En formulering, der typisk er fremherskende, hvor obstetrikeren eller jordemoderen netop befinder sig i den grænsepatologiske gråzone, der da naturligvis påvirker kommunikationen omkring fordele, ulemper og risici. Og samtidig en formulering, der har inspireret mig til titlen på opgaven.

En stor del af debatten i medierne har drejet sig om det naturlige i.f.t. det teknologiske. En måde at anskue problematikken på, der imidlertid kan mane til flere misforståelser end afklaringer. Tilhængere af ”den naturlige fødsel” kommer hurtigt til kort i argumentationen. Naturen er barsk og byder ikke sjældent på umenneskelige omkostninger. Her kan man sige at mennesket har en natur, der byder at ville livet og undgå døden - i utide i hvert fald. Men samtidig er det værd at huske, at de fleste fødsler kan foregå(r) spontant uden indgreb. Kunsten er at finde balancen mellem på den ene side at gribe ind og på den anden side alene at vise omsorg, lindre, støtte og bakke op.

At være gravid og at få børn idag synes at være en mere ensom oplevelse mod tidligere, hvor man dels fik flere børn og dels havde en mere selvfølgelig tilgang til det. Denne ”ensomme proces” tror jeg medvirker til en følelse af usikkerhed, hvor ønsket om et kejsersnit samtidig kan være ønsket om at lægge ansvaret i lægens hænder. Dette kan i sig selv medføre en følelse af øget tryk hos den enkelte.

Jeg har ladet mig inspirere af cand. scient. soc. Rasmus Willigs *”Optionssamfundet”* (Willig, 2002). Heri refererer han til Axel Honneth, der fremhæver at de væsentligste svagheder ved alle samtidsdiagnoser efter moderniteten er, at de end ikke forsøger at kritisere de aktuelle udviklingstendenser i samfundet. De til enhver tid hævdede fænomener bliver som sådan affirmativt antaget uden at man efterprøver om der måske kunne være tale om sociale patologier/patologiske udviklingstendenser (Honneth, 2003:119). Denne artikel sammenholdt med min empiri har gjort mig opmærksom på at undersøge tendensen som en mulig social patologi og koncentrere mig om følgende problemformulering:

Hvordan kan det, at et stigende antal gravide vælger - og gives muligheden for at vælge at føde ved kejsersnit, forstås som en social patologi? Hvilke forandringsperspektiver for jordemoderprofessionen er indeholdt heri?

Et ”hv”-spørgsmål betragtes almindeligvis som et åbent spørgsmål. Ovenstående problemformulering har dog det lukkede element i sig, at jeg uden videre forudsætter, at der *er* tale om en social patologi. Således danner problemformuleringen samtidig rammen om min tese eller forforståelse. Alt andet lige forventer jeg herved at nå frem til et mere interessant svar end hvis jeg valgte at besvare spørgsmålet: *om* fænomenet kan forstås som en social patologi.

Formålet med undersøgelsen er at eksplicitere nogle samfundsfaglige og udforskede

sider af et stærkt debatteret område, der hidtil mest har koncentreret sig om en naturvidenskabelig risikotænkning og –vurdering. Problemformuleringens anden del drejer sig om mulige forandringsspektiver for jordemoderens professionsidentitet og uddannelse. I overensstemmelse hermed, og for at tilgodese opgavens logik, bliver den del behandlet under perspektivering, afsn. 7.

I det følgende vil jeg synliggøre, hvad jeg forstår ved opgavens mest centrale begreber.

1.2. Begrebsafklaring

1.2.1. Er et kejsersnit en fødsel og en fødsel et indgreb?

På baggrund af diskussionen (indledningen) om, hvorvidt den vaginale fødsel kan defineres som et indgreb eller ej, er det vigtigt at definere forskellen på vaginal fødsel og kejsersnit. Definitionerne er mine egne, modificerede efter input fra kolleger. Jeg har haft dem med i flere såvel mono- som tværfaglige sammenhænge uden at møde indvendinger. Ud fra en sådan stiltiende accept vil jeg dog ikke afvise, at der kan være andre og bedre bud på definitioner.

Fødsel

En spontan fysiologisk, biologisk og mental proces, der bringer et barn til verden.

Kejsersnit

Et kirurgisk indgreb, betinget af flere sundhedspersoners ekspertise, der hjælper et barn til verden.

Begge fødselsmetoder ender ud med samme synlige resultat – et barn. Men forskellene kan uddybes som følger: At føde og at fødes er en *indefra* styret proces, på baggrund af hormonelle og biofysiske ændringer, der får livmodermusklen til at trække sig sammen, som hjertemusklen, udenfor viljens herredømme. Processen starter og slutter udenom den fødendes kontrol, vilje og planlægning. Med det planlagte kejsersnit fastsættes derimod en dato for indgrebet. Det er en *udefra* styret handling, *betinget* af faglig ekspertise. Der kan være tale om en længere forudgået mental proces i.f.t. forældreskabet, men nogen kropslig, hormonal parathed opnåes ikke på samme måde som når veerne sætter ind.

De to verber, h.h.v. *bringer* og *hjælper* er valgt på baggrund af forskellen i at tale om en aktiv intenderet handling (hjælper) eller en proces, der mere passivt sætter ind udenom viljens herredømme (bringer). Nogle fødsler kræver indgreb og ekspertise i forløbet, hvor naturens gang da kontrolleres og manipuleres med for at forebygge skade eller redde liv. Dette faktum ændrer dog ikke ved grunddefinitionerne ovenfor – at fødslen er en naturskabt proces. Opgaven igennem veksler jeg mellem at omtale fødslen som ”vaginal fødsel” og ”spontan fødsel”. Det sidste når det er det *spontane* ved fødslen overfor det *planlagte* kejsersnit jeg vil fremhæve.

1.2.2. Jordemoder som obstetriker og maieutiker?

Den danske betegnelse ”jordemoder” henviser til, at fødslen i ældre tid foregik på jorden hvorfra fødselshjælperen, der selv var mor, løftede barnet op. Ordet ”obstetrik”, der idag omfatter den videnskab der har med graviditet og fødsel at gøre, kommer fra

det latinske ord "obstetrix", der oprindeligt var betegnelsen for den kvinde der stod foran den fødende for at tage imod barnet. Betegnelsen kom senere, i takt med lægevidenskabens udvikling generelt, til at angå lægen med speciale i fødselshjælp (Osler, 2002:42).

Oversat fra græsk betyder maieutikos jordemoderkunst. Filosofisk refererer ordet til den måde Sokrates (som det fortælles var søn af en jordemoder ved navn Fenareti) evnede at stille sine dialogpartnere spørgsmål, så de nåede til en bevidsthed om en erkendelse de allerede besad. Således var essensen forestillingen om, at den enkelte selv besidder svarene. Også det franske sprog byder på en sammenhæng mellem ordene fødsel og viden – og også anerkendelse (eller taknemmelighed) som h.h.v. naissance, connaissance og reconnaissance. Begge sproglige finesser er interessante ud fra jordemoderhjælpen, der for en stor del drejer sig om hjælp til selvhjælp. At styrke den gravide, fødende og barslende i troen på og tilliden til egen formåen og fremhævelse af egne ressourcer.

Men at der er en fascinerende, poetisk *sproglig* sammenhæng giver selvfølgelig ikke automatisk nogen *menings-*sammenhæng "fødsel"- "viden"- "anerkendelse" imellem. I det følgende vil det i manglen på en sådan umiddelbar sammenhæng, være mere frugtbart at vende tilbage til betydningen af "maieutikos" for at undersøge, hvorvidt denne pædagogiske virksomhed kan bidrage med noget relevant for den praksis, de nyuddannede møder. Mere om dette, afsn. 7.

Da jeg også tænker problematikken ind i en international sammenhæng finder jeg det nærliggende at citere World Health Organisation's (WHO's) definition på en jordemoder:

"She must be able to give the necessary supervision, care and advice to women during pregnancy, labour and the postpartum periods, to conduct deliveries on her own responsibility and to care for the newborn infant. This care includes preventative measures, the detection of abnormal conditions in mother and child. The procurement of medical assistance and the execution of emergency measures in the absence of medical help. She has an important task in health counseling and education, not only for the patients, but also within the family and community. The work should involve antenatal education and preparation for parenthood, and extends to certain areas of gynecology, family planning and child care. She may practice in hospitals, clinics, health units, domiciliary conditions, or in any other service".

Endvidere vil jeg henvise til bilag 3, der ligeledes kan læses som en formulering af en del af jordemoderens arbejdsområde. Samtidig er dokumentet resultat af et samarbejde mellem foreningen af canadiske obstetrikere og gynækologer og den canadiske jordemoderforening om, hvordan de forholder sig til kejsersnit på indikationen "maternal request".

1.2.3. Maternal request

Dette begreb kan ikke læses direkte ud af min problemformulering, men da det er helt centralt for emnet er en klargøring også vigtig her:

”Maternal request” kan oversættes til ”mors ønske” og relaterer sig til situationer, der kræver ordination. Således skal et kejsersnit, hvor der ikke foreligger faglig indikation ordineres på indikation ”maternal request”. Samtale og vejledning omkring ønsket varetages af såvel læge som jordemoder, hvor selve ordinationen påhviler lægen.

På mit ansættelsessted, Skejby Sygehus, er definitionen som anvendes når fødejournalerne valideres og kodes følgende: *”Hvis kvinden får sectio, skønt obstetrikeren ikke fraråder vaginal fødsel, er indikationen maters ønske”*.

1.2.4. Social patologi

Ifølge Lars Geer Hammershøj, ph.d. og adjunkt ved Institut for Pædagogisk Filosofi, som jeg spurgte om hans brug af begrebet social patologi i bogen ”Selvdannelse og socialitet” (Hammershøj, 2004), er den analog med den tradition der er indenfor filosofien og sociologien for at analysere de negative konsekvenser af samfundsudviklingen, fejludviklinger, usunde krav og vilkår for individet og fællesskaberne. Disse negative konsekvenser benævnes sociale patologier, jvf. Axel Honneths: ”Pathologien des Sozialen”, 1994. Med reference til Jürgen Habermas’ samfundsteori kan f.eks. kolonialisering af livsverdenen forstås som en patologi i samfundet, hvor systemverdenen i stigende grad underlægger sig livsverdenens forståelsesorienterede kommunikative handlen. Honneth henviser her snarere til begrebet ”liden under ubestemthed” med rod i Hegels tænkning, som jeg senere vil vende tilbage til.

2. PRÆSENTATION AF OG BEGRUNDELSE FOR VALG AF EMPIRI

Formålet med nedenstående empiri, er at give et nuanceret, flerspektret og nutidigt billede af en tilsvarende virkelighed. Men også at søge at aflæse tendenser for fremtiden. Hvad vil der med stor sandsynlighed gælde fremover?

2.1. Rapporter og dokumenter

Udviklingssygeplejerske ved Gynækologisk-Obstetrisk afdeling på Odense Universitetshospital, Karin Holler, har arbejdet med emnet gennem et socio-kulturelt perspektiv. Hun har i sit Masterspeciale ”1 styk kejsersnit, tak” interviewet overlæger fra seks forskellige specialafdelinger omkring det frie informerede valg i forbindelse med fødselsmetode. Et væsentligt spørgsmål heri er bl.a., hvorvidt det er rimeligt at gøre raske kvinder til operationspatienter. Dette problematiserer hun i sin netop offentliggjorte undersøgelse, hvor hun gennem interviewene bl.a sætter fokus på lægernes begrundelser for at intervenere operativt overfor raske personer. Ligeledes spørger hun til det forhold, at det ikke længere er den gravide der skal give sit samtykke til en behandling - men omvendt - at lægen giver sit samtykke til den gravide (Holler, 2004).

Andre dokumenter vil der være henvist til i form af citater eller som vedlagte bilag.

2.2. Sundhedsstyrelsen

Da sundhedsstyrelsen ikke hidtil havde offentliggjort noget omkring den problematik, hvorvidt den spontane fødsel skulle kunne fravælges, bragte jeg emnet på bane i juni

2004 overfor et tværpolitisk udsnit af de sundhedspolitiske ordførere og fik henvendelse fra SF's Lene Garsdal, som, måske også i kraft af at være læge, fandt emnet vigtigt og med min tilladelse ville bringe henvendelsen videre til sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen. Hun udledte syv spørgsmål af mit oplæg, der via Folketingets Sundhedsudvalg blev forelagt ministeren. Den 14. august modtog jeg svar fra ham, der sammen med min forespørgsel blev et offentligt tilgængeligt materiale. Dette giver en national sundhedsfaglig, sundhedspolitisk og samfundsøkonomisk tilgang til problematikken (bilag 2).

2.3. Cases

21 år i praksis har givet et righoldigt casemateriale. Nogle af disse fra de seneste år vil jeg anvende i opgaven som illustrative eksempler.

2.4. Interview

En jordemoder har beskæftiget sig særligt med kvinder med fødselsangst. Hun er netop ved at gøre et toårigt fødselsangstprojekt op, hvor hun har talt med 119 kvinder med formålet at hjælpe dem til at bearbejde deres fødselsangst. Et interview af hende tjener til at bidrage med et billede af de problematikker, der er fremherskende i disse gravides evt. ønsker om et kejsersnit.

2.5. International research

Side 4 nævnte jeg, at problematikken er velkendt over store dele af verden. Dette underbygges af den vidensdeling, der foregår via mails over "midwifery-research.jiscmail.ac.uk". Indholdet herfra har været en kilde til inspiration og hjulpet mig med at få øje på nye aspekter.

2.6. Sammenfatning

Mit valg af empiri vil vidne om, at der allerede er sagt og skrevet meget om den gravides frie informerede valg i.f.t fødselsmåde og indikationen "maternal request". Fysiologiske risici for mor og barn ved den ene og anden metode er rapporteret og diskuteret i såvel internationale forskningstidsskrifter og litteratur som på mono- og tværfaglige konferencer på de enkelte fødeafsnit. Et område jeg imidlertid finder udforsket er den selvfølgelighed, hvormed vi som fagpersoner generelt antager, at den gravide idag gerne vil have valget. Dette uddyber jeg i min analyse og diskussion.

3. METODISKE OVERVEJELSER

3.1. Episteme, techne og phronesis

Ud fra Aristoteles' sondring mellem episteme, techne og phronesis er det phronesis forskning jeg har med at gøre. Modsat den kontekst-*u*afhængige epistemologiske forskning, invariabel i tid og rum, drives phronesisforskning ikke med udgangspunkt i universelle love og regler (Flyvbjerg, 1999:71). Den går omvendt tæt på virkeligheden

og forankrer forskningen i konteksten. Bent Flyvbjergs fortolkning af Aristoteles mener jeg tilbyder fire meget operationelle kriterier for phronesis.

1. Det partikulære og situationsafhængige fremhæves frem for det universelle og frem for regler.
2. Det konkrete og praktiske frem for det teoretiske.
3. ”Eksemplets magt” er i centrum.
4. Eksemplet drejer sig om menneskelig sundhed og tager udgangspunkt i noget konkret og fundamentalt vedrørende menneskets funktion (Flyvbjerg, 1999:74).

Der vil typisk, udfra denne opfattelse, være tale om en dialog med centrale aktører på området, f.eks. de der studeres, forskere på emnet og offentligheden generelt. Mit empiriske afsæt vil være kontekstafhængige erfaringer, konkrete cases og eksempler, præget af obstetrisk- og jordemoderfaglig forskning og tilgange. Jeg bevæger mig således indenfor egne fagcirkler, hvor jeg søger at nuancere, forstå og bidrage med forslag til forandring af praksis gennem en samfundsmæssig tilgang.

Metoden er induktiv, hvor jeg bevæger mig fra det specielle og konkrete (praksiserfaringer) til det generelle og abstrakte (teorier og menneskesyn). Teorien indgår i et løbende samspil med tekstanalyse, casestudier og interview.

En nærmere redegørelse for metodiske overvejelser i forbindelse med interviewet, præsenteres for overskuelighedens skyld umiddelbart før dette (afsn. 5.4.).

4. PRÆSENTATION AF OG BEGRUNDELSE FOR VALG AF TEORETIKERE

4.1. Videnskabsteoretisk perspektiv

Mit udgangspunkt er at erkendelse tilvejebringes i en altid kollektiv bestræbelse som en demokratisk dialogisk og aldrig monologisk proces.

Videnskabsteoretisk vil min overordnede forestilling om virkeligheden bevæge sig indenfor hermeneutikken. Her igennem vil jeg søge at være mine egne fordomme bevidst i min fortolkning af empiriske data. Enhver forståelse er en fortolkning udfra egen situation og forståelseshorisont (Gadamer, 2004). Mit fagprofessionelle perspektiv vil således være præget af allerede erhvervede og tilvænnede opfattelser. Opfattelser, der igen udspringer af deltagelse ved *både* normale og patologiske tilstande. Dette i modsætning til fødselslægen, der ikke er tilstede ved normale fødsler, men stort set kun ser og oplever patologiske forløb, som hun tilkaldes til af jordemoderen. Konkret søger jeg at tænke ud over egen naturvidenskabelige baggrund ved hjælp af nedenstående teoretikere.

Ind imellem kan min analyse og diskussion måske forekomme jordemoderfagligt detaljeret med (for stor) opmærksomhed på det naturvidenskabelige. Men jeg tilstræber at helhed og sammenhæng med problemformuleringen ikke går tabt for læseren i disse, for mig at se, ikke uvæsentlige afsnit.

Forståelse må, ifølge Hans-Georg Gadamer (1900-2002), for at vise sig som forståelse, nødvendigvis udmønte sig i situationsbundne anvendelser. Og hermeneutikkens kritiske potentiale består i muligheden for at forsvare praktisk og politisk tænkning imod dominansen fra videnskabelig baseret teknologi (Jensen, 1990:167).¹

Den hermeneutiske cirkel: dele-helhed-nye dele kommer f.eks hos G.W.F. Hegel (1770-1831) til udtryk som: position-negation-ny negation (negationens negation) eller tese - antitese - syntese og hos Gadamer som: forforståelse – afprøvning - ny forståelse.

Der er tale om en dialektisk, dynamisk bevægelse, som kan være gennem forståelse af en tekst, et problem eller en handling. Imidlertid bringer en negationens negation os ikke bare tilbage til udgangspunktet, men er præget af den mellemliggende fase, hvorfor udgangspunktet for hver "afprøvning" flytter sig og udvikles. Derfor mener jeg den hermeneutiske "cirkel" mere logisk må tænkes som den hermeneutiske "spiral" (Kvale, 1994:58). Denne hermeneutiske cirkularitet (spiral) går forud for enhver metode, da den knytter an til menneskets væren, snarere end til det emne, der skal forstås.

