

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

kejsersnitsfrekvensen lå stabil i 15 år. Fra 1997 begyndte frekvensen at stige med årligt større inkremerter.

Gennem hele perioden lå frekvensen af kejsersnit højere, jo ældre moderen var, og det var nærliggende at tro, at den betydelige forskydning af fordelingen af de fødende mellem aldersgrupperne kunne være årsag til den stigende kejsersnitsfrekvens. Dette var imidlertid ikke tilfældet, idet den demografiske forskydning i sig selv kun ville have medført en stigning i frekvensen af kejsersnit fra 11,1% til 12,2%. Årsagen her til er, at selv om kejsersnitsfrekvensen stiger med alderen, varierer frekvensen ikke ret meget mellem de aldersgrupper, som udgør de største andele af de fødende, 25-29 år og 30-34 år. Først i aldersgruppen 35-39 år er kejsersnitsfrekvensen steget væsentligt, og selv om denne aldersgruppes andel forholdsvis er steget, er andelen på 14,9% af de fødende fortsat relativt beskeden.

Årsagerne til det stigende antal kejsersnit må derfor søges andetsteds, hvilket også fremgår af, at kejsersnitsfrekvensen er steget siden 1997 i alle aldersgrupper. Der er formentligt en række årsager til stigningen.

I en norsk undersøgelse opgjorde man indikationerne for 2.778 kejsersnit i 1998-1999, hvor kejsersnitsfrekvensen i Norge lå på 13,9% [4]. De hyppigste indikationer var mistanke om føtal iltmangel (21,9% af alle kejsersnit), manglende fremgang (20,7%), barn i underkropsstilling (9,6%), tidligere kejsersnit (8,9%), moderens ønske (7,6%) og præeklampsi (6,2%).

Den obstetriske udvikling med forbedret monitorering af fosterets tilstand under fødslen bør have medført et fald i antallet af kejsersnit på mistanke om føtal iltmangel, mens børnenes tiltagende fødselsvægt måske medførte et stigende antal kejsersnit på grund af manglende fremgang. Andelen af børn i underkropsstilling, som fødes ved kejsersnit, er utvivlsomt steget i Danmark siden 1997. Antallet af kejsersnit udført med

hovedindikationen *maternal request* eller moders ønske stiger kraftigt og er formentligt en af hovedårsagerne til det stigende antal kejsersnit, ligesom flere kejsersnit nu udføres på grund af tidligere komplicerede fødsler og andre komplicerede sygdomme hos moderen.

Selv om herværende undersøgelse kun viser en beskeden sammenhæng mellem moderens alder ved fødslen og frekvensen af kejsersnit, er det veldokumenteret, at den stigende alder for de fødende også øger risikoen for andre komplikationer end kejsersnit [2, 3, 5, 6], hvilket formentligt kan tilskrives både forhold hos de gravide og forhold hos sundhedsvæsenets medarbejdere.

Korrespondance: *Peter J. Hornnes*, Gynækologisk/Obstetrisk Afdeling, H:S Hvidovre Hospital, DK-2650 Hvidovre.

Antaget den 17. oktober 2003.
H:S Hvidovre Hospital, Gynækologisk/Obstetrisk Afdeling, og Sundhedsstyrelsen, Medicinalstatistisk Afdeling.

Litteratur

1. Piepert JF, Bracken MB. Maternal age: an independent risk factor for caesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1993;81:200-5.
2. Gilbert WM, Nesbitt TE, Danielsen B. Childbearing beyond age 40: pregnancy outcome in 24,032 cases. *Obstet Gynecol* 1999;93:9-14.
3. Tough SC, Newburn-Cook C, Johnston DW et al. Delayed childbearing and its impact on population rate changes in lower birth weight, multiple birth, and preterm delivery. *Pediatrics* 2002;109:399-403.
4. Kolås T, Hofoss D, Daltveit AK et al. Indications for cesarean deliveries in Norway. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:864-70.
5. Bell JS, Campbell DM, Graham WJ et al. Can obstetric complications explain the high levels of obstetric interventions and maternity service use among older women? *Br J Obstet Gynecol* 2001;108:910-8.
6. Ziadeh SM. Maternal and perinatal outcome in nulliparous women aged 35 and older. *Gynecol Obstet Invest* 2002;54:6-10.

