

Eksamensprojekt i Jordemoderkundskab  
Bachelorprojekt  
14. modul

# **Forudsætninger for valget af det rette fødested**

**Mie Kofoed** 63080271

Anslag: 17.885

**Lykke Dyrvig Thomsen** 63080269

Anslag: 17.595

**Miaja Veilberg** 63080268

Anslag: 18.192

Jordemoderuddannelsen, Professionshøjskolen Metropol

December 2014

Hold E2011

Vejleder: Marianne Eiberg

Antal anslag inklusive mellemrum: 107.720

Referencesystem: Harvard

Dette projekteksemplar er ikke rettet eller kommenteret af Jordemoderuddannelsen,  
Professionshøjskolen Metropol

I henhold til Bekendtgørelse om prøver og eksamen i erhvervsrettede videregående uddannelsen nr. 714 af 27/06/2012 bekræfter undertegnede med min underskrift, at opgaven er udfærdiget uden uretmæssig hjælp, jf. § 17, stk 6.

		
<b>Lykke Dyrvig Thomsen</b>	<b>Miaja Veilberg</b>	<b>Mie Kofoed</b>
63080269	63080268	63080271

## **Resumé**

Opgavens formål er gennem en kvalitativ metode, at undersøge hvordan jordemoderen kan sikre kvinden de bedste forudsætninger for at vælge det fødested, der for kvinden er det rette. Dette opnås gennem analyse af tre kvalitative studier, med teori af Ulrich Beck, Thomas Breck samt Gunnhild Blåka. Det konkluderes, at jordemoderen gennem individuel rådgivning, evidensbaseret information samt øget erfaring med varetagelse af både hjemme- og hospitalsfødsler kan sikre kvinden de bedste forudsætninger for, at vælge det fødested, der for hende er det rette.

## Indhold

1.0 Problemstilling .....	6
2.0 Problemformulering .....	8
2.1 Begrebsafklaring .....	9
2.2 Afgrænsning .....	9
3.0 Metode .....	10
3.1 Videnskabsteoretiske overvejelser .....	11
3.1.1 Humanvidenskab .....	11
3.1.2 Fænomenologi .....	11
3.1.3 Hermeneutik .....	12
3.1.4 Forforståelser .....	13
3.2 Søgestrategi .....	14
3.3 In- og eksklusionskriterier .....	15
3.4 Empiri .....	15
3.4.1 <i>"To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions"</i> .....	16
3.4.2 <i>"A qualitative study of information about available options for childbirth venue and pregnant womens preferences for a place of delivery"</i> .....	17
3.4.3 <i>"Survey of Midwives' current thinking about home birth"</i> .....	19
3.5 Teori .....	20
3.5.1 Gunnhild Blåka .....	20
3.5.2 Ulrich Beck .....	22
3.5.3 Thomas Breck .....	23
4.0 Analyse .....	25
4.1 Analyse af kvinder .....	25
4.1.1 Kvinders risikotankegang .....	26
4.1.2 Kvinders oplevede risiko .....	26
4.1.3 De subjektive risikofaktorerers indflydelse på kvinders risikoopfattelse .....	28
4.1.4 Information omkring fødested .....	32
4.1.5 Analyseresultat af arbejdsspørgsmål 1 .....	32
4.2 Analyse af jordemødre .....	33
4.2.1 Jordemødres erfaring med spontant forløbende fødsel samt hjemmefødsel .....	33
4.2.2 Jordemoderen i den fødselsvidenskabelige diskurs .....	34
4.2.3 Jordemoderen i den jordemoderfaglige diskurs .....	35
4.2.4 Jordemoderens vejledning omkring valg af fødested .....	35
4.2.5 Jordemødres divergerende holdninger til risici .....	36

4.2.6 Analyseresultat for arbejdsspørgsmål 2 .....	37
5.0 Diskussion .....	38
5.1 Diskussion af analyseresultater .....	38
5.1.1 Kvinders subjektive risikopfattelse samt behovet for vejledning fra jordemoderen .....	38
5.1.2 Vejledning med fokus på at mindske kvinders risikopfattelse .....	40
5.1.3 Jordemødres mangel på evidens omkring risikoen ved hjemme- og hospitalsfødsler.....	41
5.1.4 Jordemødres lovmæssige pligt .....	42
5.1.5 Muligheden for at give fyldestgørende vejledning i konsultationen.....	43
5.1.6 anbefalingerne omkring visitation til fødested .....	45
5.1.7 Muligheden for samling af diskurserne .....	46
5.2 Diskussion af metode .....	47
5.2.1 Diskussion af empiri .....	47
5.2.2 Diskussion af teori .....	48
5.2.3 Diskussion af videnskabelig metode.....	49
5.2.4 Perspektiver.....	50
6.0 Konklusion .....	51
7.0 Litteraturhvisning .....	52
7.1 Bøger.....	52
7.2 Udgivelser og artikler.....	52
7.3 Internetkilder .....	53
8.0 Bilag .....	54

## 1.0 Problemstilling

I løbet af det sidste halve århundrede, er der set en markant ændring i kvindernes valg af fødested. I 1944 fødte 63 % af kvinderne i hjemmet, hvorimod tallet i 1969 var nede på 19 %.

(Indenrigsministeriet 1972) Med henblik på at imødekomme kvindernes stigende ønske om at føde på hospitalet konkluderede Indenrigsministeriet i 1972, at det skulle ”(...) *tilsikres alle kvinder, der fremsætter ønske herom, adgang til fødsel på institution*”. (Indenrigsministeriet 1972 s. 25) I forlængelse heraf tilrådede Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, at alle kvinder skulle have mulighed for at føde på en specialafdeling, da ”(...) *spædbarnsdødeligheden var direkte proportional med afstanden til en specialafdeling*”. (Cliff 2002 s. 300) Med udgangspunkt i dette blev det i 1972 påpeget, at ”(...) *hjemmefødslerne tid er ved at være forbi*”. (Indenrigsministeriet 1972 s. 24) Med henblik på at sikre jordemødrene bedre arbejdsvilkår blev Centerordningen indført i 1973. Denne ordning understøttede, at fødslerne blev flyttet fra de private hjem til hospitalerne. (Cliff 1993)

Nyeste tal fra Sundhedsstyrelsen viser en hjemmefødselsfrekvens på 1-2 % i 2013. (SST 2013) Ud fra et historisk perspektiv kan det således ses, at der er sket en drastisk udvikling i, hvor kvinderne vælger at føde over en forholdsvis kort periode. Det kunne være interessant at undersøge, hvad der i dag influerer på kvinders valg af fødested.

I dag er Sundhedsstyrelsen med udgivelsen af *Anbefalinger for Svangreomsorgen* toneangivende på fødselsområdet. Svangreomsorgen er tilrettelagt således, at den praktiserende læge skal risikovurdere kvinden, informere om rettigheder og muligheder for fødested samt foretage visitation til denne. (SST 2013) I henhold til svangreomsorgen er det jordemoderens opgave at supplere den praktiserende læges konklusioner og løbende revurdere visitationen til fødested med fokus på fordele og ulemper. (SST 2013) Spørgsmålet er imidlertid, hvordan følger jordemoderen op på lægens konklusion og hvordan praktiseres revurderingen af visitationen til fødested?

I forbindelse med vores praktikophold i Region Hovedstaden erfarede vi, at jordemoderen ikke følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger og dermed ikke revurderer lægens konklusioner og visitation af fødested. Med udgangspunkt i dette er vi nysgerrige efter at undersøge, hvorfor revurderingen ikke finder sted?

De britiske myndigheder har netop udgivet nye evidensbaserede guidelines, der blandt andet indeholder anbefalinger i relation til valg af fødested. Disse fastslår, at det i forhold til maternelt udkomme er lige sikkert at føde hjemme som på hospitalet. (NICE Guidelines 2014)

I forhold til perinatalt udkomme fastslås, at der for multipara ikke fandtes forskel ved fødsel på hospital eller i hjemmet. For nullipara fandtes dog en let øget risiko for dårligere perinalt udkomme ved hjemmefødsel. (NICE Guideline 2014) I henhold til NICE guideline er der for lavrisikogravide med planlagt hospitalsfødsel en højere rate af interventioner såsom instrumentel forløsning, sectio samt episiotomi. (NICE guideline 2014) Disse interventioner mindsker muligheden for den spontant forløbende fødsel.

I henhold til jordemoderens etiske retningslinjer anbefales det, at: *"Jordemoderen støtter kvinden i, at fødslen forløber så ukompliceret som muligt, da den spontant forløbende fødsel antages at rumme kvaliteter som fysisk sikkerhed, menneskelig styrke og personlig vækst"*. (Iversen et al. 2014 stk. 4) Dette stemmer overens med Sundhedsstyrelsens anbefaling for svangreomsorgen, som fastslår, at jordemoderen bør undgå unødige brug af medicinske indgreb og teknologi samt vejlede med afsæt i nyeste evidensbaserede viden. (SST 2013) Formanden for Jordemoderforeningen; Lillian Bondo, udtaler ligeledes: *"til den raske gravide kan vi med baggrund i store studier fint anbefale fødsel i hjem"*. (Nørum 2014)

Med udgangspunkt i NICE guideline samt Sundhedsstyrelsens anbefalinger, kan det overvejes, om jordemoderen kan højne kvaliteten af sin information om risici ved henholdsvis hjemme- og hospitalsfødsel med baggrund i evidensbaseret viden? Ligeledes kan det overvejes, om jordemoderen dermed i højere grad kan leve op til de etiske retningslinjer; omhandlende at støtte kvinden i den spontant forløbende fødsel?

Ifølge Cirkulære for jordemodervirksomhed er det jordemoderens pligt at yde *"(...) fødselshjælp til den fødende og barnet under spontant forløbende fødsel"*. (SST 2001 §1) I henhold til Sundhedsloven har kvinden ret til *"(...) jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet"*. (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2005 § 83) Dermed ses det, at jordemoderen ifølge sit virksomhedsområde har pligt til at varetage hjemmefødsler, til de kvinder som ønsker dette. Som tidligere nævnt foregår 98-99 % af fødslerne i dag på hospitalet. (SST 2013) I forlængelse heraf antages det, at størstedelen af jordemødre praktiserer på hospitalet.

Der er med andre ord en række faktorer som taler for, at fødsler ligeså vel kan foregå i hjemmet som på hospitalet. Tallene viser dog, at kun 1-2 % af kvinderne vælger af føde hjemme. (SST 2013) Vi stiller os undrende overfor dette og ønsker at undersøge hvad der ligger til grund for kvinders valg af fødested.

Vi er ligeledes nysgerrige på jordemødres oplevelser af hjemme- og hospitalsfødsel og om disse oplevelser kan præge den information jordemoderen giver kvinden, omkring valg af fødested?

Alle disse spørgsmål vil blive besvaret i nærværende opgave.

På baggrund af ovenstående problemstilling, er vi nået frem til følgende:

## 2.0 Problemformulering

**Hvordan kan jordemoderen sikre kvinden de bedste forudsætninger for at vælge det fødested, der for kvinden er det rette?**

For at kunne svare fyldestgørende på vores problemformulering har vi vurderet det relevant at arbejde ud fra to arbejdsspørgsmål.

### Arbejdsspørgsmål 1

**Hvordan oplever kvinder med baggrund i egen risikoopfattelse henholdsvis hjemme- og hospitalsfødsler, og hvilke elementer influerer på hendes valg af fødested?**

For at undersøge hvordan jordemoderen kan sikre kvinden de bedste forudsætninger for, at vælge det fødested, der for kvinden er det rette, vurderer vi det nødvendigt at undersøge hvad der influerer på kvindens valg af fødested, samt hvilken risikoopfattelse kvinden har i forhold til hjemme- og hospitalsfødsel.

Dette er nødvendigt for, at vi kan opnå forståelse for kvindens valg og derigennem undersøge hvordan jordemoderen bedst kan vejlede hende omkring valg af fødested.

### Arbejdsspørgsmål 2

**Hvordan oplever jordemødre henholdsvis hjemme- og hospitalsfødsler med baggrund i egen risikoopfattelse samt den diskurs, de praktiserer under? Og præger dette jordemoderens information omkring valg af fødested?**

Med henblik på at besvare problemformuleringen vurderer vi det nødvendigt, at forstå jordemødres oplevelser omkring hjemme- og hospitalsfødsel og om disse kan præge informationen omkring valg af fødested. For at undersøge disse oplevelser, er det relevant at se på jordemoderens risikoopfattelse og hvordan hun oplever sikkerheden ved hjemme- og hospitalsfødsler. Desuden findes det nødvendigt at undersøge om det sted jordemoderen praktiserer, præger hendes oplevelse.

Med afsæt i en besvarelse af arbejdsspørgsmålene i analysen opnås en forståelse, der kan ligge til grund for besvarelsen af problemformuleringen.



I diskussionen diskuteres analyseresultaterne, hvilket ligger til grund for besvarelsen af problemformuleringen: Hvordan kan jordemoderen sikre kvinden de bedste forudsætninger for, at vælge det fødested, der for kvinden er det rette.

## 2.1 Begrebsafklaring

I følgende afsnit vil der blive redegjort for de begreber, der gøres brug af i nærværende opgave.

**Kvinder:** I opgaven vælger vi udelukkende at tage udgangspunkt i lavrisikogravide. Dette defineres med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for Svangreomsorgen samt Robson gruppe 1 og 3. (SST 2013, Dragsted 2000)

- Robson gruppe 1 og 3 defineres således: 0 para eller multipara, enkeltgraviditet, foster i hovedstilling, gestationsalder  $\geq 37$  uger samt spontant forventet fødsel.
- Gravide som tilhører Sundhedsstyrelsens gruppe 1 svangreomsorg

**Hjemmefødsel:** Planlagt hjemmefødsel.

**Fødested:** Defineres som enten hospitalsfødsel eller planlagt hjemmefødsel.

## 2.2 Afgrænsning

I følgende afsnit vil der blive redegjort for nærværende opgaves afgrænsninger.

**Diskurser:** I opgaven analyseres der ud fra to diskurser indenfor det obstetriske felt; den jordemoderfaglige - og fødselsvidenskabelige diskurs som de defineres af Gunnhild Blåka. (Blåka 1997) Opgavens formål er dermed ikke at udarbejde en diskursanalyse.

**Konsultation:** Vi er opmærksomme på, at visitation til fødested finder sted ved første lægekonsultation. I nærværende opgave, tages der udgangspunkt i jordemoderkonsultationen.

**Partner:** Denne opgave ønsker at undersøge kvinders oplevelser omkring valg af fødested, og inddrager derfor ikke en eventuel partners oplevelser.

**Evidens:** I nærværende opgave bygger på allerede foreliggende evidens omkring sikkerheden af henholdsvis hjemme- og hospitalsfødsler. På baggrund af dette afgrænser vi os fra at foretage en kvantitativ analyse af disse resultater.

### 3.0 Metode

Formålet med opgaven er at besvare hvordan jordemoderen kan sikre kvinden de bedste forudsætninger for, at vælge det fødested, der for hende er det rette.

For at besvare vores problemformulering inddeles analysen i to dele baseret på opgavens arbejdsspørgsmål. I opgaven er analysen baseret på en fænomenologisk metode, og denne redegøres for i afsnit 3.1.2.

I første delanalyse undersøges, hvordan kvinder med udgangspunkt i egen risikoopfattelse træffer valget omkring fødested, herunder hvilke elementer der påvirker dette valg. Der analyseres to kvalitative studier, og det er derved kvinders individuelle perspektiv, vi undersøger. Empirien præsenteres i afsnittet 3.4.

Til denne analyse benyttes hovedsageligt teori af Thomas Breck omkring oplevet risiko og subjektive risikofaktorer. (Breck 2001) Derudover anvendes teori omkring risikosamfundet af Ulrich Beck. (Beck 1997) Teorien præsenteres i afsnittet 3.5.