4.2. Ulrich Beck's "Risikosamfundet"

Den tyske sociolog Ulrich Beck gjorde sig særligt bemærket lige efter Tjernobyl katastrofen (1986), med bogen "Risikosamfundet". Heri beskriver han hvordan risici ikke længere kommer til os udefra i form af naturskabte risici, men som risici, vi selv producerer gennem vores handlinger og valg. Refleksiviteten er, ifølge Beck, udtryk for en frihed til et valg på den ene side og en *radikal tvivl* om valgenes konsekvenser på den anden. Denne tvivl er helt essentiel i forhold til valg af fødselsmåde. Videre redegøres for hvordan vi lever i et samfund, hvor vi erfarer at vores liv på mange måder er forbundet med risici. Med det senmodernes øgede refleksivitet er vi samtidig blevet vores egen risikoproduktion meget bevidst uden muligheder for at gøre noget for at forhindre eller reducere disse risici (Beck, 1997; Jacobsen, 2001:477)¹.

4.3. Den mellem menneskelige ansvarlighed og betingelserne for den, belyst ved hjælp af Zygmunt Bauman

Inspireret af den polske sociolog Zygmunt Baumans teorier ang. individuelle valg fremfor institutionaliserede regler, kan der ses nogle nye muligheder for åbenhed og større tolerance individer imellem ved det senmodernes delvise opløsning af traditioner og normer. Bauman synes knap så pessimistisk i.f.t. det senmodernes sammenbrud af "den universelle sandhed" som f.eks. Ulrich Beck. Men understreger samtidig at den større tolerance fordrer *ansvarlighed* i.f.t. medmennesket, da konsekvensen uden en sådan ansvarlighed og moralsk forpligtelse vil udvikle en mellem menneskelig ligegyldighed (Bauman, 2002).

4.4. Axel Honneth's anerkendelsesteori og afprøvning af samtidsdiagnoser

Den tyske socialfilosof Axel Honneth har, med reference til Hegel, udviklet en anerkendelsesteori, der udover at være en teori på virkeligheden og et analytisk redskab, vil kunne læses som en kritik af Habermas' kommunikationsteori og derved forstås

¹ Også Jorunn Møllers artikel (Møller, 1996) "Aksjonsforskning i spenningsfeltet mellom politikk og vitenskap" er relevant at nævne her.

som en delvis kritik af at ”alt” kan forklares rationelt ud fra et sprogligt niveau. Honneth opdeler anerkendelsesbegrebet i tre af hinanden uafhængige sfærer: privatsfæren (parforhold, forældre-børn, venner) den retlige (rettigheder som borgere) og den sociale sfære (kulturelle, politiske og arbejdsmæssige fællesskaber). Disse tre anerkendelsessfærer følges, beskriver Honneth, af tre former for forholden sig til sig selv som h.h.v. selvtillid (selbstvertrauen), selvagtelse (selbstachtung) og selvværdsættelse (selbstschätzung), der alle indeholder idéen om ”det gode liv” (Honneth, 2003:14 og 92).

4.5. Sammenfatning

Alle tre teoretikere er nutidige og har hvert deres bud på en analyse af kendetegnende træk ved det senmoderne. Da fænomenet ”risiko” og ”risikovurdering” spiller en markant rolle i de gravides overvejelser om fødselsmåde har jeg fundet det nærliggende at undersøge dette fænomen gennem især Ulrich Beck. Zygmunt Bauman finder jeg særlig operationel til belysning af udviklingens etiske og moralske konsekvenser i forholdet mellem bruger og professionel. Tyngden opgaven igennem vil imidlertid ligge på Axel Honneths anerkendelsesteori. Dette valg er begrundet i, at vi her har at gøre med en normativ teori om ”det gode liv”, hvorigennem opmærksomheden kan skærpes på, hvilke udviklingstendenser der kan betragtes som patologiske. Som sådan knytter teorien tæt an til min problemformulering. Flere gange henviser jeg til Hammershøj, da jeg bruger hans definition på ”social patologi” og han iøvrigt bidrager med interessante vinkler på især diskursen, afsn. 5.3. Som hjælp til at uddybe Hegels anerkendelsesfilosofi anvender jeg H.C. Wind og Alexandre Kojève. Brugen af Gadamer begrundes primært i mit hermeneutiske udgangspunkt.

5. ANALYSE OG DISKUSSION

5.1. Sundhedsstyrelsens udspil

Der eksisterer et misforhold mellem, på den ene side, patientrettighedsloven, hvori det fremgår at patienten ikke selv kan *vælge* men kun *fravælge* en behandling og, på den anden side, en praksis, hvori det forholder sig anderledes. Jeg vil her citere de for problemformuleringen mest centrale svar. De sider jeg forholder mig til er vedlagt i deres fulde omfang (bilag 2), så min fortolkning af hvad der er ”det mest centrale” kan efterforskes af læseren.

1. ”..., og herudover er der i forbindelse med vaginal fødsel risiko for forskellige komplikationer, der kan medføre blødning. Disse blødninger kan være livstruende” (sp. 204, bilag 2).

Det undrer mig, at denne risiko ved den vaginale fødsel fremhæves, når de alvorligste blødninger er de der ses ved kejsersnit. Her kan jeg henvise til bilag 5, med opmærksomhed på at ”bortoperation af livmoderen” vil ske på baggrund af en blødning, der ikke lader sig standse, ligesom ”indlæggelse på intensivafdeling” ofte (når det en sjælden gang sker) vil være en følge af kraftig blødning. Det er, i denne udformning fra

”Dagens Medicin” 17.09.04 ², en noget overordnet fremstilling. Vi gøres her ikke bekendt med, hvilken litteratur der er sammenlignet og heller ikke om evidensens styrke. Den ”øgede” – og ”mindre” – risiko, der beskrives, er f.eks. vide og derfor vage begreber. Hvad angår ”inkontinensen” (ibid) er evidensen heraf også uklar, da man ikke nøjagtigt kender risikoen herfor, ved alene at gennemgå en graviditet. En undersøgelse af baggrundsmaterialet vil imidlertid være en opgave for sig og udenfor denne opgaves rammer. At jeg alligevel medtager bilaget skyldes, at National Institute for Clinical Excellence (NICE), som oplysningerne stammer fra, er et videnskabeligt baseret organ, med indflydelse på retningslinierne ikke bare nationalt (UK) men også internationalt. Dette underbygges af bilag 6, hvor risiciene går igen i et dokument angående en ”fødselskontrakt” fra en dansk fødeafdeling, jeg omtaler nærmere afsn. 7.2. At blødning er nævnt af Sundhedsstyrelsen specielt i forbindelse med den vaginale fødsel, forekommer således bemærkelsesværdigt.

2. *”Udviklingen af antal af kejsersnit kan ikke alene forklares ved ændrede indikationer”* (sp. 206, bilag 2)

Her burde der måske have stået ændrede *faglige* indikationer, da ”maternal request” idag netop også er en indikation at foretage kejsersnit på og som sådan hører ind under ”ændrede indikationer”. Det er fast procedure, at der altid foreligger nedskreven indikation for et indgreb – også når det gælder ”maternal request”. De ændrede faglige indikationer er, for nogen af indikationernes vedkommende, baseret på usikre og diskutabile undersøgelser. Det vil sige, at man fra lægefaglig side har valgt at styre og kontrollere forløb, hvor der ikke er sikker evidens for at det er det rette at gøre. Det forhold, tror jeg, er medvirkende til at mange gravide, alene af den grund, bliver usikre på, hvorvidt det overhovedet er forsvarligt at gå ind til en vaginal fødsel. En usikkerhed, hun i stigende grad overlades til selv at tage beslutning om, som et ”frit informeret valg”.

3. *”Sundhedsstyrelsen bemærker at tidligere kejsersnit ofte vil være en medvirkende indikation til et nyt kejsersnit. En høj kejsersnitfrekvens er således selyforstærkende”*. (sp. 206, bilag 2).

Dette svarer til en af Ulrich Becks pointer, at der med den stigende teknologiske udvikling samtidig sker en utilsigtet risikoforøgelse, som vi ikke bare kan veje op på igen. Her vil jeg tilføje, at ”risikoforøgelsen” også kan ligge i, at vi med den teknologiske udvikling har mulighed for at opdage noget der måske altid har været der, men fordi det er første gang vi *ser* det, da ser det som noget suspekt og potentielt farligt.

Beck peger videre på, at den øgede individuelle autonomi samtidig, og paradoksalt nok, øger afhængighedsforholdet af institutionelle rammer og betingelser (Beck, 1997:211-

² ”Dagens Medicin” er et ugeskrift og sundhedssektorens eneste uafhængige nyhedsavis. Det har som hovedmål at skabe debat om det danske sundhedsvæsen og udgives af Børsen Magasiner og det svenske Dagens Medicin. Avisens hovedmålgruppe er alle læger og apotekere, samt sundhedssektorens ledelse, sundhedspolitikere i amter og folketing, samt medicinalindustriens ledere og lægemiddelkonsulenter. Ugeskriftet indeholder en blanding af nyheder, reportager, analyser og debat og ajourfører hvad der rører sig i den danske sundhedssektor, politisk, økonomisk og fagligt. (www.informationsportalen.dk/artikelarkiv/artikler/art339.htm).

220). Således øger et kejsersnit i høj grad afhængigheden af sygehusinstitutionen. Omvendt kunne man forestille sig, at den gravides og fødendes oplevelse af ”at kunne selv”, også på længere sigt, ville bevirke en oplevelse af og tillid til egen fornemmelse og dømmekraft, med positiv afsmitning på forældre-barn relationen og dermed næste generation.

Kvinden vil til- eller frarådes at føde vaginalt næste gang, afhængig af årsagen til kejsersnittet. Har indikationen første gang været ”maternal request”, er det tvivlsomt om den gravide vælger vaginal fødsel ved næste graviditet. Er kvinden én gang blevet bekræftet i sin frygt for at føde, hvilket en bevilgelse af kejsersnittet kan tolkes som, vil hun højst sandsynligt bære denne bekræftelse af frygten videre til næste graviditet. Efter et kejsersnit er der fysiologisk set flere risici for mor og barn forbundet med en næste graviditet og fødsel (bilag 5 og 6). Et forhold der er stigende opmærksomhed på fra børnelægers, obstetrikere og jordemødres side.

4. *”Man vil forvente en nemmere fødsel med færre indgreb hos en kvinde, der er fysisk og psykisk forberedt”* (sp. 207, bilag 2).

Flere videnskabelige undersøgelser kan bekræfte dette. I et Cochrane Review (sundhedsmedicinsk database) refereres til videnskabelig dokumentation for, at fødselsforberedelse og kontinuerlig omsorg under fødslen øger tilfredsheden, giver lavere indgrebsfrekvens og mindre behov for medicinsk smertelindring. Her henviser jeg til to undersøgelser, hvor den nyeste vedlægges som bilag (bilag 4 samt websites i bilagsfortegnelsen).

5. *Ud fra Sundhedsstyrelsens fødselsstatistik er der ingen sammenhæng mellem den stigende kejsersnitfrekvens og den stigende gennemsnitsalder for de fødende”* (sp. 208, bilag 2).

Der er fortsat, både i og udenfor fagkredse, nogen der antager, at især førstegangsfødende over fyrre år kan have specielt vanskeligt ved at føde. Dette lader ikke til at have hold i virkeligheden. Dog kan der hos de ældre fødende spores et lidt større behov for kontrol, jvf. interviewet, punkt 5.4.

6. *”Principielt tilbyder ingen fødesteder kejsersnit uden indikation og det er lægen der er ansvarlig for tilbudt behandling”. (...) ”Hvis kvinden ikke kan overtales til at forsøge en almindelig fødsel, vil hun få kejsersnit”* (sp. 209, bilag).

Vender man svaret om og får det til at lyde: ”Principielt vil kvinden få kejsersnit, hvis ikke hun kan overtales til at forsøge en almindelig fødsel”, vil det nok være mere præcist i overensstemmelse med det der faktisk foregår. Meget centralt for problematikken er det, at ”det er lægen der er ansvarlig for tilbudt behandling”. Dette må nødvendigvis medføre at indikationen ”maternal request” er en lægelig indikation, men ikke uden at medtænke nogle vanskelige vilkår for *både* professionel og gravid at være oppe imod. Vilkår jeg uddyber nærmere i de næste afsnit.

7. *"Nogle gange vil et tilsyneladende ubegrundet krav om kejsersnit skyldes lettere psykiske problemer eller angst. Det sidste måske som følge af manglende fødselsforberedelse og utilstrækkelig information om f.eks. muligheder for smertelindring og om risici ved h.h.v. vaginal fødsel og sectio"* (sp. 209, bilag 2).

Dette udsagn er en vigtig faktor, hvor jeg først og fremmest bemærker opmærksomheden på, at kravet kan være *tilsyneladende* ubegrundet. I Århus amt blev der for 3 år siden reduceret i jordemoderkontakter incl. fødselsforberedelse. Dette med argumentet, at det var nødvendigt at reservere økonomiske midler til det *akutte* arbejde på fødegangen. Et akut arbejde, der – paradoksalt nok – nu også indbefatter en nyoprettet stilling til en jordemoder, der skal varetage jordemoderarbejdet omkring det stigende antal *planlagte* – og altså ikke akutte – kejsersnit. Planlagte kejsersnit, som besparelserne på de forebyggende og sundhedsfremmende områder, netop kan have bidraget til en stigning af.

8. *Det er min opfattelse, at ordination af kejsersnit er en lægelig beslutning, der træffes på et fagligt grundlag, d.v.s der skal være en indikation (....) for at foretage indgrebet"* (sp. 210, bilag 2).

Her fremgår det igen, at sundhedsministeren ikke tænker på "maternal request" som en indikation. Men da indikationen "maternal request" netop ikke er fagligt funderet kan det undre, at der ikke hidtil er reageret fra politisk side.

9. *"Jeg vil iøvrigt gerne understrege vigtigheden af, at de gravide i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens retningslinier om svangreomsorgen får et tilstrækkeligt tilbud om fødselsforberedelse". (...)* *"Sundhedsstyrelsen har i januar i år indskærpet de faglige anbefalinger på området overfor amterne, hvilket jeg forventer, de følger op på"*. (sp. 210, bilag 2).

Konsekvenserne af amternes manglende opfølgning vedrørende tilbud om fødselsforberedelse rammer først og fremmest de gravide og fødende. Men en opfølgning på Sundhedsstyrelsens "indskærpede faglige anbefalinger" må følges op af en bevillingsberedthed fra politisk side til det offentlige sundhedssystem.

Svar 4, 7 og 9 er udsagn, der tilkendegiver vigtigheden af fødselsforberedelse. Svar 2, 6 og 8 vidner om en vis uklarhed omkring indikationsbegrebet. Mens svar 1, 3 og 5 berører hver deres felt.

I det følgende vil jeg se nærmere på "Lov om patienters Retsstilling", hvor retten til selvbestemmelse ifølge denne *ikke* gælder valg af behandling.

I "Lov om patienters Retsstilling" (Lov nr. 482 af 01.07.1998) omhandler kapitel 2 og 3 (§§ 6-18) patienters selvbestemmelsesret og informeret samtykke, alene i.f.t at have mulighed for at *frabede* sig en medicinsk begrundet/ordineret behandling og ret til at få, eller frabede sig, information. Ifølge Sundhedsstyrelsens "Vejledning nr. 161 af 16. sept. 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger

m.v.”, har ingen patienter ret til selv at bestemme en behandling. Dette må indebære at indikationen ”maternal request” ikke forstås som selvbestemmelsesret, når det gælder behandlingstilvalg men kun når det gælder behandlingsfravalg.

Således står der i vejledningens pkt.2.2:

”Sundhedspersonen bør naturligvis tilkendegive overfor patienten hvad der efter den pågældendes opfattelse vil være det fagligt bedste for patienten, men sundhedspersonen skal være varsom med at gå så langt, at der kan blive tale om utilbørlig påvirkning af patienten(....). Patienten kan ikke selv bestemme behandlingen. Det er sundhedspersonen, der er ansvarlig for valg og udførelse af behandlingen”.

Med hensyn til dette at ”Patienten kan ikke selv bestemme behandlingen.”, er min pointe følgende: En sidestilling af spontan fødsel og planlagt kejsersnit som behandlinger, der, når jeg har spurgt ind til det, dog ikke angår en sidestilling i *behandlingsomfang*, men snarere en overordnet definitions-mæssig sidestilling, må da logisk indebære, at alle kvinder der føder vaginalt, dermed aktivt har fravalgt at føde ved kejsersnit og således også føder *vaginalt* på indikation ”maternal request”. Det samme må jo (i kraft af en sådan sidestilling) gælde for den vaginalt fødendes vedkommende som for hende, der vælger kejsersnit (læs: fravælger vaginal fødsel) at hun ikke, ifølge patientrettighedsloven, uden videre kan tilvælge en ”behandling”. Med andre ord har kvinden, hvis vi forfølger tankegangen, kun ”lov” til at føde vaginalt som et artikuleret fravalg af kejsersnit.

Jeg har søgt argumenter for at definere den vaginale fødsel som en behandling. Nogle vil mene at definitionen bunder i kvindens både ret og forpligtelse til jordemoder-/lægehjælp i forbindelse med at hun føder. Men det mener jeg stadig ikke ændrer ved, at fødslen er en spontant indsættende fysiologisk proces, modsat kejsersnittet, der er *betinget* af faglig ekspertise.

Selvom det ikke har været muligt at indhente klare argumenter for den vaginale fødsel som en behandling, er ”argumentet” ikke desto mindre, når jeg har gjort opmærksom på at kvinden ikke lovmæssigt kan vælge en behandling, ”at det gør hun heller ikke – hun *fravælger* at føde”.

Retninglinierne for, hvordan man samfundsmæssigt forholder sig til kommunikationen om og forvaltningen af risici er en politisk proces. Der mangler dokumenteret viden om, og klarhed over, de psyko-soziale konsekvenser der kunne være i forhold til f.eks. en mor-barn bonding. Sålænge det ikke kan bevises, at et så stort indgreb som et kejsersnit er, har sin berettigelse i en sundhedsmæssig værdi, sålænge må kvinderne sikres mulighed for gratis fødselsforberedelse i offentligt regi, tilstrækkeligt med jordemoderkontakter under graviditeten og en sikkerhed for jordemoderens tilstedeværelse under hele fødselsforløbet. Forhold der, som før nævnt, er videnskabelig evidens for har en positiv effekt på både indgrebsfrekvensen, der nedsættes, og mors og barns velbefindende, der øges (bilag 4).