Svangreomsorgen og barnets far

Cand.psych. Svend Aage Madsen

Siden det overvældende flertal af fødslerne i Danmark i løbet af 1960'erne kom ind på hospitalerne, har fædre i stigende grad været til stede ved deres børns fødsler og efterhånden også deltaget i svangreprofylaksen. Danske fædre er i dag til stede ved omkring 95% af fødslerne [1]. I Sverige er tilstedeværelsen af fædre ved fødsler ligeledes omkring 95%, mens tallene for f.eks. England og Australien menes at ligge mellem 60-80%. I en tværkulturel undersøgelse af fædres tilstedeværelse ved fødsler i Montreal og i Tokyo var fædrenes tilstede-

værelse under fødsler 63% og 68% for henholdsvis engelske og franske canadiske fædre og 52% for japanske fædre boende i Montreal, men 19% for japanske fædre boende i Tokyo [2].

Det er gennem undersøgelser [3] sandsynliggjort, at kontinuerlig tilstedeværelse af en erfaren støtteperson under fødslen har en virkning, der nedbringer komplikationer og indgreb. Denne positive virkning synes i samme undersøgelser ikke at gælde fædres tilstedeværelse. Dette bør dog undersøges nærmere, da de samfund, hvori betydningen af fædrenes

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

tilstedeværelse er blevet undersøgt, ikke er repræsentative for nordiske forhold. Men indtil nu foreligger der ikke dokumentation for positive medicinsk-obstetriske effekter af fædres tilstedeværelse ved deres børns fødsler.

Det kan således ikke tilskrives umiddelbart konstaterbare medicinsk-obstetriske forhold, at fædrene er til stede ved deres børns fødsler i så massivt omfang, ligesom deres engagement i graviditetsforløbet heller ikke kan anskues ud fra et rent medicinsk-obstetrisk perspektiv. De nævnte nationale og geografiske forskelle antyder da også, at der i højere grad er tale om et fænomen, der har rødder i samfundsmæssige og kulturelle forhold. Forhold der set fra sundhedsvæsnets og fødehospitalernes side kan anskues som en »sundhedsadfærd« i befolkningen byggende på det grundsyn, at det at vente og få barn er et familieanliggende og ikke blot en medicinsk eller en *women-centered service*, som jordemoderfaget har kaldt det [4].

Set i et historisk perspektiv må denne sundhedsadfærd eller disse ønsker om deltagelse betragtes som ganske nyt, idet der stort set ikke andre steder eller i andre tider findes eksempler på, at fædre har engageret sig i svangerskab eller været til stede ved deres børns fødsler, hverken i vores egen eller i andre kulturer.

Fædrenes engagement begrænser sig som sagt ikke kun til tilstedeværelse ved selve fødslen, men kommer også nu markant til udtryk i deltagelse i det profylaktiske forløb under graviditeten. Danske tal viser, at omkring 50% er med ved lægekonsultationer, omkring 90% deltager i jordemoderkonsultationer, omkring 70% deltager i fødselsforberedelse, omkring 97% er med ved ultralydskanning. Fædrene giver i alle tilfældene udtryk for, at det gennemgående er tilfredsstillende for dem at deltage i disse foranstaltninger [1]. Betydningen af fædrenes deltagelse i lægeundersøgelser, jordemoderkonsultationer, fødselsforberedelse og ultralydskanning er endnu kun blevet udforsket i lille grad, men synes at have en vis betydning for fædrenes involvering [5].

Hvor det er blevet undersøgt, er det tankevækkende, at flertallet af fædrene ikke opfatter sig som inviteret af læge og jordemoder til at deltage i konsultationerne, og mange oplever, at der ikke tales direkte til dem under konsultationerne [1]. Her synes sundhedsvæsnets endnu ikke at have udviklet procedurer og kompetencer svarende til familiernes valg. Dog har f.eks. H:S i sin nyeste fødeplan vedtaget en række tiltag, der imødekommer en bedre servicering af fædrene ud fra de her nævnte betragtninger.