I anden delanalyse analyseres, hvordan jordemødre oplever henholdsvis hjemme- og hospitalsfødsler på baggrund af deres risikoopfattelse og på baggrund af den diskurs, de praktiserer under. Dette analyseres ud fra et studie indeholdende både kvantitative og kvalitative data, som undersøger jordemødres holdning til hjemmefødsler. I denne analyse er det ligeledes den enkelte jordemoders perspektiv, vi tager udgangspunkt i. Studiet præsenteres i afsnittet 3.4.3.

Til denne analyse benyttes teori af Gunnhild Blåka omkring den jordemoderfaglige - og fødselsvidenskabelige diskurs samt teori af Thomas Breck omkring den oplevede risiko. (Blåka 1997, Breck 2001) Disse begreber uddybes ligeledes i afsnittet 3.5.

Efter analysen følger et diskussionsafsnit, hvor analysens resultater diskuteres. Diskussionen gennemføres med hermeneutikkens principper for betydningsdannelse in mente. Dette redegøres for i afsnittet 3.1.3.

Med baggrund i dette udarbejdes der i diskussionen kvalitative bud på besvarelsen af opgavens problemformulering; hvordan jordemødre kan skabe gode forudsætninger for, at kvinden kan vælge det fødested, hun finder bedst. I dette afsnit diskuteres desuden med eksterne perspektiver for at kunne relatere analysens resultater til dansk, nutidig praksis.

I forlængelse af diskussionen af analysens resultater følger en diskussion af den valgte metode. Herunder diskuteres den valgte videnskabsteoretiske metode, empiri samt teori. Opgaven afsluttes med en samlet konklusion.

### **3.1 Videnskabsteoretiske overvejelser**

For at redegøre for vores valgte metode vil vi starte med at begrunde vores videnskabsteoretiske overvejelser. Da bestemte videnskabsteoretiske retninger ligger til grund for opgavens indhold og form, er det relevant at synliggøre dem og argumentere for valget.

Derfor vil vi i nedenfor redegøre for humanvidenskaben, fænomenologien og hermeneutikken. Desuden vil vi give en kort redegørelse for vores forforståelser, som sidestilles med vores fordomme.

#### **3.1.1 Humanvidenskab**

Gennem et humanvidenskabeligt menneskesyn ønskes der at opnå en forståelse af det andet menneske. (Birkler 2005) I denne opgave søges det at opnå en forståelse for kvinder og jordemødres oplevelser. Humanvidenskaben ønsker ligeledes at opnå en forståelse for, hvordan disse oplevelser udmønter sig i menneskets handlinger. (Birkler 2005) I denne opgave søges det at opnå en forståelse for, hvordan jordemødre og kvinders oplevelser udmønter sig i deres handlinger omkring valget af fødested. Det er dermed valgt at besvare opgavens problemformulering ud fra humanvidenskaben. Dette gøres primært gennem kvalitative studier. Gennem disse kan man netop undersøge komplekse sammenhænge og relationer. (Lunde & Ramhøj 1995) For at opnå dette har kvalitative undersøgelser oftest få undersøgelsesenheder, men mange kendetegn. (Lunde & Ramhøj 1995)

*Mie*

#### **3.1.2 Fænomenologi**

I denne opgave ønskes en analyse af kvinders oplevelse af at vælge fødested samt jordemødrenes oplevelse af at varetage hjemme- og hospitalsfødsler. Dermed bliver opgavens interessefelt selve *oplevelserne*, og hvordan disse kan forstås. Derfor er det oplagt at analysere empirien ud fra fænomenologien, som netop undersøger menneskets livsverden gennem oplevetheden. (Birkler 2005) Fænomenologien anvendes derfor i opgavens analyse og bidrager til en undersøgelse af de bevidsthedsfænomener, som opleves af kvinden og jordemoderen. (Birkler 2005)

For at kunne opnå en så vidt mulig neutral analyse af empirien er vores forudfattede meninger og holdninger nedskrevet inden opgavens start.

Fænomenologiens grundlægger, Edmund Husserl, omtaler begrebet epoché, som betyder, at fordomme sættes i parentes. Dette gøres for at opnå en tilstræbt fordomsfri beskrivelse af fænomenernes væsen. (Birkler 2005) Disse fordomme kan læses i afsnittet *Forforståelser*. Husserl mente endvidere, at den traditionelle positivistiske videnskab ikke var tilstrækkelig, da bevidstheden derved reduceres til objektive forhold. (Birkler 2005) Dermed påpegede han, at bevidstheden og forståelse altid skal undersøges i relation til omverden. (Birkler 2005) Med baggrund i dette ønsker vi i denne opgave en forståelse af, hvilke elementer der influerer på kvinders risikopfattelse samt jordemødres holdninger og oplevelser omkring valg af fødested. (Birkler 2005)

De fænomenologiske begreber, som findes relevante for opgavens analyse, er: *den oplevede livsverden og forståelse*. I denne opgave forstås begrebet *livsverden* som indsigten i jordemødre og kvinders oplevede liv ud fra deres eget perspektiv. (Birkler 2005) Denne indsigt forsøger opgaven at åbne op for i de to analysedele. Eftersom denne opgave ønsker at *forstå*, hvad der influerer på kvinders valg af fødested samt jordemødres holdning til at varetage henholdsvis hjemme- og hospitalsfødsel, bliver *bevidsthedsforståelse af central betydning*. *Bevidsthedsforståelse* er et centralt begreb i fænomenologien, og ifølge Birkler kan det defineres som "(...)en forståelse af det bevidsthedsindhold, som opleves af "det andet" menneske". (Birkler 2005 s. 106) Det vil med andre ord sige, at vi ved at analysere kvinder og jordemødres oplevelser, sætter begrebet bevidsthedsforståelse i spil.

Lykke

### 3.1.3 Hermeneutik

Hermeneutik betyder fortolkningskunst eller læren om forståelse. (Birkler 2005) Et af de relevante elementer indenfor hermeneutik er forforståelsen. Hermed menes den forståelse, der allerede forefindes, før en ny forståelse opnås, bevidst eller ubevidst. Ifølge den tyske filosof Gadamer fortolker og forstår vi verden omkring os ved hjælp af vore forforståelser. Vi er derved aldrig forudsætningsløse eller objektive. (Birkler 2005) Vores samlede sæt af forforståelser angiver vores *forståelseshorisont*. (Birkler 2005) Det er ud fra denne horisont, at vi forstår verden, og det har derfor stor betydning for, hvilke mennesker vi er.

I opgaven er det relevant at lægge vore forforståelser frem, da det ud fra en hermeneutisk tankegang er umuligt at bearbejde viden uden at se det i lyset af egne forforståelser. (Birkler 2005)

I diskussionsafsnittet vælger vi derfor en hermeneutisk tilgang. Vi ønsker her at bringe vores forforståelser i spil og kan derved reflekterer over forforståelserne sat op imod den nytilkomne viden fra analyseresultaterne.

Måden, vi forstår verden på, er ifølge hermeneutikken en cirkulær proces. Dette kan forklares med kernebegrebet *Den hermeneutiske cirkel*, som illustrerer hvorledes forståelse sker i en vekselvirkning mellem helheder og mindre dele. (Birkler 2005) Ved at søge en forståelse i delresultaterne fra analysen og sammenholde dem med helhedsforståelsen samt forforståelserne, kan der derved i diskussionen opnås en ny og større forståelse hvorved problemformuleringen besvares.

*Miaja*

### **3.1.4 Forforståelser**

Efter foregående afsnit gøres der nu rede for vores fordomme og forforståelser. Dette gøres for at arbejde fænomenologisk i analysen og derved tilsidesætte disse. I diskussionen ønsker vi at arbejde hermeneutisk og derved bringe forforståelserne i spil. (Birkler 2005)

I nedenstående afsnit, benævnes disse udelukkende; *forforståelser*.

Vores forforståelser er dannet gennem tiden som jordemoderstuderende, og disse har ændret sig gennem udarbejdelsen af nærværende opgave. Dette er sket gennem læsning af opgavens empiri og teori, såvel som i interessante diskussioner internt i gruppen samt dialog med praktiserende jordemødre.

Gennem tiden som jordemoderstuderende i Region Hovedstaden har vi ikke oplevet, at valget omkring fødested italesættes i konsultationen. Vi tænker, at dette eventuelt kan forklares ud fra et tidspres, som jordemoderen er underlagt i konsultationen. Dette kan forårsage, at denne information bliver sprunget over til fordel for anden information.

En anden forforståelse lyder, at flere jordemødre føler sig utrygge i at varetage en hjemmefødsel og derfor ikke informerer om denne mulighed i konsultationen. Vores forforståelse er ligeledes, at jordemoderen samt lægen mangler viden i at rådgive om hjemmefødsler og mangler konkret viden om sikkerheden ved hjemmefødsler versus hospitalsfødsler.

Vi har desuden en forforståelse om, at jordemødre kan opleve det som sikrest at varetage fødsler på hospitalet, da de her kan tilkalde faglig assistance ved akut opståede komplikationer. I forlængelse heraf tænker vi ligeledes, at kvinder oplever hospitalsfødsel som sikrest. Vi tænker dog, at kvinder der vælger hjemmefødsel, begrundet valget i blødere værdier såsom ro, nærvær og ønsket om en mindre medicinsk fødsel.

Desuden tænker vi, at fødested for mange kvinder, er en forudindtaget selvfølgelighed, og derved ikke opleves som hverken et tilvalg eller fravalg.

### 3.2 Søgestrategi

I det kommende afsnit vil søgestrategien og in- og eksklusionskriterierne blive beskrevet. En komplet søgestrategi for de enkelte studier kan findes i bilag.

Vi har valgt at lave et systematisk litteraturstudie, da vi vurderer, at eksisterende litteratur på området kan hjælpe os i besvarelsen af vores problemformulering. Gennem systematisk søgning på forskellige databaser, herunder Psycinfo, Embase, Cinahl og Pubmed. Vi har valgt disse databaser, da de indeholder en stor mængde internationale studier inden for sundhedsområdet, herunder jordemoderfaget. Pubmed er den database med flest artikler, hvor Psychinfo og Embase har færre, men større andel af kvalitative studier.

Vi startede en systematisk søgning ved hjælp af disse søgeord:

homebirth OR place of birth OR birthplace OR birth venue
choose OR choice OR decision OR decision making OR choice behavior

Efter at have kombineret de to emnesøgninger fandt vi en række studier. Disse søgninger er vedlagt som bilag.

På databasen PubMed kan MeSH terms benyttes, hvorved søgningen specificeres.

Alligevel kom der adskillige resultater frem, hvorfor vi besluttede at tilføje filteret "female". På samtlige databaser oplistede vi resultaterne ud fra "relevance", hvorved de studier med samme emneord som vores søgeord fremkom først.

Efter den systematiske søgning forsøgte vi os med kædesøgning og brugte herved et studies referencer. For at opnå bredere søgning, har vi ligeledes søgt på jordemoderforeningens artikler, DSOG's retningslinjer samt Sundhedsstyrelsens udgivelser.

Studiet omhandlende jordemoderens oplevelser omkring varetagelse af hjemmefødsler, er indhentet fra tidligere undervisning på jordemoderuddannelsen, PH Metropol.

### **3.3 In- og eksklusionskriterier**

Grundet vores problemformulering vurderes kvalitative studier relevante, da vi ønsker at undersøge kvinder og jordemødres subjektive oplevelser. (Birkler 2005) Styrken ved den kvalitative tilgang er netop der, hvor der ønskes at forstå den enkeltes oplevelse af en given problematik. Derfor fravalgte vi kvantitative studier. Vi har dog valgt et enkelt studie, som indeholder en spørgeskemaundersøgelse og derved kombinerer den kvalitative og kvantitative metode, gennem en triangulering. (Lunde & Ramhøj 1996)

Vi frasorterede de studier, som var mere end 15 år gamle, eftersom vi vurderede, at ældre studier ikke er sammenlignelige med nutidens fødekultur.

Det kan være problematisk, at finde et land med identisk fødekultur som Danmark. Dog vurderer vi, at studier fra England, er sammenlignelige med dansk fødekultur, idet sundhedssystemet er bygget op omkring offentlige skatter, hvorfor alle har ligelig adgang til sundhedsydelser. (Fink 2010)

Desuden må jordemødre i England, selvstændigt varetage den spontant forløbende fødsel, men skal bistå læge, hvis der opstår komplikationer. (Madi & Crow 2003)

Efter at have skimmet studierne i henhold til vores in- og eksklusionskriterier læste vi resuméet og vurderede atter, om studiet var relevant. Vi fandt en række studier som vi ønskede at nærlæse og udvalgte derfra vores empiri. I nærlæsningen havde vi fokus på de metodiske styrker og svagheder ved studierne, hvoraf vi valgte af skære nogle fra grundet ringe metodiske kvaliteter.

### **3.4 Empiri**

Der vil i det nedenstående redegøres og argumenteres for valg af de tre kvalitative studier; to omhandlende kvinders valg af fødested, og et omhandlende jordemødres oplevelse af hjemmefødsel. Den kvalitative empiri analyseres ud fra VAKS analyse, som vedhæftes som bilag. (Høstrup et al. 2009) Den kvantitative empiri analyseres ud fra Boolsens teori om konstruktion af spørgeskemaundersøgelser. (Boolsen 2008)

### ***3.4.1 "To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions"***

Overnævnte studiet er udarbejdet England i 2013 og publiceret i onlinemagasinet *Health, risk and society*. (Tayler & Francis Online 2014) De tre forfattere er jordemødre samt professorer i jordemoderkundskab og sundhed og arbejder på universiteter i London.

Vi har ud fra VAKS analysen vurderet studiets anvendelighed til 15.8 point. (Høstrup et al. 2009) Studiets formål er at undersøge kvinders valg af fødested, herunder hvilke elementer der påvirker, såsom risikotankegang, ansvarsfølelse og skyld.

Studiet er opbygget prospektivt, longitudinalt og narrativt. Dette betyder, at indsamlingen af data har været over længere tid, så man derved får alle aspekter med i meningsdannelsen. I dette tilfælde; tanker i løbet af graviditeten og tiden før og efter fødslen. Det narrative indikerer en bestemt retning indenfor kvalitativ analyse, hvor det, man interesserer sig for, er personernes fortællinger og udsagn, som sammenholdt fortæller, hvad der giver mening for netop denne person. (Kvale 2002) De 41 interviewpersoner er udvalgt efter størst mulig diversitet herunder tidligere fødsels erfaringer, socioøkonomisk status og etnicitet. Deltagerne er enten nulli- eller multipara, og de fleste er kontaktet via jordemoderkonsultationer. Selve udvælgelsesmetoden er ikke nøjere beskrevet. Interviewene var med åbne spørgsmål, og den samme kvinde blev interviewet flere gange i løbet af graviditeten eller efter fødslen. Interviewene blev optaget og transskriberet ud fra en metode tilsvarende Grounded theory og interviewpersonen fik mulighed for at rette i teksten. Ifølge Kvale mindsker dette risikoen for fejlfortolkninger. (Kvale 2002) Der er opnået etisk godkendelse til studiet.

### **Resultater**

Studiet fandt, at størsteparten af kvinderne planlagde hospitalsfødsel.

Flere kvinder oplevede fødslen som risikofyldt og var blevet anbefalet af venner og familie at føde på hospitalet grundet familiære komplicerede fødsler. Flere ytrede, at de ikke turde føde hjemme, hvor der ikke var læger og mulighed for akut kejsersnit. Andre havde ikke overvejet muligheden om at føde hjemme, da de så det som normen at føde på hospitalet. Studiet fandt endvidere, at flere kvinder var bekymrede for travlhed på hospitalerne samt nervøse for at blive overset. Der var generelt et positivt syn på interventioner, som de anså som livreddende og nødvendige. I hjemmefødselsgruppen var der en klar tendens til, at kvinderne ville være en aktiv beslutningstager i fødselsforløbet og dermed opnå en form for kontrol over situationen.