Jeg vil i det følgende skitsere to væsensforskellige indfaldsvinkler mellem bruger og professionel til ”maternal request” fænomenet.

5.2. ”Maternal request” som h.h.v. bottom-up og top-down fænomen

Den ene er, når den gravide fremsiger sit ønske til lægen eller jordemoderen. Man kan sige at bottom-up fænomenet ligger i at ønsket om et kejsersnit ytres af kvinden. Her er praksis, at den professionelle forsøger at gå bagom den gravides ønske for at finde ind til den eksakte begrundelse. Det vil sige, om ønsket ligger i en tidligere dårlig og ubearbejdet fødselsoplevelse eller, om det hos den førstegangs fødende, drejer sig om en fødselsangst, skepsis eller mistillid overfor projektet af andre årsager.

Case 1:

En gravid der venter tvillinger, med gode betingelser for at føde spontant, kommer til mig med ønsket om et kejsersnit. Ønsket viste sig primært at handle om, at hun var belastet af sin tvillingegraviditet. Jeg spørger hende, hvordan det er for hende at have valget hvortil hun svarer:

"Ja, det gør jo vitterlig det hele noget mere kompliceret. Jeg er jo en kontrolfreak. - Men det havde da på sin vis været bedre at være fri for den spekulation oveni alt det andet".

Svaret finder jeg interessant fordi det kommer fra en gravid, der umiddelbart ønskede kejsersnit - og dermed forventeligt "burde" være glad for valgmuligheden. Men det var hun ikke. Eksemplet kunne som sådan også have været præsenteret under næste afsnit.

Case 2:

En læge taler med en gravid, der ønsker kejsersnit uden faglig grund. Hans mål er at få kvinden til at tænke sin begrundelse for ønsket rigtig godt igennem. Resultatet – umiddelbart – er at han kommer ½ time bagud i programmet, den gravide forlader lokalet, frustreret og ked af det for at få en ny tid ugen efter. Den næste har ventet ½ time på at blive kaldt ind. Sygeplejersken siger humoristisk til lægen: ”Hvor er du dum! Du kunne have klaret det her på 5 minutter ved at love hende det kejsersnit. Hun ville have forladt os glad og tilfreds – og vi havde overholdt tiden”.

Al humor har et gran alvor i sig og udsagnet minder om vigtigheden af, at der fra politisk side, sættes focus på problematikken med målet at fremme mulighedsbetingelserne for at gøre sit arbejde ordentligt. Der skal tid og penge til men også - og det er i første omgang det allervigtigste - en *vilje* fra politisk side til at tage stilling til problemet.

Den anden indfaldsvinkel i denne sammenhæng er opmærksomhed på fænomenet som et top-down fænomen. Det er, når der gøres opmærksom på ”maternal request” fra lægens eller jordemoderens side. På en måde er dette allerede gjort generelt, ved at indikationen overhovedet er konstrueret..

Case:

en gravid, fik ved første fødsel foretaget kejsersnit 7 uger før beregnet termin p.gr.a. en infektion, hvor det ikke ad medicinsk vej lykkedes at inducere veer. Sædvanligvis tilbydes kvinden da, ved ny graviditet, en samtale med obstetriker i svangreambulatoriet

for at tale om både sidste og aktuelt forestående fødsel. I det konkrete tilfælde fortæller lægen hende indledningsvist, at hun jo godt kan vælge at føde ved kejsersnit. Nogle uger senere kommer samme gravide i min konsultation og det fremgår, at hun ved både første og også denne graviditet kun har været indstillet på at føde vaginalt. Lægen, fortalte hun, såede med sine ord en tvivl i hende, der viste sig (med hendes egne ord) at blive "ødelæggende" for hendes graviditet. Hun oplevede, at ansvaret blev lagt over på hende - at hun snart sagt ligemeget hvad hun valgte, kun havde sig selv at takke, hvis det gik galt.

5.2.1. Sammenfatning og diskussion

Blandt professionelle, vil tilhængerne af "det frie informerede valg" typisk betragte fænomenet som et bottom-up fænomen og herigennem argumentere for berettigelsen af det. At det er et krav, formuleret af brugerne selv og at brugerne hermed har lagt pres på sundhedspersoner og politikere. Samtidig vil tilhængerne ofte lægge stor vægt på at valget ikke alene er "frit" men et "frit og *informeret* valg". Her er det blot vigtigt at medtænke, at hvor det "informerede samtykke" drejer sig om, at en sundhedsperson ikke skal gives muligheden for at tvinge en behandling igennem mod patientens ønske, så ændrer dette, at det frie informerede valg er informeret, ikke ved at valget er frit. D.v.s. at uanset graden af information, omstændigheder omkring formidlingen, hvor meget der bliver forstået og ikke forstået og uanset fagpersonens direkte råd og vejledning, er valget omkring spontan fødsel eller kejsersnit stadigvæk frit.

Karin Holler (Holler, 2004) sætter, med reference til Zygmunt Bauman, problemstillingen ind i forbrugersamfundet. Et forhold der også kan læses ud af bilag 3, 3. afsnit: "*Presenting interventions such as c-section as "options" puts maternity care providers and women in a consumerist relationship...*"

At problematikken afspejler det markedsorienterede forbrugersamfund (Bauman, 2004b:267) vil jeg ikke anfægte men at der samtidig er andre fundamentale træk i problematikken, vil jeg søge at afdække i følgende: En ensidig fokusering på "maternal request" som et bottom-up fænomen, at kravet er rejst fra kvinderne som udtryk for forbrugerisme, kan have en iboende fare for at opmærksomheden afledes fra vilkårene: utilstrækkelig omsorg under graviditeten i form af nedskæringer, der har ramt jordemoderkontakter og fødselsforberedelse samt jordemoderkontinuitet i fødselsforløbet. Vilkår der, jvf. både egne og andre fagfællers samtaler med de gravide, vejer tungt i forhold til deres evt. fødselsangst og evt. ønske om et kejsersnit. En sådan afledning kan resultere i en skævvridning af årsag-virkning forholdet, som det er vigtigt at holde sig for øje.

Modstanderne af det frie informerede valg (maternal request) vil typisk betragte fænomenet som et "top-down" fænomen. Muligheden for at vælge en behandling kan jo kun afstedkommes med en politisk og fagprofessionel velvilje. Forklaringen, at lægerne vil fralægge sig ansvaret og derfor har frigivet indikationen, er også mødt. Men her er det naturligvis ligeså vigtigt, som i spørgsmålet, om det er et bottom-up fænomen, ikke at blive for ensidig i sin vurdering, men gøre sig umage med at se helheden ind i bl.a. den politik, der føres indenfor moderniseringen og omstruktureringen af den offentlige sundhedssektor (Hjort, 2001).

Ovennævnte tilgange illustrerer, at vi har med en dialektisk påvirkning at gøre mellem på den ene side *ønsket* fra brugeren og på den anden side *indikationen* fra den professionelle. Det indebærer, at afmagten i dette tilfælde er dobbelt. At der på den ene side er tale om den gravides afmagt i forhold til ikke at have kontrol over det hele og på den anden side, fagpersonens afmagt i forhold til at håndtere sin indlevelse med den gravide. For begge parter vedkommende: at håndtere optionssamfundet samt den indikation, der bl.a. er et resultat heraf.

Lars-Henrik Schmidt udtrykker i "Diagnosis 3" (Schmidt, 1999:281): "*Afmagten er simpelthen porten til det andet menneske*". At vi "*i et ensemble af afmægtige hver især bliver mindre afmægtige*". En begyndelse må være, at vi hver især bliver os denne afmægtighed bevidst, da en sådan bevidsthed må gå forud for en mulig ændring til det bedre.

I det følgende vil jeg vise, hvordan diskursen omkring det frie informerede valg har påvirket og stadig påvirker tilstanden.

5.3. Diskursen omkring "det frie informerede valg".

Jeg ser "det frie informerede valg" som en valgets realisering, hvor der udelukkende tages ansvar for det at der vælges. Kriterierne for valg af fødselsmåde omfatter imidlertid et materiale kvinden, uanset given information, ikke råder over. Konsekvenserne af valget kan den gravide og den fødende derfor ikke tage ansvar for. Derfor er man nødt til at skelne mellem autonomien før og efter valget. Dette svarer til Zygmunt Baumans bekymring for, at tolerancen overfor kvindens autonomi, i dette tilfælde, ikke modsvares af en *ansvarlighed* (Bauman, 2002:53-60).

Et bud på *indholdet* af en sådan ansvarlighed anskueliggøres nedenfor, hvor jeg diskuterer det frie informerede valg ud fra vinklen "gemenheder" (Hammershøj, 2004: 214-217). En vinkel jeg vælger ud fra antagelsen om, at problematisering af det ofte affirmativt antagede samtidig kan blive en vinkel, hvorfra der åbnes for nye tilgange.

En gemenhed er, ifølge Lars Hammershøj, når noget tages for givet. At vi som udgangspunkt forudsætter, at vi er enige i et begrebs betydning og opfattelse af en sag og at enigheden er opstået på baggrund af en endnu ikke erfaret uenighed (ibid:216).

Det frie valg:

Talen om "frit valg" kan i sig selv anspore en "gemenhed". Kvinden kan f.eks. ikke selv vælge det antal konsultationer hos jordemoderen, hun har brug for. Har ikke nødvendigvis adgang til gratis fødselsforberedelse og kan ikke være sikker på kontinuerlig tilstedeværelse af en jordemoder under hele fødselsforløbet – og slet ikke med en kendt jordemoder. Forhold, der bunder i økonomisk og politisk prioritering og - kan man sige - manglende retlig anerkendelse ved at hendes rettigheder ikke efterleves.

Noget andet centralt, som meget præcist indfanger et for mig at se væsentligt problem: om vægten skal lægges på "frit valg" eller "tvungen valgfrihed" er hvor Hammershøj skriver:

”Den radikale individualiserings patologiske former forekommer ikke længere at have karakter af en flugt fra friheden, men synes omvendt netop at være karakteriseret af, at en sådan flugt fra friheden ikke længere er mulig”. (...) ”Skal man imidlertid tage sociologiens tale om radikal individualisering alvorligt, så er det præcis ikke mangel på frihed, der er problemet, men derimod for meget frihed” (Hammershøj, 2004:410-411).

Autonomi:

Autonomi og frihed er nært forbundne begreber, hvori jeg ser en pointe ved Hegel. Ifølge ham er autonomi en intersubjektiv og social størrelse, som er uafhængig af tvang og ekstern indflydelse, der ikke er *rationelt* valgt. Det vil sige, at uanset given information medfører valg af fødselsmåde et materiale, kvinden ikke selv disponerer over. Dette (mis)forhold udtrykker i sig selv en heteronomi og ikke autonomi (Honneth, 2003:122). Kojève giver her en meget grundig belysning af begreberne autonomi og frihed, gennem herre-slave forholdet i Hegels filosofi. Kojève slår fast, at herrens ulykke består i at anerkendelsesforholdet er énsidigt. slaven anerkendte herren gennem arbejdet, der senere skulle vise sig at blive udviklende og frigørende for slaven. Herren foragtede omvendt slaven i sit manglende behov for dels at arbejde og dels at anerkende ham – samtidig med at han var *afhængig* af slavens anerkendelse. Et misforhold, der gjorde, at herren aldrig opnåede sand selvbevidsthed (Kojève, 1969:19 ff). Det er, på baggrund af det fagligt komplekse materiale, ikke sikkert at det, der informeres om, omkring fødselsmåde, er analogt med det der høres og forstås, når kvinden tolker dem ind i egne værdinormer. Spørgsmålet er, om fraværet af ”ekstern indflydelse”, som netop ligger i at hun - uanset given information - i sidste ende er hende der har valgt, er rationelt i denne sammenhæng fremfor en gensidig (an)erkendelse af forskellen i faglighed. At tale om kvindens autonomi kan således også forstås som en af ”gemenhederne” i diskursen, hvor sagsforholdet i virkeligheden er heteronomt.

Respekten:

En af gemenhederne kan være udsagnet: ”hvis hun stadig ønsker kejsersnit efter at være blevet grundigt informeret om risici, mener jeg hendes ønske skal respekteres”.

Dette med at ”respektere” brugernes ønsker og krav, at være ”imødekomende” og ”forstående” bliver ofte en vildledende diskurs, fordi man ikke altid først har gjort sig helt klart *hvad* der skal respekteres og *hvordan*. Her er Lars-Henrik Schmidt inde på noget centralt i først og fremmest at respektere *forskellen* til den anden, der aktuelt kan være forskellen i fagligheden overfor lægmandsperspektivet og at vi endda først herved kommer hinanden ved (Schmidt, 2002). Som sådan kan der drages en parallel til ovenstående problem omkring kvindens autonomi.

Omvendt kan kravet om at ville forstå den anden, og derved foregribe ham, holde den anden på afstand (Gadamer, 2004:341). Et lidt banalt eksempel herpå kunne være, i bedste mening, at søge at fuldende modpartens påbegyndte sætning.

Det nutidige:

Jeg har mødt argumentet, at det ikke er ”nutidigt” at fastholde kvinderne i at afvente spontan indsættende fødsel, hvis tidligere fødselserfaringer har gjort dem så bekymrede, at de vil fravælge denne mulighed. Her kunne man også stille spørgsmålstejn ved det nutidige i at *tilpasse* sig fødendes manglende mulighedsbetingelser for gode

fødselsoplevelser, ved at opstille en nødløsning, hvad jeg mener en operation på et ikke medicinsk grundlag er. Et kejsersnit er en ikke fysiologisk nødløsning, der samtidig udgør en eminent (nød)løsning når fysiologien fejler - eller fagligt velargumenteret, forventes at gøre det. Det vigtigste er ikke her, hvad der er ”nutidigt”, men hvori den sundhedsmæssige værdi er størst.

Informationen:

Al information er som udgangspunkt monologisk. Alternativet hertil er ikke, at den gravide ikke skal informeres. Men det helt centrale er først, dialogisk, at afdække hvorfra informationen skal starte – hvad der ligger til grund for den gravides ønske om et kejsersnit. Ikke sjældent handler det om at fastsætte en dato for, hvornår en belastet graviditet kan afsluttes (i.e. en belastet graviditet, der ikke forventeligt udgør en trussel for mor eller barn). Alternativet hertil kan være at sætte fødslen igang. Men også dette er forbundet med en del usikkerhed, da igangsættelsesprocessen, afhængig af kroppens respons, ikke sjældent foregår over flere dage. Ønsket kan være begrundet i private omstændigheder, der peger på en bestemt dato som den mest praktiske og hensigtsmæssige at føde på. Situationer, der må lægge op til en anden dialog end dialogen om den ene eller anden fødselsmåde. Her er der en bemærkelsesværdig kulturforskel, idet kvinder (som i Danmark hyppigt vil være fra Somalia) der har oplevet en traumatisk omskæring som børn, så at sige aldrig ønsker kejsersnit. Forskellen kan muligvis begrundes i, at der blandt kvinder med somalisk baggrund, i højere grad flourer skrækhistorier omkring dette at få et kejsersnit, end der gør blandt etnisk danske. Dette, for blot at nævne et eksempel på en tradition – en overlevering (her vedrørende både omskæring og kejsersnit) der kan være stærkere end selv den bedste information kan hamle op med. Det er ikke ensbetydende med alternativt, at undlade at informere, men at der i informationen må være opmærksomhed på at risikotænkning og –bedømmelser hos den enkelte først og fremmest sker på baggrund af værdier, der råder i ens eget univers.

5.3.1. Sammenfatning og diskussion gennem anerkendelsesteorien:

Anerkendelse i form af rettigheder (den retlige sfære) vil, ifølge Honneth, sikre individet de grundlæggende mulighedsbetingelser for at realisere sin autonomi. Men nogle gravide kan være præget af præstationsangst ved at skulle føde vaginalt. I den forbindelse kan anerkendelsen i privatsfæren aktualiseres. Honneth anvender ordet ”selbstvertrauen” som den forholden sig til sig selv, som anerkendelsen afstedkommer i parforholdet, forældre-børn, venner, familie o.s.v. Oversættelsen til det danske ord ”selvtillid” mener jeg, i sin almene betydning, kan give nogle meningsforskydninger i forhold til det, jeg opfatter som den mest grundlæggende betingelse for at være - og agere - i et fællesskab. Selvtillid associerer til en følelse, der opnåes efter at have præsteret noget. Man får ros for sine handlinger eller præstationer, hvor det da dybest set ikke er personen, i kraft af at være den hun er, men præstationen der anerkendes. Bagsiden herved, er at individet (hvor det, at der roses overskygger en mere grundlæggende accept af den anden) kan blive afhængig af en sådan ros og dermed blive ekstra sårbar og usikker ved fraværet af den.

Et mere dækkende ord for det, der udløses af den gennemgribende basale anerkendelse i den private sfære, mener jeg må være ”selvaccept”. At man accepterer sig selv og andre – og bliver accepteret - som den man er. Denne kritik må dog alene ses ud fra den ovenfor skitserede forståelse af ordet ”selvtillid”, der muligvis eksisterer andre bud på.

Allerede ved at skille ordet ad: ”tillid - til –sig selv” får det en lidt anden klang. Men spørgsmålet er om ”selvaccept” alligevel ikke er mere dækkende og foregribende af misforståelser.

Honneths fortolkning af Hegels anerkendelsesfilosofi vil måske ikke være i stand til at ”løse” problemet omkring for megen frihed (citatet, s. 21). Men i en anerkendelse af den modparten er med dennes værdinormer, med en samtidig (an)erkendelse af asymmetrien i forholdet: lægmand – fagperson, mener jeg problemet omkring ”for megen frihed” kan imødegås med større omtanke end ved blot at ”respektere”, ”imødekomme” og ”bekræfte” ønsket om et kejsersnit. Det er først og fremmest i en sådan anerkendelse ansvarligheden ligger hos den fagprofessionelle, når hun konfronteres med den gravides ønske om et kejsersnit. Og i virkeligheden først her en åben demokratisk dialog kan realiseres og udfoldes.

