



# Smerte under suturering - hvorfor?

Et bachelorprojekt om suturering af fødselsbristninger  
med insufficient smertelindring



Jeanette Jamila Ørdis, 63080713

Nina Emelie Hekkel Vergara, 63080712

Sigrid Juhl Arnbjerg- Nielsen, 63080716

14. modul

December 2017

Vejleder: Margrethe Nielsen

Jordemoderuddannelsen, Professionshøjskolen Metropol.

Antal anslag inklusive mellemrum i projektet: 104.271

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

I henhold til "Bekendtgørelse om prøver og eksamen i erhvervsrettede uddannelser" nr. 782 af 17. august 2009, bekræfter undertegnede eksaminand med min underskrift, at opgaven er udfærdiget uden uretmæssig hjælp, jf. § 19, stk. 1 og 2:



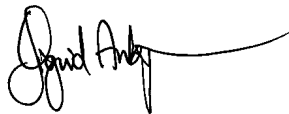
Underskrift, Jeanette Jamila Ørdis

I henhold til "Bekendtgørelse om prøver og eksamen i erhvervsrettede uddannelser" nr. 782 af 17. august 2009, bekræfter undertegnede eksaminand med min underskrift, at opgaven er udfærdiget uden uretmæssig hjælp, jf. § 19, stk. 1 og 2:



Underskrift, Nina Emelie Hekkel Vergara

I henhold til "Bekendtgørelse om prøver og eksamen i erhvervsrettede uddannelser" nr. 782 af 17. august 2009, bekræfter undertegnede eksaminand med min underskrift, at opgaven er udfærdiget uden uretmæssig hjælp, jf. § 19, stk. 1 og 2:



Underskrift, Sigrid Juhl Arnbjerg-Nielsen

## Resume

Dette projekts formål er at undersøge, hvorfor nogle kvinder oplever at blive sutureret uden sufficient smertelindring. I projektet anvendes hermeneutisk metode, og der inddrages tre kvalitative studier og et litteraturstudie. Via analysen findes temaerne: *kvindens forventning til smerte, jordemoderen og smerte, samspillet mellem jordemoder og kvinde samt rationaler bag anvendelse af smertelindring*. I projektet konkluderes det, at der kan være flere årsager til, at kvinder kan opleve insufficiet smertelindring under suturering. Svaret kan være at finde i kvindens forventning til smerte under suturering, magtforholdet mellem jordemoder og kvinde, jordemoderens fejlvurdering af smerten samt mangelfuld kommunikation og manglende inddragelse af kvinden.

## INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>1. PROBLEMSTILLING</b>	<b>5</b>
<b>1.1 PROBLEMFOMULERING</b>	<b>8</b>
<b>1.2 EMNEAFGRÆNSNING</b>	<b>8</b>
<b>2. METODE</b>	<b>9</b>
<b>2.1 VIDENSKABSTEORETISK GRUNDLAG</b>	<b>9</b>
2.1.1 HERMENEUTIKKEN	10
2.1.2 VORES FORFORSTÅELSE	11
<b>2.2 SØGESTRATEGI</b>	<b>12</b>
<b>2.3 PRÆSENTATION AF EMPIRI</b>	<b>13</b>
<b>2.4 ANALYSESTRATEGI</b>	<b>15</b>
<b>3. ANALYSE</b>	<b>19</b>
<b>3.1 KVINDENS FORVENTNING TIL SMERTE</b>	<b>19</b>
<b>3.2 JORDEMODEREN OG SMERTE</b>	<b>20</b>
3.2.1 FEJLVURDERING AF PATIENTERS SMERTE	20
3.2.2 JORDEMODERENS AFLÆSNING AF KVINDENS SMERTE	23
3.2.3 NORMALISERING AF SMERTE	26
<b>3.3 SAMSPILLET MELLEM JORDEMODER OG KVINDE</b>	<b>28</b>
3.3.1 GENSIDIG AFHÆNGIGHED OG ASYMMETRI	28
3.3.2 MAGTRELATIONEN MELLEM JORDEMODER OG KVINDE	31
<b>3.4 RATIONALER BAG ANVENDELSE AF SMERTELINDRING</b>	<b>34</b>
<b>3.5 ANALYSESAMMENFATNING</b>	<b>37</b>
<b>4. DISKUSSION</b>	<b>40</b>
<b>4.1 SMERTELINDRING I INSTRUKSER FOR JORDEMØDRE</b>	<b>40</b>
<b>4.2 EVIDENSBASERET MEDICIN</b>	<b>42</b>
<b>4.3 DET INFORMEREDE SAMTYKKE</b>	<b>44</b>

<b>4.4 OBSTETRISK VOLD</b>	<b>45</b>
<b>4.5 METODEKRITIK</b>	<b>48</b>
<b>5. KONKLUSION</b>	<b>50</b>
<b>LITTERATURLISTE</b>	<b>51</b>
<b>BILAG: LITTERATURSØGNING</b>	<b>55</b>

## 1. Problemstilling

“Some women find suturing a traumatic experience; describing it as the worst part of their birth” (Thompson & Walsh, 2015, s. 553).

Dette projekt tager udgangspunkt i anvendelsen af smertelindring i forbindelse med suturering af fødselsbristninger. Gennem vores klinikperioder har vi gentagne gange observeret kvinder blive sutureret, hvor jordemoderens anvendelse af smertelindring var insufficient. Vi har set tæer krumme, balder spænde, og vi har set kvinder ømme sig. Altså har vi registreret, at disse kvinder havde ondt, og det undrer os nu, at de ikke blev smertelindret yderligere.

Ifølge Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for Svangreomsorgen sutureres 60-70 % af kvinder, efter de har født, og bristninger er især hyppigt forekommende hos førstegangsfødende (Sundhedsstyrelsen, 2013). I Cirkulære om Jordemodervirksomhed fremgår det, at jordemoderen må foretage suturering efter episiotomi eller bristninger, og hun må i den forbindelse anvende lattergas samt anlægge infiltrations- og overfladeanalgesi i perineum og i vagina. På sygehuse må hun desuden anlægge pudendusblokada, hvis der foreligger en generel bemyndigelse fra den ansvarlige overlæge (Sundhedsstyrelsen, 2001, §2, §3, §4). Jordemødre forventes således at være kompetente til at smertelindre kvinder i forbindelse med suturering og idet både smertelindring og suturering er en del af jordemoderens selvstændige virksomhedsområde, finder vi vores problemstilling relevant for de danske jordemødre.

I Hvidovre Hospitals instruks om suturering af 1. og 2. gradsbristninger og episiotomi fremgår det, at op mod halvdelen af de kvinder, der bliver sutureret efter fødslen, oplever smerter i forbindelse hermed (Simonsen & Kjærbye, 2017). Instruksen påpeger ikke kun, at der er mange, der oplever smerte, den pointerer også, at der bør tilbydes sufficient smertelindring inden behandlingen påbegyndes (Simonsen & Kjærbye, 2017). Dette stemmer overens med Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for Svangreomsorgen, der understreger, at smertelindring er vigtig under suturering, og at en kombination af flere smertelindringsmetoder kan være nødvendig, før god effekt opnås (Sundhedsstyrelsen, 2013). Kombination af flere smertelindringsmetoder anbefales yderligere af to jordemødre, der har undersøgt

problematikken om smertelindring under suturering, nemlig jordemoder og ph.d. Sara Kindberg og jordemoder Misan Stehouwer. De har udført et studie om suturering og skriver på baggrund af dette et indlæg i Tidsskrift for Jordemødre, hvor de også erklærer, at "effektiv smertelindring under suturering, er en uløst problemstilling" (Kindberg & Stehouwer, 2008, ¶Perspektiver for Praksis). Ifølge Kindberg & Stehouwer er det altså en udfordring at smertelindre optimalt.

I tråd med Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for Svangreomsorgen (2013) samt Hvidovre Hospitals instruks (Simonsen & Kjærbye, 2017), er det også ifølge det britiske National Institute for Health and Care Excellence (herfra benævnt NICE) målet, at kvinden er tilstrækkeligt smertelindret. NICE laver evidensbaserede guidelines for sundhedspersonale i England, og i deres guideline *Intrapartum care for healthy women and babies*, anbefaler de, at man ved suturering bør sikre, at kvinden smertelindres effektivt, og hvis hun på nogen måde viser tegn på smerte, bør man håndtere dette (NICE, 2017).

Vi ser således en problematik; der er et udbredt ønske om at sikre sufficient smertelindring under suturering, alligevel kan vi konstatere, at mange kvinder oplever smerte under suturering. Man kunne være kritisk og stille spørgsmålstegn ved, om smerteudholdelse under suturering er så problematisk, set i lyset af de vesmerter kvinden forinden har udholdt i forbindelse med fødslen. Smerter under suturering kan dog medføre andet end bare en dårlig oplevelse for kvinden. På GynZone udtales det, at man som operatør bør overveje muligheden for supplerende analgesi, hvis kvinden spænder op, som tegn på smerte (GynZone, 2016). GynZone er en hjemmeside, der formidler viden om fødsler og behandlinger, og siden er stiftet af jordemoder og ph.d., Sara Kindberg og overlæge, ph.d. Karl Møller Bek. Ifølge GynZone er det vigtigt at sikre rolige arbejdsforhold, da det er nødvendigt for at kunne identificere og samle muskler og fascier korrekt (GynZone, 2016). Har man ikke rolige arbejdsforhold af den årsag, at kvinden er smertepåvirket, må det givetvis kunne medføre en risiko for fejlsuturering. Langtidskonsekvenser efter suturkrævende bristninger kan være vedvarende smerter, urin- eller fæcesinkontinens samt dyspareuni (MacDonald & Magill-Cuerden, 2012), og man kan forestille sig, at fejlsuturering øger risikoen for disse følger. Altså kan smerte under suturering ikke bare være ubehageligt og voldsomt under selve sutureringen, det kan også have konsekvenser for kvaliteten af sutureringen og dermed medføre langtidsfølger for kvinden. På GynZone fremkommer det desuden, at oplevelsen af

smerte under suturering for nogle kvinder kan betyde, at de ved en efterfølgende graviditet ønsker et kejsersnit, idet de husker disse smerter som den værste del af deres fødsel (GynZone, 2016). At der forekommer kvinder som er villige til at fravælge en fremtidig vaginal fødsel på baggrund af insufficient smertelindring under suturering, understreger relevansen af den fremlagte problemstilling.

Tidspunktet hvor sutureringen finder sted, falder desuden sammen med forældrenes første møde med deres barn. Man kan således forestille sig, at en smertefuld oplevelse af suturering kan forstyrre dette møde. De første timer med det nyfødte barn på brystet bør ud fra vores optik være en forløsning, ikke en kamp om at udholde smerte. Netop dette ønske om ikke at forstyrre mødet mellem mor og barn, giver genklang i NICE-guidelines. I deres guideline *Intrapartum care for healthy women and babies* gennemgår de blandt andet jordemoderens arbejdsopgaver under suturering. Første trin er at inspicere for eventuelle bristninger, og NICE anbefaler således: "Ensure that the timing of this systematic assessment does not interfere with mother-baby bonding unless the woman has bleeding that requires urgent attention" (NICE, 2017, ¶Care of the woman after birth). NICE (2017) understreger dog samtidig, at sutureringen skal foregå hurtigst muligt for at minimere infektion og blodtab. Vi ser altså en afvejning i denne NICE-guideline, hvor vigtigheden af tidlig suturering påpeges men med respekt for tilknytningen mellem mor og barn.

På trods af relevansen af problemstillingen om insufficient smertelindring under suturering, ser vi i litteraturen, at det flere steder konstateres, at der mangler viden på området. Thompson & Walsh (2015) beskriver det således: "There is a distinct lack of research into women's experiences of the suturing process itself, especially where the degree of trauma is minor and undertaken by midwives" (s. 553). Denne konstatering genfindes i Sanders, Peters & Campbell (2005), hvor forskerne deslige konkluderer, at kvinders oplevelse af smerte under suturering ikke er tilstrækkeligt belyst videnskabeligt, og at det samme gælder optimal anvendelse af smertelindring, da praksis vedrørende dette varierer bredt.

Vi vil i dette projekt forsøge at komme nærmere på, hvad der kan ske under suturering, der gør, at nogle kvinder oplever smerte. Dette leder os frem til følgende problemformulering.



## **1.1 Problemformulering**

Hvorfor oplever nogle kvinder at blive sutureret uden at være sufficient smertelindret?

## **1.2 Emneafgrænsning**

Når vi i dette projekt forholder os til fødselsbristninger, tager vi udelukkende udgangspunkt i 1. og 2. grads bristninger og episiotomier.

Vi går ud fra, at alle jordemødre har mulighed for at give sufficient smertelindring; afdelingen har midlerne, og har den enkelte jordemoder ikke kompetencen, har hun alligevel muligheden for at reagere på smerte og hente en mere kompetent kollega.

Altså er hensigten med projektet ikke at undersøge, hvordan specifikke suturteknikker, materialer eller fejlagtig brug af smertelindringsmetoder kan resultere i smerte.

## 2. Metode

I det følgende afsnit vil vi redegøre for projektets metode og fremlægge vores videnskabsteoretiske forståelsesramme for at klarlægge, inden for hvilken tradition vi bevæger os og søger svar. Vi gør brug af den hermeneutiske metode, og vi vil derfor beskrive vores forforståelser for at erkende dem forud for analysen. Dernæst vil vi præsentere vores søgestrategi med henblik på at skabe gennemsigtighed i vores søgen efter empiri samt udvælgelse af empiri. Vi vil herefter fremlægge den valgte empiri til besvarelse af problemformuleringen, og afslutningsvis vil vi beskrive vores analysestrategi for at tydeliggøre vores fremgangsmåde.

