

Lisbeth B. Knudsen og Karin Helweg-Larsen

En ændret fødselspolitik?

Artiklen beskriver udviklingen i fødselssituationer, og hvorledes denne udvikling hænger sammen med den officielle fødselspolitik. Der beskrives de retningslinier for svangerskabshygiejne og fødselshjælp, som har været gældende på området fra 1976. Desuden gennemgås en del af den kritik, der har været rettet mod fødselspolitikken, bl.a. fra forældreorganisationer, og der afsluttes med en vurdering af, hvilken betydning denne kritik har haft for den aktuelle ændring af retningslinierne.

Udviklingen i fødselsteknologi og ændringen i fødesituationen er gået hurtigt og blevet kraftigt debatteret de senere år.

For 15 år siden blev mere end 1/4 af børnene født hjemme eller på klinik. Nu fødes 99% på hospital, heraf mere end 2/3 på specielle fødeafdelinger med specialuddannede læger og avanceret teknisk udstyr til rådighed. Samtidig er børnedødeligheden omkring fødslen mere end halveret fra 1970-83 og er nu kun 8-9 pr. 1000. Men i 1981 blev mere end 1/5 af de nyfødte hjulpet til verden ved hjælp af sugekop eller ved hjælp af kejsersnit.

Udviklingen af teknologi, der er rettet mod selve fødselssituationen eller diagnosticering af sygdomme eller misdannelser hos fosteret før fødslen, har fremtvunget en diskussion af fundamentale etiske og moralske begreber og kan kræve en vanskelig stillingtagen hos den enkelte kvinde.

Den almindelige sygdomsopfattelse er oftest baseret på „apparatfejlmодellen“, mens der mangler en positiv formulering af mål for sundhedsvæsenet. I fødselspolitikken er målet formuleret således: lille børne- og mødredødelighed og -sygelighed, og der kan ses en tilbøjelighed til at understrege sygdomsrisikoen under graviditeten og faren ved selve fødslen fremfor at betone det normale i graviditeten.

I denne artikel vil blive beskrevet hovedlinier i den danske fødselspolitik, som i denne sammenhæng omfatter både de formelle regulativer, den organisatoriske og den institutionelle udbygning, samt den aktuelle praksis i forbindelse med undersøgelser af gravide, fødselens forløb og behandlingen både i barselsperioden og tiden efter fødslen.

Fødselspolitikken omfatter således de holdninger til graviditet og fødsel, som findes både hos befolkningen og hos de personalegrupper i sundhedsvæsenet, som møder kvinden, barnet og den øvrige familie i forbindelse med fødslen.

Artiklen indledes med en kort beskrivelse af den historiske udvikling af fødselspolitikken. Derefter beskrives de nugældende forordninger om svangerskabshygiejne og fødselshjælp, med hovedvægt på de bagvedliggende principper. Dette fører over i en gennemgang af reaktioner blandt kvinder, enten i form af dannelse af græsrodsorganisationer eller i form af fagligt rettet kritik og et forsøg på at vurdere,

Lisbeth B. Knudsen og Karin Helweg-Larsen

En ændret fødselspolitik?

Artiklen beskriver udviklingen i fødselssituationer, og hvorledes denne udvikling hænger sammen med den officielle fødselspolitik. Der beskrives de retningslinier for svangerskabshygiejne og fødselshjælp, som har været gældende på området fra 1976. Desuden gennemgås en del af den kritik, der har været rettet mod fødselspolitikken, bl.a. fra forældreorganisationer, og der afsluttes med en vurdering af, hvilken betydning denne kritik har haft for den aktuelle ændring af retningslinierne.

Udviklingen i fødselsteknologi og ændringen i fødesituationen er gået hurtigt og blevet kraftigt debatteret de senere år.

For 15 år siden blev mere end 1/4 af børnene født hjemme eller på klinik. Nu fødes 99% på hospital, heraf mere end 2/3 på specielle fødeafdelinger med specialuddannede læger og avanceret teknisk udstyr til rådighed. Samtidig er børnedødeligheden omkring fødslen mere end halveret fra 1970-83 og er nu kun 8-9 pr. 1000. Men i 1981 blev mere end 1/5 af de nyfødte hjulpet til verden ved hjælp af sugekop eller ved hjælp af kejsersnit.

Udviklingen af teknologi, der er rettet mod selve fødselssituationen eller diagnosticering af sygdomme eller misdannelser hos fosteret før fødslen, har fremtvunget en diskussion af fundamentale etiske og moralske begreber og kan kræve en vanskelig stillingtagen hos den enkelte kvinde.

Den almindelige sygdomsopfattelse er oftest baseret på „apparatfejlmодellen“, mens der mangler en positiv formulering af mål for sundhedsvæsenet. I fødselspolitikken er målet formuleret således: lille børne- og mødredødelighed og -sygelighed, og der kan ses en tilbøjelighed til at understrege sygdomsrisikoen under graviditeten og faren ved selve fødslen fremfor at betone det normale i graviditeten.

I denne artikel vil blive beskrevet hovedlinier i den danske fødselspolitik, som i denne sammenhæng omfatter både de formelle regulativer, den organisatoriske og den institutionelle udbygning, samt den aktuelle praksis i forbindelse med undersøgelser af gravide, fødselens forløb og behandlingen både i barselsperioden og tiden efter fødslen.

Fødselspolitikken omfatter således de holdninger til graviditet og fødsel, som findes både hos befolkningen og hos de personalegrupper i sundhedsvæsenet, som møder kvinden, barnet og den øvrige familie i forbindelse med fødslen.

Artiklen indledes med en kort beskrivelse af den historiske udvikling af fødselspolitikken. Derefter beskrives de nugældende forordninger om svangerskabshygiejne og fødselshjælp, med hovedvægt på de bagvedliggende principper. Dette fører over i en gennemgang af reaktioner blandt kvinder, enten i form af dannelse af græsrodsorganisationer eller i form af fagligt rettet kritik og et forsøg på at vurdere,

hvilken indflydelse disse reaktioner har haft på fødselssituationerne.