5.4. Interview af jordemoder i svangreambulatoriet

Som jeg var inde på i indledningen bevæger Honneths anerkendelsesteori sig et lag dybere end Habermas’ teori om den kommunikative handlen. Som optakt til interviewet kan man da spørge, om f.eks. et interview overhovedet indfanger et før-lingvistisk niveau? Umiddelbart nej. På den anden side vil jeg hævde, at Honneths anerkendelsesteori favner det både lingvistiske og før-lingvistiske.

Hammershøj skriver:

(...) ”at man ikke altid blot kan gå ud og spørge folk, hvad der er på færde eller hvilke nye erfaringer de gør, for det man ønsker at spørge om, er præcis det, folk ofte mangler begreb for” (Hammershøj, 2004:18).

Kritisk kan man spørge, hvordan der da kommer ny viden ind i verden? Jeg vil dog forfølge ovenstående tanke ud fra præmissen, at dette at aflæse tendenser ikke kun handler om at bidrage med repræsentative billeder af *nutiden*, men om at læse, synliggøre og forsøge at artikulere, måske ved hjælp af nye eller for problematikken usædvanlige begreber, de tendenser der er *på vej* til at gøre sig gældende. Honneth understreger i den henseende, at der i empirisk forskning altid er en fare for instrumentalisering og manipulation, men samtidig, at man ved anvendelse af anerkendelsesrammen kan opnå en vis ”bevidsthedsudvidende” effekt gennem f.eks. tematisering i gruppediskussioner (Honneth in: Willig, 2001b:105). En sådan effekt kan den udveksling af e-mails (”gruppediskussion”), jeg nævnte indledningsvist, vidne om. Eller effekten kan opnåes ved at formulere spørgsmål med et moralsk præg i kvalitative interviews.

Honneth peger videre på, at man ved at stille spørgsmål og stimulere svar gennem tematiske tilskyndelser, ud fra et moralsk sprog, indirekte kan gøre folk opmærksomme på de moralske oplevelser, der ellers ikke er bevidsthed om, fordi der ikke er noget offentligt sprog for dem. Det offentlige sprog, siger han, er i høj grad demoraliseret.

”Et empirisk arbejde der knytter an til anerkendelsesrammen vil benytte sig af et moralsk vokabularium, der skal til for at kunne artikulere moralske oplevelser” (ibid).

Spørgsmålet er om følgende interview-spørgsmål kan modsvare et sådant ”moralsk sprog”. Som et minimum har jeg overvejet vanskelighederne i det.

Da min kollega i svangreambulatoriet, Skejby Sygehus, i nogle år har arbejdet med et fødselsangstprojekt, hvor hun har mødt og talt med 119 kvinder, fandt jeg det relevant at lade hendes erfaringer tjene til en belysning af emnet: Interviewet gælder således en enkelt jordemoder, som jeg spørger om nogle faktuelle forhold i en undersøgelse. Da der ikke var tale om at vurdere flere respondenters svarnuancer, valgte jeg at gøre brug af notater fremfor en båndoptagelse med efterfølgende transskribering (Kvale, 1997)

Under forberedelserne klargjorde jeg interviewets tema og formålet med det for mig selv og interviewede. Interviewede jordemoder læste efterfølgende mine notater og fortolkninger, for derefter at kommentere og uddybe i en form for geninterview via e-mail. Således er evt. understregninger, udråbs- og spørgsmålstegn naturligvis interviewedes egne.

Jeg vil gerne starte med at høre noget om baggrunden for projektet?

Tilgangen til det startede for 5 – 6 år siden, hvor der jo ikke var samme mulighed for at vælge epiduralblokade³ og planlagt kejsersnit, som nu. Derfor blev gravide fra egen jordemoder og læge henvist til lægerne i svangreambulatoriet, når de udtrykte disse ønsker. Lægerne havde (har) ikke tid til at gå ret meget ind i de gravides problematikker og nogle af disse kvinder blev derfor henvist til samtale med mig. Jeg talte med dem om angsten for at føde og lavede aftaler med dem vedrørende fødslen. Det viste sig at en stor del af dem egentlig gerne ville føde, men havde svært ved at se forbi deres angst. Efterhånden kom der så mange kvinder, at der ikke var plads til dem i mit ambulatorieskema og der kunne ikke bevilges penge til at oprette et tilbud i sygehusregi. Derfor endte det med at blive et kvalitetsudviklingsprojekt, finansieret af fondsmidler. Selve projektet begyndte i august 2002 og tæller idag 119 kvinder.

Min tilgang til projektet har først og fremmest været, at jeg gerne ville tale med de gravide, mere end jeg har set det som et forskningsprojekt. Det er samtalerne der har været det primære for mig.

Hvordan har du defineret fødselsangst?

Jeg kan sige at kriterierne for inklusionen i fødselsangstprojektet har været: 1) Den gravide er så angst for fødslen at hun ønsker planlagt kejsersnit. / 2) Den gravide har brug for ekstra tid i systemet til at snakke om angsten. / 3) Den gravide har brug for at der lægges en plan for fødslen.

Vil du prøve at give nogle eksempler på, hvorfor kvinderne ønsker kejsersnit?

Ca. 2/3 af kvinderne i projektet har født før. En dårlig fødselsoplevelse er her næsten altid hovedårsagen til angsten. For en stor del har kontakten med jordemoderen i fødselsforløbet ikke været optimal og den fødende har ikke følt sig set og hørt. Hos en

³ Lokalbedøvelse, der lægges mellem to lændehvirvler. Kan bruges under fødslen. Anvendes som engangsdosis til planlagte kejsersnit med ganske få undtagelser, hvor narkose kan være fagligt indiceret.

del fylder smerterne meget og en del har oplevet at der var problemer med barnet eller andre komplikationer i forbindelse med fødslen. Hos enkelte handler det om noget andet.

Ca. 1/3 er førstegangsfødende og her er årsagerne fuldstændig forskellige. Det kan være på baggrund af 2. hånds erfaringer. Tætte venner eller familie, hvor det er gået galt. Dødt eller sygt barn. Dårlig fødselsoplevelse. Især hvis det er hændt for nylig og især hvis det er hændt mens de har været gravide. Nogle har bare altid været bange for at føde af meget forskellige årsager. Jeg spørger ind til det. Men hvor det drejer sig om f.eks. seksuelle overgreb eller andre svære ting er det vigtigt at klargøre, at jeg ikke tilbyder et terapiforløb. Nogle har haft angstneuroser - med eller uden behandling. Hos 3 i projektet har problemet været, at de besvime ved udfordringer. Typisk når de har følt sig pressede og stressede. Typisk noget med indgreb – også gynækologisk undersøgelse. Disse tre har fået foretaget kejsersnit.

Du er inde på 2. hånds erfaringer. Den tyske sociolog Ulrich Beck taler i sin bog "Risikosmfundet" om 2. hånds ikke-erfaringer. Hvor frygten optræder på baggrund af tænkte risici, hvor ingen reelt kan vide om frygten er velbegrunderet. Er det noget, der spiller en rolle hos de gravide?

Der er ingen tvivl om, at medierne, TV, radio, ugeblade, internet, er med til at lægge ved på bålet. Hvordan de gravide sorterer i alle oplysningerne er selvfølgelig meget individuelt.

Tegner der sig i ønskerne nogle mønstre for, hvem det er, der ønsker kejsersnit i forhold til alder?, psyko-sociale faktorer?, forhold til partner?, uddannelse?, sidste fødsel? eller andet?

Jeg har ikke i projektet registreret, hvor mange kvinder, der fra begyndelsen ønskede planlagt kejsersnit. Jeg har først og fremmest forholdt mig til deres angst. Vi har endnu ikke i projektet opgjort kvindernes alder. Alligevel har jeg bemærket enkelte forskelle. Jeg har set flere helt unge med en meget dårlig kropsfornemmelse, som oplever graviditet og fødsel som noget lidt monsteragtigt og ulækkert.

Et gennemgående træk – henover alder - men måske stigende med alderen (?) - er behovet for kontrol. I vores kultur er vi vant til at have megen kontrol over vores krop og vores liv og det er angstprovokerende at skulle slippe denne kontrol – f.eks. i forbindelse med en fødsel. Enkelte gange har jeg oplevet at manden er mere bange for fødslen end kvinden. I disse tilfælde har kvinden altid valgt et planlagt kejsersnit. Hun er meget afhængig af støtten fra sin mand.

Generelt er kvinderne i fødselsangstprojektet lidt mere sensitive og sårbare end andre. Nogle af dem har det meget svært psykisk, uden at det specielt handler om fødslen, Nogle er f.eks. overbeviste om, at det kun kan gå galt for dem. Nogle er også fuldstændig sunde, men har bare fået et chock ovenpå første fødselsoplevelse.

Kendetegnende for vores kultur er jo, at vi ikke er vant til egentlige fysiske udfordringer. Vi fryser aldrig virkelig for alvor – vi sulter ikke – mange af os har aldrig oplevet virkelig smerte – vi kender ikke til virkelige fysiske strabadser. Vi er vant til at vi kan vælge os ud af næsten enhver ubehagelig situation. Det skaber en angst for det

uforudsigelige – dét vi ikke kan kontrollere – dét vi ikke kan komme ud af eller fravælge, hvis det ikke lige passer os alligevel - som f.eks.med en fødsel!!

Du siger, at kvinderne er angste for det uforudsigelige. Men har nogen af kvinderne i projektet forholdt sig til dette overhovedet at have et valg?

Hvis de bliver spurgt direkte, som vi har gjort i projektet, vil de gerne have valget. Samtidig siger mange, at det er hamrende svært og at der er perioder i processen, hvor de ville ønske, at de ikke selv skulle tage beslutningen. Jeg synes det er vigtigt at hjælpe kvinden til at åbne for begge muligheder – både fødsel og kejsersnit - så hun kan mærke, hvad der vil støtte hende mest. For mange er det en rigtig god proces – at få begge muligheder tænkt rigtig godt igennem.

Hvad fortæller kvinderne bagefter. Efter de har født på enten den ene eller anden måde?

Dem jeg har snakket med har været glade for deres valg. Glade for den proces de har været igennem, uanset om de har født almindeligt eller ved sectio

Her har jeg fra lægeside mødt argumentet for valget at: uanset om kvinden/brugeren synes om det eller ej, skal hun selv lære at risikovurdere og som en naturlig følge heraf påtage sig ansvaret. Hvad mener du om dette argument?

Hvad mener lægerne med "risikovurdere"? Selvfølgelig skal kvinderne vejledes grundigt og neutralt omkring den evidens der findes og være medbestemmende omkring egen behandling. Men et kejsersnit er et operativt indgreb og lægerne er uddannede til at vurdere, hvornår det er nødvendigt – det er kvinderne ikke. Spørgsmålet er om det er rimeligt, at kvinden selv skal træffe dette valg – om hun har forudsætningerne for det!?

Det spørgsmål leder mig hen til, at der indenfor filosofien og sociologien er en tradition for, at stille samtidsdiagnoser. At diskutere tendenser - om udviklingen går i en sund eller usund retning. Hvordan vil du diagnosticere den samfundsmæssige tilstand, der synes at pege på et kejsersnit som alternativ til en dårlig fødselsoplevelse eller frygten for samme?

Tingene er jo flydende. Men jeg synes det er betænkeligt, at kvinderne på en vis måde fratages den vigtige modningsproces og vækstmulighed der ligger i en graviditet. Næsten alle kvinder er i vekslende grad nervøse eller bange for fødslen på forskellige tidspunkter under graviditeten. Men hvis kvinden, som det var tilfældet for bare få år siden ved at hun skal igennem fødslen – så bliver hun i langt de fleste tilfælde parat til det i løbet af graviditeten. - Og vokser som person i den proces. Men når kvinderne allerede fra begyndelsen af graviditeten ved, at de har et valg, så vil nogen gå glip af denne modningsproces – og det er synd. Jeg ser både graviditets- og fødselsprocessen som en enestående mulighed for at forberede sig til forældreskabet, som jo er langt langt den største udfordring i denne sammenhæng (og som man ikke frit kan fravælge!!). En vigtig del af den forberedelse går kvinderne jo glip af, hvis de vælger planlagt kejsersnit. Så på en måde svigtes kvinderne ved at blive påtvunget ansvaret for dette valg. I det frie valg ligger også en form for svigt eller manglende støtte i den forventning, at kvinden måske ikke kan klare at føde. At der allerede fra begyndelsen

stilles spørgsmålstegn til, hvorvidt hun kan føde. I modsætning til den støtte, der ligger i en forventning om, at selvfølgelig kan vi da som udgangspunkt føde.

Jeg tror vi er ved at være gennem det jeg gerne ville spørge dig om – er der noget du mangler at tilføje?

Ja. Jeg vil gerne slutte med at tilføje, at jeg synes det er lægernes og jordemødrenes fælles ansvar at vurdere hvilket ansvar, det er rimeligt at lægge på de gravide i forbindelse med ”informeret valg” og hvilket ansvar, der påhviler os i kraft af vores faglige ekspertise. Og når vi så har taget vores ansvar på os og gjort os klart hvilke behandlinger, der er på valg, er det meget vigtigt, hvordan vi forvalter det ”informerede valg”. Hvis kvinden skal have en reel mulighed for at mærke, hvad hendes valg er, er det vigtigt at hun informeres klart og neutralt. Vores personlige holdninger er her irrelevante i.f.t. hver enkelt kvindes behov. Vi kan ikke vejlede en kvinde, hvis vi på forhånd har bestemt, hvad vi synes der er det bedste for hende. For det ved vi reelt ikke. Det ved kun hun selv. Hvis vi er styrede af vores egne holdninger kan vi ikke lytte og derfor heller ikke hjælpe.

Jeg ved ikke om jeg forstår dig rigtigt, for hvis kun hun selv ved, hvad der er bedst for hende, hvor meget betyder vores faglighed så?

Det jeg mener er, at når det nu er sådan, at kvinderne har et valg – hvad enten vi mener de skal have det eller ej - så nytter det ikke, at vi, når vi skal rådgive dem, alligevel ikke vil give dem valget; d.v.s. at vi, istedet for at støtte dem i deres valgproces, forsøger at påvirke dem med vores personlige holdninger. Det er efter min mening uprofessionelt, og efter min erfaring virker det modsat hensigten, idet kvinden ikke føler sig hørt og derfor tenderer til at stå endnu stejlere på sit eget. Det er ikke efter min opfattelse informeret valg. Det er et forsøg på latent manipulation. Kvinden får at vide, at hun har et valg, men der er alligevel en skjult dagsorden, som ovenikøbet kan variere efter hvem hun snakker med. Det skaber stor forvirring hos kvinden og hun lades reelt i stikken med sit - meget svære - valg.

Tak fordi du ville lade dig interviewe.

5.4.1. Diskussion af interview

Ovenstående sidste svar er et meget essentielt udtryk for et dilemma, der er vanskeligt at håndtere: Faglighed overfor en virkelighed, hvor denne faglighed – eller ”bedreviden” – på grund af valgfriheden reelt ikke er legal grundet dens mulige manipulerende effekt.

Det essentielle ligger i, at de fødende forvirres over på den ene side at have valget og på den anden side ofte at blive mødt, fra både lægers og jordemødres side, med argumenter for og forsøg på overtalelser til vaginal fødsel. Det hænger ikke sammen og gavner ikke tilliden mellem den gravide og professionelle. Netop den perlokutionære sproghandling ”overtale” blev også brugt af Sundhedsstyrelsen i svar på sp. 209, bilag 2.

Som jeg tolker interviewedes svar, er en måde at løse problemet på, fra samtalsens start, at holde både sig selv og den gravide fast i at hun får kejsersnittet, hvis hun ender med at bibeholde sit ønske efter given information. At erkende samtalsens tre parter: A) den gravide, B) fagpersonen og C) genstanden: det frie valg. Det giver mere ro over

samtalsituationen når der ikke skal kæmpes om udfaldet, og bevirker at A og B bliver mere lydhøre overfor hinanden. Det vil kunne løsne lidt op for en her-og-nu situation for brugeren, men stadigvæk byde på særdeles vanskelige faglige, etiske og moralske overvejelser for fagpersonen (uddybes afsn. 5.5.).

Omvendt har jeg mødt gravide, der efterlyste en tydelig faglig tilkendegivelse af, hvad der ville være bedst for hende, netop fordi hun ikke magtede at påtage sig ansvaret for valget. Eller eftersøgt en personlig tilkendegivelse, hvor jeg er blevet stillet spørgsmålet: ”hvad ville du selv gøre i min situation?”

Den altafgørende faktor i sidste svar (men også i hele fødselsangstprojektet) er at jordmoderen her er åben overfor den anden. Anerkendelsen handler ikke mindst om at respektere den anden som et formål *i sig selv*⁴. Anerkendelsesbegrebet er, med udgangspunkt i Hegel, tæt forbundet med selvoverskridelse. Selvoverskridelse handler om at lade sig influere af den anden, hvor der sker en gensidig frigørelse (freigabe), som kan tolkes som en anden betegnelse for anerkendelse (Wind, 1998:193). Havde formålet med projektet alene været at medvirke til at mindske kejsersnitfrekvensen, og således været et formål der lå *udenfor* den gravide, havde den enkelte næppe fået sin fødselsangst bearbejdet.

Kvindernes udsagn om, at de helst vil føde normalt vidner om at ønsket om kejsersnit mere er et negativt end et positivt tilvalg. Den spontane fødsel virker skræmmende, men samtidig ville de ønske, at de kunne håndtere angsten, så kejsersnittet kunne undgås. Omvendt ønsker nogen også kejsersnit af andre årsager end fødselsangst.

Mange af de fødsler, læger og jordemødre idag registrerer og omtaler som normale er ikke samtidig spontant forløbende. Flere (unødvendige) indgreb betragtes som hørende den normale fødsel til og det er vanskeligt for fagpersoner at nå til enighed om en definition på ”det normale”. Denne uklarhed medfører den negative konsekvens, at de gravide og deres mænd bliver mere og mere i tvivl om og usikre på, hvorvidt det idag overhovedet er muligt at føde uden disse indgreb.

Dokumentet fra Canada (bilag 3) bekræfter problemets udbredthed:

”The debate around c-section on demand raises deep concerns for midwives about the persistent increase in obstetrical interventions and surveillance technologies used for pregnancy and birth”.