### 2.1 Videnskabsteoretisk grundlag

Den kvalitative metode er en af to grundlæggende metoder inden for forskningsmetode; kvantitativ og kvalitativ metode. Den kvantitative metode anvendes traditionelt inden for naturvidenskaben, hvor man ved målbare resultater søger en forklaring på en objektiv virkelighed. Den kvalitative metode anvendes derimod traditionelt inden for humanvidenskaben, hvor man gennem fortolkninger af handlinger og udtryk søger en forståelse af menneskelige livssammenhænge (Thisted, 2012).

Humanvidenskaben anvendes til at forstå en virkelighed, der er skabt af mennesker og deres handlinger, og man mener desuden inden for denne videnskab, at det kræver menneskelig fortolkning at forstå denne (Thisted, 2012). Den humanvidenskabelige ontologi er således, at der ikke eksisterer en objektiv virkelighed uafhængig af menneskelig praksis. Epistemologien er, at kun et erkendende subjekt kan forstå sammenhængen i en given sag (Thisted, 2012). Humanvidenskaben er derfor et relevant videnskabsteoretisk ståsted for dette projekt, idet vi med projektets problemformulering netop søger en forståelse af menneskelige forhold.

Med udgangspunkt i projektets problemformulering er vores mål at opnå en forståelse for, hvad der sker under suturering, som medfører, at nogle kvinder ikke smertelindres sufficient. For at komme nærmere dette kræves det, at vi får et indblik i kvinderne og jordemødrenes oplevelse af situationen, da det er deres oplevelse, der, ud fra vores videnskabsteoretiske

ståsted, er virkeligheden. Dette kan ske gennem tolkning af interview og observationer af dem. Vi finder det derfor relevant at bevæge os inden for humanvidenskaben og primært finde vores svar gennem kvalitativ forskning.

Vi vil i dette projekt ikke fuldstændigt kunne erhverve os kvinderne og jordemødrenes forståelse af situationen, vi kan kun nærme os den. Ifølge induktionsproblemet kan man aldrig nå sikker viden, kun sandsynlig viden, da vi ikke med sikkerhed kan sige, at én observation mere ikke havde vist et nyt resultat (Birkler, 2013). De resultater, vi i dette projekt vil komme frem til, er således ikke sikker viden.

### 2.1.1 Hermeneutikken

Indenfor humanvidenskaben findes forskellige retninger, og vi har valgt at anvende hermeneutikken. Begrebet hermeneutik kan forstås på to måder; som en filosofi og som en metode (Thisted, 2012).

I den hermeneutiske filosofi, inddrager man altid sin forforståelse i sin fortolkning af en given sag. Forforståelsen udgøres af ens forventninger og fordomme og danner tilsammen en forståelseshorisont. Denne vil indenfor hermeneutikken uundgåeligt betinge ens fortolkning af verden (Birkler, 2013). Forståelseshorisonten er således en nødvendighed for, at vi kan forstå noget som helst (Thisted, 2012).

Når man anvender hermeneutisk metode til at opnå ny viden, søger man gennem sin forforståelse at opnå forståelse. Man kan kun forstå nyt, idet man allerede har en forståelseshorisont. Forståelseshorisonten bruges til at forstå enkelte dele, og samtidig vil den, i kraft af forståelse af nye enkelte dele, hele tiden være i bevægelse og ændre sig. Derved opstår en cirkularitet i arbejdet, den såkaldte hermeneutiske cirkel. Når man forsøger at forstå noget ud fra en andens forståelseshorisont end ens egen, kan der opstå ny forståelse for enkelte dele, hvilket ændrer ens helhedsforståelse. Der sker en såkaldt horisontsammensmeltning. Man deler nu en forståelse med *det andet* eller *den anden*, og ens egen forforståelse udfordres ved, at man har taget udgangspunkt i *det andets* eller *den andens* forståelseshorisont (Birkler, 2013).

Vi finder det relevant at anvende hermeneutisk metode i dette projekt, idet vi anvender forskellig empiri til at belyse vores problemstilling og her udtrække meninger, der

sammenholdes og fortolkes. Det er derfor relevant at anvende den hermeneutiske tilgang til at forstå helheden i lyset af disse enkeltdele og omvendt. Undervejs i projektarbejdet vil vores forforståelser blive be- eller afkræftet, og vi vil rykke vores forståelseshorisont, efterhånden som vi forstår nye elementer af problemstillingen. Målet er horisontsammensmeltning med kvinderne og jordemødrene, så vi kan forstå, hvorfor nogle kvinder oplever at blive sutureret uden sufficient smertelindring.

Når man arbejder hermeneutisk, er det vigtigt, at man gør sig sin forforståelse bevidst, selvom dele af denne dog altid vil være ubevidst (Birkler, 2013). Vi har som jordemoderstuderende en viden og erfaring om den omtalte problemstilling, som vi tager udgangspunkt i, og som vi vil anvende og udfordre gennem dette projekt. Det er derfor essentielt, at vi så vidt muligt identificerer vores forforståelse og er bevidste om, at den utvivlsomt kommer til at præge projektet. Forforståelsen er altså både en nødvendighed og en styrke, men vi skal samtidig sikre, at vi også kan se udover den ved at gøre os den bevidst.

### 2.1.2 Vores forforståelse

Med udgangspunkt i vores erfaringer fra klinikken, har vi flere oplevelser vedrørende suturering som præger vores forforståelser. Det er vores opfattelse, at jordemødre generelt ønsker at skabe gode forhold for kvinder under suturering, blandt andet ved at anvende smertelindring. Alligevel er vi af den opfattelse, at ikke alle jordemødre formår eller prioriterer at smertelindre optimalt, hvilket vi undrer os over. Vi ved, at vi som jordemødre har et bredt udvalg af smertelindringsmetoder til formålet, og vi tror derfor på, at vi reelt set bør kunne sikre sufficient smertelindring.

Det er vores forforståelse, at jordemødre ser smerte som en uundgåelig del af fødslen. De er gode til at arbejde side om side med vesmerte uden nødvendigvis at gribe ind med medicinsk smertelindring, men de yder ofte verbal støtte. Vi overvejer, om det kan mindske deres evne til at opfange behov for medicinsk smertelindring under suturering.

Samtidig har vi også den forforståelse, at suturering for mange jordemødre kræver stor koncentration, hvilket vi tænker, ligeledes kan være medvirkende årsag til, at kvindens udtryk for smerte overses.

Udover den her fremlagte forforståelse, er vi klar over, at dele af vores forforståelse altid vil være ubevidst.

## 2.2 Søgestrategi

Vi vil i dette afsnit redegøre for vores søgestrategi i dette projekt. Første led i søgningen var udvælgelse af relevante søgeord ud fra vores problemstilling og PICO-modellen. PICO-modellen kan anvendes til at søge litteratur om et fænomen i en specifik kontekst, og der udvælges søgeord ud fra tre kategorier; "patient/population/problem", "phenomenon of interest" og "context" (PHBibliotek, 2017b). Se uddybning af søgestrategi i bilag.

Vi indledte vores søgestrategi i PubMed, der er en af de største internationale medicinske databaser (PHBibliotek, 2017a) og fandt her 96 resultater, hvoraf vi umiddelbart vurderede 6 artikler som relevante til besvarelse af vores problemformulering. Af disse har vi valgt at inkludere ét studie i dette projekt, *A mixed methods study to explore women and clinicians' response to pain associated with suturing second degree perineal tears and episiotomies [PRAISE]* (Briscoe, Lavender, O'Brien, Campbell & McGowan, 2015). Vi ekskluderede de andre på baggrund af vores problemstilling og emneafgrænsning; nogle undersøgte oplevelsen af suturering helt uden smertelindring, nogle fokuserede udelukkende på 3. og 4. grads bristninger, og nogle havde fokus på komplicerede ophelingsforløb.

Vi lavede herefter tre nye søgninger i PubMed med andre søgeord, se bilag. Herfra udvalgte vi et par nye studier og ekskluderede på samme grundlag som før, hvilket resulterede i udvælgelse af endnu et studie, *Women's perceptions of perineal repair as an aspect of normal childbirth* (Thompson & Walsh, 2015).

Herefter søgte vi i databasen PsycInfo, der tager udgangspunkt i artikler med afsæt i psykologien (PHBibliotek, 2017a), idet vi ønsker at belyse tankerne hos jordemødrene og kvinderne, og hvordan de forholder sig til smerte under suturering. Dét ene studie, vi umiddelbart fandt relevant, ekskluderede vi dog på baggrund af dets metode.

En gennemgang af de indtil nu fundne studiers referencelister gav ikke nye relevante studier.

Vi gennemgik herefter referencerne fra vores undervisning i henholdsvis smerte og suturering. Fra vores undervisning i smerte og fødselsoplevelse i faget psykologi fandt vi *Midwives' experience of the encounter with women and their pain during childbirth* (Lundgren

& Dalberg, 2002), og fra undervisning i suturering fandt vi GynZone, der blandt andet henviser til *Congruence between health professionals' and patients' pain ratings: a review of literature* (Solomon, 2001). Begge disse studier har vi valgt at inddrage i dette projekt, til trods for at de ikke specifikt behandler suturering. Gennem vores søgning har vi måttet konkludere, at netop problemstillingen omkring smerte under suturering kun er svagt belyst, hvad vores fundne studier også har konkluderet.

Afslutningsvis lavede vi kædesøgning på PubMed, Web of Science og Google Scholar på de fundne artikler, dette gav dog ingen nye brugbare resultater.

### **2.3 Præsentation af empiri**

I problemstillingen har vi introduceret projektets emne med afsæt i vores erfaringer og forforståelser. Disse dannede udgangspunkt for vores litteratursøgning og umiddelbare valg af empiri.

De studier, vi har udvalgt på baggrund af vores søgestrategi, har vi læst enkeltvis for at opnå en helhedsforståelse af studierne hver især ud fra deres forståelseshorisont. Vi har herefter analyseret hvert enkelt studie med udgangspunkt i Malteruds guideline til systematisk analyse af kvalitative studier (Malterud, 2001). Denne metode har vi anvendt for at sikre, at den udvalgte empiri er relevant for dette projekt.

*A mixed methods study to explore women and clinicians' response to pain associated with suturing second degree perineal tears and episiotomies [PRAISE]* er et engelsk studie publiceret i 2015 af Briscoe et al., udgivet i *Midwifery*, et ledende tidsskrift for jordemødre med international peer-reviewed forskning. Studiet er et feasibility studie og benytter observation, spørgeskema og interview som metoder. Forskerne benytter metodetriangulering, idet studiet både er kvantitativt og kvalitativt, men vi har valgt kun at inddrage studiets kvalitative del, som består af interview og observation. Et af formålene med studiet er at undersøge kvindens smerte under suturering og klinikerens reaktion herpå. Et andet formål er at undersøges hvilke beslutninger klinikere foretager, når de skal håndtere kvindens smerte i forbindelse med suturering. Studiets kvalitative del kan således anvendes til at belyse vores problemformulering.

I studiet foretages observation af jordemødre og kvinder i 11 tilfælde, hvor kvinder med 2.

grads bristninger eller episiotomi skal sutureres. Der foretages semistrukturerede interviews med 10 af jordemødrene på sutureringsdagen, og i alt 21 kvinder bliver interviewet om oplevelsen.

*Women's perceptions of perineal repair as an aspect of normal childbirth* er foretaget i England af Thompson & Walsh og er udgivet i 2015 i British Journal of Midwifery, som er et anerkendt tidsskrift for jordemødre. Studiet er fænomenologisk, og dets formål er at undersøge kvinders forestillinger om suturering som en del af den normale fødsel. Dette gøres ved interviews med 11 førstegangsfødende, der alle har fået en 1. eller 2. grads bristning. Vi har valgt at inddrage dette studie, da det kan give os et indblik i kvinders opfattelse af suturering før og efter selve oplevelsen, og vi derfor har en formodning om, at det kan bidrage til besvarelse af problemformuleringen.

*Congruence between health professionals' and patients' pain ratings: a review of literature* er et canadisk litteraturstudie fra 2001 af Solomon. Det er udgivet i det skandinaviske peer-reviewed tidsskrift Scandinavian Journal of Caring Sciences. Dette review har til formål at undersøge, om der er overensstemmelse mellem patienters egen oplevelse af smerte sammenholdt med sundhedsprofessionelles vurdering af smerte. Der tages udgangspunkt i 21 studier fra forskellige situationer, hvor patienter oplever smerte, f.eks. efter knæoperationer, kejsersnit med mere. Både patienter og sundhedsprofessionelle har i de inddragede studier angivet deres vurdering af smerten på en score, litteraturstudiet bygger således på kvantitative studier. Litteraturstudiet belyser sundhedsprofessionelles evne til at vurdere smerte, og da det har været en udfordring for os at finde empiri, der konkret behandler jordemødres evne til at vurdere smerte i forbindelse med suturering, har vi fundet det relevant at inddrage dette litteraturstudie. Vi forestiller os, at der kan være overførbarheder til jordemoderens arbejde med smerte under suturering, idet jordemoderen ligeledes er en sundhedsprofessionel som dagligt skal forholde sig til smerte.

*Midwives' experience of the encounter with women and their pain during childbirth* er et svensk studie fra 2002 af Lundgren & Dahlberg udgivet i Midwifery. Studiet er kvalitativt med en fænomenologisk tilgang, og ni jordemødre er blevet interviewet med det formål at undersøge

deres oplevelse af mødet med kvinden og hendes smerte under fødslen.

