

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

håndtering af svær præeklampsi, intra- og postpartumbldning og vanskelig eventuel ikke gennemførlig vakuumbforløsning med efterfølgende akut sectio. Visionen må være at udvikle denne træning i samarbejde med andre faggrupper, såsom jordemødre og sygehjælpere, sekretærer, portører og læger og sygeplejersker fra andre specialer som anæstesi og neonatologi.

Korrespondance: *Jette Led Sørensen*, Juliane Marie Centeret 4221, H:S Rigshospitalet, DK-2100 København Ø. E-mail: jetteled@rh.dk

Antaget den 20. oktober 2003.

H:S Rigshospitalet, Juliane Marie Centeret, Obstetrisk Klinik, H:S Hvidovre Hospital, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling og Amtssygehuset i Herlev, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling.

Litteratur

1. Fremtidens speciallæge. Betænkning fra Speciallægekommisionen. Betænkning nr. 1384. København: Sundhedsministeriet, 2000.
2. Sørensen JL, Østergaard D. Obstetrisk træning – nye metoder. *Ugeskr Læger* 2003;165:4521-3.
3. Black SB, Brocklehurst P. A systematic review of training in acute obstetric emergencies. *Br J Obstet Gynaecol* 2003;110:837-41.
4. Gordon MJ. A review of the validity and accuracy of self-assessments in health professions training. *Acad Med* 1991;66:762-9.
5. Ward M, Gruppen L, Regeh R. Measuring self-assessment: current state of the art. *Advances Health Sci Educ* 2002;7:63-80.
6. Wass V, Van der Vleuten C, Shatzer J et al. Assessment of clinical competence. *Lancet* 2001;357:945-9.
7. Stewart J, O'Hatteran C, Barton JG et al. Clarifying the concepts of confidence and competence to produce appropriate self-evaluation measurement scales. *Med educ* 2000;34:903-9.
8. Harden RM. Twelve tips for organizing an objective structured clinical examination (OSCE). *Medical Teacher* 1990;12:259-64.
9. Hoffmeyer GJ. Amnion infusion for meconiumstained liquor in labour (Cochrane review). I: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software.
10. Hoffmeyer GJ. Amnion infusion for cord compression in labour (Cochrane review). I: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software.
11. http://www.dsog.dk/files/maalbeskrivelse.pdf/maj_2003.
12. Taylor HA, Kiser WR. Reported comfort with obstetrical emergencies before and after participation in the advanced life support in obstetric course. *Family Medicine* 1998;30:103-7.
13. Bower DJ, Wolkomir MS, Schubot DB. The effect of the ALSO course as an educational intervention for residents. *Family Medicine* 1997;28:187-93.
14. Beasley JW, Damos JR, Roberts RG et al. The advanced life support in obstetrics course. *Arch Fam Med* 1994;3:1037-41.
15. Johansson R, Akhtar S, Edwards C et al. MOET: Bangladesh – an initial experience. *J. Obstet Gynaecol Res* 2002;28:217-23.
16. Johansson R, Cox C, O'Donnell E et al. Managing obstetric emergencies and trauma (MOET). *Obstet Gynaecol* 1999;1:46-52.
17. Patel R. Using simulation to train residents in managing critical events. *Acad Med* 1998;73:593.
18. Cro S, King B, Paine P. Practice makes perfect: maternal emergency training. *Br J Midwifery* 2001;9:492-6.
19. Draycott T, Broad G, Chidley K. The development of an eclampsia box and a »fire drill« *Br J Midwifery* 2000;8:26-30.
20. Walpole R, Clark V. How to organise a major obstetric haemorrhage Fire-Drill. *Cont Prof Develop Anaesth* 2002;4:15-8.

Nye krav til svangreomsorgen

Kristjar Skajaa & jordemoder Anette Nonboe

Svangreomsorgen i Danmark bygger på lov om svangerskabs-hygienje og fødselshjælp af 19. juli 1995. Det er en rammelov, der indeholder minimumskrav for området, som alle amter skal leve op til. Sundhedsstyrelsen udgav i juli 1998 retningslinjer og redegørelse for svangreomsorg indeholdende rekommandationer for sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselperiode [1].