Og videre:

”It is the role of midwifery and medicine to understand, promote, and facilitate physiologic processes, and to intervene only when necessary”

Et par gange under interviewet bliver den dårlige kropsfornemmelse nævnt. Dette har jeg tidligere været inde på (Jensen, 2003) hvor kroppen, set i et erkendelsesteoretisk perspektiv, er vores primære erfaringskilde. Det implicerer bl.a., at vi bevæger os mere og mere væk fra det at være menneske - fra at kunne erfare, opleve, sanse og erkende

⁴ Immanuel Kant (1724-1804). *Formålenes Rige* in: *Grundlæggelse af moralens metafysik*. Kants kategoriske imperativ kan udtrykkes ved, at man altid skal betragte den anden som et mål i sig selv og aldrig kun som et middel.

kropsligt. - hvis vi fjerner os fra den grundlæggende erfaring gennem generationer, som fødslen er, og lader teknikken tage over dér hvor kroppen hidtil har været det styrende.

Under og efter eksempelvis et kejsersnit erkendes ganske vist noget andet kropsligt. Men dette "andet" adskiller sig væsentligt ved at være styret, kontrolleret og tilført udefra. Man kan ikke bevæge sig på grund af bedøvelsen og en delvist fastspændthed og man er tilkoblet drop, BT-apparatur og elektroder. Hele forløbet er overladt til faglig ekspertise med specialer indenfor anæstesi, obstetrik, kirurgi og operationssygepleje. Den skelsættende begivenhed fra barnløs til mor fornemmes næsten ikke kropsligt, en faktor, vi endnu ikke ved nok om, men som formodes at have betydning for mor-barn relationen, på baggrund af at der ikke, som under en fødsel, frigives stresshormoner der gør både mor og barn parate til en bonding (side 17). Som udtrykt i det canadiske dokument:

"This trend both reflects and serves to construct a mechanical and fragmented vision of the body and birth and also of the pregnant woman and her unborn baby (CAM/ACSF, Bilag 3).

Ulrich Beck er inde på valgmulighederne for menneskene som en mulig befrielse fra "naturtvangen" (Beck, 1997:56). Men i befrielsen fra denne tvang er der samtidig en udlevering til samfundsskabte risici, der modsat ikke beforder men hæmmer brugen af individuelle valgmuligheder. Således også med et kejsersnit der, som før nævnt, er selvforstærkende og mulighedsreducerende, når det kommer til en næste graviditet og fødsel.

Frygten for tab af kontrol under fødslen hænger, for nogens vedkommende, sammen med en blufærdighed – måske overfor andres samtidige tilstedeværelse. En blufærdighed, jeg ser en stigende tendens til blandt helt unge. Her er det paradoksale ved fødselsituationen, at de kvinder, der efterfølgende har oplevet sig allermest styrede af kroppen, ofte er de der har haft den mest positive oplevelse af forløbet. De har *kun* kunnet gøre det veerne bød dem at gøre og det er samtidig de forløb, der fra sidelinjen har virket mest "kontrollerede" fordi processen fik lov til at køre. Omvendt kan de forløb, hvor kvinden fra starten forsøger at få kontrol over fødslen, virke mere ukontrollable fordi det som oftest vil bevirke et *modarbejde*.

Et andet forhold omkring fragmentering af krop og fødsel (forsøget på at kontrollere det ukontrollérbare) er sammenhængen mellem seksualitet og graviditet. Seksualitet, graviditet og fødsel har i menneskehedens historie været sammenhængende processer med væsentlige fællesnævner (som jeg formoder går langt tilbage) som mental åbenhed, sanselighed, tillid og hengivenhed. Meget tidligt opdagedes metoder til børne-begrænsning, således at et sexliv var muligt uden et reproduktionsperspektiv (og angsten for en graviditet) mere eller mindre afhængig af den kultur og de sociale, religiøse og politiske sammenhænge man befandt sig i. Idag er graviditet omvendt mulig uden forudgående at have været sammen seksuelt, hvorved en oprindelig sammenhængende forbindelse er brudt.

En graviditet kan opnåes på baggrund af ekspertviden og højt udviklet teknologi (in vitro fertilisation/IVF). Dette, tror jeg, har betydning for hele oplevelsen af at være gravid og at skulle føde. Den brudte sammenhæng åbner for muligheden af at betragte graviditet og fødsel som et medicinsk problem, der skal løses mere end som en fin og

raffineret fysiologisk proces, det er vigtigt at respektere, forske yderligere i og fremme betingelserne for. Dette skal ikke opfattes som en stillingtagen til det meget komplekse felt IVF repræsenterer. Hensigten er alene at søge at afdække mulige forklaringer på den problematiske tilgang der er til noget, der tidligere har været en indoptaget og selvfølgelig del af en livsproces. I relation hertil udtrykker Zygmunt Bauman sig noget skarpere i, at *alle* (min kursiv) forplantnings- og fødselsrelaterede problemer rykkes bort fra seksualiteten og omplantes til en anden sfære med en både anden logik og andet regelsæt end den seksuelle aktivitet. Med henvisning til Ulrich Beck er han inde på at adskillelsen af sex og forplantning er magtstyret og udtryk for den flydende modernitets livsvilkår og forbrugerisme (Bauman, 2004b:59).

Interviewede er også inde på at ”tingene er jo flydende” (s. 25). Hvor Ulrich Beck refererer til ”den flydende modernitet” (Beck, 1997) og Zygmunt Bauman til ”den flydende kærlighed” (Bauman, 2004a). Dette ”flydende” ser jeg genspejlet i at teknologiske fremskridt ikke kun sker med formålet at afhjælpe sygdomme, men tillige som værende i stand til at tilbyde noget ”bedre” end det fysiologiske. For kvinders vedkommende: stabilisering eller undertrykkelse af menstruationer ved hjælp af kunstigt fremstillede hormoner, kejsersnit efter ønske fremfor en fysiologisk spontan fødsel forudgået og efterfulgt af adekvat omsorg, kunstigt fremstillede hormoner til afhjælpning af en fysiologisk menopause o.s.v.

Her er vi ovre i noget, der ikke handler om frygt for sygdom, men frygt for – og måske besvær med – kroppens fysiologiske processer. Et eksempel på at det normales grænser ”flyder” og flytter sig.

Som afslutning på min diskussion af interviewet vil jeg citere Peter S. Bernstein, der, som professor i Clinical Obstetrics & Gynecology and Women’s Health, New York, har udtalt (fra et oversat interview):

”Trenden hen imod kejsersnit på kvindens anmodning er et nederlag for moderne obstetrik og for samfundet som helhed”. (...)”Vi tager ikke patienternes bekymringer alvorligt og resultatet er, at kvinderne beslutter at kejsersnit er den bedste mulighed”.

Denne bedste mulighed, kommer Bernstein senere ind på, henviser typisk til en opfattelse af, at et kejsersnit er det sikreste for barnet, men også det planlægningsmæssige, at det er muligt selv at have indflydelse på den eksakte fødselsdato (Interview med Peter Bernstein: www.jordemoderforeningen.dk).

Dette, bl.a., implicerer imidlertid nogle etiske og moralske overvejelser hos den enkelte fagperson, der fortjener et særskilt afsnit.

5.5. Etiske og moralske overvejelser

Allerførst vil jeg placere etik og moral i forhold til hinanden.

Etikken kan man sige går ind og begrundes moralen og er derfor overordnet denne. Alle har en moral, men ikke nødvendigvis en etik. Det er ikke muligt, i alle situationer at give konkrete anvisninger på, hvordan det er muligt at leve og handle etisk. Lige præcis dette er en af Zygmunt Baumans hovedpointer: at mens det var etikken, der prægede moderniteten, som en sikkerhed kombineret med tvang (”de store fortællinger” indenfor

fremskridt, religion og politik), så er postmoderniteten ("de store fortællingers" endeligt) præget af, at den enkelte fremstår som eneansvarlig for at handle moralsk.

Wind nævner at frihed, valg og ansvar er et grundvilkår for den menneskelige tilværelse og at vælge *ikke* at vælge ligeledes er et valg (Wind, 1998:68). Idag har til- og fravalget blot fået en ny ikklædning og blevet en integreret, men ikke uproblematisk del af den reflektive, senmoderne hverdag i et "risikosamfund" (Beck, 1997; Bauman, 2002). Dette krav om at reflektere, følge med og tage stilling kan måske snarere medføre en handlingslammelse end handlekraft (s. 21) (Honneth, 2003:121 ff.). Fordums disciplineringsamfund medførte *sine* patologier, hvor det var langt sværere at skille sig ud fra mængden. Men at udlægge "hvad som helst" (incl. fødslen) som et valg, er nok at gå i den modsatte grøft.

I det følgende vil jeg diskutere såvel hjemlige som udenlandske udsagn angående etiske og moralske aspekter - et stort område, der bestemt ikke lader sig udtømme på følgende få sider. Kilderne er valgt ud fra deres indflydelse på den debat der foregår, også nationalt, blandt involverede fagpersoner.

Allerførst vil jeg citere fra ACOG's (The American College of Obstetricians and Gynecologists) etikkode:

"Respect for patient autonomy, like all ethical principles, cannot be regarded as absolute and may at times be in conflict with other principles or other moral considerations".

(www.acog.org. afsnittet: Ethical decision making in Obstetrics and Gynecology:2)

Ét er at informere om fordele og risici – et andet om den gravide forstår informationerne og betydningerne af dem i.f.t. præmisser og konsekvenser for den fødselsmåde, hun ender med at vælge. Igen er det vigtigt, om den autonomi, der henvises til ovenfor, i virkeligheden handler om et heteronomt forhold (s. 21).

Min kontakt med kolleger samt jordemødre gennem føromtalt mail-liste har givet flere tilbagemeldinger om, at relativt få kvinder kender til risikofaktorer udover de mere harmløse, der er ved et kejsersnit. Men omvendt skal vi heller ikke glemme, at vi idag er i besiddelse af en teknologi og operations- og sutureringsteknik uden signifikant øget risiko for moderens liv og helbred og således har gennemgået en meget positiv udvikling på kejsersnitområdet. Moderen er vågen under indgrebet, faderen er med på operationsstuen. Generne bagefter går ingen udenom, omend de veksler i omfang og varighed hos den enkelte kvinde, som iøvrigt efter en spontan fødsel. Generne er dog generelt af noget mere udbredt og længerevarende karakter efter et kejsersnit (Bilag 5 og 6).

Er "det frie informerede valg" da underlagt kriterier, der forpligter moralsk? Her mener jeg at princippet om informationsmængde og kompleksitet kan give princippet om "autonomi" en social og uddannelsesmæssig slagside. Den bekymring og tvivl det frie valg kan medføre, og ikke sjældent gør, kan give en følelse af ufrihed og måske glædesløshed over det at vente et barn. Selvbestemmelsen har sin pris især for de mennesker, der ikke magter hele tiden at skulle tage stilling og holde sig ajour. Spørgsmålet er om *nogen* magter et så anstrengende projekt i det lange løb uden at blive

overmandede af negative stress-symptomer. Et forhold Rasmus Willig berører ved at koble en forbindelse mellem fraværet af de tre anerkendelsesformer (s.12) til det stigende forbrug af antidepressiva og fokusering på depression (Willig, 2001a:55-73).

En af de interviewede overlæger i Karin Hollers projekt (Holler, 2004) udtaler at det er et fagligt og etisk skråplan som læge at føle sig presset ud i at ordinere en behandling, man ikke kan stå inde for i den givne situation - situationer, der lægger op til den vaginale fødsel som den fagligt foretrukne. Selvom indikationsbemyndigelsen omkring kejsersnit ikke ligger hos jordemoderen, er hun en medspiller omkring kommunikationen med den gravide og kommer derfor også ud i lignende moralske dilemmaer.

En anden læge fra Karin Hollers projekt er inde på DRG-systemet⁵ som en "farlig cocktail". At man bliver bange for at miste patienter og dermed økonomiske ressourcer i tilfælde af, at man ikke indfrier den gravides ønske om et kejsersnit og hun da opsøger et andet sygehus. "Cocktailen" består således i sammenblandingen af etik og økonomiske interesser (ibid). Dette er udtryk for en stærk gensidig afhængighed: Kvinden er afhængig af lægens accept af hendes ønske om kejsersnit og lægen afhængig af, at "holde på" brugeren, så det ikke går ud over sygehusets tildelte ressourcer. Udtrykt med Bauman, drages mennesker mod markedet af en dobbelt kraft, nemlig en afhængighed af at kunne praktisere deres individuelle frihed og en samtidig afhængighed af at kunne *nyde* deres frihed uden at betale uvishedens pris (Bauman 2003:88). Dette kan ses som en modsætning til essensen af anerkendelsesbegrebet, der handler om et gensidigt *samspil* fremfor afhængighed (Wind, 1998:60). Summa summarum er en del af tilværelsens moralske usikkerhed, at det ikke på forhånd er givet om menneskets - ifølge Bauman - medfødte evne til at forholde sig til det etiske, bliver realiseret.

I ACOG's etikkode fremgår det endvidere i spørgsmålet om håndteringen af "maternal request":

"If the physician believes that cesarean delivery promotes the overall health and welfare of the woman and her fetus more than vaginal birth, he or she is ethically justified in performing a cesarean delivery".
(www.acog.org. afsnittet: Surgery and patient choice:24)

Her mener jeg, det må overvejes hvordan kvindens "overordnede sundhed og velfærd" kan fremmes ved et ikke medicinsk begrundet kejsersnit. Senere i dokumentet står der:

⁵ DRG-systemet (Diagnose Relaterede Grupper) blev i Danmark udviklet i midten af 1990'erne til produktionsopgørelser efter amerikansk forbillede. Med anvendelsen af DRG-takster bliver konsekvensen, at tildeling af ressourcer ikke sker på baggrund af konkrete beregninger af omkostninger for den enkelte behandling, men primært på baggrund af *gennemsnitsberegninger*. 100 % takststyring uden lofter indebærer således en risiko for, at det kan blive sværere at styre økonomien fordi alle afdelinger i princippet gerne vil producere mere og dermed få en højere bevilling. Således kan risikoen tillige øges for at nogle sygehuse ikke kan få økonomien til at hænge sammen. (<http://www.sygehusansatte.dk/index.asp?menu=31&umenu=1>)

“Finally, given the lack of data, it is not ethically necessary to initiate discussion regarding the relative risks and benefits of elective cesarean birth versus vaginal delivery with every pregnant patient” (ibid:25).

Formuleringen af dette forudsætter, at et spørgsmål er rejst som kunne lyde: Er det etisk nødvendigt at bringe diskussionen om fordele og ulemper ved kejsersnit kontra spontan fødsel på banen overfor alle gravide? Det svares der ovenfor et begrundet nej til. Men man kan spørge om ikke diskussionen allerede er bragt på banen eller i hvert fald er ved at blive det overfor alle gravide. Måske ikke i en ansigt til ansigt relation mellem bruger og professionel, men i den ansigtsløse relation, gennem medierne i en globaliseret verden (Bauman, 2004b:232 ff).

Et argument for, at en udlægning af valget kan forsvares lægeetisk har jeg hørt som: ”når nu der mangler klar evidens på en række områder, kan kvinden ligeså godt få et kejsersnit, når hun ønsker det”. Omvendt kunne man argumentere for besindelse *netop* fordi grundlaget synes usikkert. At der er forhold, der er vanskelige at vejlede ud fra for en fagperson rimeliggør ikke at kvinden ”tvinges” ud i selv at træffe beslutningen. Måske snarere tværtimod. Det, at vi som fagpersoner oplever usikker evidens at risikovurdere ud fra, er ikke noget godt argument for at lægge valget ud til kvinden, mulige konsekvenser taget i betragtning (bilag 5 og 6).

I april 2004 udstedte NICE’s undergruppe “National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health”, en klinisk retningslinie for udførelse af kejsersnit. Der står s. 37 under overskriften ”Responding to requests for CS”:

“It is unethical to perform a CS without a medical reason because of inadequate evidence to support a net benefit. An obstetrician who feels that in good conscience they cannot carry out a CS at the request of a woman and no identifiable clinical reason should refer her for a second opinion”.

Spørgsmålet er om ikke vi, netop fordi risikotænkning og –bedømmelser hos den enkelte oftest sker på baggrund af egne værdier, har brug for et alment grundlag, uden hvilket der jo ikke gives rationelle begrundelser. En ”second opinion”, i spørgsmålet om frit valg af kejsersnit, mener jeg er i fare for blot at øge forvirringen.

En jordemoder fra mail-listen (kilde?) formår, for mig at se, at samle op på de her fremlagte etiske og moralske overvejelser, der lægger op til et valg mellem alternativer.

- De faktiske konsekvenser af handlingen kan ikke forudsiges nøjagtigt på forhånd.
- Der findes gode grunde både for at udføre en vis handling og for ikke at udføre den.
- En bestemt handling anses af nogen for at være forkert og af andre som rigtig.

Man kan til det første punkt spørge om de faktiske konsekvenser af ens handlinger nogensinde kan forudsiges nøjagtigt. Næste punkt matcher fagpersonens overvejelser omkring grænsepædagogien, mens det sidste, kunne angå den enkeltes fortolkning af, hvor stor en procentdel risikoen (alt efter risikoens art) skulle være øget med før en evt. indgriben, mulige bivirkninger taget i betragtning.

5.6. Fællestræk, forskelle og begrænsninger i anvendt teori

Ulrich Beck, Zygmunt Bauman og Axel Honneth har alle bidraget med hvert deres bud på forhold i en socialanalytisk samtidsdiagnose. Det er deres væsentligste fællestræk, men heller ikke overraskende i kraft af deres fundering i sociologien og socialfilosofien. Honneths store force mener jeg er opmærksomheden på at stille sig kritisk overfor de samtidsdiagnoser, der stilles og efterprøve om der kunne være tale om sociale patologier. Det har jeg nu efterprøvet indenfor eget afgrænsede felt.

Så vidt jeg er orienteret, stiller ingen af teoretikerne spørgsmålet, hvorvidt det overhovedet er *muligt* at stille en sådan samtidsdiagnose. Hvad kriterierne er for at gøre det. Men uanset tilbyder Zygmunt Baumans og Ulrich Becks teorier omkring diagnoserne ”refleksivitet”, ”flydende modernitet” og ”risikosamfund” samt risiciens betydning for mennesket og deres indbyrdes relationer, nogle perspektiver der med stor sandsynlighed vil kunne afspejles fremover i relation til opgavens tema. I forhold til dette at samfundsskabte risici kendetegnes ved at det ikke uden videre står i samfundets magt at fjerne dem igen, mener jeg dog at mulighederne er tilstede, men begrænsede, på baggrund af manglende enighed og fælles vilje.