Hvor Solomon (2001) undersøger sundhedsprofessionelles vurdering af smerter generelt og i mange forskellige situationer, tager dette studie udelukkende udgangspunkt i jordemødre og deres håndtering af vesmerter under fødslen. Vi får altså heller ikke her konkret viden om deres forhold til smerte under selve sutureringen, men det er dog jordemødre som specifik faggruppe, der undersøges. Studiet belyser jordemødrenes tanker om smerte og vurdering af denne under fødslen, hvorfor vi antager, at det kan medvirke til belysning af jordemødres tanker om smerte og vurdering af denne under suturering.

Hverken Solomon (2001) eller Lundgren & Dahlberg (2002) belyser således specifikt jordemødres forhold til smerte under suturering, eller vurdering heraf, det er dog det nærmeste, vi kommer på at belyse dette ud fra vores litteratursøgning. Modsat Solomon (2001) tager Lundgren & Dahlbergs studie udgangspunkt i jordemødre specifikt. Til gengæld omhandler Lundgren & Dahlberg (2002) fødselssmerter, og disse skal ikke nødvendigvis håndteres med medicinsk smertelindring, hvorfor jordemødrene måske ser anderledes på fødselssmerter end smerter ved suturering. Derfor finder vi det stadig relevant at inddrage Solomon (2001), da patienterne her oplever en smerte, der kræver medicinsk smertelindring. Med udgangspunkt i vores forforståelse tænker vi desuden, at det er relevant at undersøge jordemødrenes forhold til smerte under fødslen i sig selv, som vi gør gennem Lundgren & Dahlberg (2002). Det skyldes, at vi har en formodning om, at deres håndtering af vesmerter kan påvirke deres håndtering af smerter under suturering.

## **2.4 Analysestrategi**

Vi arbejder i dette projekt hermeneutisk og udarbejder et litteraturstudie for at besvare vores problemformulering. I den anvendte empiri er forskerne allerede kommet frem til nogle fund. Disse fund vil vi fortolke ud fra vores problemformulering og på den måde danne ny mening ud af dem igennem vores analyse. Vi går altså ud fra, at der allerede eksisterer en viden i vores empiri, som vi skal finde frem til, og som vi vil anvende til at besvare vores problemformulering.

For ikke udelukkende at bekræfte vores forforståelse gennem analysen, har vi så vidt muligt gjort os den bevidst og nedskrevet den i afsnit 2.1.2. Undervejs i analysen vil vi sætte



forforståelsen i spil, sætte spørgsmålstejn ved den og undersøge, om den nu også er rigtig. En del af vores forforståelse er eksempelvis, at jordemødre generelt ønsker at skabe gode forhold for kvinderne under suturering ved blandt andet at anvende smertelindring. Vi vil gennem analysen udfordre denne, og andre dele af vores forforståelse, og undersøge om vi kan finde noget, der bekræfter den eller viser det modsatte.

Indledningsvis læser vi individuelt studierne for sig for at få en fornemmelse af helheden i de enkelte studier. Herefter vil vi sammenfatte de fund, vi hver især har udledt af studierne med udgangspunkt i vores problemformulering. I denne proces vil vi nedskrive vores udledte fund i form af citater fra interviewpersonerne og forskernes konklusioner, samt de meninger vi udleder af dem. Det vil sige, at vi både registrerer fund i studierne, samtidig med at vi undervejs laver en fortolkning af dem. Disse tolkninger vil vi trække på gennem hele analyseprocessen. Ved analyse af Briscoe et al. (2015) noterer vi f.eks. disse overskrifter på fund og tolkninger;

"Bekymringer for helingen"	"Gemmer lidt"
"Tager det hele fra start"	
"Jdm. prioriterer; bedøvelse er også stik"	
"Variationer i praksis"	
"Jdm. reagerer ikke"	"Jdm. lytter ikke"
"Kommunikation mellem jdm. og kvinde"	"Information undervejs"
"God oplevelse"	

Vi gør ligeså med de tre andre inkluderede studier.

Vi vil herefter fjerne irrelevante noter fra vores fund, som ved nærmere gennemlæsning ikke kan anvendes til besvarelse af vores problemformulering. Dette kan eksempelvis være fund

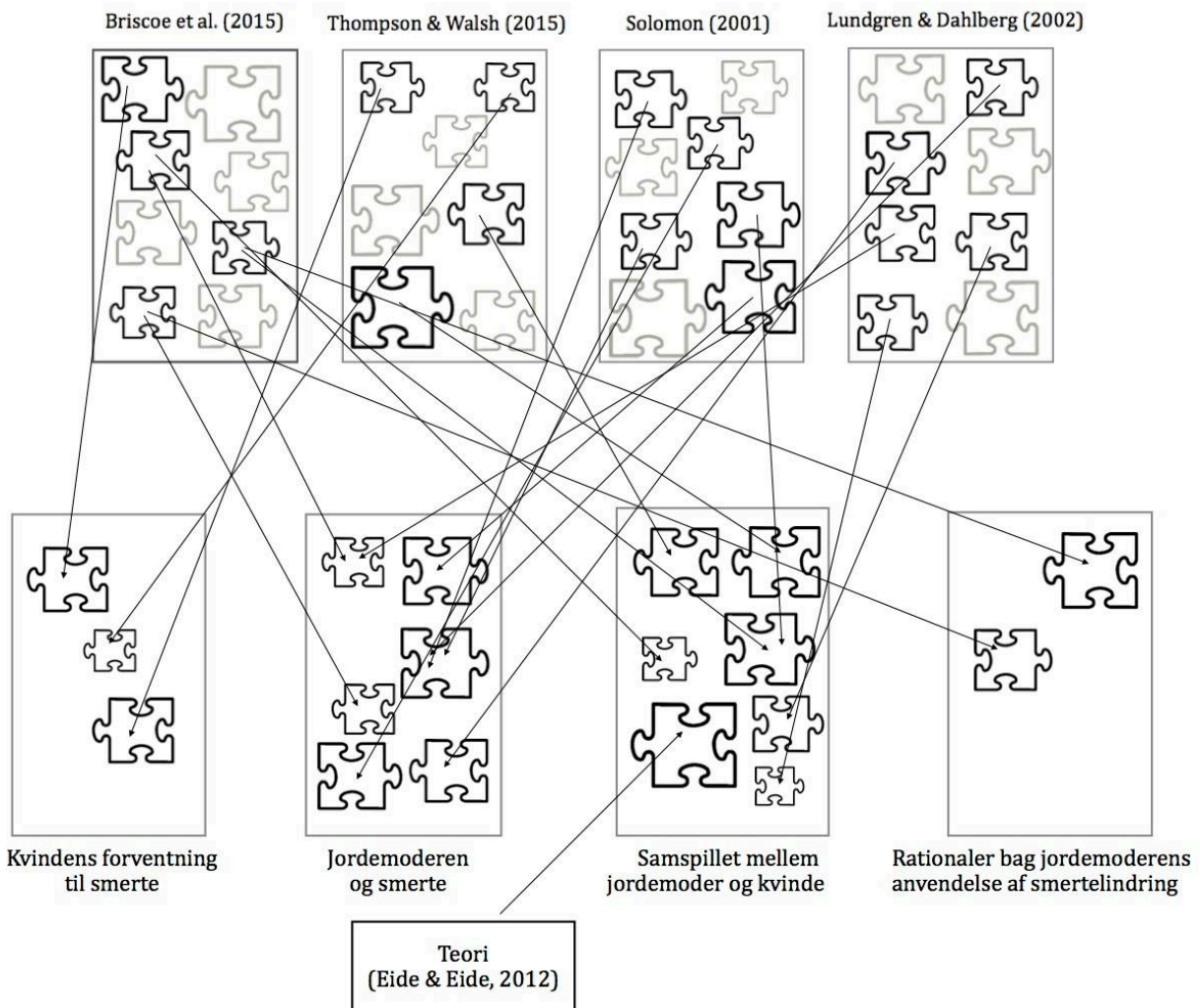
som behandler ophelingsprocessen og derved ikke er i direkte relation til selve sutureringsøjeblikket.

Med udgangspunkt i de samlede noter fra alle fire studier, vil vi koble de fund sammen, som belyser samme aspekter. Vi undersøger forskernes udtalelser, citater fra interviewpersonerne, og den mening, vi udtrækker fra dem på baggrund af vores fortolkning af dem. Ud fra noterne fremkommer fire overordnede temaer; *kvindens forventning til smerte, jordmoderen og smerte, samspillet mellem jordmoder og kvinde samt rationaler bag jordmoderens anvendelse af smertelindring.*

Vi strukturerer herefter alle vores fund under de fremkomne temaer, undervejs fortolker vi videre på dem og finder nye meninger. Nogle af temaerne vil vi inddele i undertemaer for at overskueliggøre vores analyse for læseren. Undertemaerne behandler samme hovedtema men bidrager med forskellige elementer. Hver gang vi behandler et tema i analysen, vil vi synliggøre vores fund ved at anvende empiriens konklusioner eller konkrete citater herfra. I denne proces tolker vi videre på fundene efterhånden som de kobles eller stilles i kontrast til hinanden. Under hvert tema vil vi forsøge at folde meningene ud og give plads til dybere fortolkninger.

Under temaet, samspillet mellem jordmoder og kvinde, vil vi anvende kommunikationsteori. Dette fordi vi ud fra vores empiriske fund ser, at elementer i kommunikationen mellem jordmoder og kvinde kan påvirke kvindens oplevelse af smerte under sutureringen. Her vil vi benytte *Kommunikation i praksis* (2012) af dr. phil. Tom Eide og førstelektor i psykologi og kommunikation Hilde Eide (herefter benævnt, Eide & Eide). Vi vælger at inddrage dele fra netop deres kommunikationsteori, idet de blandt andet behandler social og sundhedsfaglig kommunikation samt forholdet mellem hjælper og klient, hvilket vi finder relevant for vores projekt.

Vores analysestrategi har vi illustreret i denne figur:



## 3. Analyse

### 3.1 Kvindens forventning til smerte

Med dette projekt ønsker vi at undersøge, hvorfor nogle kvinder oplever at blive sutureret uden at være sufficient smertelindret. Gennem arbejdet med vores empiri har vi fundet, at forventningerne til suturering hos nogen er forbundet med en formodning om smerte. Vi finder det derfor relevant i dette analyseafsnit at undersøge, hvilke forventninger kvinder kan have til suturering.

Formålet med studiet af Thompson & Walsh (2015) er at undersøge kvinders opfattelse af suturering som en del af den normale fødsel. Studiets resultater viser, at kvinder oplever bristninger og suturering som en del af den normale fødsel, hvis sutureringen håndteres sensitivt. Kvinderne har en bedre oplevelse af sutureringen, hvis de får tilstrækkelig information undervejs. 10 af de 11 interviewede kvinder oplevede sutureringen som en ubetydelig del af fødslen. Thompson & Walsh (2015) kommer desuden frem til, at kvinderne oplever manglende information og forberedelse fra fagpersonalet gennem graviditeten på, hvad det vil sige at briste og blive sutureret. Kvinderne får til gengæld information fra familie og venner i løbet af graviditeten; "The women here placed great significance on antenatal information given to them by friends and relatives. The experiences women reported being told were almost all negative, and most cases gave the impression that suturing was frightening and degrading" (Thompson & Walsh, 2015, s. 555). Her beskriver forskerne, hvordan kvinderne lægger stor betydning i venner og families negative historier om oplevelser med suturering. I kraft af historierne kan kvinderne således forvente, at suturering bliver en skræmmende og nedværdigende oplevelse. De kan have en forventning om, at ubehag og smerte er normalt i forbindelse med suturering, og man kan forestille sig, at dette spiller en rolle for dem, når de selv skal sutureres. Hvis kvinderne ikke ved, at det kan være anderledes, er de måske mere tilbøjelige til at acceptere smerte under suturering. De siger måske slet ikke fra men bider i stedet smerten i sig. Smerte under suturering kan altså blive en forventning hos kvinderne, hvis ikke de får information fra fagpersonale, der afkræfter dette.

At nogle kvinder oplever smerte som et vilkår under suturering, genfindes i studiet af Briscoe et al. (2015). Briscoe et al. (2015) undersøger kvinders smerte under suturering og klinikeres reaktion herpå, og studiets resultater er, at der er variationer i anvendelse af analgesi i praksis, og at jordemoderens måde at kommunikerer på både kan forbedre og forværre kvindens oplevelse. En kvinde i studiet, der oplevede smerte under suturering, udtaler efterfølgende: "You know you're getting to the end then don't you. So you just grin and bear it. You don't have a lot of choice do you?!" (Briscoe et al., 2015, s. 469). Denne kvinde synes ikke, hun havde et valg. Som en del af sutureringen oplevedes det for hende uundgåeligt at føle smerte og komme igennem det, hvis hun skulle sutureres. Vi ved ikke, om netop denne kvinde havde forventninger om smerte under suturering forud for oplevelsen, men rationalet i hendes udtalelse tyder på, at der også hos hende hersker en forståelse om, at det er normalt at opleve smerte i forbindelse med suturering. Omvendt kan udtalelsen også betyde, at kvinden ikke føler, hun har et valg, idet jordemoderen suturerer uden sufficient smertelindring. Altså mener kvinden ikke nødvendigvis at smerte er et vilkår for alle under suturering, men at hun selv ikke har ret til at sige fra overfor jordemoderen.

### **3.2 Jordemoderen og smerte**

Ud fra vores empiri har vi fundet det relevant at undersøge hvordan jordemødre vurderer og ser på smerte, og om dette kan have betydning for, om kvinder oplever smerte under suturering.