Svangreomsorgen er sundhedsvæsenets samlede indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel og har som formål, at graviditet, fødsel og barsel forløber med størst mulig sikkerhed og tryghed, samtidig med at denne livsperiode gennemleves og opleves som en sammenhængende og naturlig livsproces.

Nye vilkår

Ved tilrettelæggelsen af svangreomsorgen er det fremover nødvendigt at iagttage følgende forhold:

1. Lov om patienters retsstilling trådte i kraft den 1. oktober

1998 [2]. I lovens § 1 står der, at loven skal medvirke til at sikre, at patienters værdighed, integritet og selvbestemmel-sesret respekteres. I lovens § 3 præciseres det, at loven gælder bredt: dvs. med en så bred definition af sundhedsfaglige ydelser, at vi må gå ud fra, at loven også gælder for normale gravide og fødende.

2. Den gravide og hendes partner har krav på at få en fyldestgørende information, der er fritaget for ideologi, om hver enkelt ydelse, som det er muligt for hende at efterspørge i løbet af graviditet, fødsel og barsel. En mangfoldig litteratur og ikke mindst internettet er i stigende grad årsag til, at langt størstedelen af de gravide er særdeles velorienterede om forholdene ved graviditet og fødsel. Både læger og jordemødre bliver derfor bestandig stillet over for et krav om at fremlægge den mest opdaterede viden på det pågældende område, således at begrebet »det informerede valg« faktisk bliver meningsfuldt. Den evidensbaserede svangreomsorg og fødselshjælp og det informerede valg er uadskillelige størrelser.

3. I den fødedygtige del af befolkningen er der nu meget lidt villighed til at acceptere, at noget går galt i forbindelse med graviditet eller fødsel. Vi vil fremover komme til at opleve et stigende krav fra den gravide og hendes familie om en forsikring om, at fosteret er normalt og om et godt udkomme af fødslen. En stor del af opmærksomheden inden for obstetrikken vil blive flyttet til den tidlige del af graviditeten. Vurdering af den gravides risiko for at bære på et foster med kromosomabnormitet ved hjælp af serumprøver og/eller ultralydundersøgelser samt diagnostik af malformationer med ultralydundersøgelser vil tiltage i betydeligt omfang for så vidt muligt at sikre et normalt udkomme af graviditeten [3].
4. I takt med at kejsersnit er blevet en operation uden signifikant øget risiko i forhold til risikoen ved en vaginal fødsel, vil den manglende accept af en risiko for et dårligt eller mindre optimalt udkomme af en fødsel formentlig medføre en tendens til, at flere og flere klassiske obstetriske problemstillinger bliver løst med et kejsersnit. Kejsersnit ved forløsning af fostre i underkropspræsentation er således et eksempel på udviklingen. De fødende i denne situation vælger i stigende grad et kejsersnit.
5. Selv om vaginal fødsel i almindelighed bør være et selvfølgelig udgangspunkt for obstetrikere og jordemødre i rådgivningen af kvinder med hensyn til fødselsmåde, må vi alligevel forvente og acceptere, at der fremover vil være flere kvinder, som vælger et kejsersnit fremfor en vaginal fødsel, uden at der er en egentlig medicinsk indikation herfor. Grunden hertil kan være en ulyst til at løbe en risiko for bækkenbundskomplikationer, en ulyst til at opleve fødselssmerter etc., samtidig med at risikoen for eventuelle negative psykologiske virkninger som følge af at undvære den vaginale fødsel nedprioriteres.
6. Fødselssmerter, oplevelsen deraf, evnen til at håndtere smerterne og behovet for smertelindring er individuelt betinget og forskelligt fra kvinde til kvinde. Kulturelle og religiøse forhold og kvaliteten af fødselsforberedelse er alle faktorer, der har betydning for den individuelle håndtering af smerterne. Alle gravide kvinder har krav på en omhyggelig information om fødsel, fødselssmerter og muligheder for smertelindring. Der kan selvfølgelig være overordnede sundhedspolitiske/økonomiske årsager til begrænsning i fødestedernes udbud af smertelindrende tilbud, men ideelt bør alle fødende kunne tilbydes alle former for smertelindring.
7. Rygning er den enkeltfaktor, der har størst negativ virkning på graviditetsudfald og perinatal dødelighed [4]. Rygning øger risikoen for alle kendte alvorlige graviditetskomplikationer. Indsatsen med henblik på at få gravide til opføre sig med rygning skal forstærkes og må være et særdeles vægtigt element i svangreomsorgen.