### **Argumentation for valg**

Studiet er udvalgt, eftersom formålet stemmer overens med nærværende opgaves problemstilling. I forlængelse heraf er der kun fokuseret på lavrisikogravidens udtalelser. Studiet er kvalitativt, og interviewene af de gravide kvinder går i dybden med deres tanker og refleksioner omkring valg af fødested, som netop er det emne, vi ønsker at analysere.

Studiet har den styrke, at det både omhandler kvinder, vælger at føde hjemme, men også kvinder der ønsker at føde på hospitalet. Dette sikrer et troværdigt sammenligningsgrundlag, mellem de to grupper, hvilket stemmer overens med vores problemformulering.

Et kritikpunkt er, at der ikke er redegjort grundigt for udvælgelsen af informanterne samt forskernes rolle i databehandlingen. Der findes ligeledes ingen redegørelse eller beskrivelsen af eventuelle skævvridninger.

Vi mener dog stadig, at fordelene ved studiet opvejer dets svage sider, og vi ønsker derfor at benytte det i besvarelsen af vores problemformulering.

#### ***3.4.2 "A qualitative study of information about available options for childbirth venue and pregnant womens preferences for a place of delivery"***

Studiet er udarbejdet i England og publiceret i 2003 i "*The Midwifery Journal*". (Elsevier 2003) De to forfattere; Banyana Cecilia Madi samt RoseMary Crow, er både jordemødre samt PhD uddannede.

Den kvalitative artikels formelle krav er vurderet gennem VAKS-analysen, hvor den scorer 20,4 point og vurderes dermed anvendelig.

Studiets formål er at undersøge, hvordan kvinder oplever at få information omkring valg af fødested. Endvidere er formålet at støtte jordemødre i at give fyldestgørende information omkring valg af fødested og derved hjælpe kvinderne til at tage et informeret valg om fødested. Studiet er baseret på ustrukturerede interviews dog med en vedlagt interviewguide, hvilket øger gennemsigtigheden og troværdigheden. (Kvale 2002)

Deltagerne blev indsamlet i konsultationer, hvor jordemødre inviterede de gravide til at deltage, på baggrund af følgende inklusionskriterer: lavrisikogravide med gestationsalder 32-42.

I alt er 33 kvinder blev interviewet, hvoraf 13 planlagde hjemmefødsel og 20 planlagde hospitalsfødsel. Kvinderne underskrev en tilladelse til, at interviewet blev optaget, transskriberet og analyseret, dog anonym.

Forskerne gennemgik dataindsamlingen og analysen gennem *Open Coding System*, som inddeler kvalitative data i temaer ud fra genkendelige sætninger og ord. Temainddelingerne fra det første interview formede og skabte nye spørgsmål til de følgende interviews hvorved spørgsmålene blev tydeligere. Da forskerne ikke fandt flere temaer, kom en tredje forsker udefra, som ikke var bekendt med studiet, og fandt gennem en ny analyse frem til samme konsistente resultat. Dette højner reliabiliteten. (Kvale 2002) Dermed vurderes validiteten god, da studiet undersøger, hvad det er meningen, det skal undersøge. (Kvale 2002) Forskerne har under analysen ikke haft adgang til oplysninger om interviewpersonen. Dette øger sandsynligheden for korrekt tolkning og kategorisering. (Kvale 2002) Troværdigheden af resultaterne er høj, eftersom flere forskere uafhængigt af hinanden foretog opdelingen i temaer og kategoriseringen og opnåede samme resultat. (Kvale 2002)

### **Resultater**

Kvinderne, som ønskede hjemmefødsel, var grundigt informerede om deres forskellige muligheder. Kvinderne, som ønskede hospitalsfødsel, manglede information og troede, at hospitalsfødsel var den eneste mulighed. Kun et fåtal af jordemødrene informerede rutinemæssigt om muligheden for hjemmefødsel.

### **Argumentation for valg af empiri**

Studiet er relevant, da dets formål stemmer overens med denne opgaves problemformulering. Dette øger overførbareheden til nærværende opgave. (Høstrup et al.2009). Studiet kan overføres til dansk praksis, da det i studiet fremgår, at kvinder i England har ret til at føde hjemme - ligesom i Danmark. Jordemødrene i studiet varetager selvstændigt hjemmefødslerne og har pligt til at overflytte til obstetrisk afdeling, hvis der opstår komplikationer. Obstetrikeren på det givne hospital samt den praktiserende læge gav tilladelse til, at studiet kunne gennemføres. Studiet blev godkendt af det Ethiske Råd.

Et kritikpunkt er, at forskerne ikke fremlægger deres forforståelser samt beskriver tilhørsforholdet til studiet.

### **3.4.3 "Survey of Midwives' current thinking about home birth"**

Studiet er udarbejdet i England i 2011 af Jane Munro og Mervi Jokinen, begge ansat på The Royal College of Midwives (RCM, Munro & Jokinen 2011), og publiceret af The RCM Trust.

Artiklens formål er at få et aktuelt billede af de britiske jordemødres tanker omkring hjemmefødsler. Studiet ønsker ligeledes at undersøge, hvor jordemødrene oplever bekymring omkring hjemmefødsler samt at udforske, om der her mangler undervisning og praktisk erfaring. Forskerne har til dette formål udarbejdet en online spørgeskemaundersøgelse, der gennem RCMs hjemmeside, e-mails samt RCM magasinet er præsenteret for jordemødrene. 553 jordemødre besvarede i alt spørgeskemaet.

Studiet benytter metodetriangulering og indeholder således både en kvantitativ del, samt en kvalitativ del. (Lunde & Ramhøj 1995) Resultater fra forskellige metoder kan supplere hinanden og give ny indsigt samt kontrollere rigtigheden af data. (Lunde & Ramhøj 1995) I empirien har forfatterne udarbejdet en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse med lukkede spørgsmål og faste svarkategorier, samt en kvalitativ del med to åbne spørgsmål. De kvantitative resultater blev efterfølgende sat ind i figurer og tabeller mens de kvalitative svar blev delt op i relevante emner. Det er primært den kvalitative del af studiet, der bruges til at besvare opgavens problemformulering, og dermed dennes pålidelighed og gyldighed, der primært ønskes vurderet. Dette er gjort gennem VAKS-analyse, hvor studiet scorer 15,2 point, og vurderes anvendeligt til besvarelse af problemformuleringen.

Den kvantitative del af analysen kan give et overblik over, hvor mange jordemødre som deler de oplevelser der fremkommer af den kvalitative del og dermed understøtter disse oplevelser. Derfor er det vurderet relevant at inddrage udvalgte resultater herfra. Den kvantitative del af spørgeskemaet er vurderet ud fra Boolsens krav til konstruktion af spørgeskemaundersøgelser. (Boolsen 2008)

Studiets formål er at belyse alle jordemødres holdninger til hjemmefødsler i Storbritannien. Der er dog kun 553 jordemødre, der deltager i undersøgelsen. Der kan dermed sættes spørgsmålstegn ved, hvorvidt dette resultat er repræsentativt for alle nationens jordemødre. Et kritikpunkt kan ligeledes være at kun jordemødre der har interesse i netop hjemmefødsler, kan tænkes at deltage (Boolsen 2008). Da det ikke er den kvantitative del af studiet, der er opgavens primære empiri, er der ikke valgt at lave en dybdegående analyse af denne.

## Resultater

Studiet konkluderer, at 61 % af jordemødrene har deltaget i hjemmefødsel som studerende og 78 % som uddannede. Der var en generel holdning til, at jordemødrene manglede undervisning og erfaring med hjemmefødsler. Jordemødrene føler ikke, at de har opbakning fra deres kolleger til at varetage hjemmefødsler, og halvdelen af de deltagende jordemødre giver udtryk for, at kvinderne ikke er tilstrækkeligt informerede om muligheden om at føde hjemme.

## Argumentation for valg

Artiklen er udvalgt, da den vurderes relevant til at besvare vores problemformulering. Artiklen omhandler jordemødres tanker omkring hjemmefødsler, men under dette emne ligger samtidig deres tanker omkring hospitalsfødsler. Desuden undersøges jordemødrenes holdning til, hvilken information kvinderne skal have samt, hvilken information de vurderer, at kvinderne reelt fik. Undersøgelsens deltagere er britiske jordemødre, men artiklen vurderes overførbart til dansk praksis, eftersom disse landes fødselskultur er sammenlignelige. Dette ses blandt andet gennem en sammenlignelig hjemmefødselsrate. (NICE Guideline 2014) Studiet er ligeledes fra 2011 og vurderes derfor repræsentativt for nutidens praksis.

## 3.5 Teori

Efter afsnittet omkring valg af empiri er det relevant at belyse teorien i denne opgave.

Derfor redegøres og argumenteres der herunder for valget af de to hovedteoretikere; Thomas Breck og Gunnhild Blåka, samt to begreber fra teoretikeren Ulrich Beck.

Ved at vælge tre teoretikere, kan vi belyse vores emne bredt og komme i dybden med nogle af de aspekter, der gør sig gældende i valget omkring fødested.

I første delanalyse omhandlende kvinders oplevelse af valg af fødested benyttes hovedsageligt teori af Thomas Breck samt to begreber af Ulrich Beck. I anden delanalyse omhandlende jordemødres oplevelse og risikoopfattelse af fødested benyttes teori af Gunnhild Blåka og Thomas Breck.

### 3.5.1 Gunnhild Blåka

I denne opgave analyseres *"Survey of Midwives' current thinking about home birth"* blandt andet med udgangspunkt i den norske jordemoder og professor Gunnhild Blåkas teori omhandlende to diskurser fra bogen *"Moderskap og fødselsarbeid"*. (Blåka 1997) Blåka omtaler to forskellige diskurser; den *jordemoderfaglige* - og den *fødselsvidenskabelige diskurs*.

Begge diskurser uddybes nedenfor og sættes i relation til risikovurdering og risikotænkning.

Desuden argumenteres for valg af teorien.

Blåka påpeger, at hun i sin teori benytter samme forståelsesramme som den franske filosof Michel Foucault, og definerer diskurs som synonym for samtale. (Blåka 1997) Diskursen skal således forstås som en fælles måde at tale og handle ud fra i en given situation. (Blåka 1997) Samtalen kan eksempelvis være styret af regler fra en institution, hvilket i henhold til opgaven, kan dette være hospitalets retningslinjer. Ifølge Foucault er det ikke det enkelte subjekt, jordmoderen eller kvinden, som skaber diskursen, men derimod diskursen som skaber subjektet. (Blåka 1997) Blåka konkluderer at den *fødselsvidenskabelige-* og *jordemoderfaglige diskurs* er dannet ud fra sprogligt forskellige sociale kontekster. (Blåka 1997) Disse to diskurser har forskellige opfattelser af fødsel, graviditet samt kvinden og barnets krop og dermed også forskellige opfattelser af risikobegrebet.

### **Den jordemoderfaglige diskurs**

Denne diskurs er udformet i lokalsamfundet, hvor kvinderne havde stor medindflydelse, og fødsler var en social begivenhed, som foregik i hjemmet. Her var erfaringer, myter samt overtroiske fortællinger gyldig viden. (Blåka 1997) Denne diskurs omhandler fødselsfaget og jordemoderfaglig viden om kvindens forskellige livsfaser. (Blåka 1997)

Ifølge Blåka ser den jordemoderfaglige diskurs graviditeten, fødsel og barsel som en naturlig og sammenhængende proces. Blåka påpeger tre nøgleord for den jordemoderfaglige diskurs, nemlig nærvær, helhed i arbejdsproces og kontinuitet i arbejdet. (Blåka 1997)

Jordmoderen i denne diskurs risikovurderer den fødende, gennem det jordemoderfaglige skøn, for at være på forkant med situationen. (Blåka 1997) Blåka omtaler, at jordmoderens skøn indebærer etik og faglig viden. Jordmoderens erfaring og opmærksomhed på den fødende er afgørende for, at jordmoderen er i stand til at handle korrekt og i rette tid. (Blåka 1997)

Ifølge Blåka påvirker risikotænkning kvinden samt jordmoderen i hendes arbejdsopgaver. Kvinden flyttes fra sin lokale sammenhæng og ind på hospitalet og befinder sig nu i et rum, hvor hun skal skabe en relation til eksperter; lægerne, som fremstår som garant for, at fødslen forløber trygt og sikkert. (Blåka 1997) Dette har konsekvenser for den jordemoderfaglige diskurs, eftersom denne underlægges standardiseringer ved hjælp af retningslinjer og procedurer. Dette påvirker jordemoderens nærvær og tilstedeværelse i hendes arbejdsopgaver. (Blåka 1997)

### **Den fødselsvidenskabelige diskurs**

Blåka konkluderer, at den fødselsvidenskabelige diskurs opstod, da den medicinske viden blev samlet på hospitalerne. (Blåka 1997) Fødselsvidenskaben fik monopol på, hvilken viden der skulle produceres, og hermed skulle fødslerne dokumenteres og systematiseres. (Blåka 1997) Dette medførte en medicinsk logik, som blev udgangspunktet for forståelse af graviditet og fødsel, og fødslerne blev dermed en medicinsk begivenhed. (Blåka 1997)

Blåkas definition af den fødselsvidenskabelige diskurs bygger på tanker fra videnskabsfilosof Georg Henrik von Wright. Han mener, at naturlige processer, eksempelvis fødsler, ses som et objekt og mennesket som et subjekt. (Blåka 1997) Værdier, tanker og følelser er subjektive og anses i denne diskurs som uvidenskabelige. Mennesket har magt over naturen og kan manipulere med denne. Blåka påpeger, at målbare data vægtes højere end kvalitative vurderinger indenfor den fødselsvidenskabelige diskurs. (Blåka 1997) I den fødselsvidenskabelige diskurs afspejles risikotænkningen i, at selv lavrisikofødsler anses som potentielt farlige, hvilket retfærdiggør en medicinsk intervention. (Blåka 1997) Blåka udtrykker med sit begreb *værstefaldstænkningen*, at fokus er ændret fra det naturlige til det akutte og potentielt farlige. Blåka påpeger, at værstefaldstænkningen indsnævrer normalbegrebet. (Blåka 1997)

Blåkas teori omkring de to diskurser er vurderet anvendelig til besvarelsen af vores problemformulering. Teorien benyttes i analysen med henblik på at analysere, om jordemoderen kan præges gennem den praksis, hun arbejder under.

Blåkas teori er baseret på hendes mangeårige virke som jordemoder. Dermed vurderer vi, at hendes kendskab til jordemoderfaget øger relevansen af teorien for vores jordemoderfaglige problemstilling.

### **3.5.2 Ulrich Beck**

#### **Risikosamfundet**

Vi har valgt at anvende teori fra den tyske sociolog Ulrich Beck, som har udgivet bogen "*Risikosamfundet*" i 1997.

Begrebet *risikosamfundet* betegner ifølge Beck, at mennesket i dag oplever en konstant frygt for katastrofer og farer. Ifølge Beck: "(...) *sniger risici og farer sig ind overalt, implicit og uafhængigt af frie valg*". (Beck 1997 s. 55) Gennem samfundsudviklingen har mennesket ønsket at beherske naturen, som tidligere var ophav til risiko for farer. (Beck 1997)

Dette er til dels lykkedes, men disse handlinger har medført en mængde utilsigtede hændelser, som nu giver problemer og risici. (Beck 1997) De fleste af disse farer har menneskeheden selv skabt, og de er uundgåelige og svære at se bort fra. (Beck 1997) Kendetegnet for disse nye farer er, at de ikke er direkte til at aflæse, men derimod *usynlige risici* (Beck 1997) Videnskab og eksperter er derfor nødvendige for at beskrive faren og vurdere risikoen.

Vi har valgt at anvende Ulrich Becks teori om *risikosamfundet*, da vi mener, den kan hjælpe os i vores søgen mod, hvad der influerer på kvinders risikoopfattelse vedrørende valg af fødested. Begrebet; *de usynlige risici* hjælper os i forståelsen af kvindernes navigering mellem risici og behov for ekspertviden. Desuden anvendes denne som baggrund for Thomas Brecks begreb; *Individets ansvar* som der redegøres for, i nedenstående afsnit.