Da der i 1984-1985 er påbegyndt en ændring i de formelle rammer, som kan betyde en indholdsmæssig helt ændret praksis i svangerskabs- og fødselspolitikken, vil der blive gjort en del ud af at beskrive det forløb, som har ført til denne ændring og artiklen vil blive afsluttet med en vurdering af mulighederne under det nye regelsæt.

Historisk udvikling

Det har altid været kvindernes opgave at føde og at hjælpe andre fødende. De kvinder, der hjalp ved fødslerne, havde selv født børn, og det var ikke forundt mænd eller andre kvinder overhovedet at vide noget om fødsler. Skikken med at de implicerede ikke måtte fortælle noget, og de udelukkede ikke måtte vide noget, holdt sig i de danske landsogne helt ind i vort århundrede.

Den „fødselskunst“, som de mange hjælpekoner udøvede sammen med jordemødrene, blev betragtet som utilstrækkelig af den fremvoksende lægevidenskab. Allerede i Danske Lov (1683) bestemtes, at lægerne skulle undervise jordemødre i fødselsvidenskab. Med jordemoderforordningen af 1714, som kom til at gælde i 200 år, blev det yderligere bestemt, at jordemoderen ikke måtte praktisere, før hun havde bestået en eksamen, der var forestået af læger.

Tidligere havde belæringen og undervisningen af jordemødrene været pålagt en anden gruppe mænd, idet præsterne efter reformationen var blevet pålagt at undervise jordemødrene, ikke i fødselshjælp, men i kristendomskundskab. Både moderen og hendes nyfødte barn blev betragtet som urene, indtil de havde været i kirke, og de var ekstra modtagelige for djævelske påvirkninger, hvis jordemoderen ikke var en god og pålidelig kristen.

Lægerne, og det var dengang udelukkende mænd, kom ind på fødselsområdet med en naturvidenskabelig baggrund, drivkraft og interesse. Fødslen og kvindens krop var noget ukendt, der kunne studeres, og undervisning i fødselsvidenskab opstod. Den første fødselsinstitution blev oprettet i København i 1757 (Fødselsstiftelsen) og havde det blandede formål at hjælpe enlige kvinder, der skulle føde og tilvejebringe „undervisningsmateriale“ for de lægestuderende (Christmas-Møller, 1984).

Det var dog stadig primært jordemoderen, der var hjælperen ved fødslen, ligesom hun dengang som nu var ansvarlig for indberetning af fødslen.

I 1945 fik alle gravide i Danmark ret til et antal gratis læge- og jordemoderundersøgelser med den erklærede hensigt at forebygge dødelighed og sygelighed hos både mor og barn. Samtidig udbyggedes sundhedsplejersketilsynet og samarbejdet mellem lægen på den ene side og jordemoder/sundhedsplejerske på den anden side blev etableret. Det er dette samspil, der stadig findes, blot med den ændring, at der nu er en specialafdeling inde i billedet, således at lægen i almen praksis (familie-lægen) „konkurrerer“ med hospitalslægen om den lægelige side af svangreprofylaksen og fødslen, mens jordemoderen, når hun arbejder indenfor sygehuset, er underlagt en lægelig kompetence.

Siden 1945 er der sket mange ændringer omkring svangreprofylaksen og fødselshjælpen, ligesom de samfundsmæssige vilkår for kvinderne har undergået store

forandringer. Erhvervsfrekvensen har været stigende blandt kvinder, også blandt de, der har små børn, og den hjemmegående mor er ikke så almindelig mere. Børnene planlægges, både med hensyn til antal og afstand, ud fra overvejelser om parforhold, økonomi, uddannelse og arbejde (Bertelsen, 1981).

I dag har to trediedele af de fødende højst eet svangerskab bag sig, og det er blevet mere udbredt, at graviditet afbrydes med en provokeret abort. I 1982 oplyste 1/3 af de kvinder, der fik provokeret abort, at de ingen børn havde i forvejen (Knudsen, 1983). For mange kvinder er det derfor første gang, de skal føde og mange af deres nære veninder har heller ingen børn. På blot 10 år er andelen af de 25-årige der har børn, faldet fra 65 % til 46 % i 1983.

Den teknologiske udvikling er også gået stærkt indenfor fødselsområdet. Ud over udviklingen af obstetrisk overvågningsapparaturl findes der nu mange undersøgelsesteknikker, der rettes mod diagnosticering af sygdomme allerede i fostertilstanden.

Der er i nogle tilfælde tale om avanceret teknologi, i andre om relativt simple undersøgelsesteknikker. Men fælles for disse teknikker er, at de stort set af alle betragtes som rimelige, når det drejer sig om kvinder, der har særlig høj risiko for den pågældende lidelse (– hvis man f.eks. har født et mongolbarn en gang er der øget risiko for også at gøre dette ved en efterfølgende fødsel) – men diskussionen om anvendelsen blusser ofte op, når der tales om indførelse af generel screening af alle gravide.

Der kan nævnes ultralydsundersøgelse, hvorved man forsøger tidlig bestemmelse af graviditetens længde og senere kan opdage eventuelle grovere misdannelser, – fostervandsprøve, hvorved man kan identificere specielt kromosomale sygdomme, – forskellige analyser på blodprøver og andre teknikker, hvor et negativt fund betyder, at kvinden skal beslutte om hun vil fortsætte graviditeten eller få en provokeret abort.

Der findes ikke tal for anvendelse af ultralydsundersøgelse på landsplan. Men vi ved, at omkring 10% af de gravide får foretaget fostervandsprøve, varierende fra mindre end 2% blandt kvinder under 25 år til mere end 70% blandt gravide over 35 år, og alle disse udtagninger af fostervand foretages med en samtidig ultralydsundersøgelse (Vitalstatistik I:10:1984). I en nylig repræsentativ undersøgelse har man fundet, at 70% af de interviewede kvinder havde fået ultralydsundersøgelse, uden samtidig fostervandsprøve. Halvdelen af disse fik mere end en undersøgelse (Kamper-Jørgensen et al., 1985)

I selve fødselssituationen er anvendelsen af indgreb steget. Mere end 40% af de fødende bliver klippet i mellemkødet under fødslen og hyppigheden af kejsersnit er på landsplan ca. 12%, men varierer mellem amtskommunerne fra 8% til 17%.