Problemstillinger

Vi ser en del problemer i forbindelse med at opnå tilstrækkelige resurser, at opnå et højt informationsniveau, at yde individuel svangreomsorg og at give medindflydelse:

- Det kræver store ændringer af organiseringen af de svangreprofylaktiske undersøgelser, såfremt ovenstående skal iagttages. Den praktiserende læge er den koordinerende person. Jordemoderen er den fagperson, som den gravide har mest kontakt med under graviditeten. Med henblik på en rationel udnyttelse af resurserne skal indsatsen fra disse to grupper koordineres langt bedre, end det gøres i dag. Der er meget dobbeltarbejde. Derudover skal jordemødrenes indsats differentieres langt mere i forhold til de gravides individuelle behov. I forhold til i dag bør en større del af jordemoderresurserne anvendes til gruppekonsultationer/informationsmøder på bekostning af individuelle konsultationer.
- Den praktiserende læge ser den gravide tidligt i graviditeten, og de fleste gravide vil formentlig vælge risikovurdering og undersøgelse for misdannelser med ultralydskanning etc., som kan udføres fra 13. til 19. graviditetsuge. Det er muligvis hensigtsmæssigt at udsætte kontakten med jordemoderen til sidste halvdel af graviditeten.
- Indsatsen med henblik på rygeafvænning skal opprioriteres.
- Hvordan opnås den bedst mulige viden og erfaring (evidens) om de ydelser, som svangreomsorgen omfatter: Alvorlige komplikationer og dårlige udfald er heldigvis relativt sjældne ved graviditet, fødsel og barsel. Det er derfor ikke altid tilstrækkeligt, og ofte slet ikke muligt, at anvende klinisk kontrollerede undersøgelser og systematiske reviews til at vejlede læge og jordemoder om den bedste praksis og til at fremskaffe det videnskabelige grundlag for svangreomsorgens ydelser. Den perinatale audit, hvor obstetrikere, jordemødre, neonatologer, anæstesiologer og læger fra almen praksis systematisk gennemgår udvalgte lokale kliniske forløb for at afdække tilfredsstillende eller ikketilfredsstillende forløb, er derfor særlig vigtigt. Resultaterne og viden opnået i den perinatale audit skal anvendes langt mere systematisk, end det sker i øjeblikket til dokumentation for anbefalinger vedrørende organiseringen af svangreomsorgen.
- Der mangler tilbud (tid og personale) til gravide, der kræver særlig information og støtte, f.eks. kvinder med fødselsangst, kvinder med tidligere traumatisk fødselsoplevelse, de unge, de socialt belastede, de etniske minoriteter, stofmisbrugere, de psykisk belastede etc. Samarbejdet mellem jordemødre og sundhedsplejen bør opprioriteres f.eks. i sundhedshuse og evt. sammen med andre faggrupper.
- Personalet skal efteruddannes for at få op to date-viden.
- Der mangler viden om »bløde« værdier, f.eks. den psykologiske betydning for mor og barn af forskellige former for forløsning.
- »Stærke« velformulerede kvinder har bedre mulighed til at

deltage i processen vedr. det informerede valg end »svage« kvinder.

- Udviklingen af svangreomsorgen og fødselshjælpen i de senere år gør det sammenholdt med den aktuelle situation i mange af landets amter nødvendigt at nytænke og genskabe visioner og nye perspektiver. Politisk søger man at sikre fremtidens sundhedsvæsen ved hjælp af strukturelle løsninger med rationalisering blandt andet ved centralisering af behandlingsspecialer. Den voldsomme centralisering medfører også centralisering af fødselshjælpen. Så hvorledes organiserer vi de meget store fødesteder på en helt anderledes og ny måde end hidtil? Et nødvendigt led i denne organisering er et fælles fodslag og tæt samarbejde mellem jordemødre og obstetrikere.