### 3.5.3 Thomas Breck

Vi har valgt at anvende cand. comm. Thomas Brecks teori om risikoopfattelse i analysen af empirien. Her følger en redegørelse for udvalgte dele af teorien fra bogen *Dialog om det usikre- nye veje i risikokommunikation* samt argumentation for valget af disse.

#### Subjektivt oplevet risiko

Breck argumenterer for, at måden, man i dag vurderer og opfatter risici på, er baseret i en subjektivt oplevet risiko. (Breck 2001) Dette består i, at risici ikke udelukkende kan forstås ud fra et objektivt risikobegreb med sandsynligheder og konsekvenser målt af videnskaben, men ligeledes influeres af andre elementer såsom etik og værdier (Breck 2001) Som eksempel nævner Breck, at den objektive målbare risiko for ulykker er større ved at cykle end at flyve, men at det for mange *opleves* som mindre risikabelt at cykle end at flyve. (Breck 2001)

Breck ser denne risikoopfattelse som et produkt af sin tid. Før i tiden fulgte borgerne eksperternes råd vedrørende risici og få satte spørgsmålstegn til advarsler og anbefalinger omkring risici. (Breck 2001) Den tid er ifølge Breck forbi, da borgerne nu har en anden risikoopfattelse end den, eksperterne rådgiver ud fra; nemlig den *oplevede risiko*. Dette fører ifølge Breck til en forskel mellem eksperter og borgeres risikovurdering, hvorfor kommunikationen omkring disse risici er blevet sværere. (Breck 2001)

### **Subjektive risikofaktorer**

Breck beskriver i sin teori, hvordan *subjektive risikofaktorer* kan influere på den oplevede risiko ved enten at øge eller sænke risikopfattelsen. Han har delt disse faktorer op i fire dobbelt-begreber som der herunder redegøres for. (Breck 2001)

Begrebet *nytte & retfærdighed* kan influere på risikopfattelsen, da en risiko opleves mindre, hvis der ved at løbe risikoen samtidig følger en nyttig og personlig fordel. Hvis risikoen derimod rammer uretfærdigt, eksempelvis andre end den der får fordelene ved at løbe risikoen, opleves risikoen større. (Breck 2001)

Det samme gør sig gældende med begrebet *indflydelse & kontrol*. Her er det afgørende, om risikoen er frivillig eller tvungen, for at risikopfattelsen kan sænkes eller øges. Ligeledes gælder, at hvis der ikke opleves nogen form for kontrol i situationen, opleves risikoen som større. (Breck 2001)

Begrebet *virkning og konsekvens* kan ifølge Breck influere på risikopfattelsen ved, at risikoen har en akutindsættende virkning, og konsekvensen derved kommer prompte. (Breck 2001) Dette øger oplevelsen af risici, hvorimod det vil sænke risikopfattelsen, hvis konsekvenserne ved risikoen først kommer senere, og virkningen dermed ikke er akut. (Breck 2001)

Det sidste af Brecks fire begreber er *kendskab og fortrolighed*. Hvis personen der løber risikoen, oplever kendskab og fortrolighed, opleves risikoen mindre. Eksempelvis vil hændelser i dagligdagen ofte opleves kendte og fortrolige, hvorimod nye ukendte situationer vil opleves mere risikable. (Breck 2001)

### **Individuelt ansvar**

I forlængelse af Becks teori om usynlige risici beskriver Breck hvorledes der følger et stort *individuelt ansvar* i forbindelse med valg. (Beck 1997, Breck 2001)

Breck argumenterer således for, at der ses en konflikt i, at individet har behov for eksperter til at risikovurdere, men at disse ofte har divergerende vurderinger og udmeldinger. (Breck 2001) Dette begrundes med, at risici er sværere at vurdere i dag end tidligere, og der derfor ikke blot findes én sand risikovurdering. Derved bliver det op til det enkelte individ, at vurdere hvilke eksperter det vælger at følge. Individet kan derfor opleve et stort ansvar for de risici, der kan følge gennem valg og beslutninger. (Breck 2001)



Til besvarelsen af problemstillingen i denne opgave, er Brecks teori relevant. Begrebet *oplevet risiko* kan hjælpe os i besvarelsen af, hvordan kvinder oplever valg af fødested, samt hvilken risikoopfattelse de har, omkring både hjemme- og hospitalsfødsler.

Ligeledes er teorien relevant i forbindelse med jordemødrenes risikovurdering og vejledning vedrørende valg af fødested. Herunder hvilken risikoopfattelse, der præger jordemødrenes oplevelser ved både hjemme- og hospitalsfødsler.

Brecks teori omkring *subjektive risikofaktorer* kan hjælpe os i forståelsen af, hvilken risikoopfattelse kvinderne har samt besvarelsen af, hvordan jordemoderen, ved at mindske kvindens risikoopfattelse, kan sikre kvinden de bedste forudsætninger for, at hun kan vælge det fødested, der for hende er det rette. Teorien om de usynlige risici og det øgede individuelle ansvar kan hjælpe os i forståelsen af kvinderne i deres valg af fødested.

## 4.0 Analyse

I følgende analyseres empirien ved hjælp af teorien. Dette gøres med baggrund i fænomenologien gennem begreberne: *den oplevede livsverden og forståelse*. I nedenstående analyse forstås begrebet *livsverden* som indsigten i jordemødre og kvinders oplevelser. (Birkler 2005)

### 4.1 Analyse af kvinder

I følgende afsnit besvares arbejdsspørgsmålet:

#### **Hvordan oplever kvinder med baggrund i egen risikoopfattelse henholdsvis hjemme- og hospitalsfødsler, og hvilke elementer influerer på hendes valg af fødested?**

Dette gøres med henblik på at bidrage til besvarelsen af opgavens problemformulering omkring, hvorledes jordemoderen kan sikre kvinden de bedste forudsætninger for, at vælge det fødested, der for kvinden er det rette.

I følgende afsnit analyseres de to kvalitative studier; *To what extent are women free to choose where to give birth* og *A qualitative study of information about available options for childbirth venue and pregnant women's preference for a place of delivery*, med baggrund i teori af Thomas Brecks og Ulrich Beck. (Coxon, Sandall & Fulop 2014, Madi & Crow 2003)

#### 4.1.1 Kvinders risikotankegang

Ifølge Beck har mennesker i dag et stort fokus på risici, og det er relevant at analysere, om dette også gør sig gældende for kvinderne i empirien, når de skal vælge fødested. (Beck 1997)

I empirien udtrykker flere kvinder en utryghed og nervøsitet omkring fødsler. (Coxon, Sandall & Fulop 2014) Ifølge empirien, præger risikotankegangen kvindernes oplevelse af fødsler: "*birth is still understood and, to some extent, experienced as 'risky' or potentially so*". (Coxon, Sandall & Fulop 2014 s. 54)

Netop risikotankegangen fokuserer Beck på, hvor han i sin teori påpeger, at risici anses som et grundlæggende kendetegn ved hele samfundet og den måde, vi anskuer verden på. Dette kaldes af Beck *risikosamfundet*. (Beck 1997)

Breck behandler ligeledes risikosamfundet og tilføjer endvidere, at det er umuligt helt at undgå risici, hvorfor valg bliver taget med afsæt i en opvejning af forskellige risici. (Breck 2001)

En kvinde forklarer sit valg af fødested således: "*So.. you know, it`s just eliminating all the risks as much as you possibly can.*" (Coxon, Sandall & Fulop 2014 s. 58) Kvinden beskriver et ønske om at eliminere risiciene så meget som muligt. Det kan derfor i relation til Breck ses, som at kvinden ikke oplever fødslen som fuldstændig risikofri uanset fødested.

Risikotankegangen influerer ikke kun på kvindernes opfattelse af, hvad der kan ske under fødslen, men for nogle også hele opfattelsen af dem selv. En kvinde beskriver, hvordan hun helt ubevidst har opfattet sig selv som værende i en form for risikogruppe og derved forventede at skulle føde på hospitalet:

*" I was really surprised actually because (..) I`m 38 and.. I`m not the world`s fittest person.. and I was convinced that I was going to be some high-risk kind of..So I was quite surprised when I came out low-risk, and (the midwife) said "Do you want a home birth?".* (Coxon, Sandall & Fulop 2014 s. 58)

Citatet afspejler, at hvis jordemoderen ikke havde spurgt ind til hjemmefødsel men blot spurgt til, hvor hun ønskede at føde, havde kvinden altså ikke overvejet en hjemmefødsel.

Miaja

#### 4.1.2 Kvinders oplevede risiko

I følgende afsnit analyseres empirien med afsæt i begrebet *den oplevede risiko* af Thomas Breck (Breck 2001). Her analyseres, hvilken risikoopfattelse kvinderne i empirien har, og om subjektive faktorer spiller en rolle i afvejningen af risici ved både hjemme- og hospitalsfødsler.

Med baggrund i Becks teori omkring *de usynlige risici* i dag analyseres det individuelle valg og ansvar med teori fra Breck. (Beck 1997, Breck 2001) Her analyseres, hvordan kvinderne i empirien oplever at skulle vælge fødested samt, hvem de retter ansvaret imod, hvis noget skulle gå galt.

I empirien oplever flere kvinder hospitalsfødsler som mindre risikofyldte end fødsler i hjemmet. (Coxon, Sandall & Fulop 2014). For nogle kvinder kan det eksempelvis ses som garant for sikkerheden, at der findes læger i nærheden, hvis der skulle opstå komplikationer ved fødslen. (Coxon, Sandall & Fulop 2014) Det ses dermed som en risiko i sig selv at være lægerne foruden: "*Look, don't worry, I'm not going anywhere there's no doctors....I'm not risking that, I'm not risking the baby's life or my life*". (Coxon, Sandall & Fulop 2014 s. 58) Her fortæller kvinden, at hun oplever at risikere barnet eller sit eget liv, ved ikke at have en læge i nærheden. Hendes opfattelse er dermed ikke baseret på videnskabelige studier omkring sikkerhed, men derimod subjektive faktorer.

Dét at have en subjektiv risikoopfattelse, modsat naturvidenskabens objektive opfattelse, kaldes af Breck *Den oplevede risiko*. (Breck 2001)

Kvinderne i studiet henviser til egne subjektive oplevelser af, hvad der er risikabelt. Et eksempel på dette ser vi i empirien, hvor en kvinde beskriver sin oplevelse omkring valg af fødested således:

*"I just know how easily mistakes are made, and it worries me, that I'm putting my faith and the life of my child (...) in an overrun crowded hospital full of people giving birth (...) yes, does make me a bit nervous."*  
(Coxon, Sandall & Fulop 2014 s. 60)

Denne kvinde har fokus på de risikofyldte elementer, der kan følge, når man befinder sig på et stort og specialiseret hospital. Hun nævner risikoen for, at der sker fejl og nervøsiteten over, at både hende og barnets liv kan være i fare på et overfyldt hospital.

Kvinden, der her udtaler sig, nævner ikke hospitalet med dertilhørende læger som en sikkerhedsforanstaltning modsat kvinden i det foregående citat. Disse kvinders *oplevede risiko* er altså baseret på subjektive opfattelser og ikke de objektivt målbare risici. (Coxon, Sandall & Fulop 2014)

Ud fra Becks perspektiv er risici i dag mindre synlige og dermed svære selv at vurdere. Individet er derfor afhængigt af eksperter til at risikovurdere. (Beck 1997) Da der i dag findes flere eksperter, som hver har deres tolkning og holdning til risiko, er der ikke kun én monopoliseret magt, der vurderer risici. (Beck 1997)

Ifølge Brecks teori baseres valg i dag på den enkeltes værdier og subjektive holdninger til risici og ikke blot på, hvad et enkelt ekspertsystem udmelder. (Breck 2001) Det er derfor op til det enkelte individ at vælge, hvilke eksperter det vil tro på. I relation til valget omkring fødested kan eksperter eksempelvis være hospitalsjordemoderen eller den praktiserende læge, der får indflydelse på, hvad der opleves som sikkert eller hvilke risici, der anses for acceptable. (Breck 2001)

Valg af fødested kan dermed opleves som en stor beslutning, hvor konsekvenserne ved dette valg ses som kvinders eget ansvar. De to ovenstående citater kan være et tegn på dette individualiserede ansvar med følgende ordvalg:

*"(...)it worries me, that I'm putting my faith and the life of my child in a (...) in an overrun crowded hospital full of people giving birth" (Coxon, Sandall & Fulop 2014 s. 60) samt "I'm not going anywhere there's no doctors....I'm not risking that, I'm not risking the baby's life or my life". (Coxon, Sandall & Fulop 2014 s. 58)*

Som citaterne viser, er det ikke nødvendigvis fagpersonalet - herunder jordemoderen - der bliver bebrejdet, hvis noget skulle gå galt under fødslen, men derimod kvinden selv. Hvor den første kvinde oplever det som en risiko at føde på hospitalet, oplever kvinden i andet citat derimod hjemmefødsler som mest risikable.

*Miaja*

#### **4.1.3 De subjektive risikofaktorerers indflydelse på kvinders risikoopfattelse**

Ifølge empirien er et af de elementer, som influerer på kvindens valg af fødested, hendes subjektive risikoopfattelse. (Coxon, Sandall & Fulop 2014) Jævnfør Breck er det nødvendigt at fokusere på subjektive risikofaktorer med henblik på at se hvordan mennesket - i dette tilfælde kvinderne - oplever risici (Breck 2001). Da opgaven er interesseret i at analysere, hvordan kvinderne vælger fødested og hvilke elementer, der influerer på deres risikoopfattelse, er det derfor relevant at analysere empirien med udgangspunkt i Brecks teori omhandlende kvalitative og subjektive risikofaktorer. Disse faktorer inddeler han i fire begreber; *virkning og konsekvens, indflydelse og kontrol, nytte og retfærdighed* samt *kendskab og fortrolighed*. (Breck 2001) Empirien analyseres i de følgende afsnit ved hjælp af disse begreber.

#### **Virkning og konsekvens**

Begrebet *virkning og konsekvens* er ifølge Breck afgørende for, hvordan en risiko opfattes. Hermed menes, at det er afgørende, om *konsekvensen* for den risiko, der tages, indtræder umiddelbart eller forsinket. (Breck 2001) Med *virkingen* af risikoen menes om risikoen er dødelig eller ikke-dødelig. (Breck 2001)

Jævnfør Breck er begrebet *virkning og konsekvens* således interessant, eftersom han konkluderer, at: "*(...)lægfolk typisk tillægger risici med lille sandsynlighed, men store konsekvenser større betydning end det modsatte.*". (Breck 2001 s. 38) Dette bekræftes i empirien ved, at lægfolk, i dette tilfælde kvinder, frygter for eget - eller barnets liv hvis fødslen foregår i hjemmet. (Coxon, Sandall & Fulop 2014)

I empirien ses det yderligere, at de risici kvinderne vægter højest, er akut mortalitet og morbiditet (Coxon, Sandall & Fulop 2014). Denne risikoopfattelse kommer til udtryk i de to tidligere nævnte citater med ordvalget: "*I'm putting my faith and the life of my child*" (Coxon, Sandall & Fulop 2014 s. 60), samt "*I'm not risking the baby's life or my life*". (Coxon, Sandall & Fulop 2014 s. 58)

Derved kan ses, at disse kvinder oplever stor risiko ved situationer med stor *konsekvens og* indsættende *virkning*. (Breck 2001)

Mie

### **Indflydelse og kontrol**

Kvindernes risikoopfattelse analyseres i dette afsnit gennem brug af Brecks begreb *indflydelse og kontrol*. Begrebet omhandler ifølge Breck, hvorvidt selve risikoen er frivillig eller ufrivillig. Med dette menes, at risici, som mennesket selvstændigt vælger, opfattes mere acceptable end risici, som pålægges af ydre faktorer. (Breck 2001) Dette begreb er relevant at analysere empirien ud fra, da opgaven ønsker at analysere hvilke elementer, der influerer på kvinders risikoopfattelse af fødested og dermed valget heraf.