Indtil det nuværende fædreengagement slog igennem har svangreomsorg og fødsler entydigt været et kvindeanliggende. Derfor har den praksis, der er udviklet for inkorporering af fædrene, stadig ganske få år på bagen, og den forskning og udvikling, der er lagt i feltet er endnu sporadisk. Dette afspejler sig eksempelvis i Sundhedsstyrelsens retningslinjer for svangreomsorgen [6], hvor manden *som far* for det barn, der skal fødes, ikke har nogen veldefineret plads i retningslin-

jerne. Første gang, det nævnes, at der kan være en mand involveret, er på side 20 i selve retningslinierne, hvor det hedder: »Der bør endvidere være mulighed for at tilbyde rygeafvænningsfor den gravide og hendes partner«. Faderen benævnes i retningslinjerne som »støtte«, »netværk«, »kvindens nære familie« etc., men ikke som barnefar.

Her antydes et skisma i måden at anskue faderens rolle på. Nemlig, om han er en »støtteperson«/rask pårørende i den obstetriske praksis med betydning for visse risikoforhold, om han er kvindens »partner« i en *women-centred service* eller om han er barnets far i en familiebegivenhed. Disse tre indfaldsvinkler, den lægelige, den jordemoderfaglige og brugernes, har hver deres gyldighed. Men hvordan de vægtes i forhold til hinanden i udformningen af retningslinjer for svangreomsorgen, kan få betydning for brugernes (familiens) oplevelse. Samt faglige og økonomiske konsekvenser.

Derfor er det betydningsfuldt at sætte fokus også på fædrenes subjektive oplevelser af og ønsker til deltagelsen; et forhold, der er blevet belyst i enkelte undersøgelser, og hvor ikke mindst fædrenes stress- og angstreaktioner i forhold til deltagelse i den kommende fødsel er blevet målt. Her er der fundet sådanne reaktioner hos mange fædre [1, 7], hvilket har ført til, at spørgsmålet om det positive ved fædres deltagelse stadig rejses [7]. Men undersøgelser af fædrenes holdning til at have deltaget i såvel svangreomsorgen som fødslerne viser, at et overvældende flertal udtrykker glæde over at have været med [1, 8, 9]. Det synes her at være vigtigt at skelne imellem (nogle) fædres angst og stress i forhold til fødslen på den ene side og deres lyst til at være med og deres positive oplevelse af deltagelsen på den anden.

Ser vi specifikt på fædrenes forhold til fødselsforberedelse, viser en mindre dansk undersøgelse, at fædrene som sagt udtrykker, at de har et godt udbytte af at deltage, og at de har to sæt af ønsker til fødsels-/forældreforberedelsen: et sæt ønsker der primært handler om fødselsteknik og fødselshjælp, og et andet sæt ønsker, der handler om livet med og omsorgen for barnet og om barnet selv. [10].

Hvad angår fædrenes begrundelser for at deltage svangreomsorg og fødsler understreger bl.a. ovennævnte undersøgelser, at fædrene især deltager for at støtte deres partnere. Samtidig ses det også, at fædrene giver udtryk for, at de vil være til stede, fordi det også er deres barn, kvinden venter, og fordi de er ved at blive fædre. Dette bekræftes af, at fædrene i forskellige undersøgelser lægger stor vægt på at kunne få tid og rum til samvær med mor og barn lige efter fødslen, samt at de bliver respekteret som en betydningsfuld forælder. Dette bliver flere og flere steder både i Danmark (f.eks. H:S Hvidovre Hospital og Sygehus Fyn Svendborg) og i andre lande (meget exceptionelt på Rigshospitalet i Reykjavik i Island) imødekommet med familiebarselsstuer med plads til, at mor, far og barn kan være sammen og overnatte. En indførelse af sådanne forhold vil støde på fysiske og økonomiske begrænsninger på mange hospitaler.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

Danske tal viser, at et stort flertal af fædre ønsker, at mor og barn bliver på barselsophold, og at de selv kan forblive sammen med dem inklusive overnatning. Spurgt om, hvad de har af ønsker til barselsopholdet, lægger fædre vægt på personalets støtte til, at kvinden kommer godt i gang med amning, at hun kan slappe af, og at forældrene hjælpes til kontakt med og pleje af den nyfødte [1].

Sundhedsvæsnets udformning af sin svangeromsorg, fødselspraksis og barselsservicering synes langsomt, men sikkert at blive indrettet på, at fædre deltager i fødslerne. Der synes stadig at være et stykke vej, når det gælder om at etablere de fysiske rammer og at udvikle en rådgivnings- og kommunikationspraksis, der inkorporerer fædre og anskuer fødsler også som et familieanliggende ved siden af det medicinske-obstetriske og de kvindecentrerede perspektiv.