I 1950 fødtes 60% hjemme, 1970 stadig 13%, mens hospitalsfødslerne først fra 1960'erne tegner sig for et betydeligt antal. I 1983 har kun 0,5% født hjemme. I 1974 fødtes 56% på en specialafdeling, i 1983 knap 80%, dog med betydelig amtskommunal variation. Fra næsten 100% i Københavns amt, til næsten 0 i Bornholms amt, hvor der ingen specialafdelinger findes, men hvor kvinderne kan føde på Rigshospitalet (4-5%). Kvindernes valgfrihed med hensyn til fødested er således i visse amtskommuner rent illusorisk.

Hvorledes er udviklingen kommet så vidt?

De nuværende retningslinjer for svangrehygiejne og fødselshjælp

Det regelsæt, der på nuværende tidspunkt findes omkring svangerskabshygiejne og fødselshjælp er fra 1976¹. Det kan betragtes som et formaliseret udtryk for de strømninger og holdninger, der er beskrevet ovenfor. Målsætningen er stadig den samme: Forebyggelse og forhindring af dødelighed og sygelighed omkring fødslen, både for mor og barn.

Svangrehygiejne og fødselshjælpen hører, ligesom det øvrige sundhedsvæsen i Danmark, under Indenrigsministeriet. Den konkrete udformning af området er under de enkelte amtskommuners (og Københavns og Frederiksberg kommuners) ansvar. Hver amtsgemeinde skal udarbejde en organisationsplan for området, en såkaldt „fødeplan“, som skal godkendes af Indenrigsministeriet efter høring af sundhedsstyrelsen og forhandling med sygehusrådet.

Fastlæggelse af de faglige retningslinier for fødselshjælpen sker (ligesom indenfor andre dele af sundhedsvæsenet) i sundhedsstyrelsen og med baggrund i lov nr. 282 af 7. juni 1972 om svangerskabshygiejne og fødselshjælp, udsendes i 1976 „Retningslinier for svangerskabshygiejne og fødselshjælp“ (i det følgende kaldt retningslinierne) (Sundhedsstyrelsen, 1976).

Retningslinierne angiver hovedprincipper for visitationen af de gravide og fødende kvinder, d.v.s. principper for, hvorledes disse skal fordeles til undersøgelse og evt. behandling og fødsel på de forskellige typer af fødesteder, der findes i amtsgemeinden.

Her skal beskrives nogle hovedlinier, som er væsentlige for en forståelse af de græsrodsreaktioner og faglige reaktioner, der har været på retningslinierne samt den aktuelle ændring. Med hensyn til detaljer i retningslinierne henvises direkte til disse.

Det ene væsentlige princip i retningslinierne er et eksplicit ønske om en øget institutionalisering af fødslerne. Udbygningen af det sekundære sundhedsvæsen (sygehussektoren) var i gang og medførte også et øget antal gynækologiske/obstetriske senge, men trods dette blev i 1970 stadig kun halvdelen af børnene født på en egentlig fødeafdeling (en specialafdeling) og ca. en fjerdedel på almindelige kirurgiske afdelinger.

Selvom man i retningslinierne understregede kvindernes ret til selv at vælge fødested, formuleredes det obstetriske ønske således: at „enhver kvinde, der har ønske derom, får mulighed for at føde sit barn udenfor hjemmet (på sygehus eller godkendt klinik)“. Man ønskede at skabe et „begyndelsesgrundlag for en udvikling, som på længere sigt kan tænkes, og som efter den obstetriske sagkundskabs opfattelse er ønskelig, henimod en ordning, hvorefter der bliver mulighed for, at enhver fødsel kan foregå på specialafdeling“ (Sundhedsstyrelsen, 1976: 16).

Det andet væsentlige princip er, at man, for at sikre, at de rigtige kvinder kom til at føde der, hvor den største obstetriske sagkundskab var, definerede en række forhold, der kunne betyde øget risiko („risikogrupper“) og som enten under graviditeten eller ved selve fødslen burde foranledige, at kvinden blev henvist til undersøgelse på en specialafdeling, hvor man så kunne tage stilling til det videre forløb.

Begrebet „risikogrupper“ kan ses som eksponent for den lægevidenskabelige interesse i at afdække sygelige forhold for at sikre en mindsket sygelighed og

dødelighed.

Risikogrupperingen er blevet kritiseret for at være begrænset, idet man overvejende behandler medicinske forhold. De sociale- og arbejdsmæssige forhold indgår kun i 1 ud af de 30 grupper på trods af at betydningen af disse forhold blev fremhævet i retningsliniernes verbale afsnit om „Fødselshjælpens problemer i hovedtræk“ på følgende måde: „En generel forbedring af de social-økonomiske betingelser i samfundet er formentlig den bedste mulighed for at forbedre obstetrikens resultater i fremtiden“. (Sundhedsstyrelsen, 1976: 42).

Der lægges i retningslinierne heller ikke op til inddragelse af den øvrige familie. Svangreprofylaksen handler om kvinden og barnet, med hovedvægten lagt på grundige læge- og jordemoderundersøgelser for at forhindre udvikling af sygelige tilstande og opdage tegn på disse så tidligt, at en evt. behandling kan sættes ind. Desuden koncentrerer ressourcerne til fødslen, hvor en maksimal obstetrisk hjælp er til rådighed, mens kvindens og familiens behov i efterfødselsperioden ikke tilgodeses.

Gennemførelse af loven om svangerskabshygiejne og fødselshjælp har medført store ændringer både rent organisatorisk, fagligt og konkret i fødselssituationen.

At ansvaret blev lagt i de dengang relativt nye amtskommuner har medført udvikling af et tværfagligt samarbejde omkring visitationsordninger og planlægning. Jordemødrenes roller blev omdefinert, idet de med loven blev offentligt ansat og samlet i jordemodercentre, ofte placeret på eller i nær tilslutning til sygehus. Ansvaret for en fødsel er nu lægens, idet jordemoderens kompetence og tilladelser til at foretage f.eks. smertelindring og indgreb under en fødsel er begrænset i sundhedsstyrelsens cirkulære om jordemødre².