Det ingen af teorierne berører, er frygten for det normale (og fysiologiske), som jeg har argumenteret for, at den vaginale fødsel hører ind under. Man kan sige, at det for de gravide først og fremmest handler om frygten for at ”give slip” og for at tabe kontrol. Men i det øjeblik det handler om så grundlæggende en ting som at føde, bliver det samtidig frygten for det normale. Beck og Bauman beskriver tabet af kontrol, men dette i forhold til det ukontrollerede, som den teknologiske udvikling afstedkommer. En teknologisk udvikling, som nogle af de kvinder der frygter kontroltab under fødslen, omvendt påberåber sig som deres redning.

6. KONKLUSION

I det følgende vil jeg sammenfatte de vigtigste pointer og herigennem besvare min problemformulerings første spørgsmål:

Hvordan kan dette, at et stigende antal gravide vælger - og gives muligheden for at vælge at føde ved kejsersnit, forstås som en social patologi?

Problemformuleringen afspejler allerførst dobbeltheden i virkeligheden – at vi har med en dialektisk påvirkning at gøre struktur og aktør imellem. Definitionen, jeg anvendte på ”social patologi” var: *”negative konsekvenser af samfundsudviklingen, fejludviklinger, usunde krav og vilkår for individet og fællesskaberne”*. Her skal man nok være varsom med at sætte lighedstegn mellem, på den ene side, enhver negativ konsekvens af samfundsudviklingen og, på den anden side, en social patologi. Definitionen på ”social patologi” rummer i sig selv nogle definitionsspørgsmål angående ”fejludvikling”, ”sundhed” (som andet og mere end fravær af sygdom) og *hvilke* ”fællesskaber” der reelt tænkes på. Diagnosen ”social patologi” lader sig dermed ikke uden videre stille. Jeg mener dog at have påvist flere forhold, der peger i retning heraf.

De negative konsekvenser vil jeg stille op i følgende punkter:

- Den gravide kvinde kan ikke længere hvile i sig selv og finde fred i sin graviditet i tillid til sin krops formåen – at det at føde er noget ligeså indlysende som andre af kroppens funktioner (s. 5-6).
- På den ene side er der tale om den gravides afmagt i forhold til ikke at have kontrol over det hele og på den anden side fagpersonens afmagt i forhold til at håndtere sin indlevelse med den gravide. For begge parter vedkommende: at håndtere optionssamfundet samt indikationen ”maternal request”, der bl.a. er et resultat heraf (s. 20).
- Det heteronome og ikke autonome forhold, jeg var inde på (s. 21) ligger i at kvinden er underlagt et informationsmateriale hun ikke har muligheden for at overskue hverken kort- eller langsigtede konsekvenser af. Den usikkerhed det afføder, når faglige vurderinger lægges ud til lægmand at tage beslutning om, peger på et ”usundt krav”.
- Uklarheden om, hvad der kan kaldes normalt angående den vaginale fødsel medfører den negative konsekvens, at de gravide og deres mænd bliver mere og mere i tvivl om og usikre på hvorvidt det idag overhovedet er muligt at føde uden indgreb (s. 28).
- Kvindens angst for at føde bliver, sammen med den efterhånden kulturelt accepterede tvivl om kvindekroppens funktioner, det styrende. Det vil sige at angst bliver grundlaget, hvorpå vi udvikler obstetrisk praksis, mere end tilliden til og respekten for fysiologien. Herved synes obstetrikken tillige at udvikle sig væk fra og i modsætning til dens teoretiske fundament (s. 30)

På et enkelt punkt argumenteres der imod ovenstående i interviewet s. 26, hvor der refereres til, at de gravide fra fødselsangstprojektet har været glade for den proces valget bragte dem i, uanset hvordan de endte med at føde. Samtidig gøres der dog opmærksom på, at kvinderne ind imellem fandt valget meget vanskeligt.

Angående det ”normale”, er den flydende og udefinérbare normalitet (s. 30) ikke kun negativ. Alt for rigide rammer for menneskets ageren kan resultere i et lukket og livløst menneskesyn. I herværende sammenhæng ser jeg omvendt nogle negative konsekvenser i at lade visse medicinske indgreb henhøre under den ”normale” fødsel. Den negative konsekvens ligger i at både professionelle og brugere, for det første er i fare for at miste fornemmelsen af, at det faktisk er muligt at tillade kroppen spillerum til selv at føde og, for det andet, udvander begreberne så meget at man ledes til at tro, at indgrebene nødvendigvis hører fødslen til. Begge forhold argumenterer (i kraft af følgerne: forvirring, usikkerhed og bekymring) for en social patologi.

Som jeg først og fremmest tænker problemstillingen er da netop også som en *social* patologi mere end som en patologi hos det enkelte individ. Ikke at jeg her vil argumentere for en skarp adskillelse af aktør og struktur. Her adskiller jeg blot de to størrelser i et forsøg på at klargøre, at det ikke kun er den enkeltes ønske om et kejsersnit jeg ser som en patologi. Det (ønsket) er måske snarere blot et af flere kendetegnende træk ved den menneskelige natur (medtænkende natur og kultur som et kollateralt forbundet begrebspar) hvor jeg her tager mig den frihed at reducere menneskets natur til noget med trangen til bekvemmelighed i.f.t planlægning, kontrol,

benyttelse af rettigheder, tiltro til teknologiske fremskridt.m.m. Det er ikke den enkelte bruger, der er noget i vejen med.

For at samle konklusionen – og argumentationen - vil jeg referere til en væsentlig pointe hos Axel Honneth. Han nævner, at man først må søge at definere ”det gode liv”, eller med hans ord: ”udfylde formelle begreber om det” (det kunne være de tre anerkendelsessfærer) før man kan begynde at se på årsagerne til sociale patologier (Willig, 2001b:103). Han peger på at samfundet idag bærer præg af at tingene er vendt på hovedet. At det er de sociale patologier, i.e. krænkelser på individets integritet, fraværet af omsorg, vores tvivl og frygt, der danner grundlag for vores normative ageren. Dette fremfor rettigheder eller moralske imperativer om ”det gode liv” der kan efterleves etisk/moralsk (ibid:67). Det er vigtigt at forstå den relevante omsorg for gravide og fødende (som både et relationelt (bruger-professionel), organisatorisk (ledelsesmæssigt) og politisk anliggende) – og ikke mindst hvad det afstedkommer når omsorgen *ikke* er der.

Det er fraværet af omsorgen (krænkelsen), der bliver eller er blevet fundamentet for prisningen af det frie valg af fødselsmåde som en norm. Heri en social patologi.

En sådan konklusion må naturligt lægge op til en handlingsorientering. Her nævner Zygmunt Bauman det postmodernes mulighed for at ”genfortrylle”, hvad moderniteten måtte have affortryllet.⁶ Men da der ikke længere synes at være en overordnet etik på området, er det nu i høj grad op til den enkeltes moral at finde ud af, hvad en sådan genfortryllelse måtte indebære. En genfortryllelse, der med reference til Habermas, også kunne kaldes en ”generobring af livsverdenen” (s. 9). Ser vi dette ind i hermeneutikkens bevægelse til ”ny tese”, ”ny del” eller ”ny forståelse” kunne det nye spørgsmål rejses: Hvordan genskabes tilliden til den spontane vaginale fødsel og kvindernes tro på egne evner?

I det følgende vil jeg medtænke dette spørgsmål, når jeg ser på de mulige forandringsspektiver udviklingen lægger op til for jordemoderprofessionen.

7. PERSPEKTIVERING

7.1. Udvikling af jordemoderprofessionen

Problemformuleringens andet spørgsmål var:

Hvilke forandringsspektiver for jordemoderprofessionen er indeholdt heri?

Man kan spørge sig selv om det grundlag, der lige nu arbejdes på (på mange planer) med håndteringen af indikationen maternal request bør genovervejes. Og lade nuværende grundlag, der er et *hvordan* man som professionel skal forholde sig til problemet i højere grad angå et *om* ”maternal request” er en indikation, vi kan og vil forsvare ud fra en sundhedsmæssig værdi, etiske og moralske overvejelser.

⁶ Den tyske sociolog Max Weber (1864-1920) udtrykte sig for mange år siden meget rammende om en ”affortryllelse af livet” og en bevægelse ind i ”rationalitetens jernbur”.

En af frygtens værste sider er når den virker handlingslammende. Det er vigtigt, at vi også som jordemødre forholder os til samfundsmæssige forandringer, ikke blot ved at konstatere en udvikling og tilpasse os den, men ved kritisk at tage stilling til, om det er en udvikling det giver mening at understøtte.

7.1.1. På vej mod en ny professionsidentitet?

Til belysning af følgende afsnit 7.1.1 og 7.1.2. lader jeg mig inspirere af Steen Wackerhausens bog *Humanisme, professionsidentitet og uddannelse*. Hans kobling de tre begreber imellem er meningsfuld i forhold til at se jordemoderprofessionen som en "relationsprofession" (pædagogiske fag, social- og sundhedsfag) (Moos, 2004) og understrege det humanistiske element. Også sammenhængen mellem professionsuddannelse og -identitet diskuteres og uddybes af Wackerhausen.

Jordemoderprofessionen har i mange år været institutionaliseret og man kan derfor ikke tale om jordemoderens professionsidentitet uden at tænke professionen ind i det brugerrelaterede, mono- og tværfaglige samarbejde hun indgår i. Et samarbejde, der har fået nye og flere aspekter efter indførelse af indikationen "maternal request". Aspekter, der ikke kun gælder specielt involverede, men alle kolleger, når de konfronteres med problemstillingen. Det har medført mange værdifulde diskussioner om helt fundamentale forhold. Diskussioner, der har været en positiv sidegevinst, og som naturligvis højnes kvalitativt af, forhåbentlig, også at komme brugerne til gavn. Dokumentet fra CAM og SOGC vidner om et konkret samarbejde, affødt af sådanne diskussioner (bilag 3).

De fleste tænker først og fremmest "fødselshjælper" når de hører ordet "jordemoder". Og det er da også et grundlæggende skred i hele forståelsen af jordemoderprofessionen og for professionens selvforståelse og -identitet, at den vaginale fødsel idag er sat til diskussion som måde at bringe børn til verden på. På den måde spores usikkerheden eller en "liden under ubestemthed" også ind i jordemoderprofessionen.

Jordemoderens professionsidentitet konstitueres på flere niveauer: Det samfundsmæssige, det fagligt organisatoriske, institutionelle (sygehuset), afdelingsmæssige (fødeafdeling), og det individuelle. Det at have en identitet kan have noget færdigt og lukkende over sig, som vel også i nogen udstrækning har været gældende før begrebet "livslang læring". Det nutidiges krav om kompetenceudvikling, sammenholdt med den omstrukturering og modernisering den offentlige sektor har gennemgået de seneste år, influerer på identitetsopfattelsen, der nu synes foranderlig og uafsluttet.

I den forbindelse deler jeg Wackerhausens opfattelse af, at professionsidentiteten ikke kun tilegnes gennem uddannelsen, for derefter at udfolde sig i praksis. Identiteten er en dynamisk størrelse. På individniveau, udsprunget af en refleksion over læring i praksis, der flytter sig og ændrer focus hos den enkelte, afhængig af erfaring, indsigt og særlige interesser indenfor feltet (Wackerhausen, 2002:64-74).

Her er jeg stødt på to forståelser af begrebet "erfaring", der dog ikke udelukker hinanden. Hammershøjs forståelse angår mulighedsbetingelsen for personlighedens dannelse overfor Gadamer's forståelse der angår vidensoverlevering (Hammershøj, 2004:273) og (Gadamer, 2004:337-339). Gadamer henviser til Hegel i beskrivelsen af erfaring som en dialektik, hvor vi først og fremmest har at gøre med en

negationserfaring: at noget ikke er, hvad vi antog det for at være. Den erfarne kendetegnes ikke blot ved at være erfaren, men tillige ved at være *åben* overfor nye erfaringer, fordi hun i kraft af sin erfaring også (og jeg kunne tilføje: *ikke mindst*) er blevet bevidst om ikke at vide alt. Denne negation henviser således også til forbindelsen mellem erfaring og indsigt. En indsigt der, ifølge Gadamer, altid indeholder et moment af selverkendelse og herved er en nødvendig side af erfaringen (ibid:336-338).

Med hensyn til ”personlighedens dannelse” er denne på flere planer blevet afløst af det senmodernes begreb om kompetenceudvikling. Jordemoderfagets kerne, den jordemoderfaglige omsorg, er sammen med bl.a. fagets etikkode udgangspunktet for jordemødres kompetenceudvikling på Skejby Sygehus. Her har jeg ofte overvejet forskelle og ligheder mellem kompetence- og professionsudvikling. Om professionsudvikling blot kan udlægges som fællesnævner for den enkelte jordemoders kompetenceudvikling, altså professionsudvikling på individplan?

For det første tror jeg det er vigtigt at klargøre, at der er forskel på institutioners og enkeltindviders ønsker til, hvad udviklingen skal handle om. Flexibilitet og forandringskompetencer er f.eks. et område, der generelt er i høj kurs for arbejdsgiveren, hvor det typisk vil være muligheden for personlig og faglig udvikling, der vil være i højsædet blandt arbejdstagerne. Begge parter vil gerne kvalitet i arbejdet, men også her kan der være divergerende opfattelser af denne kvalitets målrettethed. For det andet, er det vigtigt at fastholde omsorg og etik som omdrejningspunkt for kompetenceudvikling, da kompetenceudviklingen på den måde bevarer rettetheden mod *brugeren*, som ”genstanden” og formålet - i sig selv (s. 28). En akademisering af jordemoderfaget står ikke, som nogen vil mene, i kontrast hertil. Tværtimod kan en sådan akademisering, ved f.eks. at lægge op til kritisk tænkning allerede fra basisuddannelsen, være medvirkende til at afdække, hvad der omvendt sker når omsorgsdelen og det medmenneskelige *ikke* er der.

Jeg ser heller ikke en sådan akademisering som et modstykke til at reflektere over, hvad der er det karakteristiske for f.eks. jordemoderprofessionen, som Feiweil Kupferberg i nogen grad udtrykker bekymring for. En videnskabeliggørelse af de mellemlange videregående uddannelser, skriver han, kan gå hen og gøre køb på det, der i øvrigt er kendetegnende for hver af disse (Kupferberg, 2003:53). Her mener jeg, at en bredere forståelse af videnskabsbegrebet og en vidensudvikling på områdets egne betingelser kunne være alternativet til en sådan bekymring (McQueen, 2001; Jensen, 2003:15) og netop imødegå, hvad der eksempelvis er jordemoderprofessionens særkende.

Omvendt er der naturligvis en risiko for, at der sker en frasortering af potentielt gode jordemødre via optagelseskravene. Og man kan indvende at fødsler, etik, omsorg og moral ikke handler om evidensbaseret videnskab.

Der er ingen tvivl om, at det ”frie” valg mellem fødsel og kejsersnit har været med til at afprøve og problematisere jordemoderfagets værdigrundlag. Her nævner H.C. Wind, at en kultur, der stiller sig i vejen for en sådan afprøvning allerede er en død kultur (Wind, 1998: 238). Man kan også sige, at den ”sunde fornuft” netop må vise sig sund i at tåle en udfordring. Dette indfanges af Axel Honneths udlægning af anerkendelsesteorien, som en gensidig anerkendelse i de tre størrelser: et demokratisk medborgerskab, et arbejdsliv og en familie og vennekreds. En gensidig anerkendelse der ikke medfører at

alle love, paragraffer og handlinger er lige gode, men som først af alt åbner for en demokratisk dialog, hvor man højst risikerer at måtte revurdere sine antagelser.

I den forbindelse fremhæver Wackerhausen tillige professionens spørgekultur, som konstituerende for professionsidentiteten. Det er gennem spørgekulturen, der ekspliciteres forskellige grundopfattelser og værdiantagelser. Denne spørgekultur starter i herværende forbindelse på jordemoderskolen, hvor den udfolder sig i undervisningssituationerne og medvirker til dannelsen af professionsidentiteten. Senere fortsætter den ind i arbejdslivet, hvor den nu influeres og beriges af tværfagligt samarbejde til andre sundhedsprofessioner (Wackerhausen 2001: 64-74).

Udsagnet, at mennesker idag er fælles om at være forskellige (L-H Schmidt) er meget rammende for det reflektive og kontingente. Men det der præger, samler og forbinder jordemoderfaget henover diversiteter, tid og sted på kloden er det helt grundlæggende: fødslen. Således må mit svar på dette afsnits overskrift og spørgsmål være et både ja og nej. At jordemødre har noget ganske centralt at være fælles om, der måske netop også har sin force i at kunne favne mangfoldigheden af både gamle og nye identiteter. Dette korresponderer med Baumans udlægning af, at menneskehedens universalitet ikke står i modsætning til de menneskelige livsformers pluralisme, men derimod kendetegnes ved evnen til at indrette sig efter pluralismen og gøre denne til menneskehedens redskab. Dette vil muliggøre og opmuntre til en stadig diskussion om den fælles opfattelse af det gode (Bauman, 2002:139). En søgen efter en sådan fælles menneskehed synes mere og mere påkrævet og bringer mig tilbage til den ovenfor omtalte spørgekultur (diskussionslyst) som kan fremmes fra jordemoderuddannelsens start.

7.1.2. Maieutik i jordemoderuddannelsen

I indledningen redegjorde jeg kort for maieutik-begrebet. Det er i den sammenhæng interessant, at Sokrates sammenlignede sin egen virksomhed med jordemoderens forløsningskunst. Ligesom det ikke er jordemoderen der føder barnet men blot er tilstede, så Sokrates det som sin opgave at hjælpe mennesker til at ”føde” den rette indsigt. Kun den erkendelse, der ikke kopieres af andre, men kommer indefra, er virkelig indsigt.

En jordemoder er i modsætning til f.eks. en sygeplejerske ikke uddannet som ”generalist” men som ”specialist” indenfor sit felt. Principielt kræves der således det samme af en nyuddannet jordemoder som af én med mangeårig erfaring. Fra første dag med autorisationen i hånden lægges op til, at hun skal kunne varetage hele jordemoderens område indenfor graviditet, fødsel og barsel.