I følgende citat udtaler en kvinde, at hvis fødslen ender i et langvarigt forløb, ønsker hun et sectio: "*We just won't let labour go on that long- if things aren't progressing, we'll ask for a caesarean section..I've done everything I can to be fit and healthy.*"(Coxon, Sandall & Fulop 2014: 61) For denne kvinde opleves et sectio ikke nødvendigvis som en risiko, men snarere som en løsning.

Kvinden fortæller, at hun har gjort, hvad hun kunne for at være sund og i form, og at hun ønsker en hurtigt progredierende fødsel. Hvis dette ikke er tilfældet, oplever hun valget om et sectio mindre risikofyldt. Dette kan ifølge Brecks begreb *indflydelse og kontrol* skyldes, at kvinden ved at vælge et sectio frem for at afvente fødsel oplever større *indflydelse og kontrol*. (Breck 2001)

I empirien er der ligeledes kvinder som deler en anden risikoopfattelse, men også i denne har begrebet *indflydelse og kontrol* stor betydning. (Coxon, Sandall & Fulop 2014) I empirien udtaler nogle kvinder, at de føler en øget kontrol ved at føde i hjemmet i modsætning til at føde på hospitalet (Coxon, Sandall & Fulop 2014)

Dette ses blandt andet i følgende citat:

*"(...) you've got control over your environment, you can decide what position you're in, whether you need something to eat or a bath or a scented candle (...) and being somewhere that is familiar and safe and happy and that is not intruded on by other people and their various dramas, positive or negative. And where you can control the cleanliness and the food and anything else." (Coxon, Sandall & Fulop 2014 s. 62)*

I ovenstående citat udtaler kvinden, at hun oplever hjemmet som et sikkert og trygt sted at føde, eftersom hun i hjemmet får en oplevelse af, at hun selv kan kontrollere miljøet og dermed ikke påvirkes af ydre faktorer. At have kontrol over en situation medfører ifølge Breck, at risikoen bliver mere acceptabel. (Breck 2001) Citatet kan vidne om, at kvinden har taget et frivilligt valg om at føde hjemme i sit vante miljø, og hendes risikoopfattelse mindskes derfor. (Breck 2001)

*Lykke*

### **Nytte og retfærdighed**

Ifølge Breck foretager mennesker, i dette tilfælde kvinderne, altid en personlig afvejning af fordele og ulemper, når de træffer valg. Netop tanken omkring personlig afvejning af fordele og ulemper benytter Breck gennem begrebet *nytte og retfærdighed*. (Breck 2001) Hvis mennesket oplever at have direkte fordel ved at løbe en risiko, opfattes risikoen oftest som mere acceptabel. (Breck 2001)

I følgende citat oplever kvinden at have fordel og nytte af at være hjemme i trygge og vante rammer, hvor fødslen kan opleves som naturlig og med færrest mulige interventioner:

*"I just really don't want to give birth in hospital. I don't like the environment very much and I prefer to be kind of natural, and without intervention as much as possible." (Coxon, Sandall & Fulop 2014 s. 62)*

For denne kvinde opleves en hjemmefødsel altså ikke som en stor risiko, da hun har god nytte af at være i hjemmet frem for på hospitalet. (Breck 2001)

En anden risikoopfattelse af hjemmefødsler ses i nedenstående citat, hvor en kvinde udtrykker hvorledes, hendes partners risikoopfattelse har haft stor indflydelse på hendes valg af fødested:

*"(...) he is frightened, he is very frightened. My husband is just, just hasn't got the faith that I have because he hasn't got the knowledge that I have despite what I tell him. But it is a two-way thing, I can't do this without my husband's support and I must respect his decision and his attitude." (Madi & Crow 2003 s. 334)*

For at forstå denne handling kan der ud fra begrebet *nytte og retfærdighed* argumenteres for, at kvinden ved at opnå en personlig fordel mindsker sin risikoopfattelse. (Breck 2001) I dette tilfælde kan kvinden opleve den fordel ved at føde på hospitalet, at hun får en støttende partner med.

Derved kan hendes tidligere ønske om at føde hjemme blive opvejet af denne fordel med en støttende partner og risikoen af fødslen på hospitalet, kan derved antages at opleves mindre. (Breck 2001)

### **Kendskab og fortrolighed**

Et andet begreb, som kan have betydning, når kvinder træffer valg omkring fødested, er begrebet *kendskab og fortrolighed*. (Breck 2001) Dette begreb er relevant at analysere nogle af kvindernes udsagn med, eftersom de vægter elementer som tryghed, kendthed og det at føle sig hjemme, når de bliver spurgt ind til, hvilke elementer der influerer på deres valg omkring fødested. (Madi & Crow 2003) En kvinde fortæller følgende, om hvorfor hun valgte at føde hjemme:

*"I suppose you are idealistic to a certain extent but the lady who is down the road who has had two babies at home just said that the experiences didn't compare. You know, having a baby in hospital or having a baby at home, was just so different and it was just relaxed and you just had the baby and carried on".*  
(Madi & Crow 2003 s. 334)

Kvinden udtaler, at hendes nabo oplever hjemmefødslen som en afslappet begivenhed, hvor barnet fødes og livet går videre. For denne kvinde, som valgte en hjemmefødsel, kan fødslen opleves som en fortrolig og kendt proces, og at skulle føde på hospitalet passer dermed ikke ind i hendes forestilling. Gennem hendes nabos fødselsoplevelse har kvinden fået den erfaring, at hjemmefødsler ikke er farlige, og kvinden er derfor fortrolig med denne situation. (Madi & Crow 2003)

At skulle tage stilling til valg af fødested indbefatter samtidig en afvejning af forskellige risici ved henholdsvis hjemme- og hospitalsfødsel. Med Brecks begreb *kendskab og fortrolighed* for øje analyseres i følgende afsnit en anden risikoopfattelse end ovenstående.

Denne risikoopfattelse bygger blandt andet på nervøsiteten over at være langt væk fra hospital med adgang til obstetiker, pædiater, anæstesiolog samt muligheden for sectio. I følgende citat afspejles denne risikoopfattelse hos en kvinde:

*"I was born by emergency caesarean and my sister had an emergency caesarean with her first child, and then an elective caesarean for her second, so it made sense given the experiences of people close to me that I'd like to be somewhere with good medical care on hand, if something goes wrong".* (Coxon, Sandall & Fulop 2014 s. 58)

I ovenstående citat udtrykkes, at kvindens valg af fødested påvirkes af familiære fødselserfaringer.

Jævnfør Breck kan dette i relation til nærværende opgave betyde, at kvindens risikoopfattelse mindskes, idet hun ved en hospitalsfødsel oplever *kendskab og fortrolighed*. (Breck 2001)

Omvendt ville en hjemmefødsel for denne kvinde kunne antages at opleves som en større risiko, da denne ikke er en kendt situation, og kvinden derfor ikke er fortrolig med denne. (Breck 2001)

#### 4.1.4 Information omkring fødested

I ovenstående afsnit er det analyseret, hvordan kvinderne med baggrund i egen risikoopfattelse oplever henholdsvis hjemme- og hospitalsfødsler og herunder hvilke elementer, der influerer på dette valg. En anden vigtig pointe i analysen af empirien er, at kvinderne i nogle tilfælde ikke oplever at få information omkring valg af fødested.

Ifølge Beck er der i dag behov for eksperter til at risikovurdere, da risici i dag er usynlige for individet. (Beck 1997) I relation til opgaven kan disse risici ses i forbindelse med fødested, hvor det for den enkelte kvinde kan være svært at aflæse den pågældende risiko. Derfor har kvinden jævnfør Beck, behov for jordemoderen som ekspert til informere risici ved henholdsvis hjemme- og hospitalsfødsel. (Beck 1997)

Ifølge empirien oplevede flere kvinder, at de ikke fik denne information. (Madi & Crow 2003) En kvinde udtaler, at valget omkring fødested blev fremlagt som et valg mellem forskellige hospitaler. (Madi & Crow 2003) Dette bekræftes i følgende citat: "*Oh it's only been a choice of hospital; I can't even remember being asked the question whether I wanted a home birth*". (Madi & Crow 2003 s. 332) Ifølge ovenstående citat, kan det antages, at kvinden ikke oplever at få et reelt valg omkring fødested. Ifølge Beck kan dette blive problematisk, hvis eksperten, i dette tilfælde jordemoderen, ikke vejleder og giver information. Det kan dermed antages, at jordemoderens manglende information vedrørende risici resulterer i, at en viden forbliver ukendt for kvinden og hendes forudsætninger for valg af fødested forringes. (Beck 1997)

Lykke

#### 4.1.5 Analyseresultat af arbejdsspørgsmål 1

Analysen viste, at flere kvinder oplevede fødslen som risikofyldt, og valget af fødested blev taget med en opvejning af forskellige risici. Med baggrund i analysen ses, at størstedelen af kvinderne oplever fødsel på hospitalet som mindst risikofyldt. (Madi & Crow 2003) Kvindernes risikoopfattelse er baseret på deres *oplevede risiko* og ikke objektiv viden. (Coxon, Sandall, Fulop 2014) Kvindernes risikoopfattelse kan påvirkes gennem de subjektive risikofaktorer. (Breck 2001) Nogle kvinder vægtede risici med stor *konsekvens* og hurtigt indsættende *virkning* højest, herunder akut morbiditet og mortalitet. For nogle kvinder er det vigtigste at opnå *indflydelse og kontrol*. Om dette opnås i hjemmet eller på hospitalet varierer kvinderne imellem. Analysen viser endvidere, at kvinder, der oplever at have *nytte* og personlig fordel ved deres valg af fødested, oplever fødslen som mindre risikofyldt.



Et yderligere element, der influerer på kvinders risikoopfattelse, er *kendthed* og *fortrolighed*, idet fødestedet opleves mindre risikofyldt, hvis det for hende er kendt. (Madi & Crow 2003, Coxon, Sandall & Fulop 2014)

Et andet analyseresultat er ligeledes, at flere af kvinderne oplevede ikke at få information omkring muligheden for hjemmefødsel, hvilket skabte ringe forudsætninger for, at kvinden kan vælge det fødested, der for hende er det rette. (Madi & Crow 2003)

## 4.2 Analyse af jordemødre

I følgende afsnit besvares arbejds spørgsmål 2:

**Hvordan oplever jordemødre henholdsvis hjemme- og hospitalsfødsler med baggrund i egen risikoopfattelse samt den diskurs, de praktiserer under? Og præger dette jordemoderens information omkring valg af fødested?**

Dette gøres med henblik på at besvare nærværende opgaves problemformulering, omkring hvorledes jordemoderen kan sikre kvinden de bedste forudsætninger for at vælge det fødested der for kvinden er det rette.

I følgende afsnit analyseres jordemødres oplevelser omkring hjemme- og hospitalsfødsler, ud fra empirien: "*Survey of midwives current thinking about home birth*". Med udgangspunkt i Gunnhild Blåkas teori omkring den jordemoderfaglige- og fødselsvidenskabelige diskurs analyseres, hvordan de to diskurser påvirker jordemødrene i deres virke og vejledning. Ligeledes analyseres empirien ud fra Thomas Brecks begreb *oplevet risiko*.

### 4.2.1 Jordemødres erfaring med spontant forløbende fødsel samt hjemmefødsel

I følgende afsnit analyseres jordemødres erfaringer med den spontant forløbende fødsel og om den fødselsvidenskabelige diskurs indvirker herpå.

Ifølge vores empiri har alle jordemødrene deltaget ved hospitalsfødsler, hvor 78 % af jordemødrene har deltaget i en hjemmefødsel. (Munro & Jokinen 2011)

Et gennemgående tema i empirien er, at jordemødrene mangler erfaring i at varetage den normale, fysiologiske fødsel uden indblanding og indgreb. (Munro & Jokinen 2011) Dette kan ud fra Blåkas teori ses som, at jordemødrene arbejder under den fødselsvidenskabelige diskurs. (Blåka 1997)

En jordemoder udtaler, at jordemødre ifølge hende har brug for undervisning i ”(...) *managing 'normal labour'!* *Sad to say, but normal labour care – hydration, relaxation, knowledge of the normal physiology of birth(...)*”. (Munro & Jokinen 2011 s.15) Jordemoderen er ked af at sige, at der er behov for undervisning i selv den normale fysiologiske fødsel. 61 % af jordemødrene i undersøgelsen er enig med denne udtalelse og mener, at det er nødvendigt, at jordemødre modtager træning specielt i hjemmefødsler. (Munro & Jokinen 2011) En jordemoder italesætter her dette problem: ”*The problem of midwives not being confident is due to the system, many midwives never get the opportunity to become confident in home birth*”. (Munro & Jokinen 2011 s. 14) Hun udtrykker netop, at det er systemet, som jordemoderen arbejder i, der ikke gør det muligt at opnå erfaring med hjemmefødsler. Systemet, som jordemoderen omtaler, kan jævnfør Blåka ses som den fødselsvidenskabelige diskurs. (Blåka 1997)

Mie

#### 4.2.2 Jordemoderen i den fødselsvidenskabelige diskurs

I dette afsnit analyseres, hvorledes den fødselsvidenskabelige diskurs påvirker jordemoderens praksis.

Ifølge Blåka er der indenfor den fødselsvidenskabelige diskurs en holdning til, at naturen kan beherskes. (Blåka 1997) Jordemødre, der praktiserer under denne diskurs, kan ifølge Blåka opleve fødsler, der foregår på hospitalet, som mindre risikofyldte, da man her har redskaberne til at beherske naturen. (Blåka 1997)

Ifølge den fødselsvidenskabelige diskurs opfattes alle gravide i udgangspunktet som risikopatienter, og det anses som en reel sikkerhed at føde på hospitalet frem for i hjemmet. (Blåka 1997) På baggrund af dette, kan det tænkes at opleves som en risiko at føde i hjemmet, da man her ikke har samme mulighed for at styre, kontrollere og beherske naturen. (Blåka 1997)

En jordemoder udtaler: ”*The culture of medicalised birth so deeply embedded in hospital based midwives leaves them lacking in confidence in their abilities and also in women's abilities to birth without intervention*”. (Munro & Jokinen 2011 s. 15) Denne jordemoder udtrykker en urolighed omkring, at jordemødre nu er blevet prægede af at arbejde på hospitalerne, hvilket afspejles i deres manglende tro på den fysiologiske fødsel. Denne manglende tillid til fødsel uden interventioner, mener 50 % af jordemødrene i undersøgelsen, kan være årsagen til den lave hjemmefødselsrate. (Munro & Jokinen, 2011)

Ifølge Blåka kan citatet ses som et eksempel på, at jordemødre, der bliver uddannede og arbejder på hospitalet, praktiserer ud fra den fødselsvidenskabelige diskurs. (Blåka 1997)

Ud fra dette afsnit kan det antydes, at jordemødre, der arbejder under den fødselsvidenskabelige diskurs, mangler tillid til fødsler uden interventioner og derved oplever fødsler som risikofyldte.

*Mie*

#### **4.2.3 Jordemoderen i den jordemoderfaglige diskurs**

I dette afsnit analyseres, hvordan jordemoderen i den jordemoderfaglige diskurs oplever hjemmefødsler.