Fra at være selvstændigt privatpraktiserende, er jordemødrene således blevet flyttet ind i hospitalsregi; et forhold, der formentlig har påvirket de ny jordemødre meget.

Ændringer i kvindernes situation

Som tidligere nævnt er gennemførelsen af retningslinierne sket i en periode, hvor der har været et fortsat fald i fødselstallet og hvor mulighederne for at planlægge børnefødslerne er steget. Tilgængeligheden af sikre præventionsmidler og retten til provokeret abort gør det muligt at fravælge børn. Men det betyder også, at når der er truffet beslutning om at få et barn, forventes det, at alt går godt, og at barnet er sundt.

Det har ikke altid været kvindens ønske, at det barn, hun føder, skulle overleve. Tidligere tiders mangel på præventionsmidler og ofte hårde sociale vilkår for familier med store børneflokke kunne gøre en graviditet uønsket og barnets død til en lettelse. Men der er i dag en fundamentalt anden holdning til de få børn, kvinderne vælger at få. Alt skal gå godt og børnene skal være uden misdannelser og selvfølgelig overleve. Samtidig er der lige så store forventninger til livet med barnet, dets opvækst og udvikling, selvom disse forventninger senere kan vise sig vanskelige at indfri.

Og hvad betyder så det i denne sammenhæng?

Det kan antyde nogle forklaringer på den modsætning, der er mellem på den ene

side den voksende kritik af en omfattende sygeliggørelse af kvindernes naturlige kropsfunktioner, herunder også graviditets- og fødselssituationer og på den anden side de gravides almindelige villighed til at gennemgå de stadig mere teknologisk udviklede undersøgelsesprocedurer gennem graviditeten (Kastrup m.fl., 1984).

Det kunne formodes, at den udbredte accept af den megen fødselsteknologi afspejlede, at debatten kun førtes af en ganske lille gruppe kvinder. Eller det kunne hænge sammen med, at der er så ringe kvinde-til-kvinde formidling af fødselserfaringer, at man skal have været igennem hele fødselsprocessen selv, før indholdet i debatten bliver virkeligt, og før man selv får interesse for at præge den videre.

Knap 3% af de fødende i en nylig undersøgelse karakteriserede sig selv som „aktive“ i fødselsdebatten, men 75% „fulgte med“, hvilket ikke tyder på, at problemstillingerne er helt nye for kvinderne, der kommer til undersøgelse (Kamper-Jørgensen m.fl., 1985).

Det spiller formentlig en stor rolle, at kvinderne er blevet så vant til at planlægge deres liv og er indstillet på, at det er *nu* de skal have et barn, når de endelig har truffet beslutningen, at de villigt accepterer alle de „forebyggende“ undersøgelser. Villigheden til at acceptere de mange undersøgelser må også bygge på den iboende angst for at barnet dør, for at gøre noget forkert, – en følelse som altid har været i kvinder samtidig med følelsen af det voksende barn og de mange processer, som fandt sted i kroppen.

Men villigheden kan også være udtryk for, at det, der fra sundhedsvæsenet skal være et *tilbud* til kvinden, oftest af kvinderne selv opfattes som *rutine*, en hospitalspraksis, man ikke uden videre kan sige nej til.

Den norske sociolog Lise Kjølørød har i forbindelse med en analyse af jordemoderens rolle i svangreprofylaksen i Norge behandlet „verstefallstenkningen“ (Kjølørød, 1983). Hvem tør argumentere mod en læge, som frygter „det værste“ – et dødt barn?, spørger Lise Kjølørød. Hvem tør sige nej til undersøgelser, der kan sikre et levende barn? Hvilken gravid kvinde tør tage ansvar for at sige nej til det, lægen mener er bedst for barnet?

Og hvis det så går galt alligevel, på specialafdelingen, så har kvinden jo sørget for bedst mulige betingelser. Hun har gjort, hvad hun kunne. Nogle børn vil altid dø i forbindelse med fødslen, men vort liv er ikke forberedt til disse dødsfald. Når kvinden går ind ad porten til sygehuset fralægger hun en del af sit eget ansvar og overlader vigtige beslutninger til lægen – beslutninger, som ikke blot vedrører selve fødselssituationen, men har konsekvenser for familien fremover.

To generationer med få fødsler og en samtidig hastig teknologisk udvikling på sygehusene gør, at der ikke som i gamle tider direkte overleveres kvinde-viden om graviditet, fødsel og barsel ansigt til ansigt, men at graviditets- og fødselserfaringerne istedet må samles op i græsrodsbevægelserne.

Reaktioner på den beskrevne udvikling

De forældre, der har reageret mod denne udvikling og organiseret sig, har været i stand til at påvirke den videre udvikling. I de sidste år er der desuden også kommet reaktioner blandt sundhedspersonale, især blandt kvindelige læger og jordemødre.

Den mest aktive organisation er *Forældre og fødsel*, som blev dannet i 1973. Nogle år før havde folk fra de samme kredse i København forsøgt at danne *Dansk Fødselsråd*, men dette blev aldrig en realitet.

Omtrent samtidig dannedes *Moder Jord*, – en forening, hvis formål var at bevare retten til at føde hjemme og udbygge hjemmefødselsfaciliteterne.

Forældre og Fødsel har fået det største antal medlemmer og har i de sidste 5-6 år etableret forældregrupper i de fleste større provinsbyer og dækker nu hele landet. *Moder Jord* har været mere radikal i holdning og aktivitet, og fortalere for ændring af fødselsmiljø er ofte blevet slået i hartkorn med disse holdninger. Selv i dag bliver fødselsdebatten ofte gjort til et spørgsmål om FOR eller IMOD hjemmefødsler.

Forældre og Fødsel startede med at formulere nogle hovedkrav som var:

- ret til selv at vælge fødested
- ret til at kende jordmoderen før fødslen
- ret til informationer og oplysning via jordemoderkonsultationer og fødselsforberedende kurser
- ret til at være medbestemmende over fødselsforløbet.

Baggrunden for disse krav var bl.a., at man i takt med den stigende hospitalisering af fødslerne stadig oftere hørte beretninger om dårlige og utilfredsstillende fødselsforløb og samtidig kunne imødesee en endnu stærkere hospitalisering.