I den anledning spurgte jeg en uddannelsesansvarlig på en fødeafdeling samt en instruktionsjordemoder fra Jordemoderskolen, hvordan de talte med de studerende om det frie valg mellem fødsel og kejsersnit.

Det fremgik her, at emnet optager de studerende meget i både klinikken og på Jordemoderskolen. Der udtrykkes ingen formel holdning til det fra skolens side. Nogle jordemoderstuderende skriver opgaver om valget, især hvordan der i konsultationsrummet skal kommunikeres om valgfriheden. De studerende er dog fortsat mest optagede af at kvinderne føder vaginalt.

Den stigende kejsersnitfrekvens har konsekvenser for nogle studerende på den måde at de efter en praktikperiode på fødegangen kan ende med at have deltaget ved ligeså mange eller flere kejsersnit end de har deltaget ved/varetaget fødsler. Det forhold er der nu focus på, sådan at den studerende i højere grad knytter sig til et fødselsforløb end hun knytter sig til den jordemoder, det var planen hun skulle følge. Det kan igen have negative konsekvenser for den kontinuitet, man iøvrigt forsøger at imødekomme den studerende med, med en vejleder. Som noget forholdsvist nyt er der (omtalt s. 16) ansat en jordemoder til alene at varetage jordemoderarbejdet omkring de kvinder, der skal have foretaget planlagt kejsersnit. Dette fremmer omvendt de studerendes mulighed for først og fremmest at koncentrere sig om fødselsforløbene.

”Maïeutique” er titlen på nogle af undervisningsdagene på jordemoderuddannelsen i Quebec, Canada.⁷ Således skriver en canadisk jordemoder til midwifery-research jiscmail.ac.uk.:

“Maïeutic is a significant part of the curriculum of the "Baccalauréat en pratique sage-femme" that started in Québec (Canada) in 1999. At first, we thought that it was similar to Problem Based Learning (PBL) but after realizing that if we want our students to understand that pregnancy and birth were normal processes, it would be better not to talk about "Problem Based Learning".

Citatet udtrykker en opmærksomhed på at være bevidst om kongruensen mellem form og indhold, og da er det jo netop først og fremmest alt vedrørende det normale, jordemoderen uddannes til at skulle varetage selvstændigt.

En anden jordemoder foretager en interessant kobling mellem maïeutik og ”empowerment”:

“It strikes me that the concept of maïeutic and the concept of empowerment are closely related. (.....) Obviously Socrate knew what he was doing, as a good son of his mother... ”.

Også det canadiske dokument nævner empowerment (bilag 2, andet sidste afsnit):

“Midwifery care involves mutual trust, dialogue and acknowledgement of the fundamental uncertainty and complexity of pregnancy and birth. In that sense, empowerment comes through a process of shared decision making, not through a menu of choises”.

Empowerment er ifølge Vinther-Jensens definition: en aktiv proces, der foregår både imellem og indeni deltagerne. Herved forandres mennesker og kontrollerende systemer på måder, der tilgodeser indflydelse og påvirkningsmuligheder i samfundet. Dette lægger op til at den professionelle er vidensdelende, udfordrer de studerende og stiller spørgsmål (Vinther-Jensen, 2000). Jeg kan dog ikke vide, om den definition er analog med førnævnte jordemoders. Men i den maïeutiske proces er det (også) spørgsmålet der har forrang i dialogen. En dialog, der fremmer intersubjektivitet og deltagelse, hvor

⁷ Indholdet af undervisningsdagene kan læses på følgende website, det dog kun er lykket mig at finde i den franske udgave: https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/pgmw001d?owa_cd_pgm=7055#ACTV

selve processen er målet. At spørgsmålet har forrang lægger tillige op til kritisk tænkning (den ukritiske stiller næppe mange spørgsmål) og medvirker til at holde liv i processen. Ens etiske og individuelle moralske dømmekraft skærpes sammen med evnen til at se verden fra den andens perspektiv - ved netop at sætte spørgsmål ved givne rammer, gemenheder, egne og andres grundantagelser. Dette at jordemoderen viser en åbenhed kunne have en mulig afsmittende effekt på den gravide kvindes genvindelse af troen på og tilliden til den vaginale spontane fødsel. En fødselsmåde, der reelt levner større indflydelsesmuligheder end et kejsersnit. Som sådan synes den maieutiske læreproces ganske relevant for jordemoderuddannelsen, tænkt ind i professionen som en del af en kompleks verden.

7.2. Konkret handlingsperspektiv

Forestiller vi os indikationen ”maternal request” trukket tilbage tror jeg efterspørgslen på kejsersnit vil reduceres. Der ville sandsynligvis samtidig opstå psykiske indikationer at få foretaget kejsersnit på. Men da jeg lige har slået fast (s. 35) at det ikke er den enkelte kvinde der er ”noget i vejen med”, vil en psykisk indikation som evt. stedfortræder for ”maternal request” være misvisende – og blot konstruere en ny gemenhed.

Når en så vigtig begivenhed, som fødslen er, fra faglig side, udlægges som valgmulighed, burde det først ske i det øjeblik, der var klar evidens for at man stod med to lige gode fødselsmetoder for både mor og barn – alle forhold taget i betragtning. Da ville det alene blive en ”temperamentssag” hvad den fødende ville foretrække. Læge/jordemoder ville kunne trække sig lidt længere tilbage i diskussionen, fordi den gravide i det spørgsmål reelt kun selv ville vide, hvad der var bedst, som den interviewede jordemoder er inde på. Fagpersonen ville ikke komme i konflikt med sin faglighed og moral. Spørgsmålet er om vi nogensinde når til en så overbevisende sidestilling af fødsel og kejsersnit.

Focus må i højere grad rettes mod det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i at give den førstegangsfødende en god oplevelse - naturligvis alle fødende, men jeg nævner de førstegangsfødende, da det hovedsagligst er dem med negative oplevelser i bagagen, der ønsker kejsersnit på indikation ”maternal request”. Spørgsmålet er, hvordan vi bliver mere nuancerede i vores tilbud med de midler vi råder over.

Der er i øjeblikket et forum under ”Sandbjerg Guidelines”⁸, bestående af obstetrikere, pædiater og jordemødre, der diskuterer indikationen maternal request ud fra definitions-mæssige og retlige kriterier. Der skal på nationalt plan udarbejdes klarere retningslinier for, hvordan vi skal forholde os til indikationen, så den gravide forhåbentlig undgår al for megen forvirring og divergerende oplysninger fra de kontakter hun har til professionelle. I den forbindelse skal hun informeres om de risici, der er forbundet med et kejsersnit. Sundhedsministeren har besluttet at iværksætte en medicinsk teknologivurdering af kejsersnit i Danmark, så vi på nationalt plan kan dokumentere og vurdere konsekvenserne. Det nærmere design for undersøgelsen kendes endnu ikke.

⁸ Nationalt forum, hvor gynækologiske og obstetriske retningslinier diskuteres og udarbejdes.

En måde at ”løse” problemet omkring informationen på, var at holde både sig selv og parret fast i at den gravide, uanset informationen, får kejsersnittet hvis hun ender med at bibeholde sit ønske. Det giver mere ro over samtalsituationen, når der ikke skal kæmpes om udfaldet og begge parter bliver mere lydhøre. Det vil kunne løsne lidt op for en her-og-nu situation for brugeren, men stadigvæk byde på *særdeles* vanskelige faglige, etiske og moralske overvejelser for fagpersonen (s. 27). Det håber jeg denne opgave har bidraget til en belysning af.

Et eksempel på et konkret handlingsperspektiv er fødselskontrakten fra fødeafdelingen, Hillerød (bilag 6) hvor den gravide skal skrive under på, at hun har modtaget information om risikoen ved et kejsersnit. Lignende kontrakter, der dog ikke er juridisk gyldige, er formuleret eller på vej til at blive det, på andre fødeafdelinger i Danmark.

Relevante faglige organisationer må, med input fra medlemmerne, være vedholdende i deres dialog med politikerne. Ikke for at opnå specifikke regler for hvordan faglighed overfor frit valg af kejsersnit skal håndteres og artikuleres (bilag 2, s.8). Men først og fremmest for at bedre *mulighedsbetingelserne* for en god fødselsoplevelse, hvor retten til omsorg ikke krænkes men anerkendes og efterleves.

En god fødselsoplevelse handler om meget andet end politisk velvilje. Men blev retten til fødselsforberedelse og retten til en jordemoder under hele fødslen sikret ville det øge tilliden til og visheden for, at der politisk, organisatorisk og fagligt var vilje til og bevågenhed overfor at facilitere den fysiologiske proces fødslen er.

Det ville kunne medvirke til at løse nogle problemer for *fremtidigt* gravide, fødende og nyfødte og medvirke til at idéen om ”det gode liv” fremfor ”frygten” bliver vores basis – fra starten på tilværelsen.

Litteratur

Bauman, Z (2004a) *Flydende Kærlighed*. Kbh. Hans Reitzels Forlag

Bauman, Z. (2004b) *Det belejrede samfund*. Kbh. Hans Reitzels Forlag

Bauman, Z. (2003) (1. udg.1988) *Frihed*. Kbh. Hans Reitzels Forlag

Baumann, Z. (2002) *Fællesskab. - En søgen efter tryghed i en usikker verden*. Kbh. Hans Reitzels. Forlag.

Beck, U.(1997) (1. udg. 1988) *Risikosamfundet – på vej mod en ny modernitet*. Kbh. Hans Reitzels Forlag.

Bernstein, P. *Bestil tid til fødsel*. Oversat interview på hjemmesiden: www.jordemoderforeningen.dk (15.06.04)

Flyvbjerg, B. (1992) *Rationalitet og magt – det konkrètes videnskab* Bind 1 Akademisk Forlag. Kbh. 2. opl. pp.69-88.

Gadamer, H.G. (2004) (1. udg. 1960) *Sandhed og metode*. Århus. Systime.

Hammershøj, L. G. (2003) *Selvdannelse og Socialitet. – Forsøg på en socialanalytisk samtidsdiagnose*. Kbh. Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag.

Hjort, K.(2001) *Moderniseringen af den offentlige sektor*. Roskilde Universitets Forlag.

Holler, K. (2004) *1 stk. kejsersnit, tak*. Masterprojekt i Køn og Kultur. Syddansk Universitet.

Honneth, A.(2003) *Behovet for anerkendelse*. Kbh. Hans Reitzels forlag.

Honneth, A. (1994) *Pathologien des Sozialen*. Fischer Taschenbuch Verlag. Frankfurt am Main

[Http://www.InternationalConfederationofMidwives](http://www.InternationalConfederationofMidwives)

Jacobsen, M. H., Carleheden, M.og Kristiansen, S. (2001) *Tradition og fornyelse – en problemorienteret teorihistorie for sociologien*. Aalborg Universitetsforlag.

Jensen, E. B. (2003) *Sundhedspædagogik på indikation: maternal request* 3. semesteropgave. Master i Professionsudvikling. Kbh. Danmarks Pædagogiske Universitet.

Jensen T. (1990) *Sygepleje som etisk know-how - hermeneutik og livsverden, menneskesyn og metode*. In: *Grundlagsproblemer i sygeplejen*. Århus. Forlaget Philosophia.

- Kojève, A (1969) *Introduction to the reading of Hegel*. Cornell University Press.
- Kupferberg, F. (2003). *Kritik, tilpasning, autenticitet og kommunikation – kreativitetsregimer i moderniteten*. In: Dansk Sociologi nr.3, 14. årg. okt. 2003 pp 43-61.
- Kvale, S. (1997) *Interview – en introduktion til det kvalitative forskningsinterview* 8. oplag. Kbh. Hans Reitzels Forlag.
- Mc Queen, David V., (2001) *Strengthening the evidence base for health promotion*. Tidsskriftet: "Health Promotion International" vol. 16 no. 3. pp: 158-179.
- Moos, L., Krejsler, J., og Laursen, P. F. (Red.) (2004). *Relationsprofessioner*. Kbh. Danmarks Pædagogiske Universitets forlag.
- Møller, J. (1996) *Aksjonsforskning i spenningsfeltet mellom politikk og vitenskap*. Nordisk Pædagogik, vol 16, nr. 2. In: Tekster til modul 2 Pædagogisk teori og metode, 2002. Udvalg ved Gorm Hansbøl
- National Collaboration Centre for Women's and Children's health (april 2004) *Caesarean section*. Clinical guideline. Funded to produce guidelines for the NHS by NICE (pp. 37-38).
- Osler, M. (2002) *Fødselshjælpens historie*. Kbh. FADL forlag.
- Schmidt, L-H (2002) *Respekt*. Asterisk no. 7, nov. 2002. Danmarks Pædagogiske Universitet. Kbh.
- Schmidt, L-H (1999) *Diagnosis III. Pædagogiske Forhold*. Danmarks Pædagogiske Universitet. pp:225-281. In: Tekster til modul 2. Pædagogisk teori og metode, 2002 Udvalg ved Gorm Hansbøl.
- Sundhedsstyrelsen. *Lov om patienters retsstilling*. Lov nr. 482 af 01/07/1998 (Gældende)
- Sundhedsstyrelsen (1998) *Svangreomsorg. Retningslinier og redegørelse. Sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselperiode*. Kbh. Komiteen for sundhedsoplysning.
- Sundhedsstyrelsen. *Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger*. Vejledning nr 161 af 16/09/1998.
- Vinther-Jensen, K. (2000) *Empowerment i det sundhedsfremmende arbejde*. In: Tidsskrift for sygeplejeforskning, nr. 2:35-53.
- www.acog.org *Ethical Decision Making in Obstetrics and Gynecology, p. 4 og Surgery and Patient Choice pp. 24-25*.
- Wackerhausen, S. (2002) *Humanisme, professionsidentitet og uddannelse* Kbh. Hans Reitzels Forlag.

Willig, R (2002) *Optionssamfundet* Gæsteforelæsning på Oslo Universitet, Institut for Filosofi. Om anerkendelse i Optionssamfundet. <http://www.sociologi.dk/db/03papers/178.doc>.(aug. 2004)

Willig, R & Petersen, A (2001a): *Fra Anomi til Anerkendelse: Om den øgede fokusering på depressioner og stigningen i forbruget af antidepressiva* pp, 55-73 in: *Distinktion – et tidsskrift for samfundsteori* Nr. 3

Willig, R & Petersen, A.(2001b): *Et interview med Prof. Axel Honneth: Om sociologiens rolle i anerkendelsesteorien* pp, 103-111 in: *Distinktion – et tidsskrift for samfundsteori*. Nr. 3

Wind, H.C (1998) *Anerkendelse*. Et tema i Hegels og moderne filosofi. Århus Universitetsforlag.

Metodelitteratur

Jensen, L. B. (2004) *Fra Patos til Logos*. Roskilde Universitetsforlag.

Rienecker, L. & Jørgensen, P.S. (2002). *Den gode opgave*. Frederiksberg C. Forlaget Samfundslitteratur. 2.udg.

BILAGSFORTEGNELSE

Bilag 1 (side 1)

Forespørgsel til "Midwifery-research.jiscmail.ac.uk"

Bilag 2 (side 2-8)

Sundhedsudvalgets henvendelse til Indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen samt hans kommentarer.

Kommentarerne kan ligeledes findes på:

http://www.ft.dk/Samling/20031/udvtilag/SUU/Almdel_bilag812.htm

Bilag 3 (side 9)

Dokument angående det frie valg mellem fødsel og kejsersnit, udarbejdet i et samarbejde mellem den canadiske forening for obstetrikere og gynækologer og den canadiske jordemoderforening: CAM/ACSF (The Canadian Association of Midwives/Association Canadienne des Sages- Femmes) allies with the society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC). Approved by the Canadian Association of Midwives Board of Directors June, 2004.

Bilag 4 (side 10)

Den nyeste af to nedennævnte undersøgelser af Hodnett, E.D.

<http://www.update-software.com/Abstracts/ab000062.htm> (15.12.04)

<http://www.update-software.com/abstracts/AB003766.htm> (15.12.04)

Bilag 5 (side 11)

National Institute for Clinical Excellence (www.nice.org.uk)

Bilag 6 (side 12-13)

Eksempel på fødselskontrakt fra fødeafdelingen, Hillerød.

-----Original Message-----

From: A forum for discussion on midwifery and reproductive health research. on behalf of Else Broberg Jensen
Sent: Tue 11/9/2004 10:25 AM
To: MIDWIFERY-RESEARCH@JISCMAIL.AC.UK
Cc:
Subject: c-section on demand

Hi everybody

I'm a danish midwife, studying at the Danish University of Education and now writing on my final (I hope...) paper corresponding to a masterdegree in educational and professional development.

My topic is the increasing number of c-sections on demand (maternal request) and my angle to see - and try to understand - the phenomenon as a possible social pathology (theorists: Axel Honneth, Zygmunt Bauman and Ulrich Beck). A thesis in short: It is fear and uncertainty that form the basis of our actions in stead of the idea of a "good life" (e.g. a good experience of giving birth by means of adequate caregiving).

My question to you is: Do any of you know of any research, articles, reviews corresponding to that topic/angle (- verifying or falsifying) ? It's my intention also to look at possible changes and consequences that the social conditions and development (above) may implicate for the midwifery basic care and basic midwife education. Any response, maybe just a few inspiring remarks, that may help me further in the process is very welcome.

Thanks in advance and best regards

Else Broberg Jensen

Indenrigs- og Sundhedsministeriet Dato: Kontor: 2.s.kt. J.nr.: 2004-12171-41 Sagsbeh.: LDN Fil-navn: S 204 (alm. del, bilag 714) komm til henv om kejsersnit.doc
Besvarelse af spørgsmål nr. 204 (Alm. del – bilag 714), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 21. juni 2004

Spørgsmål 204: "Ministeren bedes kommentere vedlagte henvendelse fra jordmoder Else Broberg Jensen?"