Ved varetagelse af hjemmefødsel oplever flere jordemødre, at deres fag kommer til sin ret. En jordemoder i empirien udtrykker: ”(...) *home birth is midwifery at its best*”. (Munro & Jokinen 2011 s. 18) En anden jordemoder bekræfter dette og udtaler, at det ved hjemmefødsler er muligt, at: ”(...) *being a TRUE midwife in a way that we can't in the hospital*”. (Munro & Jokinen 2011 s. 18) Dette citat kan afspejle, at jordemødre ved varetagelse af hjemmefødsel oplever at yde god jordemoderfaglig omsorg. Ifølge Blåka har jordemødre, der praktiserer under den jordemoderfaglige diskurs, værdier som; nærhed, helhedsoplevelse i arbejdsprocessen samt kontinuitet i arbejdet. (Blåka 1997) Det kan dermed overvejes, om jordemødre i denne diskurs i højere grad oplever disse værdier ved varetagelse af hjemmefødsler. Dette står i kontrast til den fødselsvidenskabelige diskurs, hvor disse værdier opfattes som irrationelle og subjektive. (Blåka 1997)

*Mie*

#### **4.2.4 Jordemoderens vejledning omkring valg af fødested**

I nærværende afsnit analyseres, om jordemoderens information er præget af, hvilken diskurs hun praktiserer under.

Ifølge empirien oplever flere jordemødre at mangle erfaring i at informere omkring hjemmefødsler. En jordemoder udtaler følgende: ”(...) *how to present home birth as a realistic option to low risk women and gain confidence and experience in offering home birth*”. (Munro & Jokinen 2011 s. 16) En anden jordemoder oplever ligeledes at mangle viden omkring: ”(...) *evidence based information regarding safety of home birth*”. (Munro & Jokinen 2011 s. 15)

Jævnfør Blåka kan jordemødre med disse oplevelser være præget af at praktisere og informere med udgangspunkt i den fødselsvidenskabelige diskurs, hvor objektivisering af naturen og fakta vægtes højere end subjektive værdier. (Blåka 1997)

Dette står ifølge Blåka i kontrast til de jordemødre, der arbejder under den jordemoderfaglige diskurs. Jordemødre i denne diskurs opfatter kvindekroppen som værende i stand til at føde naturligt og ønsker dermed ikke at beherske naturen. (Blåka 1997) Denne opfattelse af kvindekroppen afspejles i følgende citat vedrørende information om valg af fødested:

*"Promoting the 'art' of midwifery, watching and listening (...) identifying women not suitable for home birth, instead of identifying those that are, because the majority of women are suitable. We should be shifting our mindset from childbirth being pathological to it being a bio-social event". (Munro & Jokinen 2011 s. 16)*

Jordemoderen i citatet udtrykker, at risikovurderingen af kvinden med henblik på visitation af fødested sker med fokus på fødslen som patologisk. Dette kan i relation til Blåka ses som *værstefaldstænkningen*, som er et begreb under den fødselsvidenskabelige diskurs. (Blåka 1997) *Værstefaldstænkningen " (...)forskyder opmærksomheden fra det normale og hverdagslige til det mere dramatiske, akutte og faretruende ved fødselsforløbet". (Blåka, 1997 s.74)*

Risikovurderingen af kvinden kan ud fra ovenstående ses som værende indenfor den fødselsvidenskabelige diskurs, da der indenfor denne risikovurderes ud fra det målbare. (Blåka 1997) Jordemoderen udtrykker i ovenstående citat et ønske om, at risikovurderingen var mere præget af 'jordemoderkunsten' samt at lytte til og observere kvinden. (Munro & Jokinen 2011) Dette kan ifølge Blåka ses som en efterspørgsel på den jordemoderfaglige diskurs. (Blåka 1997) Indenfor den jordemoderfaglige diskurs foretager jordemoderen en risikovurdering ved at være på forkant med situationen omkring fødslen. Til dette bruger hun sit jordemoderfaglige skøn som indebærer etik og faglig viden. (Blåka 1997)

Herved ses, at risikovurderingen af kvinden er præget af, hvilken diskurs jordemoderen praktiserer under. Derved kan vejledningen og information omkring valg af fødested ligeledes være påvirket af dette.

*Mie*

#### **4.2.5 Jordemødres divergerende holdninger til risici**

Dette afsnit analyserer, hvilke risikoopfattelser der ifølge jordemoderen hersker på hospitalet, vedrørende hjemme- og hospitalsfødsler. Derudover analyseres, om disse risikoopfattelser kan påvirke jordemoderens information.

I empirien ses det, at der findes divergerende holdninger omkring risici ved henholdsvis hjemme- og hospitalsfødsler. (Munro & Jokinen 2011) Jordemødrene udtrykker, at disse divergerende holdninger både gør sig gældende internt blandt jordemødre samt mellem jordemødre og obstetrikere. (Munro & Jokinen 2011)

Ifølge empirien manglede jordemødrene opbakning fra deres obstetriske kollegaer til at informere om muligheden for hjemmefødsel. (Munro & Jokinen 2011) En jordemoder udtaler: ” *There seems to be a lot of ill-informed opinion about home birth based on a culture of fear rather than solid research-based evidence*”. (Munro & Jokinen 2011 s. 20) En anden jordemoder udtaler følgende: “(…) *the current vibe I feel from them (doctors, red.) is that they truly believe home birth is way more dangerous than hospital birth*”. (Munro & Jokinen 2011 s. 21) Jordemødrene udtrykker her, at der blandt kolleger på hospitalet diskuteres fødested med udgangspunkt i holdninger, som er baseret på ringe information i stedet for evidens.

Endvidere oplever jordemødrene en grundlæggende frygt for hjemmefødsler blandt deres obstetriske kollegaer samt de jordemødre, der udelukkede praktiserer på hospitalet (Munro & Jokinen 2011). I forlængelse heraf oplever 28 % af jordemødrene manglende opbakning til hjemmefødsler fra hospitalet. (Munro & Jokinen 2011) Ifølge Blåka kan denne frygt for hjemmefødsler skyldes, at hospitalspersonalet praktiserer indenfor den fødselsvidenskabelige diskurs. (Blåka 1997)

I relation til Brecks teori kan obstetrikernes anskuelse af hjemmefødsler være baseret på deres *oplevede risiko*. (Breck 2001:35) Denne ”*culture of fear*”, som jordemoderen ovenfor nævner, er ikke baseret på en objektiv risikovurdering, men derimod en subjektiv *oplevet risiko*. (Munro & Jokinen 2011 s. 20) Jordemoderen udtrykker samtidig, at samtalen på hospitalet omkring fødested, bør baseres på ”*solid research-based evidence*”. (Munro & Jokinen 2011 s. 21) Den evidensbaserede viden er jævnfør Breck, baseret på *den objektive risiko*, hvilket indebærer målbare og videnskabelige metoder. (Breck 2001)

Ovenstående afsnit afspejler divergerende holdninger til risici ved hjemme- og hospitalsfødsel. Flere jordemødre udtrykker, at der ikke er opbakning til hjemmefødsler, idet der blandt hospitalspersonalet hersker en risikofyldt opfattelse af hjemmefødsler. (Munro & Jokinen 2011)

Mie

#### **4.2.6 Analyseresultat for arbejdsspørgsmål 2**

Ud fra analysen ses, at der blandt jordemødre hersker divergerende holdninger til, hvor det er sikrest at føde. Holdningerne afhænger af, om jordemoderen praktiserer under den jordemoderfaglige - eller fødselsvidenskabelige diskurs. (Munro & Jokinen 2011) Jordemødre, der praktiserer under den fødselsvidenskabelige diskurs, oplever fødsler, som værende potentielt patologiske, hvorfor de oplever hospitalsfødsel som mindst risikofyldt. (Munro & Jokinen 2011)

I kontrast til dette viser analysen, at jordemødre, der praktiserer under den jordemoderfaglige diskurs, oplever fødsler som naturlige og anser dermed hjemmefødsel som mindst risikofyldt.

(Munro & Jokinen 2011)

Vores analyse viser endvidere, at jordemødres information omkring fødested er baseret på deres subjektive risikoopfattelse og ikke evidensen. (Munro & Jokinen 2011)

Et andet analyseresultat er, at jordemødre mangler erfaring med hjemmefødsler. (Munro & Jokinen 2011) Erfaring ses desuden, at have betydning for den information, jordemoderen giver til kvinden.

Dette ses i nogle tilfælde at resultere i, at information om muligheden for hjemmefødsler udelades.

(Munro & Jokinen 2011)

## **5.0 Diskussion**

### **5.1 Diskussion af analyseresultater**

I dette afsnit følger en diskussion af analyseresultaterne, med baggrund i arbejdsspørgsmålene.

Analyseresultaterne belyste kvinder og jordemødres oplevelser ved hjemme- og hospitalsfødsel, og gennem en diskussion af disse, vil vi besvare opgavens problemformulering:

#### **Hvordan kan jordemoderen sikre kvinden, de bedste forudsætninger for at vælge det fødested, der for kvinden er det rette?**

Gennem delforståelserne opnået i analysen, ønsker vi med diskussionen, samt inddragelse af eksterne kilder, at opnå en større helhedsforståelse. Dermed skabes ny forståelse gennem den hermeneutiske cirkel. (Birkler 2005)

#### **5.1.1 Kvinders subjektive risikoopfattelse samt behovet for vejledning fra jordemoderen**

I nedenstående afsnit, diskuteres analysens resultater vedrørende kvinders risikoopfattelse, som baggrund for hendes valg af fødested. Endvidere diskuteres, hvad teorien siger om behovet for risikovejledning sat op imod, hvilket behov kvinderne i analysen oplevede.

Analysen viste, at kvindernes risikoopfattelse var baseret på subjektive erfaringer og egen oplevet risiko. (Coxon, Sandall & Fulop 2014) For nogle kvinder ansås det som en risikofaktor at føde et sted uden læger, hvorimod det for andre oplevedes som risikofuldt at være indlagt på en travl fødegang med risiko for at blive glemt. (Coxon, Sandall & Fulop 2014) Analysen fandt, at den primære faktor for kvindernes valg af fødested var sikkerhed. Vi finder det interessant, at det sikreste fødested for én kvinde kunne oplevedes som usikkert og farligt for en anden kvinde. (Coxon, Sandall & Fulop 2014) Dette gælder både fødsel i hjemmet og på hospitalet.

Kvinderne baserede således deres valg ud fra en subjektiv risikopfattelse og ikke faglig viden og evidens. (Coxon, Sandall & Fulop 2014)

I relation til vores forforståelser, afkræfter det ovenstående derved, vores forforståelse om, at kvinder der vælger at føde hjemme, begrundet valget i blødere værdier, såsom ro og fravalg af medicin. Det viste sig istedet, at være med baggrund i sikkerheden.

Analysen viste endvidere, at risici i dag er blevet mindre synlige, hvorved risikoen ved fødestederne kan være sværere for kvinder at vurdere selvstændigt. Dette kan ifølge vores teori medføre et større behov for vejledning omkring risici fra fagpersoner. (Beck 1997) Det kan dog diskuteres, om kvinderne i analysen deler denne holdning, da analysen viste, at de ikke efterspurgte mere information på området. (Coxon, Sandall & Fulop 2014) Tværtimod betvivlede de ikke deres egen risikopfattelse, og ingen af kvinderne nævnte jordemoderen som en aktiv medspiller i deres valg af fødested. (Coxon, Sandall & Fulop 2014) Der er således en diskrepans mellem vores valgte teori og kvinderne i empirien.

At kvinderne ikke nævnte jordemoderens vejledning stemmer overens med Sundhedsstyrelsens udmelding i en rapport vedrørende risikokommunikation: "*(...) almindelige mennesker deler ofte ikke eksperternes risikopfattelse og følger ikke altid deres råd – enten fordi de ikke stoler på eksperternes vurdering, eller fordi de tillægger risikoen en anden betydning, end eksperterne gør*". (SST 2005 s. 6) Denne udmelding understøtter derfor vores analyseresultat omkring det, at kvinden har en anden risikopfattelse end jordemoderen.

At kvinderne ikke henviser til jordemødres indflydelse vedrørende valg af fødested kan dog også ses i relation til analysens fund omkring jordemødrenes mangel på information. (Coxon, Sandall & Fulop 2014) Flere kvinder oplevede netop ikke, at dialogen omkring valg af fødested her blev taget op, og kan derfor ikke basere deres valg på information fra jordemoderen. Den manglende information, diskuteres yderligere senere i afsnittet.

I dette afsnit har vi nu diskuteret kvinders risikopfattelse, som viste sig at være baseret på subjektive faktorer, og at valget omkring fødested tages ud fra oplevelsen af sikkerhed. I afsnittet diskuteredes diskrepans mellem teori og analyseresultaterne. Kvinderne udtrykte ikke, jordemoderen som indflydelsesrig faktor på valget af fødested, hvilket ikke stemmer overens med Becks teori, som understreger, at mennesket ikke selvstændigt kan risikovurdere uden ekspertens hjælp. (Beck 1997)

*Miaja*

### 5.1.2 Vejledning med fokus på at mindske kvinders risikoopfattelse

I ovenstående diskussionsafsnit vurderedes det, at jordemoderen ikke er en indflydelsesrig faktor, når kvinden vælger fødested. Det vil i dette afsnit diskuteres om jordemoderen, som ekspert gennem sin information, kan hjælpe kvinden med at vælge det fødested der for hende opleves sikrest.

Da kvindens valg af fødested sker i en afvejning af risici, kan jordemoderen gennem Brecks fire begreber; *nytte og retfærdighed, indflydelse og kontrol, virkning og konsekvens* samt *kendskab og fortrolighed*, hjælpe kvinden med at foretage en individuel opvejning af risici og dermed skabe de bedste forudsætninger for, at kvinden kan vælge det fødested, der for hende er det rette.

Ifølge Sundhedsstyrelsen ”(...) *skaber risikokommunikation i sundhedsvæsenet ofte konflikter, og der er behov for mere dialogbaseret kommunikation*”. (SST 2005 s. 22) Sundhedsstyrelsen pointerer således, at der er behov for en mere dialogbaseret kommunikation omkring vejledningen om risici.

Analysen viser, at kvinder oplever risici i forbindelse med fødsel uafhængigt af, hvor denne finder sted. (Coxon, Sandall & Fulop 2014) Desuden så vi, at Brecks fire faktorer kan påvirke kvindens risikoopfattelse. (Madi & Crow 2003)

Vi vurderer, at dette i praksis kan udmøntes ved, at jordemoderen spørger ind til, hvilke faktorer der influerer på kvindens risikoopfattelse.

Ifølge analysen oplever nogle kvinder det risikofyldt at miste kontrol under fødslen. (Madi & Crow 2003) På baggrund af dette vurderer vi, at jordemoderen via dialog, kan undersøge om kvinden vil opnå øget kontrol og indflydelse ved en fødsel i hjemmet og herved mindske sin risikoopfattelse.

Hvis kvinden derimod vægter akut opståede komplikationer som mest risikofyldte kan jordemoderen undersøge, om det for denne kvinde kunne opleves som sikrest at føde på hospitalet.

Vi vurderer ud fra analyseresultatet, at en kvinde som vægter akut opståede komplikationer højt, vil opleve en hospitalsfødsel som mindre risikofyldt idet hun her er omgivet af en bred vifte af fagpersonale, der kan handle umiddelbart på akut opståede situationer.

Vi vurderer ud fra dette afsnit, at jordemoderen gennem kendskab til Brecks fire begreber samt dialogbaseret kommunikation kan mindske kvindens risikoopfattelse af fødslen og dermed sikre de bedste forudsætninger for, at kvinden kan vælge det fødested, der for hende er det rette.

*Mie*



### 5.1.3 Jordemødres mangel på evidens omkring risikoen ved hjemme- og hospitalsfødsler

I dette afsnit tages udgangspunkt i, at kvinder som nævnt i foregående afsnit ofte baserer valget af fødested med baggrund i subjektive risikoopfattelser. (Coxon, Sandall & Fulop 2014) En mulig årsag til dette kan være kvindernes manglende kendskab til evidensen på området. Vi stiller os nysgerrige over om jordemødrene ligeledes er påvirkede af egen risikoopfattelse frem for evidens baseret viden. I følgende afsnit vil det diskuteres, om jordemødre med fordel kan informere omkring valg af fødested med afsæt i evidensen på området.