Kravet om at kende jordmoderen før fødslen mødte på det tidspunkt modstand fra jordemoderside, idet jordemodergruppen i disse år arbejdede for at få en rimelig arbejdstid, uden at skulle være til rådighed konstant.

Kravet om medbestemmelse under fødselsforløbet fremkom efter en række medlemmers undersøgelser af, hvorledes fødselshjælpen fungerede på de enkelte fødeafdelinger. Denne debat, som dels var initierende, dels bestod i stadig opfølgning af rejste problemstillinger, har i en række tilfælde vundet genklang hos sundhedspersonalet og været medvirkende til ændringer i praksis på fødeafdelinger. F.eks. er det nu blevet almindelig praksis at fædrene kan være med til fødslerne, at kvinderne kan udfylde en ønskeseddel om forholdene ved fødslen og at de nyfødte opholder sig mere hos moderen også kort efter fødslen, hvilket har betydning for mor/barn tilknytningen. Men de grundlæggende holdninger i svangreprofylakse og fødselshjælp har været uberørte.

Det kan være vanskeligt at slå ned på afgørende årsager til *Forældre og Fødsels* store udbredelse. Det er formentlig væsentligt, at foreningen til stadighed har baseret sit arbejde på forældres egne beretninger og erfaringer og at man udgiver et månedsblad, som i stor udstrækning gengiver disse beretninger. Strukturen i foreningen er desuden flad, baseret på frivilligt forældrearbejde i grupper i lokalområder.

De lokale grupper, som indbyrdes kommunikerer gennem det interne „Lokalposten“, men iverigt selv annoncerer egne arrangementer i de lokale aviser og reklameblade, har størst succes i de områder, hvor man har fået etableret et godt samarbejde mellem foreningens repræsentanter, fødeafdelingen, jordemodercentret og amtssundhedsplejerskerne, således at man fra disse institutioner anbefaler foreningens månedsblad og uddeler de udarbejdede pjecer.

Både månedsbladet og de særlige pjecer dækker et behov for information hos forældrene, som ikke tilfredsstilles af de officielt udarbejdede pjecer om svangerskab og fødsel.

Af titlen på pjecerne eller særnumre af bladet kan nævnes: *Skal du være med til en fødsel?* (4. udg. 1982), *Fostervandprøver* (1979), *Fødemiljø, ønsker og krav* (1979), *Hjemmefødsler* (1982) og *Kejsersnit* (1982).

Med andre pjecer har foreningen forsøgt også at inddrage perioden efter fødslen og dermed belyse noget af den omstilling i familien, som støttes så lidt fra det offentlige. Her kan nævnes *3-måneders kolik* (1979), *Amning og udearbejde* (1981) og *Legetøj* (1982).

Forældre (især kvinder, der har født), har været de bærende kræfter i disse bevægelser. Men i de senere år er der som nævnt også fra faglig side, dvs. jordemødre og læger (især kvindelige), fremkommet kritik af fødselshjælpens udformning og den ukritiske inddragelse af utallige teknikker. En del af disse kritikere har støttet sig til eller har været inspireret af fagligt nyskabende og provokerende fødselspraktikker og undersøgelser, som viser, at også andre metoder end de gængse i landet kan føre til et sikkert resultat.

De mange aktiviteter er blevet støttet af forskellige forskningsprojekter fra midten af 1970'erne. Disse projekter har enten haft til hensigt at fremskaffe talmæssig baggrund for vurdering af fødsler, eller foretage kvalitative beskrivelser. Det er karakteristisk, at de ofte har taget udgangspunkt i, eller har været samstemmende med de hovedproblemstillinger, som de ovenfor nævnte græsrodsbevægelser har debatteret.

Her kan bl.a. nævnes en undersøgelse af kvinders ønske om fødested (Howitz, 1978), af fødselsmiljø (Kamper-Jørgensen m.fl., 1979) og familien og fædrenes situation (Nordisk Ministerråd, 1979). Men det er kendetegnende for disse undersøgelser, at de hver for sig kun tager én del af fødselspolitikken op og selvom der gøres forsøg på at vurdere disse enkeltforhold i sammenhæng med andre faktorer, lades selve ideologien bag fødselspolitikken også her stort set urørt. Men disse rapporter har sammen med græsrodsarbejdet igangsat ændringer i den praksis, der var på fødestederne og har desuden givet fyldig dokumentation til debatten.

I enkelte amtskommuner gennemførtes også vurderinger af fødselshjælpen, enten som led i visitationsarbejdet eller som særlige projekter. Mest omfattende blandt disse er et aktionsforskningsprojekt, som startede i Storstrøms amtskommune i 1980 med henblik på undersøgelse af hjemmefødsler. Gennemførelsen af projektet krævede en dispensation fra sundhedsstyrelsens retningslinier, idet man under forskningsprojektet udvidede jordemødrenes kompetence og således gav dem større frihed uden for sygehusene.

I dette projekt beskrev jordemødrene deres arbejde omkring 12 familier, der planlagde en hjemmefødsel, og en psykolog interviewede familierne. Gruppen bag projektet har i hele arbejdet været i nær kontakt med Moder Jord og Forældre og Fødsel og har fået økonomisk støtte fra bl.a. WHO og det lægevidenskabelige forskningsråd.

I slutningen af 1982 udsendtes en rapport om de 12 hjemmefødsler, der vil blive fulgt af en rapport om familierne 1 år efter fødslen (Møller et al., 1982). Gennem undersøgelsen nåede man frem til en række karakteristika ved de familier, der

indstillede sig på fødsel i hjemmet, men nærmede sig også en generel kritik af grundlaget for fødselspolitikken.

På embedslægekursen i efteråret 1981 beskæftigede en gruppe læger sig med svangerskab og fødsel ud fra indfaldsvinklen „en sygdom med faldende hyppighed og stigende komplikationsfrekvens“ (Byskov et al., 1982).

Diskussionen om fødsler, teknologiseringen og graviditetsundersøgelserne fortsatte i Medicinsk Kvindeforskningsgruppe i sammenhæng med kvindeforskeres undersøgelse af kvinders forhold i andre situationer og fortolket sammen med den generelle „sygeliggørelse“ af kvinden (Kastrup et al., 1984).