Korrespondance: *Kristjar Skajaa*, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling Y, Skejby Sygehus, Århus Universitetshospital, DK-8200 Århus N.
E-mail: ksk@sks.aaa.dk eller kristjar.skajaa@dadlnet.dk

Antaget den 30. september 2003.
Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus, Fødeafdelingen.

Litteratur

1. Svangreomsorg. Retningslinjer og redegørelse. Sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselsperiode. København: Sundhedsstyrelsen, 1998.
2. Lov om patienters retsstilling af 1. juli 1998, Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. af 14. september 1998 og Sundhedsstyrelsens vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. af 16. september 1998.
3. Fosterdiagnostik og risikovurdering. Rapport fra en arbejdsgruppe. København: Sundhedsstyrelsen, 2003.
4. Graviditet og rygning. En litteraturgennemgang. København: Sundhedsstyrelsen, 1995.

Obstetrisk træning – nye metoder

Jette Led Sørensen & Doris Østergaard

Fødestuen har en kompleks dobbeltrolle, idet både den normale fødsels afslappede atmosfære og også kritiske situationer med livstruende hændelser, som kræver medicinsk faglig viden, praktiske færdigheder, evne til klinisk problemløsning, kommunikation og samarbejde, skal kunne rummes der. De ovenfor nævnte kompetencer er blandt dem, der nu er basis i alle speciallægeuddannelser i Danmark.

De teoretiske kurser og den kliniske oplæring, som aktuelt indgår i speciallægeuddannelsen, sikrer imidlertid ikke, at speciallægen er i stand til at opfylde disse krav. En dansk undersøgelse [1] viser, at der er behov for at udvikle træning i obstetriske enkeltfærdigheder, idet de uddannelsessøgende angiver at mangle fortrolighed med flere procedurer. Dette bekræftes i udenlandske undersøgelser, hvor det f.eks. beskrives, at uddannelsessøgende har ringe erfaring i vaginal forløsning ved sædepræsentation og forløsning af foster med fastsiddende skuldre.

I uddannelsen af obstetrikere har der ikke tidligere været fokus på træning i klinisk beslutningstagen, kommunikation og samarbejde, men erfaringen fra andre specialer, især anæstesi, viser et behov for denne form for træning både for den enkelte læge og for hele teamet. I den britiske »Clinical Risk Management Standards for Maternity Services« [2] og den britiske auditrapport »Confidential enquiry into maternal death«, anbefales sådanne tværfaglige teamøvelser for læger inden for både obstetrik, pædiatri og anæstesiologi og jordemødre, plejepersonale, portører, sekretærer mv. i akutte hændelser på fødestuen.

Simulationsbaseret træning er introduceret i flere specialer, især anæstesi og kirurgi, og anbefales i de nævnte britiske publikationer også for obstetrikere. Set fra en pædagogisk vinkel virker den deltageraktiverende træning rationel. Læreren fungerer som facilitator af læring i højere grad end egentlig underviser, og kursusedtagerne kan følge egen fremgang. Vores viden om effekt af denne træning, den nødvendige træningstid, behov for gentagelse af træningen og dens overførbare til det kliniske arbejde er dog meget begrænset.

Hensigten med dette arbejde er at beskrive status for obstetrisk træning, herunder behovet for træning, initiativer inden for obstetrisk færdighedstræning og pege på perspektiver for udvikling.

Fordele ved simulation

Simulation repræsenterer et bredt spektrum fra computerbaseret læring, enkle færdighedstrænere i form af simple modeller, fantomer, dyr, menneskekadavere, patientsimulatorer (en dukke koblet til et avanceret program, som genererer fysiologiske parametre så som blodtryk, puls mv.) simulerede eller standardiserede patienter/pårørende til et »virtual reality set up«.

Rationalet for at anvende simulation er, at den uddannelsessøgende kan træne, inden færdigheden udøves i klinikken, dvs. uden risiko for patienterne. Ved simulation har læringsprocessen højest prioritet i modsætning til den kliniske træning, hvor hensynet til patienten er vigtigst. Træning i enkeltfærdigheder vha. simulation giver mulighed for en systema-