#### 3.2.1 Fejlvurdering af patienters smerte

Litteraturstudiet af Solomon (2001) undersøger, hvorvidt der er overensstemmelse mellem sundhedsprofessionelle og patienters egen vurdering af smerte. Studiets resultater er, at sundhedsprofessionelle ikke er særligt præcise i deres vurdering af smerte, og at de har en tendens til at undervurdere denne. Jo mere erfaring de sundhedsprofessionelle har, desto større tendens har de til at undervurdere smerte. I Solomon (2001) er der altså ikke tale om et studie om jordemødre specifikt, men om andre sundhedsprofessionelle. Vi vil undersøge nærmere, om nogle af resultaterne fra Solomon (2001) kan fortælle os noget om jordemødres vurdering af smerte.

Da der er tale om et litteraturstudie og ikke et systematisk review, fremlægges der ikke en systematisk litteratursøgning, og forfatteren kan have udvalgt studier, der alle underbygger egen forforståelse. Derudover har studierne, forfatteren har udvalgt, forskellige metoder og patientgrupper, hvorfor det heller ikke er muligt at lave samlet statistik på resultaterne og lave en metaanalyse. Dette studie befinder sig altså lavt i evidenshierarkiet (Andersen & Matzen, 2014). I kraft af vores videnskabsteoretiske ståsted, er målet med dette projekt dog heller ikke at finde frem til en statistisk underbygget generalisering. I stedet tager projektet udgangspunkt i humanvidenskaben og søger indblik i mulige oplevelser og forståelser. Derfor mener vi, at dette litteraturstudie trods dets design stadig kan bidrage med perspektiver til vores projekt.

Ifølge Solomon (2001) undervurderer mange sundhedsprofessionelle smerte hos patienter. Derudover ses det, at effekten af analgesi ofte overvurderes. Vi overvejer, hvorvidt sundhedsprofessionelles tendens til at undervurdere smerte samt overvurdere effekten af analgesi kan genfindes hos jordemødrene under suturering. Jordemødre har, modsat mange andre sundhedsprofessionelle, i udgangspunktet kun med raske kvinder at gøre i deres arbejde. Man kan følgelig forestille sig, at jordemødre i endnu højere grad er tilbøjelige til at undervurdere smerte, idet deres patientgruppe primært er raske fødende, og smerten derfor ikke nødvendigvis er et tegn på, at der er noget galt. Omvendt befinder jordemødre sig, modsat mange andre sundhedsprofessionelle, i lange uafbrudte perioder med kvinden i hendes vesmerter, hvilket vi forestiller os, kan øge jordemoderens evne til at vurdere netop denne kvindes smerte. Vi kan ikke med sikkerhed sige, at Solomons (2001) resultater kan overføres til jordemødre, da det er en faggruppe, der ikke er inddraget i dette litteraturstudie. Alligevel ser vi en sammenlignelighed, idet jordemødre, som de undersøgte faggrupper i litteraturstudiet, ofte skal vurdere smerte og forholde sig til smertelindring. Overfører vi således Solomons (2001) resultater til jordemødres suturering af kvinder efter fødslen, kan det være en mulig årsag til, at nogle kvinder oplever smerte under suturering. Jordemoderen undervurderer i så fald kvindens smerte, og har jordemoderen givet smertelindring, vil hun muligvis overvurdere effekten af denne.

Et af studierne, som Solomon (2001) anvender, konkluderer desuden, at sundhedsprofessionelle har en tendens til at tro, at patienter kan udholde mere smerte, end de egentlig kan. Sygeplejerskerne i netop dette studie vurderer smerten korrekt, men ikke

evnen til at udholde smerte, hvorfor de alligevel ikke giver tilstrækkelig analgesi (Solomon, 2001). Også dette kan være en forklaring på jordemødres insufficiante anvendelse af analgesi under suturering. Selv hvis jordemoderen vurderer, at kvinden har ondt, kan hun muligvis overvurdere kvindens evne til at udholde smerten. Spørgsmålet er dog, om kvinden overhovedet bør føle nogen som helst smerte under suturering, hvorfor denne vurdering af udholdenhed måske slet ikke bør finde sted.

Det er imidlertid ikke kun denne vurdering af udholdenhed, der kan være skyld i utilstrækkelig anvendelse af analgesi. Et af studierne fremlagt i Solomon (2001) konkluderer, at mange sygeplejersker tror på, at patienters smerte sjældent kan gå helt væk. Følgelig får sygeplejerskerne generelt en negativ og afventende attitude overfor brugen af analgesi. Vi overvejer, om det samme kan være gældende for jordemødre. Tror jordemoderen, at kvinder altid vil have lidt ondt under suturering, kan det muligvis medføre, at jordemoderen er mere afventende i anvendelsen af analgesi. Denne tankegang, at analgesi aldrig kan fjerne kvindens smerter under suturering helt, kan genfindes i studiet af Briscoe et al. (2015). I en af observationerne er kvinden så afslappet, at hun ligger og sms'er, mens jordemoderen suturerer. Jordemoderen siger således: "She's aware that I'm using the needle but it's not painful to her. Also she's not wincing, she's not showing me outwardly any signs of pain...right...[quiet laughter] She's fab" (Briscoe et al, 2015, s. 469). I dette citat kalder jordemoderen kvinden "fab", eller på dansk "fantastisk". Hun indikerer altså med denne udtalelse, at det er kvinden, der er dygtig, og ikke smertelindringen, der er effektiv. Jordemoderen antyder altså, at kvinden udholder en eller anden form for smerte, og at kvinder, der ikke er afslappede som hende, måske ikke er ligeså gode til at udholde smerten. Denne udtalelse tyder altså på, at jordemoderen tror, at analgesi sjældent kan fjerne smerten helt. Vi tænker, at sådan en tankegang kan være årsag til, at kvinder kan opleve at blive sutureret uden sufficient smertelindring.

Et andet interessant resultat, som studierne præsenteret i Solomon (2001) kommer frem til, er, at jo mere erfaring de sundhedsprofessionelle har, desto mere undervurderer de patienters smerte. Desuden er de sundhedsprofessionelle med mindst erfaring dem, der oftest overvurderer smerten. Solomon (2001) foreslår, at dette kan skyldes en forsvarsmekanisme hos de sundhedsprofessionelle. Har man en hverdag, hvor man omgås meget smerte, bliver man således ikke overvældet af smerten i samme grad. En anden hypotese, Solomon (2001)

frelægger, er, at sundhedsprofessionelle ubevidst sammenligner den smerte, de observerer, med smerte observeret hos tidligere patienter. Har man oplevet meget slem smerte hos én patient, kan man således komme til at undervurdere fremtidige patienters smerte. Vi tænker, at man muligvis kan overføre dette til jordemødre, da de også arbejder meget med smerte. I jordemoderens tilfælde, kan det i så fald betyde, at jo mere erfaring jordemoderen får, des større risiko er der for at undervurdere kvindens smerte under suturering. Dels fordi jordemødre omgås så meget smerte i forvejen, at de som forsvarsmekanisme ikke kan tage al smerten til sig, og dels fordi de tidligere kan have set værre smerteudtryk og derfor undervurderer den smerte, de ser nu. Dette kan muligvis føre til, at kvinder oplever at blive sutureret uden at være tilstrækkeligt smertelindret.

### 3.2.2 Jordemoderens aflæsning af kvindens smerte

Interviewstudiet af Lundgren & Dahlberg (2002) undersøger jordemoderens oplevelse af mødet med kvinden og kvindens smerte under fødslen. Studiets resultater viser, at jordemødrene grundlæggende stræber efter at være en solid støtte gennem kvindens fødselsproces. Herunder ønsker de at lytte til kvinden og hendes kropssprog og give kvinden mulighed for selv at deltage og dermed dele ansvaret for fødslen (Lundgren & Dahlberg, 2002). Studiet omhandler altså ikke selve sutureringen, alligevel giver det et indblik i jordemødres tanker om smerte og håndtering af denne. Der indgår ni jordemødre i studiet. Netop udvælgelsen af disse ni kan ses som en svaghed for studiet. Chefjordemødrene på to svenske hospitaler er blevet bedt om at udvælge erfarne jordemødre, og ni ud af i alt 165 jordemødre udvælges. Disse ni kan i princippet være udvalgt af chefjordemødrene, fordi de er de mest velreflekterede og fremstiller den ønskede faglighed på afdelingen bedst. Resultaterne er altså sandsynligvis ikke repræsentative for alle jordemødre, idet kun få, erfarne og specielt udvalgte jordemødre fortæller deres oplevelser. Idet deltagerne interviewes og ikke observeres, fortæller de selv om deres overvejelser og handlinger, og resultaterne er derfor heller ikke nødvendigvis jordemødrenes reelle handlinger, det kan være deres ideelle handlinger. Alligevel mener vi, at studiets resultater er relevante for os, da det giver os indblik i nogle jordemødres refleksioner omkring smerte og håndtering af denne. Ifølge jordemødrene, der interviewes i Lundgren & Dahlberg (2002), er nonverbal kommunikation en af de vigtigste faktorer i vurdering af kvindens smerte og hendes evne til at klare smerten. Jordemødrene nævner forskellige tegn hos kvinden, det kan være svedige



håndflader, urolig vejrtrækning, spænding i kroppen eller frygt i øjnene. Én jordemoder forklarer det således:

Her body expresses that, if she is tense, if she is breathing in a special way. And the eyes, especially the eyes, if you see fear in the eyes. And maybe she contacts me by her eyes and tells me that you must help me, because now it is too much for me. I cannot handle it anymore. It is obvious from her bodily expression (Lundgren & Dahlberg, 2002, s. 160).

Denne jordemoder tyder kvindens smerte ud fra kvindens kropslige udtryk, især øjnene anses som vigtige. Det er altså ikke altid, at kvinderne udtrykker smerte verbalt, og i disse tilfælde aflæser jordemødrene i stedet forskellige nonverbale udtryk og registrerer på den måde smerte hos kvinden via hendes kropssprog. Det interessante ved mange af de tegn, som jordemødrene nævner, er, at de ud fra vores optik er svære at registrere, når man sidder mellem kvindens ben og suturerer. Øjnene er et vigtigt redskab for jordemoderen, som det ses i citatet, men øjenkontakt er højst sandsynligt udfordret under suturering. Et andet tegn, der nævnes, er svedige håndflader, men med sterile handsker kan jordemoderen ikke tage kvinden i hånden og opdager dette tegn. Spænder kvinden i ballerne, kan jordemoderen godt se det, men krummer hun tæer eller knytter sine hænder, ser jordemoderen det ikke nødvendigvis. Disse observationer kræver i mange tilfælde, at jordemoderen stopper op og vurderer kvinden.

Jordemødrene i Lundgren & Dahlberg (2002) beskriver kun selve fødslen, derfor ved vi ikke, om de også vurderer kvinderne på denne måde under sutureringen. Spørgsmålet er, om kvindens udtryk for smerte også er et fokus der? Under sutureringen er jordemoderen optaget af en arbejdsopgave, der kræver koncentration og øjne rettet mod kvindens underliv, hvorfor hun måske i højere grad kan overse nonverbale udtryk for smerte hos kvinden. Under alle omstændigheder er jordemødrene vant til at beskæftige sig med kvinders nonverbale udtryk for smerte gennem fødslen. Ifølge en af jordemødrene i Lundgren & Dahlberg (2002), er hun i kontakt med kvinden, selv hvis kvinden ikke siger ét ord. Jordemoderen beskriver det således:

Many women are very introverted in some phases of childbirth. They are in their own world and will not communicate verbally. But even if they are in their own world I can notice if everything is OK by their body language (Lundgren & Dahlberg, 2002, s. 160).

Jordemoderen mener altså, at hun er i stand til at aflæse kvindens signaler uafhængigt af verbal kommunikation. Hun beskriver, at nogle kvinder bliver introverte og går ind i deres egen verden under fødslen som en måde at håndtere fødselssmerten. Oplever en kvinde smerte under suturering, kan man forestille sig, at hun ligeledes kan have brug for at gå ind i sin egen verden for at koncentrere sig og fokusere på at udholde smerten. Altså kan det være en fordel for jordemødre også at kunne aflæse nonverbale signaler under sutureringen.

Til trods for at de nonverbale signaler er vigtige, kan fejlurdering af signalerne stadig forekomme. En jordemoder beskriver en fejlurdering af en fødende kvindes signaler således:

And she was very introverted and I thought that she was very strong and concentrated. And if she is like that I don't do so much, just let them work. And just hold her hand and be present. I experienced that she gave birth in a very positive way. And when I talked to her afterwards she said that she had felt that she would die. It was a terrible experience for her. And I felt that I had totally failed to understand her. I thought that everything was so good and that she was handling everything but she had thought that she would die. And I can still think of this even though it is a long time ago (Lundgren & Dahlberg, 2002, s. 160).