På et kursus i efteråret 1983 arrangeret af Dansk Selskab for Almen Medicin og Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik, diskuteredes også svangreprofylaksen, især med henblik på samarbejde fremfor konkurrence mellem de praktiserende læger og specialafdelingernes læger.

Også kvindelige lægers forening havde i januar 1984 focus på „Graviditet og Fødsel“ i et 2 dages kursus. (Graviditet og Fødsel, 1984). Endelig kan nævnes, at Dansk selskab for sundhedsuddannelserne i februar 1985 udgav et hæfte om fostermiljø og teknologi indeholdende oplæg fra et større møde i efteråret 1984 (DSSU, 1985).

De seneste diskussioner, som er omtalt her, har haft et stærkt kritisk potentiale og har også haft betydning for den ændringsproces, der er igang for øjeblikket.

Ændring af sundhedsstyrelsens retningslinier

Da den borgerlige regering kom til i efteråret 1982, var en af dens første aktiviteter at lancere begreberne regelsanering og modernisering og herunder opfordre samtlige primær- og amtskommunale instanser til at komme med forslag til regelsaneringer.

Et af de forslag, der indkom til Indenrigsministeriet gik ud på at afskaffe én eller flere af de svangreprofylaktiske undersøgelser hos kvindens egen læge, angiveligt for at spare penge, idet besøgene hos praktiserende læge syntes overflødiggjort af de mange besøg på specialafdelingen.

Under diskussionen af behovet for de forskellige undersøgelser og deres placering i graviditeten formulerede indenrigsministeren et ønske om at få udarbejdet en statusredegørelse for hele fødselsområdet af sundhedsstyrelsen.

Denne statusredegørelse blev afleveret i efteråret 1983. I denne vurderes forløbet generelt positivt, idet spædbørnsdødeligheden stadig er faldet og overlevelsen blandt de „udsatte“ børn, det vil sige børn med lav fødselsvægt, er bedret. Berettigelsen af risikobegrebet forsøges understreget ved at anføre nogle tal for spædbørnsdødeligheden blandt børn født af kvinder i de få risikogrupper (bl.a. ældre førstegangsfødende, tvillingefødsler), der kan defineres ud fra fødselsanmeldelsen. (Vitalstatistik I: 1: 1982).

På basis af denne redegørelse enedes sundhedsstyrelsen og indenrigsministeren om iværksættelse af revision af retningslinierne, som i første omgang skulle afsluttes 1. april 1984, men senere blev udsat til 1. juli 1985. Den udarbejdede statusredegørelse blev sendt til orientering og kommentarer hos en række instanser og lægefaglige selskaber og i eftersommeren 1984 blev et forslag til nye retningslinier

derefter udsendt til stort set samme kreds.

For at forbedre grundlaget for de fødeplaner, som amtskommunerne skal udarbejde i 1985 blev Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi (DIKE) kontaktet med henblik på at foretage en spørgeskemaundersøgelse af kvinder, som nylig havde født bl.a. for at belyse deres oplevelse af den type fødested, hvor fødslen havde fundet sted. Samtidig blev en række gravide kvinder spurgt om deres ønsker om det kommende fødested. Rapporten er offentliggjort primo februar 1985 og viste, at kvinderne stort set var tilfredse med, at fødslerne fandt sted på sygehusene, men også at de havde en del konkrete forslag til ændringer i selve fødselsituationen, bl.a. var der forbavsende få, der var blevet oplyst om deres ret til at udfylde en ønskeseddel, dvs. en seddel med kvindens ønsker vedr. forhold i forbindelse med fødslen. Der var et overvejende indtryk, at kvinderne tillagde det stor betydning at have et godt kendskab til den jordemoder, der var til stede under fødslen (Kamper-Jørgensen et al., 1985).

Samtidig med at denne undersøgelse gennemførtes i 1984 indkom som nævnt kommentarer både til statusredegørelsen og forslaget til nye retningslinier. Én af de fyldigste kommentarer til selve redegørelsen var udarbejdet af den gruppe, som havde gennemført hjemmefødselsprojektet i Storstrøms amtskommune. Kommentaren blev modtaget positivt i sundhedsstyrelsen, og gruppen blev anmodet om at udarbejde en råskitse til ny retningslinier. Kommentaren til statusredegørelsen var udformet som en kritik af selve grundlaget for og den filosofi bag fødselshjælpen, der som tidligere omtalt fokuserede på identifikation af risikofaktorer og dermed pointerede det farlige i graviditeten. Endvidere indeholdt kommentaren en første alternativ skitse til en ny fødselshjælp og det var denne skitse som sundhedsstyrelsen nu anmodede gruppen om at udvide³ (Møller et al., 1984).

Gruppens væsentligste punkter var, at kvinden og barnet burde betragtes som en enhed, at det naturlige ved fødslen burde understreges, og at fødselshjælpen burde ydes på kvindens og familiens betingelser. Desuden pegede man på nødvendigheden af, at kvinden og hendes partner havde en særlig tilknyttet person, som i løbet af graviditeten kan hjælpe med vurderingen af de informationer, parret får som grundlag for de „valg“, der skal træffes i forløbet. Gruppen mente, at jordemoderen skulle være den centrale person.

Både gruppens arbejde og meget af den anden faglige kritik, der har været rejst i de senere år, afspejles i den ny udgave af retningslinierne, som sundhedsstyrelsen har lagt sidste hånd på i slutningen af marts måned 1985.

I formålsparagraffen lægges vægt på, at den forebyggende indsats skal sikre „hele familiens velfærd under og efter graviditeten og give de bedste mulige betingelser for det nyfødte barns udvikling“. En bred og meget forpligtende formålsparagraf. Man understreger desuden bl.a. at graviditet, fødsel og barselsperiode bør betragtes som en sammenhængende, naturlig proces, at kvinden skal have størst mulig medindflydelse på graviditet og fødselsforløb og medbestemme ved valg af fødested og anvendelse af apparatur. Desuden skal kvinden kende fødestedets personale før fødslen. Kvindens egen læge skal være den koordinerende person under graviditeten og jordemoderen den centrale fagperson under fødslen. Desuden er jordemoderen den fagperson, der har hyppigst kontakt med den gravide, og der ønskes styrket et samarbejde mellem jordemoderen og kvin-

dens egen læge fremfor en øget inddragelse af specialafdeling.