Svar: Else Broberg Jensen beskriver, at hyppigheden af kejsersnit er stigende, hvilket dels skyldes ændring af de obstetriske indikationer, dels at mange raske gravide kvinder, der kunne forventes at føde normalt, ønsker at føde ved kejsersnit. Else Broberg Jensen sætter spørgsmålstegn ved det sundhedsfremmende i at få foretaget kejsersnit uden obstetrisk/psykiatrisk/medicinsk indikation, dvs. alene på moderens forlangende. Hun gør ligeledes opmærksom på de økonomiske udgifter ved kejsersnit i forhold til vaginal fødsel, ligesom hun peger på, at der er visse risici forbundet med at få foretaget kejsersnit -også i forhold til efterfølgende graviditeter. Jeg har forelagt henvendelsen for Sundhedsstyrelsen, der oplyser, at det er korrekt, der er sket en stigning i andelen, som føder ved kejsersnit. Frekvensen af kejsersnit er således nu oppe på ca. 20 %. Ifølge Sundhedsstyrelsen er det en udvikling, der ses i hele den rige del af verden, og bl.a. synes at hænge sammen med en ændring i kvindernes holdning til det at føde. Styrelsen bekræfter endvidere, at der er en risiko ved kejsersnit, ligesom tidligere kejsersnit er forbundet med øget risiko for graviditets-/fødselskomplikationer i efterfølgende graviditeter. Det skal dog bemærkes, at der for både mor og barn også kan være risici ved vaginal fødsel. For barnet kan det bl.a. dreje sig om fastsiddende skulder, der kan medføre f.eks. brud på kraveben eller overarm, nerveskader og iltmangel/blødning i hjernen. Fødende kvinder får ikke sjældent læsioner i fødselsvejen (overfladiske eller dybe bristninger i livmoderhals, skede og mellemkød), og herudover er der i forbindelse med vaginal fødsel risiko for forskellige komplikationer, der kan medføre blødning. Disse blødninger kan være livstruende. Jeg kan i øvrigt oplyse, at DRG-taksten for en ukompliceret, vaginal fødsel er ca. 11.000 kr., mens prisen for et planlagt kejsersnit er ca. 23.000 kr. Jeg henviser i øvrigt til mine besvarelser af de følgende spørgsmål 205 - 210.

1 Dato: Kontor: 2.s.kt. J.nr.: 2004-12171-41 Sagsbeh.: LDN Fil-navn: S 204 -10 (alm. del, bilag 714) kejsersnit.flg.doc Folketingets Sundhedsudvalg ./. Vedlagt fremsendes i 70 eksemplarer besvarelse af spørgsmål nr. 204 - 210, (Alm. del - bilag 714), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 21. juni 2004. Med venlig hilsen Lars Løkke Rasmussen / Lene Damgaard Nielsen

Indenrigs- og Sundhedsministeriet Dato: Kontor: 2.s.kt. J.nr.: 2004-12171-41 Sagsbeh.: LDN Fil-navn: S 205 (alm. del, bilag 714) kejsersnit udvikl 91-03.doc
Besvarelse af spørgsmål nr. 205 (Alm. del – bilag 714), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 21. juni 2004

Spørgsmål 205: "Ministeren bedes oplyse, hvordan udviklingen har været i antal kejsersnit på danske fødesteder de sidste 10 år?"

Svar: ./. Jeg har forelagt spørgsmålet for Sundhedsstyrelsen, der på baggrund af vedlagte opgørelse ud fra styrelsens fødselsregister oplyser, at andelen af kejsersnit i forhold til det samlede antal fødsler på landsplan er steget med 56 pct. fra 1991 til 2003, fra 12,4 til 19,4 pct. af alle fødsler. Opgørelsen er fordelt på amter, og det fremgår heraf, at spredningen i kejsersnitsfrekvenserne mellem de enkelte amter er indsnævret med tiden. Yderpunkterne er Bornholms Regionskommune og Viborg Amt, hvor andelen af kejsersnit var henholdsvis 15,5 og 16,9 pct. og Roskilde Amt hvor andelen var 23,5 pct. i 2003. Det er i særlig grad de planlagte kejsersnit, som har været i stigning. Andelen er næsten fordoblet i perioden, hvor de akutte kejsersnits andel af alle fødsler er steget med knap 30 pct. Jeg kan henholde mig til det af Sundhedsstyrelsen oplyste.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet Dato: Kontor: 2.s.kt. J.nr.: 2004-12171-41 Sagsbeh.: LDN Fil-navn: S 206 (alm. del, bilag 714) kejsersnit ændr indikationer.doc
Besvarelse af spørgsmål nr. 206 (Alm. del – bilag 714), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 21. juni 2004

Spørgsmål 206: "Ministeren bedes oplyse, om udviklingen i antal kejsersnit alene kan forklares ud fra ændrede indikationer?"

Svar: Jeg har forelagt spørgsmålet for Sundhedsstyrelsen, der oplyser, at der er ændret indikation ved forløsning af fostre i underkropspræsentation, hvor forløsningsmåden i dag er kejsersnit. Tvillingefødsler, som der er blevet flere af pga. fertilitetsbehandling, vil også som oftest ske ved kejsersnit. Imidlertid kan udviklingen i antallet af kejsersnit *ikke* alene forklares ved ændrede indikationer. Sundhedsstyrelsen bemærker, at tidligere kejsersnit ofte vil være en medvirkende indikation til et nyt kejsersnit. En høj kejsersnitsfrekvens er således selvforstærkende. Jeg kan henholde mig til det af Sundhedsstyrelsen oplyste.

4 **Indenrigs- og Sundhedsministeriet** Dato: Kontor: 2.s.kt. J.nr.: 2004-12171-41 Sagsbeh.: LDN Fil-navn: S 207 (alm. del, bilag 714) kejsersnits smh med fødselsforberedelse.doc

Besvarelse af spørgsmål nr. 207 (Alm. del – bilag 714), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 21. juni 2004

Spørgsmål 207: "Ministeren bedes oplyse, om der er sammenhæng mellem antal kejsersnit i procent af fødende og omfanget af tilbud til fødselsforberedelse på de enkelte fødesteder?"

Svar: Jeg har forelagt spørgsmålet for Sundhedsstyrelsen, der oplyser, at man vil forvente en nemmere fødsel med færre indgreb hos en kvinde, der er fysisk og psykisk forberedt, men at der ikke er undersøgelser, der dokumenterer en sammenhæng mellem omfanget af tilbud om fødselsforberedelse og andel, der får kejsersnit. Der er ifølge oplysninger fra Sundhedsstyrelsens sagkyndige ikke forskel på kejsersnitsfrekvensen på fødesteder, hvor der tilbydes fødselsforberedelse, og hvor der ikke tilbydes fødselsforberedelse.

5 **Indenrigs- og Sundhedsministeriet** Dato: Kontor: 2.s.kt. J.nr.: 2004-12171-41 Sagsbeh.: LDN Fil-navn: S 208 (alm. del, bilag 714) kejsersnit og alder.doc

Besvarelse af spørgsmål nr. 208 (Alm. del – bilag 714), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 21. juni 2004

Spørgsmål 208: "Ministeren bedes oplyse, om der er sammenhæng mellem alder og antal kejsersnit, så f.eks. ældre eller yngre kvinder står for procentvis flest kejsersnit?"

Svar: ./. Jeg har forelagt spørgsmålet for Sundhedsstyrelsen, der jf. vedlagte tabel oplyser, at der er tendens til en større kejsersnitsandel i de ældre aldersgrupper. I tabellen er antal kejsersnit opgjort i forhold til det samlede antal fødsler pr. aldersgruppe. Tabellen er udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsens fødselsregister. Tabellen viser endvidere, at der generelt er en stigende andel af kejsersnit i alle aldersgrupper, så der er ikke grundlag for at tilskrive den stigende kejsersnitsfrekvens den stigende gennemsnitsalder for de fødende. Ifølge Sundhedsstyrelsen bekræftes dette også af artikel i Ugeskrift for læger (2003; 165:4421-3), hvori det afvises, at stigende alder generelt kan forklare den stigende kejsersnitsfrekvens. En analyse viste, at kun 1,1 pct. af variationen kan forklares ved alder, mens resten må forklares af andre faktorer. Jeg kan henholde mig til det af Sundhedsstyrelsen oplyste.

6 **Indenrigs- og Sundhedsministeriet** Dato: Kontor: 2.s.kt. J.nr.: 2004-12171-41 Sagsbeh.: LDN Fil-navn: S 209 (alm. del, bilag 714) kejsersnit, frit valg af.doc

Besvarelse af spørgsmål nr. 209 (Alm. del – bilag 714), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 21. juni 2004

Spørgsmål 209: "Ministeren bedes oplyse, om der findes fødesteder, hvor de fødende frit kan vælge, om de vil have kejsersnit?"

Svar: Jeg har forelagt spørgsmålet for Sundhedsstyrelsen, der har oplyst følgende. "Principielt tilbyder ingen fødesteder kejsersnit uden indikation, og det er lægen, der er ansvarlig for tilbudt behandling. Hvis en kvinde fremsætter ønske om at føde ved kejsersnit, selvom der ikke er en lægelig begrundelse herfor, sættes hun sædvanligvis til samtale hos fødselslægen, hvor hun informeres om de risici kejsersnit medfører sammenlignet med almindelig fødsel. Man søger endvidere at finde ud af årsagen til, at kvinden kun vil føde ved kejsersnit. Man søger evt. at lave en kontrakt med hende om, at hun er sikret en meget effektiv smertelindring (epidural blokade), eller at hun i tilfælde af udtrykket

forløb kan få kejsersnit. Hvis kvinden ikke kan overtales til at forsøge en almindelig fødsel, vil hun få kejsersnit. Obstetrikernes videnskabelige selskab er meget optaget af det stigende antal gravide, som kræver kejsersnit, selvom de godt kunne føde normalt (maternal request), og hvordan man skal forholde sig til det. Det er for det første meget vanskeligt at yde fødselshjælp til en kvinde, der nægter at være med. For det andet vil afslag på kejsersnit straks medføre, at den gravide forlanger indgrebet udført på et andet fødested (det frie sygehusvalg). Det er derfor helt nødvendigt med en fælles holdning på alle fødesteder. Nogle gange vil et tilsyneladende ubegrundet krav om kejsersnit skyldes lettere psykiske problemer eller angst. Det sidste måske som følge af manglende fødselsforberedelse og utilstrækkelig information om fx muligheder for smertelindring og om risici ved hhv. vaginal fødsel og sektio. Det er fagfolkene, der definerer, hvad der forstås ved psykisk indikation." Jeg kan henholde mig til det af Sundhedsstyrelsen oplyste.

7 **Indenrigs- og Sundhedsministeriet** Dato: Kontor: 2.s.kt. J.nr.: 2004-12171-41 Sagsbeh.: LDN Fil-navn: S 210 (alm. del, bilag 714) kejsersnit, bremse udvkl i.doc

Besvarelse af spørgsmål nr. 210 (Alm. del – bilag 714), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 21. juni 2004

Spørgsmål 210: "Ministeren bedes oplyse, om ministeren har planer om at bremse udviklingen i antallet af kejsersnit?"

Svar: Det er min opfattelse, at ordination af kejsersnit er en lægelig beslutning, der træffes på et fagligt grundlag, dvs. der skal være en indikation – en faglig motivering baseret på en afvejning af fordele og ulemper – for at foretage indgrebet. Jeg har ikke planer om at blande mig i lægernes kompetence til at bestemme behandlingsformen i det enkelte fødselsforløb. Det forekommer dog hensigtsmæssigt, såfremt man fra lægefaglig side kan opnå en fælles holdning på området. Jeg vil i øvrigt gerne understrege vigtigheden af, at de gravide i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens retningslinier om svangreomsorgen får et tilstrækkeligt tilbud om fødselsforberedelse, hvor bl.a. den gravides forventning og forestilling om smerter drøftes, herunder hvordan smerteoplevelsen kan håndteres under fødslen, og hvor hun orienteres grundigt om både medicinske og andre metoder til smertelindring. Sundhedsstyrelsen har i januar i år indskærpet de faglige anbefalinger på området over for amterne, hvilket jeg forventer, de følger op på.

CAM/ACSF
CANADIAN ASSOCIATION OF MIDWIVES
ASSOCIATION CANADIENNE DES SAGES-FEMMES

Position Statement on Elective Cesarean Section

The Canadian Association of Midwives (CAM) allies with the society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC) by stating that vaginal birth is clearly the safest birth for most women and babies, and that caesarean surgery on demand will have disastrous social and financial consequences for health internationally. CAM advocates safe, sensitive care within a health system that maximizes women's ability to have a normal physiologic labour and birth. We agree with the position taken by Canadian and international midwifery and citizen organizations, that resources are needed to support continuity of care, one to one care in labour and increased access to midwifery services.

The debate around c-section on demand raises deep concerns for midwives about the persistent increase in obstetrical interventions and surveillance technologies used for pregnancy and birth. In many cases the increase is occurring without regard for substantiating data and despite efforts by professional organizations and consumer groups to curb rates of intervention which are not supported by evidence. This trend both reflects and serves to construct a mechanical and fragmented vision of the body and birth and also of the pregnant woman and her unborn baby. It is a product of our society's "culture of fear" around childbirth and demonstrates the extent to which the "epidemic of risk" is reflected in maternity care.

Presenting interventions such as c-section as "options" puts maternity care providers and women in a consumerist relationship, and treats childbirth as a problem to be solved rather than a process to be respected. The importance of the social and cultural aspects of birth is supported by a broad humanistic discourse in the scholarly and public literature. Moreover, strong scientific evidence supports a low intervention approach. Vaginal birth is not "an option". It is a complex, highly developed physiologic process that deserves our fundamental respect. It is the role of midwifery and medicine to understand, promote, and facilitate physiologic processes, and to intervene only when necessary.

The benefits of caesarean section and certain obstetrical interventions for specific problem situations are irrefutable. However, widespread use of intervention and technology creates fear and doubt about the adequacy of the female body, and reinforces distrust about the reproductive powers of women. When women request interventions that are not medically indicated, and when professionals offer unnecessary technology rather than support and reassurance, it may simply be an expression of those doubts. These requests can also be seen as a reflection of a system greatly in need of improving its ability to provide sensitive, supportive care in childbirth. The research on caesarean section by request clearly shows that anxiety and fear play a major role and that these factors can be addressed by more effective means than by surgery. Offering all women the choice of caesarean section is not safe and not ethical.

Midwives work in a model of care that supports the development of relationship. The potential for empowerment through "informed choice" is much more than a neutral offer of choice. Midwifery care involves mutual trust, dialogue and acknowledgement of the fundamental uncertainty and complexity of pregnancy and birth. In that sense, empowerment comes through a process of shared decision making, not through a "menu" of choices.

For women, families, midwives and for many other maternity care providers, childbirth is a deeply meaningful event. As a multidimensional life experience, its significance and symbolism touch the core of every society and every culture. Embedded in a historical and socio-cultural context, childbirth is far more than a medical event. As professionals, midwives consider the individual woman within her life context, and take into account factors that affect her overall health. Health policy must also take into account the societal implications affecting health as a common good. To build maternity care that is truly women centered will require beginning with the fundamentals: trusting women and supporting their ability to trust themselves, their bodies and the birth process.

Approved by the Canadian Association of Midwives Board of Directors June, 2004

CAM acknowledges with gratitude the work of contributing authors Vicki Van Wagner RM, Celine Lemay SF & Jennifer Stonier SF

Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review)

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C
ABSTRACT

[Order full review](#)

[View and/or submit comments](#)

[What's new in this issue](#)

[Search abstracts](#)

[Browse alphabetical list of titles](#)

[Browse by Review Group](#)

A substantive amendment to this systematic review was last made on 09 May 2003. Cochrane reviews are regularly checked and updated if necessary.

Background: Historically, women have been attended and supported by other women during labour. However, in recent decades in hospitals worldwide, continuous support during labour has become the exception rather than the routine. Concerns about the consequent dehumanization of women's birth experiences have led to calls for a return to continuous support by women for women during labour.

Objectives: Primary: to assess the effects, on mothers and their babies, of continuous, one-to-one intrapartum support compared with usual care. Secondary: to determine whether the effects of continuous support are influenced by: (1) routine practices and policies in the birth environment that may affect a woman's autonomy, freedom of movement, and ability to cope with labour; (2) whether the caregiver is a member of the staff of the institution; and (3) whether the continuous support begins early or later in labour.

Search strategy: We searched the Cochrane Pregnancy and Childbirth Group trials register (30 January 2003) and the Cochrane Central Register of Controlled Trials (The Cochrane Library, Issue 1, 2003).

Selection criteria: All published and unpublished randomized controlled trials comparing continuous support during labour with usual care.

Data collection and analysis: Standard methods of the Cochrane Collaboration Pregnancy and Childbirth Group were used. All authors participated in evaluation of methodological quality. Data extraction was undertaken independently by one author and a research assistant. Additional information was sought from the trial authors. Results are presented using relative risk for categorical data and weighted mean difference for continuous data.

Main results: Fifteen trials involving 12,791 women are included. Primary comparison: Women who had continuous intrapartum support were less likely to have intrapartum analgesia, operative birth, or to report dissatisfaction with their childbirth experiences. Subgroup analyses: In general, continuous intrapartum support was associated with greater benefits when the provider was

not a member of the hospital staff, when it began early in labour, and in settings in which epidural analgesia was not routinely available.

Reviewers' conclusions: All women should have support throughout labour and birth.

Citation: Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

This is an abstract of a regularly updated, systematic review prepared and maintained by the Cochrane Collaboration. The full text of the review is available in *The Cochrane Library* (ISSN 1464-780X).

The Cochrane Library is designed and produced by [Update Software Ltd](#), and published by John Wiley & Sons Ltd.

Det britiske National Institute of Clinical Excellence (NICE) offentliggjorde i april i år et sæt kliniske retningslinjer for kejsersnit. En ekspertgruppe har sammenlignet litteraturen om kejsersnit og vaginal fødsel.

Kejsersnit giver øget risiko for:

Abdominalsmerter

Skader på blæren

Skader på livmoderen

Behov for yderligere indgreb

Bortoperation af livmoderen

Indlæggelse på intensivafdeling

Blodpropper

Længere indlæggelse

Genindlæggelse

Moderens død

Åndedrætsbesvær hos den nyfødte

Fosterdød ved fremtidige graviditeter

Forliggende moderkage ved fremtidige graviditeter

Skader på livmoderen ved fremtidige graviditeter

Mistet evne til at blive gravid igen

Kejsersnit giver mindre risiko for:

Smerter i mellemkødet

Inkontinens

Nedsynkning af underlivet

Kilde: National Institute of Clinical Excellence (NICE)

Bilag 6 mangler

Om bilag 6:

Et eksempel på et konkret handlingsperspektiv er fødselskontrakten fra fødeafdelingen, Hillerød (bilag 6) hvor den gravide skal skrive under på, at hun har modtaget information om risikoen ved et kejsersnit. Lignende kontrakter, der dog ikke er juridisk gyldige, er formuleret eller på vej til at blive det, på andre fødeafdelinger i Danmark.