Fremtidig udforskning og udvikling af praksis kan med fordel anlægge en familieorienteret synsvinkel, der bl.a. fokuserer på, hvordan svangre-, fødsels- og barselspraksis understøtter udvikling af kontakten til det spæde barn både for forældrene hver for sig og i fællesskab.

Korrespondance: Svend Aage Madsen, Afsnit 4074, H:S Rigshospitalet, DK-2100 København Ø.

Antaget den 25. september 2003.

H:S Rigshospitalet, Juliane Marie Centret, Enhed for Psykologi, Pædagogik og Socialrådgivning.

Litteratur

1. Madsen SA, Munck H, Tolstrup M. Fædre og fødsler. København: Frydenlund Grafisk, 1999.
2. Steinberg S, Kruckman L, Steinberg S. Reinventing fatherhood in Japan and Canada. Soc Sci Med 2000;50:1257-72.
3. Skajaa K, Nielsen L, Nordvig L et al. Kontinuerlig fødselshjælp. Ugeskr Læger 1997;159:6811-2.
4. Department of Health. Changing childbirth. London: Department of Health, 1993.
5. Draper J. "It's the first scientific evidence": men's experience of pregnancy confirmation. J Advan Nurs 2002;39:563-70.
6. Sundhedsstyrelsen. Svangreomsorg. Retningslinier og redegørelse. København: Sundhedsstyrelsen, 1998.
7. Johnson MP. The implications of unfulfilled expectations and perceived pressure to attend the birth on men's stress levels following birth attendance: a longitudinal study. J Psychosom Obstet Gynaecol 2002;23:173-82.
8. Chan KK, Paterson-Brown S. How do fathers feel after accompanying their partners in labour and delivery?. J Obstet Gynaecol 2002;22:11-5.
9. Somers-Smith MJ. A place for the partner? Midwifery 1999;15:101-8.
10. Pedersen SH. Jeg skal være FAR. København: Forskningsprogrammet: Fædres relationer til deres spæd- og småbørn, 2000.

Gravide indvandrerkvinder i Skandinavien

Birgitta Essén

Resumé

Baseret på en litteraturgennemgang diskuteres de perinatale problemer og udfordringer blandt gravide indvandrere i Skandinavien, og der fokuseres på de sociale faktorer betydning samt på kommunikationen mellem gravide indvandrere og sundhedspersonale. Endelig gives der kliniske rekommandationer baseret på aktuell viden i Skandinavien.

De skandinaviske lande er internationalt kendt for at have en høj obstetrisk standard og en af de laveste forekomster af perinatal dødelighed i verden. At vi som klinikere møder gravide indvandrerkvinder er ikke nyt. Indvandrerpopulationens sammensætning er dog ændret gennem tiden. I 1960'erne og 1970'erne udgjordes den af indvandrere fra Europa, som kom til Skandinavien for at arbejde. I slutningen af 1980'erne kom der flere flygtninge fra katastrofepåvirkede lavindkomstlande. Det, som således er relativt nyt, er, at de seneste års forskning på dette område har taget hensyn til ikkeobstetriske faktorer ved bedømmelse af graviditet og fødselsforløb ud fra et etnisk perspektiv.

I denne artikel defineres indvandrere som værende født uden for de skandinaviske lande. Formålet med denne oversigtsartikel er at give en kort oversigt over de seneste videnskabelige og kliniske perspektiver vedrørende gravide indvandrere i Skandinavien.

Metode

Litteraturgennemgangen omfatter de seneste videnskabelige artikler fra 1990 og fremefter inden for emnerne obstetrik, pædiatri, samfundsmedicin og epidemiologi. De er fundet i PubMed ved anvendelse af søgeordene: *pregnancy, immigrant, foreign-born, eth, acculturation, female circumcision, perinatal morbidity* og *mortality*. For nylig er to videnskabelige afhandlinger, hvori antropologiske og sociologiske data indgik, blevet forsvaret inden for obstetrik og gynækologi.

Ved validering af statistiske registerdata bør man være opmærksom på, at informationen i de nationale registre kan indeholde ufuldstændige oplysninger vedrørende f.eks. uddannelsesniveau, indkomst og erhvervsarbejde, hvilket kan spille en rolle, når man studerer sociale faktorer relateret til perinatale forhold ud fra et etnisk perspektiv.