Risikogrupperingen er fuldstændig udeladt. Der lægges op til amtskommunale aftaler om visitation uden binding til faste risikokriterier, men der tales om visitation til specialafdeling „hvor der er konstateret en speciel risiko for moderen eller et forventet behov for pædiatrisk bistand til den nyfødte“ (Sundhedsstyrelsen, 1985).

Diskussion: Fremtidig udvikling

Hvordan vil udviklingen på fødselsområdet være i fremtiden? Vil de ny retningslinier betyde det radikale brud med hidtidig praksis, som de formelt giver en mulighed for? Eller vil de brede formuleringer betyde, at nogle amtskommuner vælger at fortsætte som hidtil? Og måske giver endnu mere åbning for udvidet anvendelse af de ny teknologier?

Begyndelsen af 1985 blev præget af en del debat, bl.a. foranlediget af, at nogle lægefaglige organisationer, som havde retningslinierne til høring, også gik direkte til pressen med deres argumenter imod en svangreforsorg og fødselshjælp, som baseres på det ovenfor refererede synspunkt om den naturlige proces, idet man da frygter „en ikke ubetydelig stigning i børnedødelighed og børnesygelighed“ (Kristoffersen, 1984).

Sundhedsstyrelsens holdning har heroverfor været, at retningslinierne i den ny udformning ikke lægger op til et radikalt brud med hidtidig praksis, men at man har undladt at præcisere risikogrupperne, fordi disse i dag, i modsætning til 1976 må betragtes som lærebogstof. Man har derfor fastholdt udformningen af de nye retningslinier med blot mindre ændringer; bl.a. en understregning af kvindens behov for støtte i hjemmet, såfremt hun har behov for aflastning i graviditeten.

Det er et generelt kendetegn ved decentralisering, at der centralt fastlægges rammer og evt. mål (som her i fødselspolitikken), og at den konkrete udformning finder sted lokalt.

For os at se kan den centrale myndighed på dette område, sundhedsstyrelsen, ikke bruge retningslinierne til at kræve ændringer i visitations praksis i en amtskommune, hvis børnedødeligheden er tilstrækkelig lav. Dertil er de udformet for bredt. Men kvinderne vil blive forskelligt stillet. Deres valgmuligheder vil også blive forskellige. Og dermed deres „størst mulige“ medindflydelse og medbestemmelse.

Vi står således her med et område, hvor vi kan se, at folkelige bevægelser har været i stand til at påvirke udformningen af et stort regelsæt. Men vi ved ikke, om den udvikling, der vil følge ændringen skal vurderes positivt eller negativt.

Det har vist sig, at bureaukratiet ikke er så stift og upåvirkeligt, som normalt antages. En bureaukratisk organisation består af regler, men også af de personer, der arbejder i bureaukratiet, og her har kontakten mellem græsrodsorganisationer og faglige kritikere „udenfor“ og „bureaukraterne“ indenfor resulteret i en ændring – ganske vist først efter mange års arbejde og forsøg på dialog – som synes at tage højde for den kritik, der har været rejst.

Men der kan være langt fra at tage højde for kritik til at opstille noget nyt, og da disse retningslinier udsendes på et tidspunkt, der iøvrigt er præget både af nedskæ-

ringer (især af offentlige udgifter) og privatiseringstendenser, er det måske berettiget at diskutere, om disse løsere retningslinier vil blive taget til indtægt for en reduktion i ressourcerne til de gravide, der reelt har behov for specialbehandling.

Det er væsentligt at fastholde betydningen af at graviditet og fødsel kan forløbe så normalt som muligt, *samtidig med* at de risikofyldte forløb identificeres og støttes optimalt.

Udviklingen vil inden for fødselsområdet være meget afhængig af, om de involverede personalegrupper og ikke mindst kvinderne selv, kan tage den udfordring op, som kan ligge i de nye retningslinier. Om de gravide kan finde deres egen styrke og tro på, at de selv spiller en aktiv og meget væsentlig rolle, både under graviditet og fødsel. Og om de primær- og amtskommunale myndigheder ikke foretager nedskæringer, som forringer hjælpen til de risikofyldte graviditeter eller den øvrige støtte til familien, og derved lader kvinden (og familien) stå alene tilbage.

Vi har vist, at græsrodsorganisering og kritik kan få indflydelse, men indflydelsen på de formelle regler afspejler det aktuelle problem, at alternativet til statens nedskæringer ikke bør være privatisering, som medfører eneomsorg og eneansvar, men derimod kollektivitet og fællesskab.

Noter

1. Lov nr. 282 af 7. juni 1972 om svangerskabshygiejne og fødselshjælp trådte i kraft 1. april 1973. I de næste par år blev foretaget mindre ændringer i lovteksten, hvorefter den endelige lovbekendtgørelse blev udsendt 3. september 1975 og loven virksom fra 1976.
2. Den seneste revision af sundhedsstyrelsens cirkulære om jordemødre er fra 8. maj 1981.
3. Gruppens oplæg til sundhedsstyrelsen er senere udgivet som pjece af den almindelige danske jordemoderforening. Selvom foreningen i forordet til pjecen tager forbehold over for at betragte dette som foreningens holdning, kan udgivelsen alligevel ses som et udtryk for, at der er mere udbredt kritik mod fødselspolitikken blandt jordemødre idag, end der har været tidligere. Pjecen blev udgivet i 1984.