I citatet fortælleren jordemoderen om en fødsel, hvor hun tog fejl i sin vurdering af kvindens udtryk for smerte, idet hun fejltolkede hendes nonverbale signaler. Kvinden havde haft en helt anden oplevelse af situationen end den, jordemoderen havde aflæst. Citatet viser således, at ikke alle kvinder selv udtrykker deres smerte verbalt, og samtidig kan det nonverbale misforstås, så jordemoderen ikke opfanger det som udtryk for smerte. Denne jordemoder har formentlig haft bestemte nonverbale tegn, hun forbinder med smerte hos kvinderne, som hun ikke har set hos denne kvinde, hvorfor hun fejltolker hende. Kvinden kan have udvist andre tegn eller måske været udtryksløs i et forsøg på at opretholde koncentrationen eller kontrollen over situationen. Havde jordemoderen spurgt kvinden undervejs i fødslen, havde hun måske opdaget, at kvinden oplevede situationen meget værre, end hun nonverbalt gav udtryk for. Man kan forestille sig en lignende situation under suturering, hvor nogle kvinder måske hverken udtrykker verbale eller nonverbale tegn på smerte, selvom de har ondt. Her kan jordemødre, der afgør anvendelsen af smertelindring ud fra de signaler, kvinderne viser, risikere at misforstå kvinderne og undervurdere deres smerte.

### 3.2.3 Normalisering af smerte

Interviewstudiet af Lundgren & Dahlberg (2002) giver ikke kun et indblik i, hvordan jordemoderen registrerer kvindens smerte, studiet giver også et indblik i jordemoderens opfattelse af smerte. Idet jordemødrene i studiet beskriver deres arbejde med smerter under fødslen, er det vesmerter, der tages udgangspunkt i. Forskerne beskriver jordemødrenes forhold til smerte på følgende måde:

The midwives encouraged the woman to follow the process of pain, to feel how the pain rose and then disappeared. The midwives' intention was to give the woman the experience that the pain has its course and to take the woman further in the process [...] In this way, the pain has a meaning for the woman and was not just something incoherent (Lundgren & Dahlberg, 2002, s. 161).

I citatet ses det, at jordemødre ønsker at hjælpe kvinder til at forstå smerter som en meningsfuld del af vearbejdet under fødslen. Jordemødrene er vant til at følge smertens udvikling og bruge den som en indikator for fødselens fremgang. Vi ser altså, at jordemødre ikke nødvendigvis forbinder smerte under fødslen med noget negativt, men at smerten er normal og meningsfuld. Altså må smerten gerne være tilstede under fødslen. Spørgsmålet er, om accepten af smerte overføres til sutureringsituationen? Det er sandsynligt, at jordemoderen har været sammen med kvinden og hendes smerter i timer forinden sutureringen. På den måde kan jordemoderen have aflæst lignende smerteudtryk fra samme kvinde, som indtil nu ikke har været nødvendige at reagere på. Hvis dette er tilfældet, kan man forestille sig, at jordemoderen ubevidst accepterer smertens tilstedeværelse under suturering og overser behov for smertelindring.

Selvom jordemødrene er vant til at arbejde side om side med smerte uden nødvendigvis at handle på den i form af medicinsk smertelindring, er jordemødrene ifølge Lundgren & Dahlberg (2002) meget bevidste om at støtte kvinden verbalt og at vise hende, at de hører hende. En af jordemødrene beskriver det på denne måde:

I think it is very important that her experience of pain is confirmed. That you don't ignore it. If she says that it hurts a lot, I tell her that I can see that and that I know that it can hurt a lot to give birth. Thus confirming her feelings. And you can say that this contraction was very painful. But it is important that you don't make the pain into a big problem (Lundgren & Dahlberg, 2002, s. 158).

Ovenstående citat giver os et indblik i jordemoderens opfattelse af smerte under fødslen. Jordemoderen ønsker at anerkende kvindens smerte og vise kvinden, at hun hører hende.

Samtidig ønsker hun ikke at lægge for meget vægt på smerten, da hun ikke vil problematisere den. Hvis jordmoderen tager holdningen om ikke at problematisere smerte med sig ind i sutureringsituationen, kan man forestille sig, at jordmoderen ikke lader smerten fylde og måske hverken italesætter den eller handler på den. Hvis dette er holdningen, kan det muligvis medføre, at kvinder oplever at blive sutureret uden sufficient smertelindring. Modsat Lundgren & Dahlberg (2002), som beskæftiger sig med smerte under fødslen, undersøger Briscoe et al. (2015) sutureringsituationen specifikt. Briscoe et al. (2015) benytter desuden ikke kun interviews men også observationer for at opnå komplementær viden og dermed en uddybet forståelse af forskningsfeltet (Brinkmann & Tanggaard, 2015, s. 201). Et af deres observationsfund er, at kvinderne ofte selv må bede om mere smertelindring og sjældent får det. Når kvindernes forespørgsel afvises gentagende gange, giver de op og udholder smerten. Forskerne gengiver en af observationerne således, hvor W er "woman" og C er "clinician":

W: Oh... [high shrill]...sorry.

C: Don't panic just get it back together again.

W: [Now crying and using entonox]

C: You're Ok, you're Ok...it's tiredness it's exhaustion, everything's getting to you...just try and use the gas 'n' air without moving your bum though Ok. So if you could do that for the last stitch that would be great...excellent well done

W: [Using entonox deeply]:

C: Big slow breaths is that Ok?

W: No but you want to do it so go on

C: But if you keep moving your bum I'm not going to be able to

W: Sorry I can't ...[crying]... I'm sorry. [Using entonox]

(Briscoe et al., 2015, s. 469).

I denne situation hører jordmoderen tydeligvis, at kvinden har smerte. Hun reagerer ved at sige, at det er okay og opfordrer kvinden til at tage dybe vejrtrækninger af lattergassen. Med ordene "you're Ok, you're Ok.." normaliserer hun kvindens oplevelse af smerte og indikerer, at det her ikke er farligt, kvinden skal bare holde ud. Man kan endda argumentere for, at hun negligerer kvindens smerte, idet hun spørger "is that Ok?", men ikke lytter til svaret. Kvinden har allerede lattergas, men på intet tidspunkt fremlægger jordmoderen yderligere smertelindring som en mulighed. Det fremgår ikke af observationen, om kvinden allerede har fået andet, men det er tydeligt, at hun er insufficient smertelindret. Jordmoderen anvender til gengæld verbal støtte og siger "if you could do that for the last stitch that would be

great...excellent well done". Med den sætning formår hun at sige til kvinden, at hun godt ved, at det gør ondt, men at der ikke er langt igen. På den måde anerkender jordemoderen smerten men udviser ikke tegn til, at den er et problem, som jordemoderen skal handle på. Denne tankegang og håndtering, som ses hos jordemoderen her, går således godt i tråd med citatet fra jordemoderen i Lundgren & Dahlberg (2002), der beskriver, at hun under fødslen anerkender smerten men ikke vil gøre den til et stort problem. Man kan overveje, om dette er hensigtsmæssigt under sutureringen. I citatet ses det, at jordemoderen pålægger kvinden et ansvar i forhold til, om sutureringen kan lykkes, idet hun kræver, at kvinden ligger stille trods sine smerter. Noget tyder på, at kvinden tager ansvaret for sutureringen til sig, idet hun først undskylder for overhovedet at have ondt og senere alligevel ikke kan lade være med at ømme sig. Kvinden græder og er angiveligt træt, men ifølge jordemoderen er hun alligevel nødt til at prøve at ligge stille lidt endnu. Det lader ikke til, at kvinden selv har noget at skulle have sagt i situationen. Det ses altså her, at jordemødre i visse tilfælde normaliserer og afproblematiserer smerte i forbindelse med suturering, hvilket kan resultere i, at nogle kvinder oplever smerte under suturering.

### **3.3 Samspillet mellem jordemoder og kvinde**

Vi ser med udgangspunkt i empirien, at samspillet mellem kvinden og jordemoderen kan have betydning for, hvorvidt kvinden oplever smerte. Det vil vi følgende afsnit undersøge med udgangspunkt i teori af Eide & Eide (2012).

#### **3.3.1 Gensidig afhængighed og asymmetri**

Ifølge Eide & Eide (2012) er der en gensidig afhængighed mennesker imellem. Dette kommer blandt andet til udtryk i forholdet mellem sundhedsprofessionel og klient. Den sundhedsprofessionelle besidder evnen til at yde hjælp, men kun den, der modtager hjælpen, besidder evnen til at beskrive, hvordan situationen opleves. Der opstår således en gensidig afhængighed, idet den sundhedsprofessionelle har brug for indsigt i klientens oplevelse af situationen for at kunne yde bedst mulig hjælp, samtidig med at klienten er afhængig af den sundhedsprofessionelles hjælp. Eide & Eide (2012) understreger, at forholdet mellem den sundhedsprofessionelle og klienten dog altid vil være asymmetrisk, idet der er tale om et hjælper-klient-forhold og derved en forskel i rolle og kompetence. Det er dog ikke mere

asymmetrisk, end at den sundhedsprofessionelle er ligeså afhængig af klientens tillid, som klienten er afhængig af hjælperens støtte og faglige kompetence. Forholdet kan på den måde også anses komplementært (Eide & Eides, 2012).

I studiet af Briscoe et al. (2015) finder forskerne frem til, at vurderingen af smertelindringsbehovet oftest bygger på klinikernes opfattelse af smerten fremfor kvindernes egne udtryk for smerte. Kvinderne bliver på denne vis ikke inddraget i beslutningen om anvendelse af smertelindring. Med udgangspunkt i Eide & Eides (2012) teori om det gensidige afhængighedsforhold, hvori den sundhedsprofessionelle behøver indblik i klientens oplevelse af situationen for at kunne yde bedst mulig hjælp, kan man forestille sig, at det er u hensigtsmæssigt, hvis jordemoderen ikke inddrager kvinden i vurderingen af smertelindringsbehovet. Man må formode, at kun den enkelte kvinde ved, hvordan hendes smerte opleves.

I studiet af Lundgren & Dahlberg (2002), tager jordemødrene dog i højere grad udgangspunkt i kvindernes ønsker. En af jordemødrene fortæller således om sine overvejelser omkring kvindens fødselssmerter:

It is not the midwife's obligation to bear the woman's pain and feel that she is pleased afterwards because the woman could stand the pain. That is not my obligation, it is to support the woman according to her wishes. If she knows what she wants then OK, but sometimes she doesn't know that, then you have to make that decision together (Lundgren og Dahlberg, 2002, s. 157).

Denne jordemoder beskriver, at det ikke er hendes mål at få kvinden til at udholde smerten. Hendes pligt er derimod at støtte kvinden ud fra kvindens egne ønsker, og kender kvinden ikke disse, må man hjælpe hende til at forstå situationen og sammen tage en beslutning. At handle på denne vis viser en forståelse for den gensidige afhængighed, hvor jordemoderen støtter kvinden med udgangspunkt i kvindens oplevelse af situationen. Jordemødrene i Lundgren & Dahlberg (2002) taler, som behandlet i afsnit 3.2.2, om fødselssmerter og ikke smerter i forbindelse med suturering. Citatet giver os altså ikke et indblik i, hvad jordemoderen tænker om håndtering af smerte specifikt under suturering. Overfører man alligevel denne jordemoders tankegang til sutureringsituationen, kan man dog forestille sig, at jordemoderen ligeledes ønsker at inddrage kvinden her og sikre sig, at hun ikke har ondt. Har kvinden alligevel ondt, er det ikke et mål i sig selv at få hende til at udholde denne smerte. I stedet handler det om at lytte til kvindens ønsker og tage udgangspunkt i disse og tage fælles

beslutninger. Udtrykker kvinden et behov for smertelindring, bør jordemoderen imødekomme dette.

Det er dog væsentlig at nævne, at denne udtalelse om inddragelse af kvinden fra Lundgren & Dahlberg (2002) udspringer af et interview med en jordemoder, mens tendensen til ikke at inddrage kvinden i Briscoe et al., udspringer fra observationer af jordemødre. Man kan altså sætte spørgsmålstegn ved, om det, jordemødrene udtrykker i interviews, også er det, de gør i virkeligheden.

Med udgangspunkt i Eide & Eide (2012) er der som nævnt en gensidig afhængighed mellem sundhedsprofessionel og klient, hvilket kan overføres på forholdet mellem jordemoder og kvinde. Jordemoderen besidder evnen til at yde hjælp, men det er kun kvinden, der modtager hjælpen, der ved, hvordan situationen opleves. Hvad gør jordemoderen så i de tilfælde, hvor kvinden ikke er i stand til at ytre sin oplevelse og sine behov? Dette må givetvis skabe en endnu større asymmetri i hjælper-klient-forholdet og måske i højere grad udfordre den optimale behandling i forhold til eksempelvis smertelindring.

I litteraturstudiet Solomon (2001) diskuteres kulturelle aspekter og forskelle i patienters måde at kommunikere og udtrykke deres oplevelse af smerte: "Some patients are unable to provide clear, relevant and complete information (20), while others simply cannot communicate by self-report requiring the clinician to make their clinical decision based on clinical data and behavioural assessment" (s. 178). Nogle patienter er altså begrænset i at kommunikere relevant information, mens andre slet ikke er i stand til det. Dette udfordrer naturligvis den sundhedsprofessionelle, som i så fald må tage andre midler i brug til vurdering af smerte. Når jordemoderen i forbindelse med suturering skal vurdere behovet for smertelindring, kan man således forestille sig, at hun er udfordret, hvis ikke hun kan kommunikere med kvinden. Dette vil uden tvivl vanskeliggøre jordemoderens vurdering af kvindens smerteoplevelse.

Et eksempel på en kvinde, der ikke selv leverer tydelig og relevant information om sit eget smertelindringsbehov, ses i Lundgren & Dahlberg (2002). Jordemoderen udtaler sig således:

Actually, there are some cultural systems where the woman isn't used to expressing her wishes. And maybe this is not allowed in that culture. Once I tried to ask a woman about her wishes concerning pain relief. And she looked at her husband and asked him to decide. And then I felt that I couldn't do anything about that (Lundgren & Dahlberg, 2002, s.159).