Analysen viser at kvinder modtager forskellig information omkring valg af fødested alt efter, hvilken jordemoder der giver informationen. (Madi & Crow 2003) Dette skyldes, at jordemoderens information ikke funderes på evidensbaseret faglig viden, men derimod i hendes egen subjektive risikoopfattelse. (Munro & Jokinen 2014) Endvidere følte nogle jordemødre sig usikre i at give information omkring fødested, hvilket i nogle tilfælde medførte, at information omkring valg af fødested udeblev. (Madi & Crow 2003) Dette bekræfter således vores forforståelser om, hvorledes jordemødre kan mangle viden og evidens at rådgive ud fra.

Jordemoderen har ifølge De Ethiske Retningslinjer pligt til, at: *"(...) holde sin faglige viden ajour og anvende den ajourførte viden til aktivt at udvikle og forbedre praksis"*. (Iversen et al. 2010 stk. 5) Den faglige viden kunne i dette tilfælde ajourføres ved, at jordemoderen holder sig opdateret på evidensbaserede studier omhandlende risici ved henholdsvis hjemme- og hospitalsfødsel. Disse studier kunne eksempelvis være dem, som ligger til grund for de nyligt udkomne NICE guidelines. (NICE-Guidelines 2014)

Vi vurderer endvidere, at information med baggrund i viden og evidens frem for subjektiv oplevet risiko vil give kvinder en fyldestgørende information omkring valg af fødested. Vi vurderer, at dette kan øge forudsætningen for, at kvinden kan vælge det fødested, der for hende er det rette.

Dette bakkes op af formanden for Jordemoderforeningen, Lillian Bondo, som på baggrund af udgivelsen af NICE Guidelines, udtaler:

*"Jeg opfordrer sundhedsstyrelsen i Danmark til at studere dokumentationen i den nye britiske vejledning"(...) "Vi taler om at styrke den normale spontane fødsel, og det kan vi gøre på flere måder, blandt andet ved at fremme hjemmefødsler og klinikfødsler. Kvinderne og deres partnere skal dog vælge det fødested, som de har mest lyst til. Til den raske gravide kan vi med baggrund i store studier fint anbefale fødsel i hjem eller klinik" (Nørum 2014 )*

Lillian Bondo anbefaler således at styrke den normale spontane fødsel ved blandt andet at fremme hjemmefødsler.

Dette øger vigtigheden, i at jordemoderen netop informerer kvinden om muligheden for hjemmefødsel. Ovenstående citat kan endvidere afspejle, at jordemoderen med fordel kan inddrage mere evidens i sin information omkring valg af fødested og hermed også som nævnt i problemstillingen i højere grad leve op til de etiske retningslinjer omhandlende:

*”Jordemoderen støtter kvinden i, at fødslen forløber så ukompliceret som muligt, da den spontant forløbende fødsel antages at rumme kvaliteter som fysisk sikkerhed, menneskelig styrke og personlig vækst” (Iversen et al. 2010 stk. 4)*

I ovenstående afsnit er jordemoderens information omkring fødested diskuteret med fokus på vigtigheden af, at informationen baseres på evidensbaseret viden frem for jordemoderens subjektive risikopfattelse. Der ses endvidere et problemfelt mellem etiske retningslinjers anbefalinger samt jordemødres praksis.

Lykke

#### **5.1.4 Jordemødres lovmæssige pligt**

I følgende afsnit vil det nu diskuteres, hvorvidt jordemoderen i praksis er lovmæssigt forpligtiget til at give fyldestgørende information omkring valg af fødested.

Ud fra analysen samt ovenstående diskussionsafsnit vurderer vi, at flere kvinder ikke får fyldestgørende information omkring valg af fødested. (Madi & Crow 2003) Det kan ud fra dette diskuteres, om kvinden modtager nok information til at foretage et reelt valg omkring fødested.

I forlængelse heraf stiller vi spørgsmålstegn ved, om jordemoderen indhenter et informeret samtykke til visitation af fødested. Ifølge Sundhedslovens står der *”(...)at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lovgivningen”*. Der står endvidere, at *”Samtykket skal være baseret på fyldestgørende information fra en sundhedsperson”*. (Sundhedsloven 1998 § 15)

Vi er bevidste om, at det er lægens ansvar at foretage den første visitation til fødested, men jævnfør Sundhedsstyrelsen skal *”(...) den praktiserende læge og/eller jordemoderen oplyse om muligheden for at føde hjemme og i samråd med kvinden vurdere fordele og ulemper ved dette valg.”* (SST 2013 s. 33) Jordemoderen har således et ansvar vedrørende kvindens valg af fødested.

Ifølge Sundhedsstyrelsen bør jordemoderen i konsultationen løbende revurdere visitationen til fødested. (SST 2013) Jordemoderens ansvar er således at indhente et informeret samtykke ved valg af fødested samt løbende revurdere kvindens visitation.

Denne holdning bakkes op formanden for Jordemoderforeningen; Lillian Bondo, som udtaler:

*”Vi ser meget gerne, at den gravide først vælger fødested lidt længere henne i graviditeten (...) alt for mange er ikke klar over, at de har et valg hele graviditeten igennem, når deres læge sender dem videre til en fødeafdeling”. (Nørum 2014)*

Med afsæt i analysen samt ovenstående diskussion er det jævnfør Sundhedsstyrelsen samt Lillian Bondo en vigtig pointe, at revurderingen af visitationen bør forløbe gennem hele graviditeten, med henblik på at sikre kvinden de bedste forudsætninger for, at hun kan vælge det fødested, der for hende er det rette. Vi vurderer, at jordemoderen med fordel kan styrke sin information omkring fødested og dermed leve op til sin lovmæssige forpligtigelse vedrørende informeret samtykke. (Sundhedsloven 1998 § 15) I ovenstående afsnit ses således ses en divergens omkring lovmæssig forpligtigelse og hvad foregår i praksis.

Lykke

### **5.1.5 Muligheden for at give fyldestgørende vejledning i konsultationen**

Vi har i de to ovenstående afsnit diskuteret, hvordan jordemoderen kan sikre kvinden de bedste forudsætninger for valg af fødested gennem anvendelse af Brecks fire begreber, fokus på evidensbaseret viden samt forpligtigelsen til at informere fyldestgørende.

Det er derfor i følgende afsnit relevant at undersøge, om forudsætninger i dag er til stede for at jordemoderen kan leve op til dette. Her tænkes ikke mindst på de arbejdsmæssige rammer hvor tiden i konsultationen er knap, arbejdsopgaverne er mangeartede og mængden af informationen er stort. (SST 2013)

Sundhedsstyrelsen forklarer i en rapport, at kommunikation omkring risici, bør tage afsæt i en dialog med udveksling af viden, for at kunne forstå den andens værdier:

*”I modsætning til den form for envejskommunikation, som benyttes i sundhedskampagner, er der i mødet mellem mennesker mulighed for at udveksle viden og perspektiver (...) det kan skabe større forståelse for, hvad der forekommer relevant for individet og dennes hverdagsliv. Det kræver imidlertid, at der i kommunikationssituationen reelt er tid og rum til diskussion og udveksling af perspektiver”. (SST 2005 s. 26)*

For at denne konstruktive risikokommunikation kan opnås, argumenterer Sundhedsstyrelsen altså for, at der behøves tid og rum til dialog, så det ikke blot bliver en envejskommunikation med hurtig videregivelse af information.

Jordemoderkonsultationerne i Region Hovedstaden varer ca. 15-20 minutter. (Hvidovre Hospital 2014, Rigshospitalet 2014) I disse minutter skal jordemoderen blandt andet følge op på lægens konklusioner, danne overblik over den gravides fysiske, psykiske og sociale situation, skabe dialog om familiedannelse og forandringer i graviditeten, sundhedsfremme og forebygge, samtale om tidligere fødsels- og ammeforløb samt foretage risikoopsporing herunder; urinprøve, blodtryk, skøn og måling af livmoder og barns størrelse, samt barnets lejrning og hjertelyd. (SST 2013)

På baggrund af ovenstående finder vi det problemfyldt at leve op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger under de pågældende rammer for jordemoderkonsultationen. Med henblik på dette undrer vi os over, om der i konsultationen kan findes tid til samt forudsætninger for, at en grundig og fyldestgørende information samt dialog omkring valg af fødested, kan finde sted.

På baggrund af vores egen praktik har vi som nævnt i forforståelserne sjældent oplevet denne dialog omkring valg af fødested.

Et bud på en mulig forbedring af den nuværende situation, kan være skriftligt informationsmateriale. Gennem udlevering af pjecer og informationsmateriale med grundig information om fordele og ulemper samt sikkerheden ved hjemme- og hospitalsfødsler, kan kvindernes valg i højere grad bygge på faglig viden. Vi vurderer, at et sådant tiltag vil øge forudsætningen for, at kvinden kan vælge det fødested, der for hende er det rette.

I Sundhedsstyrelsens strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet nævnes følgende:

*"Det skal tilstræbes, at alle patienter – udover den løbende information og kommunikation – også får skriftlig vejledning/materiale"* (Sundhedsstyrelsen 2002 s. 18)

Her argumenteres altså ligeledes for at skriftlig vejledning kan øge kvaliteten af sundhedsvæsenet. Dog skal den skriftlige information ikke stå alene, men skal derimod tænkes som et supplement til den mundtlige dialog og vejledning.

I dag findes der skriftlig information omkring graviditet og fødsel, som kvinderne har adgang til gennem graviditeten. Bogen *Barn i vente* fra Sundhedsstyrelsen og pjecen *Graviditet og fødsel* fra Region Hovedstaden har kvinderne i hovedstadsregionen enten fået uddelt i konsultationerne eller har adgang til via hospitalets hjemmeside. (Region Hovedstaden 2014) Begge steder nævnes hjemmefødsler som en mulighed, men der står intet beskrevet omkring sikkerhed eller risici ved de forskellige fødesteder. (Region Hovedstaden 2014) Ud fra vores viden omkring kvinders fokus på sikkerhed i valget af fødested kan dette derfor ses som en mangel.

Rigshospitalet har udgivet en pjece omkring hjemmefødsel, hvori der nævnes: "*Undersøgelser har vist, at det er lige så sikkert for sunde og raske kvinder med en normal og ukompliceret graviditet at føde hjemme som på et hospital*". (Rigshospitalet 2013) Dette stemmer derfor fint overens med fundene i analysen samt Sundhedsstyrelsens mål om skriftlig information. (SST 2002)

En anden løsning kunne dog også være, at konsultationerne varede længere tid. Det skal her nævnes, at der er stor forskel i den afsatte tid hospitalerne imellem. (Hvidovre Hospital 2014, Rigshospitalet 2014) Man kunne forestille sig, at der ved længere konsultationer kunne prioriteres mere tid på at give en grundig dialogbaseret information omkring fødested.

I dette diskussionsafsnit kan det grundet den knappe tid i konsultationen ses som problematisk at leve op til kravene om en grundig dialog vedrørende valg af fødested. En måde at styrke jordemoderens rådgivning til kvinden kunne være ved at udlevere skriftligt materiale vedrørende valg af fødested indeholdende evidensbaseret information omkring sikkerheden. Dette skal dog ikke stå alene, men være grundlaget for den dialog, der bør tages i konsultationen omkring valg af fødested.

*Miaja*

### **5.1.6 Anbefalingerne omkring visitation til fødested**

I følgende afsnit diskuteres, om andre faktorer end tidsrammen med fordel kan revurderes, når informationen omkring fødested skal gives. Denne information gives ikke blot hos jordemoderen, men ligeledes hos den praktiserende læge ved visitation til fødested. (SST 2013)

Analysen viser, at manglende erfaring med varetagelse af hjemmefødsler har stor indflydelse på jordemoderens information omkring valg af fødested og resulterer ofte i, at denne information ikke bliver givet. (Munro & Jokinen 2011) Det kan overvejes, om manglende erfaring med varetagelse af hjemmefødsler også influerer på den praktiserende læges information omkring fødested. Hvis dette er tilfældet, forholder vi os undrende til de nuværende anbefalinger for visitation til fødested, hvor lægen varetager den primære visitation og dermed information omkring fødested. (SST 2013)

Forsker Ole Olsen, forfatter til et Cochrane review omhandlende sikkerheden ved hjemme- og hospitalsfødsler, deler denne undren. (Olsen & Clausen 2012) Olsen udtaler: "*Traditionelt har valg af fødested ikke fyldt meget i samtalen - ofte blot et kryds ved nærmeste hospital*". (Olsen 2014 s. 1) Olsen udarbejder på nuværende tidspunkt et kvalitativt forskningsprojekt, hvis formål er at undersøge praktiserende lægers information vedrørende hjemmefødsel. (Olsen 2014)

Olsens hypotese er, at der ses direkte sammenhæng mellem den lave hjemmefødselsrate og de praktiserende lægers information. (Olsen 2014)

I forlængelse heraf finder vi det interessant at sammenligne visitationen af fødested med et land som Holland, som har en anderledes svangreomsorg. I Holland er det jordemoderen som selvstændigt varetager alle kontroller i graviditeten, herunder visitation af fødested. Kvinden møder kun lægen i graviditeten, hvis der opstår komplikationer. (Tranekær & Nielsen 2010)

Det er imidlertid interessant, at Holland har en hjemmefødselsrate på 30 %, hvilket står i kontrast til Danmark med en hjemmefødselsrate på 1-2 %. (Tranekær & Nielsen 2010, SST 2013)

Vi overvejer, om Hollands høje hjemmefødselsrate blandt andet kan forstås med baggrund i, at kvinden har fået fyldestgørende information omkring valg af fødested fra en jordemoder, som har erfaring med varetagelse af hjemmefødsler.

Analyseresultatet viser, at jordemødres manglende erfaring med hjemmefødsler resulterer i ringe eller udebleven information omkring fødested. Med baggrund i dette vurderer vi, at information samt visitation til fødested med fordel kan foretages af en jordemoder med erfaring i varetagelse af hjemmefødsler. Vi vurderer, at dette kan bidrage til at sikre kvinden de bedste forudsætninger for, at hun kan vælge det fødested, der for hende er det rette.

*Lykke*

### **5.1.7 Muligheden for samling af diskurserne**

Ud fra analysen ser vi en opdeling af jordemødre under to modsætningsfyldte diskurser. (Munro & Jokinen 2011) Vi ønsker i dette afsnit at diskutere, hvorvidt det vil være muligt at forene de to diskurser, og hvordan disse eventuelt kan supplere hinanden i praksis, samt hvilken indvirkning dette kunne få på både jordemoder og kvinde.

Analysen viser en generel tendens til, at jordemødre praktiserer under den fødselsvidenskabelige diskurs. (Munro & Jokinen 2011) Dette kan sættes i relation til niveauinddelingen af kvinder i forhold til risikofaktorer i konsultationen. (SST 2013) Dette kan afspejle en risikoopsporende adfærd, som er et af kendetegnene i den fødselsvidenskabelige diskurs. (Blåka 1997) Dette bekræfter hermed vores forforståelse omkring at jordemødre har en risikoopsporende adfærd, og dermed anser hospitalsfødsler som værende mindst risikofyldte.

I den danske jordemoderpraksis er der dog ligeledes værdier fra den jordemoderfaglige diskurs. I jordemoderkonsultationen skal jordemoderen eksempelvis have fokus på kvindens psykiske tilstand samt parforholdets påvirkning af graviditeten. (SST 2013) På fødegangene skal jordemoderen varetage både komplicerede og ukomplicerede fødsler.