Litteratur

- Bertelsen, Ole (1981). *Det faldende fødselstal*. SFI-publikation 104, København: Teknisk forlag.
- Byskov, Jens et al. (1982). *Svangerskab, Fødsel*. En sygdom med faldende hyppighed og stigende komplikationsfrekvens. Stencil.
- Christmas-Møller, Ingeborg, (1984). *Prævention, abort, graviditet og fødsel i 1700- og 1800-tallet* i Kastrup et al., 1984.
- DSSU (1985). *Fostermiljø – ny teknologi*. Rapport og temahefte. Dansk Selskab for sundhedsuddannelserne.
- Graviditet og Fødsel* (1984). Kursus. Schæffergården 12-14 januar 1984. Kvindelige lægers forening.
- Howitz, Peter og Jytte Ussing (1978). Fødsel hjemme eller på institution. En analyse af 5240 danske kvinders ønske om fødested. *Ugeskrift for Læger*, 1978, 140, 1569-73.
- Kamper-Jørgensen, Finn et al. (1979). Fødselsmiljøundersøgelsen. *Ugeskrift for Læger*, 1979, 141, 1779-91.
- Kamper-Jørgensen, Finn et al. (1985). *Graviditet, fødsel og valg af fødested*. Kvindernes oplevelser, ønsker og meninger. Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi.
- Kastrup, Marianne et al. (1984). *Kvinden som patient*. København: Lindhardt og Ringhof.
- Kjølørød, Lise (1985). Verste fallstenkningen i fødselsomsorgen, *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 26. årgang, nr. 1-2, pp. 133-157.

ringer (især af offentlige udgifter) og privatiseringstendenser, er det måske berettiget at diskutere, om disse løsere retningslinier vil blive taget til indtægt for en reduktion i ressourcerne til de gravide, der reelt har behov for specialbehandling.

Det er væsentligt at fastholde betydningen af at graviditet og fødsel kan forløbe så normalt som muligt, *samtidig med* at de risikofyldte forløb identificeres og støttes optimalt.

Udviklingen vil inden for fødselsområdet være meget afhængig af, om de involverede personalegrupper og ikke mindst kvinderne selv, kan tage den udfordring op, som kan ligge i de nye retningslinier. Om de gravide kan finde deres egen styrke og tro på, at de selv spiller en aktiv og meget væsentlig rolle, både under graviditet og fødsel. Og om de primær- og amtskommunale myndigheder ikke foretager nedskæringer, som forringer hjælpen til de risikofyldte graviditeter eller den øvrige støtte til familien, og derved lader kvinden (og familien) stå alene tilbage.

Vi har vist, at græsrodsorganisering og kritik kan få indflydelse, men indflydelsen på de formelle regler afspejler det aktuelle problem, at alternativet til statens nedskæringer ikke bør være privatisering, som medfører eneomsorg og eneansvar, men derimod kollektivitet og fællesskab.

Noter

1. Lov nr. 282 af 7. juni 1972 om svangerskabshygiejne og fødselshjælp trådte i kraft 1. april 1973. I de næste par år blev foretaget mindre ændringer i lovteksten, hvorefter den endelige lovebekendtgørelse blev udsendt 3. september 1975 og loven virksom fra 1976.
2. Den seneste revision af sundhedsstyrelsens cirkulære om jordemødre er fra 8. maj 1981.
3. Gruppens oplæg til sundhedsstyrelsen er senere udgivet som pjece af den almindelige danske jordemoderforening. Selvom foreningen i forordet til pjecen tager forbehold over for at betragte dette som foreningens holdning, kan udgivelsen alligevel ses som et udtryk for, at der er mere udbredt kritik mod fødselspolitikken blandt jordemødre idag, end der har været tidligere. Pjecen blev udgivet i 1984.

Litteratur

- Bertelsen, Ole (1981). *Det faldende fødselstal*. SFI-publikation 104, København: Teknisk forlag.
- Byskov, Jens et al. (1982). *Svangerskab, Fødsel*. En sygdom med faldende hyppighed og stigende komplikationsfrekvens. Stencil.
- Christmas-Møller, Ingeborg, (1984). *Prævention, abort, graviditet og fødsel i 1700- og 1800-tallet* i Kastrup et al., 1984.
- DSSU (1985). *Fostermiljø – ny teknologi*. Rapport og temahefte. Dansk Selskab for sundhedsuddannelserne.
- Graviditet og Fødsel* (1984). Kursus. Schæffergården 12-14 januar 1984. Kvindelige lægers forening.
- Howitz, Peter og Jytte Ussing (1978). Fødsel hjemme eller på institution. En analyse af 5240 danske kvinders ønske om fødested. *Ugeskrift for Læger*, 1978, 140, 1569-73.
- Kamper-Jørgensen, Finn et al. (1979). Fødselsmiljøundersøgelsen. *Ugeskrift for Læger*, 1979, 141, 1779-91.
- Kamper-Jørgensen, Finn et al. (1985). *Graviditet, fødsel og valg af fødested*. Kvindernes oplevelser, ønsker og meninger. Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi.
- Kastrup, Marianne et al. (1984). *Kvinden som patient*. København: Lindhardt og Ringhof.
- Kjølørød, Lise (1985). Verste fallstenkningen i fødselsomsorgen, *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 26. årgang, nr. 1-2, pp. 133-157.

- Knudsen, Lisbeth B. (1983). Udviklingen i antallet af provokerede aborter. *Ugeskrift for Læger*, 1983, 145, 3753-8.
- Kristoffersen, Karl (1984). Svangerskabshygiejne og fødselshjælp. *Ugeskrift for Læger*, 1984, 146, 4060-1.
- Møller, Jytte et al. (1982). *12 Hjemmefødsler*. Storstrøms amtskommune, 1982.
- Møller, Jytte et al. (1984). *Risikotækning i fødselshjælpen*. Kritik og alternativ skitse. København: Den alm. danske Jordemoderforening.
- Nordisk Ministerråd (1979). *Barselsorlov*. Forældre og børns behov i perioden omkring graviditet, fødsel og barnets første leveår, specielt med henblik på barselsorlov. NUB 1979:10.
- Retningslinier for svangerskabshygiejne og fødselshjælp*. Sundhedsstyrelsen, 1976.
- Sundhedsstyrelsen (1985). *Udkast til retningslinier*.
- Vitalstatistik I:1:1979. *Medicinsk Fødselsstatistik 1979*. Sundhedsstyrelsen, 1982.
- Vitalstatistik I:10:1984. *Fostervandsundersøgelser 1980-82*. Sundhedsstyrelsen, 1984.