Jordemoderen beskriver her en oplevelse, hun havde, hvor kvinden af kulturelle årsager henviste til sin mand, når hun blev adspurgt om ønske til smertelindring. Magten og ansvaret bliver lagt over på manden, hvilket forhindrer den interaktion, der, ud fra Eide & Eides (2012) beskrivelse af hjælper-klient-forholdet, bør være mellem jordemoderen og kvinden.

Jordemoderen er således begrænset i sin adgang til kvindens oplevelse, hvilket skaber en større asymmetri og derved mindsker jordemoderens evne til at vurdere kvindens behov.

Jordemødre kan således ikke altid regne med, at kvinder selv siger fra ved smertepåvirkning, idet kulturelle og sociale faktorer kan medføre, at de undlader at kommunikere deres oplevelse af smerte.

### 3.3.2 Magtrelationen mellem jordemoder og kvinde

Ifølge Eide & Eide (2012) er der en uundgåelig magtrelation i forholdet mellem sundhedsprofessionel og klient. Den sundhedsprofessionelle har magten og kompetencen til at yde hjælp, mens klienten har brug for hjælpen og i kraft af dette bliver blottet og sårbar. For at undgå at krænke klientens selvbestemmelsesret og integritet, bør man ifølge Eide & Eide (2012), gøre sig sin magtposition som sundhedsprofessionel bevidst og sikre sig, at man i kommunikationen med klienten lytter aktivt, involverer klienten i overvejelser og beslutninger, anerkender klientens behov samt kommunikerer og handler ud fra disse (Eide & Eide, 2012). Ifølge Eide & Eide (2012) er en af de helt store fristelser, at hjælperen beholder al magt, mens klienten opgiver alt ansvar. Dette kan føles trygt for begge parter. Den gode løsning er dog derimod, at hjælperen forstår sin magtposition og forsøger at inddrage den anden og derved overfører dele af sin magt (Eide & Eide, 2012).

At falde for fristelsen og den lette løsning, hvor den sundhedsprofessionelle får al magt, genfindes i studiet af Thompson & Walsh (2015). Her fremgår det, at kvinderne har stor tiltro til jordemoderens faglighed og tiltro til, at hun gør sit arbejde godt. En kvinde udtrykker det på denne vis:

[They] just said that it were better that they did do it [perineal repair] than leave it really but they know what they are talking about and you just put your trust in their hands. I mean you don't know anything else do you? You are literally putting your life in their hands but it's their job and they know what they are doing (Thompson & Walsh, 2015, s. 556).

Her er altså en kvinde, som stoler på jordemoderen og giver udtryk for, at jordemoderen ved bedst, hvad angår suturering. Der ses således en tiltro til jordemoderens ekspertise samtidig



med, at kvinden giver udtryk for ikke selv at have nogen viden. Kvinden fralægger sig al ansvar for situationen, hvilket kan føles trygt og nemt. Kvinder med denne slags tilgang til deres jordemoder er måske i højere grad tilbøjelige til at stole på, at jordemoderen gør det bedste for dem, og at de ikke selv har noget relevant at byde ind med. Vi formoder, at der i et sådant tilfælde er større sandsynlighed for, at jordemoderen kan overse at inddrage kvinden i overvejelser og beslutninger om smertelindring. Hvis jordemoderen ikke lægger op til, at der skal handles på smerten, forestiller vi os derudover, at kvinden i højere grad accepterer tilstedeværelsen af en eventuel smerte. Er dette tilfældet, kan det muligvis medføre insufficient smertelindring hos kvinden under suturering.

Ubetinget tiltro til fagfolk er ikke altid ønsket af jordemødrene. I Lundgren & Dahlberg (2002) diskuteres spørgsmålet om ansvar under fødslen. De beskriver en samfundstendens til at overlade ansvaret til de professionelle. En af jordemødrene oplever det således:

'You know best' they often say.' 'I don't know so much.' Actually, I am a little surprised about that. The women very easily put themselves into the hands of the midwives. A lot more women are like that than I would wish. But some midwives may think this is good, the attitudes vary among the midwives. Some midwives may think it's comfortable with women without demands (Lundgren & Dahlberg, 2002, s. 159).

Denne jordemoder oplever, at mange kvinder ikke tager ansvar eller stiller krav i forbindelse med deres fødsel. Hun påstår, at nogle jordemødre måske synes, det er en positiv og komfortabel situation, og dette lægger sig godt op ad Eide & Eides (2012) fristende løsning, hvor den sundhedsprofessionelle får al magt. Denne jordemoder er dog selv uforstående overfor dette. Hun angiver desuden, at det overrasker hende, at kvinderne ikke mener, at de har noget at bidrage med. Denne jordemoder anerkender dermed den gensidige afhængighed mellem sundhedsprofessionel og klient, idet hun er overrasket over kvindernes tilgang og fralæggelse af ansvar. Jordemoderen får pålagt mere ansvar, end hun måske ønsker, hvilket vi forestiller os kan vanskeliggøre hendes vurdering af kvindens behov. Når kvinden ikke tager ansvar og fortæller om sine ønsker og tanker, men derimod overlader det til jordemoderen, kan man forestille sig, at jordemoderen i højere grad udfordres i forhold til at imødekomme kvindens behov. Som en del af den gensidige afhængighed, har jordemoderen brug for indsigt i kvindens oplevelse for at kunne yde bedst mulig hjælp. Genfindes denne situation under sutureringen, kan et resultat være, at kvinden ikke siger fra ved smerte, eller at jordemoderen overser at spørge ind til kvindens oplevelse.

Med udgangspunkt i Eide & Eides (2012) teori om gensidig afhængighed, er jordmoderen og kvinden nødt til at interagere og kommunikere med hinanden, hvis jordmoderen skal imødekomme kvindens reelle behov og ikke bare de behov, hun formoder kvinden har. Jordmoderen bør i kommunikationen med kvinden lytte aktivt, involvere hende i overvejelser og beslutninger samt anerkende hendes behov og handle ud fra disse. I Briscoe et al. (2015) finder forskerne alligevel, at kvinderne selv er ansvarlige for at efterspørge mere smertelindring, når de oplever smerte. Et eksempel er denne kvinde, som udtaler sig således om situationen:

when I thought it would probably be a few more stitches I just tolerated it! Because I just thought 'Poor man!', I'm just asking him after every stitch, I am asking...' – not every stitch literally! [laughs] But I am asking him to give me more, more, more (Lignocaine) so I just thought that I am probably whinging too much! [laughs] so maybe I should just tolerate it just a little bit! (Briscoe et al., 2015, s. 469).

Denne kvinde udtrykker at have efterspurgt mere smertelindring gentagende gange uden at have fået mere. Hun er således blevet ignoreret af jordmoderen, der ikke har anerkendt hendes behov og handlet på disse. Jordmoderen har derved taget al magt for situationen på sig og ikke anerkendt, at han selv er afhængig af indblik i hendes oplevelse af situationen for at yde bedst mulig hjælp. I stedet bliver kvinden overhørt. Som resultat heraf vender kvinden det indad og tænker, at det er hende, der er noget galt med. Hun ender således med at acceptere smerten under suturering, formodentligt idet hun ikke vil være til besvær. Det er bemærkelsesværdigt, at kvinden i citatet siger "so I just thought that I'm probably whinging too much". Hun udtrykker herved, at det er hende, der er noget galt med, og hende, der brokker sig for meget. Hun omtaler således sig selv som problemet og lægger ikke vægt på det faktum, at hun ikke bliver lyttet til af jordmoderen. Derudover griner kvinden undervejs i citatet, hvilket kan indikere, at hun ikke tager sig selv seriøst og måske ikke mener, at hun havde noget at bidrage med i situationen men derimod udelukkende var til besvær. Denne følelse bunder sandsynligvis i, at hun ej heller blev taget seriøst under sutureringen af jordmoderen, der hverken lyttede eller anerkendte hendes behov. Man kan forestille sig, at en sådan oplevelse, får kvinden til at føle, at det er hende, der er for pivet, og at hun burde være i stand til at bide smerten i sig. Vi ser altså her et eksempel på en kvinde, der bliver sutureret uden sufficient smertelindring grundet magtrelationen mellem hende og

jordemoderen. Jordemoderen udøver mere magt end nødvendigt og krænker derved kvindens selvbestemmelsesret og integritet.

### **3.4 Rationaler bag anvendelse af smertelindring**

I empirien ser vi, at jordemødrenes overvejelser bag anvendelse af smertelindring kan tage udgangspunkt i forskellige rationaler, og idet jordemoderen oftest er den fagperson, der i forbindelse med suturering smertelindrer kvinden, finder vi det relevant at undersøge jordemoderens overvejelser omkring anvendelse af smertelindring.

Ifølge Briscoe et al. (2015) er der stor variation i jordemødres praksis, når det kommer til administration og dosering af analgesi i forbindelse med suturering. Jordemødrene i studiet arbejder under samme retningslinje med en maksimal dosis på 20 ml lidocain, men anvendelsen varierer. En af jordemødrene siger således til kvinden, der bliver sutureret: "We can use up to twenty mls of lignocaine, which is what I've put, the whole lot in there for you ok?" (Briscoe et al., 2015, s. 469). Dette er altså en jordemoder, hvis praksis her er at give kvinden den maksimale dosis analgesi fra start. Hun fortæller det til kvinden, efter hun har gjort det, og forklaringen bliver, at hun netop har mulighed for at give den maksimale dosis.

En anden jordemoder i samme studie anvender analgesien på en helt anden måde, hun forklarer kvinden det således: "So I'll keep a bit of the local anaesthetic back just so I can pop a bit more in at the end, OK?" (Briscoe et al., 2015, s. 469). Denne jordemoder er, modsat den første, tilbageholdende med at give smertelindring og gemmer noget til senere. Hun fremlægger beslutningen for kvinden, som var det en logisk slutning, at jordemoderen skal have noget smertelindring at give af til sidst. Det fremgår af citaterne, at de to jordemødre har forskellige rationaler bag deres handlen. I den første jordemoders udtalelse ligger der et rationale om, at man lige så godt kan give den maksimale dosis analgesi fra start. Måske tænker jordemoderen, at den maksimale dosis er angivet som en opfordring til at anvende denne dosis. Så undgår hun også at skulle give mere smertelindring undervejs. I den anden jordemoders udtalelse ligger der derimod et rationale, der siger, at det ikke giver mening at give den maksimale dosis fra start. Det er, ifølge denne jordemoder, måske mere hensigtsmæssigt at have mere smertelindring at give af, hvis kvinden skulle opleve smerte senere. Hvorfor hun tænker dette, fremgår ikke af citatet, men det kan måske tænkes som en

hjælp til kvinden, at hun ved, at der er mere at få. I begge citater fremgår det ikke hvilken bristning, der er tale om. Er det en omfattende bristning, der vil tage lang tid at suturere, forestiller vi os, at det kan spille ind i jordemoderens overvejelser bag anvendelse af smertelindring. Jordemødrene nævner dog ikke dette for kvinderne her, og i netop Briscoe et al. (2015) har forskerne tillige bedt jordemødrene italesætte overvejelserne bag deres handlinger under observationerne. Siden jordemødrene ikke kommer med yderligere forklaring på deres anvendelse, må vi gå ud fra, at de alene handler ud fra deres rationale om enten at give alt på én gang eller at være tilbageholdende. Under alle omstændigheder afsluttes begge citater med et "ok?" fra jordemoderens side. Jordemoderen har fremlagt sin handling og sin logik, og dette spørgsmål kan fortolkes som en invitation til kvinden. Vi betragter dog ikke dette som en invitation til at blive inddraget i vurderingen af smertelindringsbehovet, men derimod en invitation til at samtykke til det rationale, jordemoderen fremlægger. Den første kvinde har altså muligheden for at samtykke til en handling, jordemoderen allerede har udført ved at give al smertelindring, og den anden kvinde har mulighed for at samtykke til at være tilbageholdende med smertelindringen for nu. Spørgsmålet er, om kvinderne forstår disse rationaler, som bygger på jordemødrenes egne argumenter. Man kan forestille sig, at kvinderne kan have svært ved at forstå overvejelserne bag rationalerne, og at det kan have betydning for den smertelindring, kvinden får. I tilfældet hvor jordemoderen tilbageholder smertelindring, kan det eksempelvis efterlade kvinden i troen på, at jordemoderen slet ikke kan give mere smertelindring før til sidst. Det ser vi som uhensigtsmæssigt, idet kvinden kan opleve at have smerte tidligt under sutureringen og ikke tro, at det er muligt at få yderligere smertelindring undervejs.

En anden jordemoder i studiet af Briscoe et al. (2015) vælger ikke at give mere smertelindring til en kvinde, hun suturerer, trods det at kvinden oplever smerte. Jordemoderen siger således i interviewet:

Right, I could have given her some more local... but that would have been two more... stabs of the needle... whereas putting one more stitch in... is one stab of the needle... so I've halved her pain... without giving her any... anything pharmacological (Briscoe et al., 2015, s. 469).