Nogle jordemødre i analysen udtrykker dog, at de først oplever jordemoderarbejdet komme til sin ret, når de varetager hjemmefødsler. (Munro & Jokinen 2011) Grundet den lave hjemmefødselsrate i Danmark vurderer vi, at kun et fåtal af jordemødre oplever at praktisere i en udelukkende jordemoderfaglig diskurs. Analysen viser, at nogle jordemødre oplever det problematisk at praktisere den jordemoderfaglige diskurs i et hospitalsmiljø, hvor den fødselsvidenskabelige diskurs dominerer. (Munro & Jokinen 2011)

Med henblik på at imødekomme dette problem vurderer vi at begge diskurser har iboende værdier, som med fordel kunne sammentænkes i en jordemoderfaglig praksis. Dette vil for jordemoderen betyde at hun ikke vil opleve at praktisere under enten den ene eller anden diskurs. Ydermere kan denne sammentænkning bidrage til, at kvinders valg af fødested, ikke bliver så diametralt et valg, og derved opnår fordelene ved begge diskurser.

En kombination af de to diskurser kunne eventuelt ske gennem oprettelsen af jordemoderledede klinikker i tæt samarbejde med hospitalerne. Denne tendens ses i England, hvor de nyudkomne guidelines, anbefaler lavrisikogravide at føde enten hjemmet eller på jordemoderledede afsnit. (NICE guidelines 2014)

*Mie*

## **5.2 Diskussion af metode**

I følgende afsnit vil vi diskutere den nærværende opgaves metode. Hermed tages der højde for fordele og ulemper ved udvælgelsen af empiri, teori, videnskabsteoretiske overvejelser, samt opgavens begrænsninger.

### **5.2.1 Diskussion af empiri**

Opgaven er udarbejdet som et litteraturstudie. Eftersom det ikke var muligt at finde studier fra Danmark, udvalgte vi studier fra Storbritannien. Dermed er det ikke danske jordemødre og kvinders oplevelser, der analyseres, men ud fra vores in- og eksklusionskriterier vurderer vi empirien overførbart til dansk praksis. Sundhedssystemerne i Storbritannien er, ligesom i Danmark, finansieret af offentlige skatter, og alle har dermed ligelig ret til sundhedsydelser. (Fink 2010) I Storbritannien kan sygeplejersker i kraft af en kortere overbygning uddanne sig til jordemødre. (University of Brighton, 2014) Dette er ikke direkte overførbart til dansk praksis, og det kan derfor overvejes, om disse britiske jordemødre kan være præget af en uddannelse, som tager afsæt i en medicinsk tankegang. Det kan desuden overvejes, om denne medicinske tankegang kan influere på disse jordemødres risikopfattelse vedrørende fødsler og fødested.

Vi er opmærksomme på, at ved udarbejdelse af litteraturstudier kan fejlfortolkning opstå, eftersom citaterne i den udvalgte empiri nøje er blevet udvalgt og analyseret af forskeren. (Kvale 2002) Dette gælder også i nærværende opgave, hvor der blandt citaterne ligeledes er sket en selektion. Grundet opgavens omfang og tidsramme har det ikke være muligt at indsamle egen empiri, hvilket ville højne overførbareheden til dansk praksis. (Kvale 2002) Vi er opmærksomme på, at den udvalgte empiri kan være præget af forskernes tematiseringer og fokus, hvilket dermed kan præge nærværende opgave. (Kvale 2002) En fordel er, at opgaven og empiriens problemstillinger er sammenlignelige, hvorfor vi vurderer de udvalgte britiske litteraturstudier overførbare. Vi er dog bevidste om, at udvælgelse af andet empiri ville have bidraget med andre perspektiver.

*Miaja*

### **5.2.2 Diskussion af teori**

Gennem udvælgelsen af teori af Thomas Breck til analysen af kvinder og jordemødres oplevelser omkring henholdsvis hjemme- og hospitalsfødsler er der opnået resultater, der har fokus på risikobegrebet. Ved brug af anden teori ville vi have opnået et andet fokus.

Ligeledes gør det sig gældende ved udvælgelsen af Gunnhild Blåkas teori til analysen af, hvad der kan præge jordemoderens oplevelse af hjemme- og hospitalsfødsler. Opgaven kan derfor adaptere Blåkas distinkte opdeling, i de to diskurser. (Blåka 1997) Det kan overvejes, om Blåkas teori bygger på en skarpere opdeling af jordemødre indenfor de to diskurser end nutidig praksis.

I dag uddannes jordemødre med en faglighed, som i høj grad knytter sig til arbejdet på hospitalet, hvor de både varetager komplicerede og spontant forløbende fødsler. Det kan derved tænkes, at jordemødre i dag praktiserer ud fra en kombination af de to diskurser.

Gunnhild Blåka er uddannet jordemoder, og i forlængelse heraf kan det tænkes, at hendes teori er præget af egne erfaringer og holdninger. Omvendt kan det også ses som en styrke, da hun har praktisk erfaring samt indgående kendskab til jordemoderfaget, hvorfor hendes teori er udarbejdet specifikt til dette område.

*Mie*



### 5.2.3 Diskussion af videnskabelig metode

Opgavens problemformulering vurderes fyldestgørende besvaret gennem anvendelse af humanvidenskaben.

I en videre analyse kunne det dog være interessant at undersøge problemstillingen gennem den samfundsvidenskabelige metode og derved opnå en bredere forståelse. (Birkler 2005) Det kunne ligeledes være interessant gennem den naturvidenskabelige metode at undersøge evidensen omkring sikkerheden ved henholdsvis hjemme- og hospitalsfødsler, der i denne opgave blot er berørt med afsæt i allerede foreliggende evidens på området.

Kvalitative resultater er udarbejdet med baggrund i få deltagere, og opgavens empiri er derfor ikke fuldstændig repræsentativ for den samlede gruppe kvinder og jordemødre. Problemformuleringen ønsker dog at undersøge oplevelser, og dertil vurderes den kvalitative metode mest brugbar. (Kvale 2002) Ifølge Kvale kan kravet om videns generaliserbarhed, der ofte kendetegner den positivistiske metode, ikke overføres direkte til den kvalitative metode. (Kvale 2002) Kvale nævner dog to vigtige faktorer for generaliserbarheden, nemlig reliabilitet og validitet. (Kvale 2002) Reliabiliteten betegner, hvor konsistente resultaterne er, og validiteten er et udtryk for, om studiet undersøger, hvad det er meningen, det skal undersøge. (Kvale 2002) Med udgangspunkt i dette vurderer vi empiriens generaliserbarhed brugbar, eftersom empirien besvarer sit formål samt, at resultaterne er vurderet af flere forskere, som er fremkommet med samme konsistente resultat.

Da analysens fokus var at forstå kvinder og jordemødres oplevelser, anvendte vi fænomenologien. (Kvale 2002) Derfor har vi forsøgt at sætte vores forforståelser i parentes gennem analysen af empirien. Ifølge Birkler skal vores egen bevidsthed og forforståelser forstås i en relation mellem personen, som oplever, og det oplevede; alting skal forstås i en sammenhæng. (Birkler 2007) Dette gør sig også gældende for denne opgave, da vi gennem vores uddannelse er præget i en bestemt retning, og ikke selv har stor erfaring med hjemmefødsler. I relation til dette kan det tænkes, at vores forforståelser kan præge vores tankegang, og vi derfor ikke kan sætte os fuldstændig fordomsfri i forhold til analysen.

I diskussionen anvendte vi en hermeneutisk tilgang og satte derfor vores forforståelser i spil. (Birkler 2005) Ved at inddrage eksterne kilder og i små dele se på analysens resultater opnåede vi en ny og større forståelse gennem *den hermeneutiske cirkel*. (Birkler 2005)

Lykke

#### **5.2.4 Perspektiver**

I følgende afsnit nævnes tre perspektiver som kunne være interessante at inddrage, med henblik på en yderligere undersøgelse af problemformulering. Disse tre vinkler er dog fravalgt grundet opgavens omfang.

Ifølge Svangreomsorgen er det lægen som ved første konsultation informerer om - og visiterer til valg af fødested. (SST 2013) Det kan derfor diskuteres, om lægens holdning vedrørende fødested præger informationen og dermed kvindens valg. I forlængelse heraf kan det være relevant at undersøge hvilken information lægen giver.

Det kunne ligeledes være interessant at undersøge mediers betydning for kvinders valg af fødested, da det kan antages, at have en stor påvirkning.

Det kunne være interessant at undersøge samfundets udvikling og dennes indvirkning på kvindernes valg af fødested i dag.

## 6.0 Konklusion

Med baggrund i analyseresultaterne og diskussionen vil vi i følgende afsnit besvare vores problemformulering og forholde os til, hvorvidt målet for opgaven er nået.

Efter udarbejdelse af nærværende opgave kan vi konkludere, at jordemoderen gennem forskellige tiltag kan sikre kvinden de bedste forudsætninger for, at vælge det fødested der for kvinden er det rette.

Dette kan blandt andet opnås med afsæt i De Etiske Retningslinjer samt Sundhedsstyrelsen, der anbefaler, at jordemoderen holder sin faglige viden ajour og informerer med afsæt i nyeste evidens frem for på baggrund af egen risikoopfattelse. (Iversen et al. 2010, SST 2013)

I henhold til jordemoderens lovmæssige forpligtigelse, vedrørende det informerede samtykke, skal jordemoderen give kvinden fyldestgørende information omkring hendes valg af fødested samt revurdere valget løbende. (Sundhedsloven 1988, SST 2013)

På baggrund af analysen kan vi konkludere, at jordemødre bør opnå erfaring med varetagelse af fødsler på både hospital og i hjemmet, da vi fandt, at erfaring influerer på jordemødres information. (Munro & Jokinen 2011) Vi konkluderer desuden, at jordemoderen gennem individuel rådgivning, bør tage afsæt i kvindens risikoopfattelse. Gennem Brecks subjektive risikofaktorer, kan jordemoderen dermed hjælpe kvinden med at vælge det fødested, der for hende opleves mindst risikofyldt. (Coxon, Sandall & Fulop 2014)

Gennem opgaven har vi opnået en større forståelse for både kvinder og jordemødres oplevelser af hjemme- og hospitalsfødsel, samt hvilke risikoopfattelser der gør sig gældende. På baggrund af disse, har vi gennem diskussionen besvaret vores problemformulering.

## 7.0 Litteraturhenvisning

### 7.1 Bøger

- Beck, U., 1997, *Risikosamfundet – på vej mod en ny modernitet*, Gyldendal Akademisk, København
- Birkler, J., 2005, *Videnskabsteori. En grundbog*, Munksgaard Danmark, København
- Blåka, Sandvik B., 1997, *Moderskap og fødselsarbeid*, Fagbokforlaget, Bergen
- Boolsen, Watt M., 2008, *Spørgeskemaundersøgelser fra konstruktion af spørgsmål til analyse af svarene*, Hans Reitzels Forlag, 1. udgave, 2. oplag
- Breck, T. 2001, *Dialog om det usikre – nye veje i risikokommunikation*, Akademisk Forlag, Viborg
- Cliff, H., *Fast ansat ved mysteriet*, 2002, Den Almindelige Danske Jordemoderforening, København
- Cliff, H., *Jordemoderliv*, 1993, 1 udgave, 2 oplag Forlaget Borgen, København
- Kvale, S., 2002, *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*, Hans Reitzels Forlag, Oplag 7, København
- Lunde, I. M. og Ramhøj, P., 1995 *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskaben*, Akademisk Forlag, København

### 7.2 Udgifter og artikler

- Coxon, K., Sandall, J. & Fulop, N., 2014, *To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibilities influence birth place decisions*, Health, Risk and Society, London, UK
- Dragsted, N., 2000, *De Robsonske fødegrupper*, Tidsskrift for jordemødre, nummer 9 side 6.
- Hansen, Brandhøj M. & Svendsen, Nordahl M., 2005, *Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse*, Sundhedsstyrelsen, København
- Høstrup et al., 2009, *Vurdering Af Kvalitative Studier – VAKS*
- Indenrigsministeriet, 1972, *Betænkning om fødselshjælpens tilrettelæggelse*, Betænkning nr. 633, Statens Trykningskontor, København
- Indenrigs- og sundhedsministeriet, 1998, *Sundhedsloven – bekendtgørelse om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.*, bekendtgørelse nr. 665, 14. september 1998
- Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2005, *Sundhedsloven*, lov nr. 546 af 24. juni 2005.

- Iversen R. et al., 2010, *Etiske retningslinjer for Jordemødre*, Jordemoderforeningens Kongres, København
- Madi B. & Crow R., 2003, *A qualitative study of information about available options for childbirth venue and pregnant women's preference for place of delivery*, Elsevier, Surrey UK.
- Munro, J. & Jokinen, M., 2011, *Survey of Midwives' current thinking about home birth*, The Royal College Of Midwives Trust, UK
- NICE Guideline, 2014, *National institute for health and care excellence, Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*, December 2014, UK
- Olsen O., 2014, *Lægmandsrapport "Evidens, information, dialog og praksisudvikling- 'Valg af fødested som case'*, København
- Olsen O., Clausen, Aaroe J., 2012 *Planned hospital birth versus planned home birth* Cochrane collaboration, København
- Rigshospitalet Obstetrisk klinik, 2013, *Hjemmefødsel*, København
- Sundhedsstyrelsen, 2001, *Cirkulære om jordemodervirksomhed*, Sundhedsstyrelsen, København
- Sundhedsstyrelsen, 2002 *National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*, Det nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsstyrelsen, København
- Sundhedsstyrelsen & Institut for Sundhedsvæsen, 2005, *Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse*, Sundhedsstyrelsen, Version 1, København
- Sundhedsstyrelsen, 2013, *Anbefalinger for svangreomsorgen*, 2. udgave, 1. oplag, Komiteen for sundhedsoplysning, København
- Weiss, B., 1997, *Lov om svangerskabshygijne og fødselshjælp*, Sundhedsloven, København

### 7.3 Internetkilder

- Elsevier, 2003, *The Midwifery Journal*, <http://www.midwiferyjournal.com/>. [03.12.14]
- Fink, Mette, 2014 "Præsentation af det engelske sundhedssystem", [www.regionsyddanmark.dk/dwn144241](http://www.regionsyddanmark.dk/dwn144241), [11-12-2014]
- Hvidovre Hospital, 2014 <http://www.hvidovrehospital.dk/menu/Afdelinger/Gynaekologisk-+Obstetrisk+Afdeling/Graviditet+og+foedsel/Graviditeten/Konsultationer+hos+jordemoder+og+laege/>. [17.11.2014]

- Nørum, B., 2014, *Det er sikrere at føde hjemme end ude*, Kristeligt Dagblad.  
<http://www.kristeligt-dagblad.dk/udland/2014-12-04/det-er-sikrere-f%C3%B8de-hjemme-end-ude>. [09-12-2014]
- RCM, The Royal College of Midwives, <https://www.rcm.org.uk/>, [03.12.14]
- Region Hovedstaden, 2014,  
[http://www.regionh.dk/menu/sundhedOghospitaler/sygdom\\_og\\_behandling/find\\_behandlingssted/Sygdomstemaer/graviditet\\_og\\_foedsel.htm](http://www.regionh.dk/menu/sundhedOghospitaler/sygdom_og_behandling/find_behandlingssted/Sygdomstemaer/graviditet_og_foedsel.htm), [20.11.2014]
- Rigshospitalet, 2014,  
<http://www.rigshospitalet.dk/menu/AFDELINGER/Juliane+Marie+Centret/Klinikker/Obstetrisk+Klinik/Graviditeten/Jordemoderkonsultation/>, [17.11.2014]
- Tayler & Francis Online, 2014, *Health, Risk & Society*  
<http://www.tandfonline.com/loi/chrs20#>. [18-10-14]
- Trankjær, M. & Nielsen, S., 2010, nr. 12, *Holland: Risikotænkning ved hjemmefødsel*,  
<http://www.jordemoderforeningen.dk/tidsskrift-for-jordemoedre/singlevisning/artikel/holland-risikotaenkning-ved-hjemmefoedsler-1/>  
[02.12.14]
- University of Brighton, 2014, <http://about.brighton.ac.uk/snm/courses/pre-reg/index.php?PageId=100>, 2014. [02.12.14]

## 8.0 Bilag

- Søgestrategi
- VAKS analyser
- Harvard referencesystem