Denne jordemoders argument for at undlade at give mere smertelindring er altså, at det ville kræve flere stik at smertelindre end at sætte det sidste sting. Der er således tale om en afvejning for denne jordemoder; en afvejning mellem antal stik med sutureringsnålen og antal

stik med injektionsnålen til analgesi. I jordemoderens udtalelse findes en opfattelse af, at det er en sammenlignelig smerte. Spørgsmålet er, om den oplevede smerte ved de to slags stik mon er den samme? Af citatet fremgår det ikke, om kvinden har været inddraget i denne beslutning, men man kan forestille sig, at smerten muligvis havde følt mere meningsfuld for hende, hvis hun havde været inddraget i afvejningen bag beslutningen om at undlade smertelindring. Et element, der formentlig ikke indgår i jordemoderens rationale, er, at der er forskel på de to nåle. De er ikke lige tykke, deres former er forskellige, og med den ene nål følger en tråd, som skal trækkes igennem vævet. I hendes rationale fremgår desuden ikke risikoen for, at jordemoderen kan opdage, at endnu en knude er nødvendig. I så fald skal jordemoderen alligevel stikke flere gange, og kvinden kan have haft gavn af bedøvelsen. I jordemoderens argumentation for at undlade anvendelse af smertelindring, udtaler hun, at hun ikke giver nogen medicinsk smertelindring for at undgå smerten forbundet med stik. I rationale nævner jordemoderen ikke andre smertelindringsmuligheder som for eksempel smertelindrende gel eller spray, der ikke kræver en injektion. Det vides ikke om lidocain var tilgængeligt både som injektion og overfladeanalgesi, men var sidstnævnte tilgængeligt, kan vi forestille os, at det med fordel kunne have været anvendt. Derved kunne jordemoderen bevare sit rationale om at reducere antallet af stik, samtidig med at hun kunne anvende smertelindring. Af dette citat kan vi altså udlede, at nogle kvinder oplever smerte i forbindelse med sutureringen, fordi jordemoderen laver en afvejning på kvindens vegne. I dette tilfælde vurderer hun, at få sting uden smertelindring kan spare kvinden for smerten forbundet med analgesi, der injiceres.

Ud fra ovenstående tre citater fra Briscoe et al. (2015) ses det, hvordan den enkelte jordemoder selv afgør, hvilken dosis af den tilgængelige analgesi, der er nødvendig og optimal. Dette ender med store variationer i praksis. Mange af jordemødrenes beslutninger om, hvor meget smertelindring de anvender, er således baseret på tommelfingerregler (Briscoe et al., 2015). Forskerne bag studiet ønsker at komme nærmere overvejelserne bag jordemødrenes handlinger, og dertil anvender de The Think Aloud Technique under observationerne. Med denne teknik bliver deltagerne, som nævnt tidligere i afsnittet, bedt om at italesætte overvejelserne bag deres handlinger, hvorved forskerne kan gennemskue, hvordan jordemødrene træffer deres beslutninger (Briscoe et al., 2015). Forskerne erklærer dog i deres egen metodekritik, at The Think Aloud Technique ikke virkede som håbet, idet

jordemødrene sjældent tænkte højt, selvom de blev opfordret til det. Forskernes egne tanker er, at jordemødrene har svært ved at forklare deres beslutninger og de tommelfingerregler, de opstiller (Briscoe et al., 2015). Altså tænker forskerne i Briscoe et al. (2015), at der måske ikke ligger dybere argumenter bag deres rationaler, men at jordemødrene mere handler ud fra vaner. Vi tænker derudover, at den manglende italesættelse af tankerne bag, kan skyldes, at jordemødrene ikke er vant til at verbalisere overvejelserne bag deres handlinger.

### **3.5 Analysesammenfatning**

Gennem vores analyse ser vi i afsnit 3.1, at smerte under suturering kan være relateret til kvinders forventning om smerte. Vi ser en forskel i kvinders oplevelse af at blive sutureret alt efter, om de har fået information herom gennem fagfolk eller den private omgangskreds. Det lader til, at kvinder, der har fået deres information om bristninger og suturering gennem venner og bekendte og ikke fagfolk, kan have en forventning om at suturering skal gøre ondt, hvilket vi ud fra analysen betragter som en medvirkende årsag til en eventuel accept af tilstedeværelse af smerte under suturering.

I afsnit 3.2 undersøger vi jordemoderen og smerte. Det tyder på, at nogle jordemødre kan undervurdere kvinders oplevelse af smerte, samtidig med at effekten af smertelindring kan overvurderes, jf. afsnit 3.2.1. At jordemødre ofte skal forholde sig til smerte, kan muligvis få dem til at undervurdere smerte, hvis de tidligere har set værre smerteudtryk, og det kan for nogle betyde, at de opbygger en form for forsvarsmekanisme for at kunne omgå smerten og derved ser sig blinde på smerten. Denne undervurdering kan eventuelt medføre, at kvinder oplever at blive sutureret uden sufficient smertelindring.

I forbindelse med smerte, ser vi i analyseafsnit 3.2.3, at jordemødre yder verbal støtte, og samtidig er der blandt jordemødre en tendens til at forstå smerte som en naturlig del af fødslen. Nogle jordemødre kan måske være tilbøjelige til at afproblematisere smerte og dermed overse eller undervurdere behovet for smertelindring under suturering. Herudover kunne noget tyde på, at nogle jordemødre er af den overbevisning, at smerte under suturering til dels er uundgåelig, og hvis kvinden er upåvirket under suturering, må det være fordi, hun er stærk af natur, og ikke fordi jordemoderen selv har anvendt sufficient smertelindring.

I afsnit 3.2.2 undersøger vi jordemoderens aflæsning af kvindens smerte. Her finder vi, at når jordemødre skal vurdere smerte, aflæser de blandt andet kvindens nonverbale udtryk. Dette betragtes som et vigtigt redskab, omend det ikke er fejlfrit. På baggrund af analysen kan vi konstatere, at jordemødre under suturering har fysiske forhindringer, der er i vejen for at se de nonverbale udtryk, samtidig med at jordemoderen har foretaget et fokusskift, hvor hendes blik nu i højere grad blot er rettet mod kvindens underliv. Dette kan formodentligt vanskeliggøre hendes adgang til at vurdere kvindens smerte, hvorfor det er relevant at spørge kvinden ind til hendes oplevelse. Jordemødre kan også være udfordret, idet muligheden for kommunikation kan være begrænset af kulturelle og sociale årsager, hvilket yderligere kan vanskeliggøre sikringen af sufficient smertelindring.

Gennem analysen kommer vi i afsnit 3.3 derudover frem til, at samspelet mellem jordemoderen og kvinden kan have betydning for, hvorvidt der opnås sufficient smertelindring. Nogle kvinder har så stor tiltro til jordemoderen, at de kan være tilbøjelige til at acceptere tilstedeværelse af smerte under suturering alene i troen på, at det ikke kan være anderledes. Jordemoderen kan desuden selv overse at inddrage kvinden. Jordemoderen har i så fald alene ansvaret for at sikre sufficient smertelindring, og det må givetvis vanskeliggøre hendes vurdering af kvindens smerte, idet en gensidig afhængighed mellem jordemoder og kvinde understreger, at jordemoderen kun kan yde bedst hjælp ved at få indblik i kvindens oplevelse af situationen. Dette problem italesættes af nogle jordemødre, som ønsker at kvinderne i højere grad tager del i ansvaret og stiller krav i mødet med jordemoderen. Alligevel kan vi samtidig konstatere, at selvom kvinder stiller krav og påtager sig ansvaret for at efterspørge smertelindring, kan de risikere, at jordemoderen ignorerer eller afviser dette. I analysen ser vi et magtforhold mellem jordemoder og kvinde, og vi ser eksempler på jordemødre, der misbruger denne magtposition ved at ignorere eller negligere behovet for smertelindring hos kvinden. Dette kan være årsag til, at nogle kvinder oplever at blive sutureret uden sufficient smertelindring.

Afslutningsvis ser vi ud fra analysen i afsnit 3.4 en tendens til, at jordemødrene gør brug af forskellige rationaler i deres anvendelse af analgesi. Hvor meget smertelindring kvinden får, bunder i disse tilfælde i jordemoderens egen afvejning uden inddragelse af kvindens oplevelse. Der ses følgelig store variationer i jordemødrenes praksis omkring administration

og dosering af analgesi ved suturering. Nogle af disse rationaler kan muligvis medføre insufficent smertelindring hos kvinden, idet de begrænser kvindens adgang til deltagelse i beslutningstagen om anvendelse af smertelindring.



## 4. Diskussion

I vores analyse finder vi, at der ses store variationer i jordemødres praksis omkring smertelindring, hvilket vi anser som en mulig årsag til, at nogle kvinder oplever smerte under suturering. Spørgsmålet er, hvorfor disse variationer opstår? I diskussionen vil vi undersøge dette ved at se nærmere på nogle af de instrukser, som danske jordemødre har at rette sig efter i forbindelse med anvendelsen af smertelindring under suturering. Yderligere vil vi diskutere, hvordan evidensbaseret medicin kan indgå i jordemoderens vurderingen af anvendelse af smertelindring. Med udgangspunkt i vores analysefund ser vi, at mange af de fundne årsager til, at kvinder oplever at blive sutureret uden sufficient smertelindring, bunder i mangelfuld kommunikation mellem jordemoder og kvinde. Vi finder eksempler i analysen på, at jordemødre misbruger deres magtposition ved at ignorere eller negligere kvindens behov for smertelindring. Ud fra dette vil vi i diskussionen efterfølgende behandle lovgivning omkring kommunikation i form af det informerede samtykke, samt diskutere om insufficient smertelindring under suturering kan anses som obstetrisk vold. Afslutningsvis vil vi diskutere vores metode til besvarelse af vores problemformulering i vores metodekritik.

### 4.1 Smertelindring i instrukser for jordemødre

På baggrund af vores klinikophold på henholdsvis Hvidovre Hospital, Rigshospitalet og Herlev Hospital tager vi i dette afsnit udgangspunkt i deres instrukser om suturering af 1. og 2. grads bristninger og episiotomi. Vi har således undersøgt tre af Region Hovedstadens instrukser, og her indgår vejledning om anvendelse af smertelindring som underafsnit (Andersen, 2016; Jangö, 2017; Simonsen & Kjærbye-Thygesen, 2017). Her finder vi, at anvendelse af smertelindring under suturering fremkommer i mere eller mindre uddybende svar, og smertelindring er ikke et emne, der behandles i en særskilt instruks. Det kan man undre sig over, idet både Hvidovre Hospitals og Rigshospitalets instruks om suturering netop fremhæver problematikken om, at op mod halvdelen af kvinder, der sutureres, oplever smerte (Simonsen & Kjærbye-Thygesen, 2017; Andersen, 2016). Spørgsmålet er dog, om et større fokus på anvendelse af smertelindring i form af en separat instruks, som eksempelvis opfordrer til at tage udgangspunkt i kvindens behov, kunne medvirke til, at færre kvinder oplevede smerte under suturering. Man kan måske med fordel vejlede jordemødre via

instrukser i overensstemmelse med NICE guidelines, som netop adresserer problematikken omkring sufficient smertelindring med udgangspunkt i kvindens oplevelse. NICE guidelines fremhæver, som allerede nævnt i problemstillingen, at man som sundhedsperson bør håndtere ethvert tegn på smerte hos kvinden og tilbyde supplerende smertelindring (NICE, 2017, ¶Care of the woman after birth). Denne anbefaling om at håndtere tegn på smerte, finder vi bemærkelsesværdig, idet vi ser en kontrast til de undersøgte instrukser, som ikke behandler, at kvindens oplevelse af smerte skal influere anvendelsen af smertelindring.

Når man undersøger de omtalte instruksers underafsnit om sufficient smertelindring, ses der stor variation fra hospital til hospital i forhold til, hvor fyldestgørende de behandler afsnittet om smertelindring. Fælles for Hvidovre Hospital og Rigshospitalets instrukser er, at der fremlægges medicinske muligheder for smertelindring, og her angives en maksimal dosis, dog kun af infiltrationsanalgesi. I Hvidovre Hospitals instrukser om suturering angives eksempelvis en maksimal dosis for infiltrationsanalgesi på 400 mg lidocain, men instruksen indeholder ikke en vejledning til, hvordan man handler inden for råderummet mellem 0 til 400 mg (Simonsen & Kjærbye, 2017). Der er et spænd mellem ingenting og maksimal dosis, og ordet "maksimal" lægger op til, at man ikke nødvendigvis anvender hele denne dosis. Der foreligger således ingen vejledning til, hvordan man som jordemoder vurderer smertelindringsbehovet hos den kvinde, man suturerer. Ud fra analysens afsnit 3.4 fandt vi eksempelvis en jordemoder, som foretrak at give den maksimale dosis med det samme, mens en anden var tilbageholdende. Ingen af de to jordemødre gav udtryk for, at deres valg af dosis var baseret på baggrund af kvindens behov. Her kan man forestille sig, at en mere uddybende instruks kan være gavnlig. Vi ved ikke med sikkerhed, om nogle af disse kvinder reelt oplevede smerte, og spørgsmålet er, om disse jordemødres rationaler var nok til at opnå sufficient smertelindring. Her forestiller vi os, at en mere konkret vejledning med fokus på at administrere brugen af analgesi ud fra kvindens behov måske i højere grad kan sikre sufficient smertelindring. Heller ikke Rigshospitalets instrukser om suturering forholder sig til, hvordan man opnår sufficient smertelindring inden for råderummet af analgesi. Her nævnes også blot den maksimale dosis (Andersen, 2016). Derimod nævnes slet ingen dosis i Herlev Hospitals instrukser om suturering, hvor der til gengæld angives, at smertelindringen bør afhænge af bristningens omfang (Jangö, 2017). Herlevs instrukser opstiller altså, modsat de andre, et parameter til vurdering af smertelindringsbehovet, dog er dette parameter med

udgangspunkt i bristningens størrelse og igen ikke ud fra kvindens behov. Der er altså ingen af de tre nævnte instrukser, der opfordrer til, at anvendelsen af smertelindring bør være med udgangspunkt i kvindens oplevelse af smerte. Det betragter vi som mangelfuldt.

Ved at orientere os i grundbøger fra jordemoderstudiet ser vi ligeledes, at ingen af bøgerne opfordrer jordemødre til at tage udgangspunkt i kvindens smerter ved anvendelse af analgesi under suturering. To af bøgerne nævner kort smertelindring i afsnittet om suturering (MacDonald & Magill-Cuerden, 2012, Brunstad & Tegnander, 2010), mens én af bøgerne har en reel gennemgang af smertelindringsmuligheder (Sørensen, Ottesen & Weber, 2012). I det bøgerne nævner smertelindring, kan man argumentere for, at det ligger implicit, at jordemoderen skal tage udgangspunkt i kvinden og hendes smerte. Alligevel ser vi i vores analysefund, at mange kvinder oplever smerte under suturering, hvorfor det lader til, at jordemødre ikke nødvendigvis tager udgangspunkt i kvindernes smerte.

Skal jordemoderen sikre sufficient smertelindring alene ud fra instruksen og på baggrund af grundbøgerne, er der altså ikke meget hjælp at hente. De behandler ikke, hvordan man vurderer kvindens behov eller udtryk for smerte, ej heller behandler de, om man i det hele taget skal forholde sig til udtryk for smerte. Behovet for smertelindring må derfor hvile på det jordemoderfaglige skøn, som man kan forestille sig blandt andet baserer sig på grad af bristning. Problemet ved, at jordemoderen selv skal lave et skøn i anvendelsen af smertelindring, er dog, at jordemoderen kan have svært ved at vurdere kvindens smerte i overensstemmelse med kvindens egen vurdering, hvilket vi kommer frem til i analysen under afsnit 3.2.

## **4.2 Evidensbaseret medicin**

Ud fra ovenstående afsnit ser vi, at det kan være vanskeligt at opnå sufficient smertelindring på baggrund af instrukser, grundbøger og jordemoderens egen vurdering af kvindens smerte alene. Vi har i analysen set eksempler på kvinder, som oplever smerte under suturering, og vi fandt i afsnit 3.3 frem til, at jordemoderen med fordel kan inddrage kvindens oplevelse af situationen i sin vurdering af smertelindringsbehovet. Ved at gøre dette, ser vi en større sandsynlighed for at nærme sig sufficient smertelindring. At inddrage kvindens egen oplevelse af situationen i en samlet vurdering til behandling, er netop at finde som parameter

i evidensbaseret medicin (herfra benævnt EBM). EBM er et redskab til sundhedsprofessionelle, som kan anvendes til at foretage kliniske beslutninger ud fra tre grundlæggende elementer; bedst foreliggende evidens, klinikerens egen erfaring samt patientens egne præferencer (Andersen & Matzen, 2014).

Overfører vi anvendelsen af EBM til jordemoderen i forbindelse med suturering, bør jordemoderen altså tage udgangspunkt i alle tre elementer af EBM i hendes beslutning om anvendelse af smertelindring. Den bedst foreliggende evidens, som er første element af EBM, kommer til udtryk i relevant forskning, men i praksis kommer den oftest til udtryk i kliniske retningslinjer på hospitalet (Andersen & Matzen, 2014). Det andet element af EBM, altså den sundhedsprofessionelles kliniske erfaring, skal ses som baggrundsviden opnået via uddannelse og tidligere erfaringer med at løse problemer for patienter (Andersen & Matzen, 2014). I jordemoderens kliniske erfaring ligger således også viden, præferencer og egne rationaler, som er oparbejdet i løbet af hendes arbejdsliv. Nogle af de problematikker vedrørende smertelindring, vi har behandlet i analysen, er at finde i denne kliniske erfaring, idet både jordemoderens forhold til smerte og rationalerne bag hendes anvendelse af smertelindring formentlig bunder i hendes erfaring. I det tredje element i EBM, patientens egne præferencer, finder vi kvinden, der skal sutureres. Hendes præferencer skal altså, hvis man anvender EBM, ligeledes inddrages i beslutningen omkring anvendelsen af smertelindring. Smerte anser vi som en subjektiv oplevelse, hvilket understreger vigtigheden i at inddrage dette tredje element i EBM i netop beslutningen om smertelindring. Vi ser derfor en relevans i brugen af EBM, da jordemoderen derved ikke bare tager udgangspunkt i instrukser, faglig viden og egen erfaring men også i kvinden, hvorved hun forbedrer sin beslutningstagen. Inddrages alle tre elementer i problematikken omkring opnåelsen af sufficient smertelindring, ser vi en større sandsynlighed for, at færre kvinder vil opleve smerte under suturering.

I analysens afsnit 3.4 finder vi, at jordemødrene er dårlige til at italesætte deres overvejelser bag deres anvendelse af smertelindring under suturering. Dette kan skyldes manglende refleksioner over deres handlinger, der måske mest bygger på én af de tre faktorer i EBM, jordemødrenes egne kliniske erfaringer. Det kan, som nævnt i analysen, også skyldes, at jordemødrene ikke er vant til at italesætte deres overvejelser, men formentlig alligevel har dem. Er dét tilfældet, kan man diskutere, hvorvidt jordemødrene kan være vant til at inddrage

kvinderne i beslutninger omkring smertelindring under suturering. I så fald undlader jordemødrene også her at inddrage det tredje element i EBM, nemlig kvindens præferencer. Ligeegyldigt om den manglende italesættelse af overvejelser skyldes manglende refleksioner bag handlingerne, eller at jordemødrene ikke er vant til at inddrage kvinderne, tyder noget på, at jordemødrene ikke altid inddrager alle tre elementer i EBM i deres beslutningstagen omkring smertelindring under suturering.

### **4.3 Det informerede samtykke**

I Sundhedsloven fremgår det, at man som sundhedsperson er forpligtet til at informere og inddrage patienter i deres behandling (Sundhedsloven, 2010, § 15, § 20). At inddrage kvinden i forskellige muligheder for at smertelindre under suturering, er således ikke bare den anbefalede metode ifølge EBM, det er noget, vi som jordemødre er pålagt af loven. I loven står det yderligere beskrevet, at informationen skal komme før behandlingen, og at den skal være forståelig og fyldestgørende (Sundhedsloven, 2010, § 15-16). Det informerede samtykke skal indeholde foreslået behandling og dens mulige bivirkninger, alternativ behandling, samt hvad der sker, hvis patienten ikke får behandling (Sundhedsloven, 2010, § 16). Ved smertelindring under suturering bør jordemoderen altså informere kvinden om sit forslag til smertelindring, eventuelle bivirkninger heraf samt alternative muligheder for smertelindring.

Etiske Retningslinjer for Jordemødre (Iversen et al., 2010) opfordrer i tråd med Sundhedsloven jordemødrene til at inddrage kvinden. De konkretiserer desuden, hvordan jordemødrene inddrager kvinden. Ifølge de etiske retningslinjer skal jordemoderen tage udgangspunkt i den enkelte kvinde ved at lytte til hendes ønsker og behov og derved give hende medbestemmelse og indflydelse på behandlingen. Der opfordres til, at jordemoderen skal give kvinden tilstrækkelig information til, at hun kan forstå sine muligheder og dermed få reel medbestemmelse (Iversen et al., 2010). Med udgangspunkt i første afsnit af vores analyse, afsnit 3.1 om kvindens forventninger til smerte, ser vi eksempler på kvinder, der ikke får information om bristninger, suturering og smertelindring af fagfolk undervejs i graviditeten. Kender kvinden ikke sine muligheder for smertelindring under suturering i forvejen, anser vi jordemoderen, der suturerer hende, som den eneste, der kan informere hende tilstrækkeligt til at sikre denne indflydelse og medbestemmelse, som bør gøre sig

gældende ved et informeret samtykke. På den måde ser vi et ansvar ligge hos jordemoderen, der suturerer, for at give den fyldestgørende information.

Som behandlet i afsnit 3.3 har jordemoderen en magt i kraft af sin rolle og kompetence, som kan komme til udtryk i kommunikationen. Denne magt kan formodentligt også have indflydelse på den information, der gives i forbindelse med indhentelse af samtykke. Præcis hvor dybdegående informationen skal være, må man formode afhænger af et jordemoderfagligt skøn, idet ikke al jordemoderens viden nødvendigvis er relevant for den enkelte kvindes beslutningstagen for hendes behandling. Omvendt så er kvindens udgangspunkt for at kende til hendes muligheder begrænset, hvorfor jordemoderen lettere kan lade hendes kommunikation, så den leder i den retning, jordemoderen ønsker, hvad enten dette er en bevidst handling eller ej. Vi ser i afsnit 3.4 eksempler på situationer, hvor man kan argumentere for, at jordemoderen manipulerer i sin kommunikation, idet hendes måde at tilbyde smertelindring udelukkende lægger op til, at kvinden kan samtykke ved et ja eller et nej.

I analysen har vi også set eksempler på kvinder, som har efterspurgt smertelindring, men ikke har fået det, og vi har set kvinder acceptere smerte formentlig i troen på, at det ikke kunne være anderledes, dette ses i afsnit 3.1, 3.2 og 3.3.2. Det er vores vurdering, at disse kvinder ikke har haft reel medbestemmelse i egen behandling, formentlig på grund af manglende information om situationen, og at de dermed ikke har givet et informeret samtykke, der lever op til Sundhedsloven. Som fremlagt i vores emneafgrænsning, tror vi på, at alle jordemødre har mulighed for at give sufficient smertelindring under suturering. Hvis jordemoderen informerer kvinden om, at hun ikke bør opleve smerte under suturering, kan man forestille sig, at kvinden i kraft af denne viden i højere grad vil kunne sige fra overfor smerte og sige til ved behov for supplerende smertelindring.

#### **4.4 Obstetrisk vold**

Gennem vores analyse har vi set eksempler på, at kvinder ikke bare oplever smerte under suturering, men at de yderligere kan opleve at blive krænket ved at miste deres ret til selvbestemmelse. Dette ser vi ske som en konsekvens af, at jordemoderen overskrider sin

magtposition ved at ignorere kvindens behov. I det følgende diskuteres hvorvidt krænkelse af kvindens ret til selvbestemmelse kan defineres som obstetrisk vold.

Venezuela er det første land, der formelt har defineret begrebet obstetrisk vold, som sidenhen er blevet et anerkendt begreb i mange lande. I 2007 implementerede Venezuela loven *The Organic Law on the Right of Women to a Life Free of Violence*, som er en lov om 19 strafbare former for vold mod kvinder, hvoraf obstetrisk vold er den ene. Ud fra venezuelansk lov defineres obstetrisk vold blandt andet som en umenneskelig behandling, som medfører tab af autonomi og tab af evne til frit at bestemme over egen krop (D'Gregorio, 2010). Obstetrisk vold kan derudover være behandling uden samtykke, uværdig behandling samt mangel på behandling (Sadler et al., 2016). I afsnit 3.3.2 i analysen ser vi et eksempel på en kvinde, som gentagende gange efterspørger smertelindring men oplever at blive ignoreret af jordemoderen. Kvinden er, i kraft af jordemoderens valg om at fortsætte uden yderligere smertelindring, nødsaget til at acceptere smerten. Man kan her argumentere for, at der potentielt er tale om obstetrisk vold. Jordemoderen i denne situation fortsætter sutureringen trods kvindens ytring om smerte og ønske om smertelindring, og på den måde kan man sætte spørgsmålstegn ved, om kvinden reelt set er fri til at bestemme over egen krop, idet jordemoderen fortsætter ufortrødent. Den behandling, kvinden får af jordemoderen, betragter vi derudover som værende uden informeret samtykke, uværdig samt mangelfuld i form af manglende smertelindring. På baggrund af dette kan man argumentere for, at der er tale om obstetrisk vold.

Ifølge den venezuelanske lovgivning er en anden handling, som kan anses som obstetrisk vold, det, at man som sundhedsperson forhindrer eller på nogen måde står i vejen for den tidlige tilknytning mellem mor og barn uden medicinsk indikation (D'Gregorio, 2010). Til trods for at vi ikke har konkrete eksempler i analysen på, at smerte under suturering står i vejen for kvindens møde med barnet, har vi dog adskillige eksempler på kvinder, der oplever smerte. Det er svært at forestille sig, at kvindens smerte ikke vil forstyrre hendes første møde med barnet, og man kan altså argumentere for, at der er tale om obstetrisk vold. Der er risiko for, at der sker et overgreb på den tidlige tilknytning mellem mor og barn som følge af, at jordemoderen ikke vælger at give sufficient smertelindring.

Ifølge Sadler et al. (2016) er det vigtigt at adskille obstetrisk vold fra dårlig behandling af patienter generelt. Det skyldes blandt andet, at "labouring women are generally healthy and

not pathological; and labour and birth can be framed as sexual events, with obstetric violence being frequently experienced and interpreted as rape” (Sadler et al., 2016, s. 50). At jordemødres handlinger i forbindelse med suturering kan fortolkes som voldtægt, er sat på spidsen, og i langt de fleste tilfælde vil det sandsynligvis ikke være kvindernes oplevelse. Alligevel er der sammenlignelige træk ved det overgreb, en voldtægt er, og det at suturere en kvinde uden sufficient smertelindring. Jordemoderen har en magt over kvinden under suturering, idet det er hende, der har viden og kompetence til at smertelindre, som behandlet i afsnit 3.3.2. Samtidig arbejder jordemoderen med kvindens kønsorganer, kvinden er blottet og har ikke mulighed for at vide, hvordan hendes underliv ser ud, eller hvad der skal ske med det, medmindre jordemoderen involverer hende. Oplever kvinden at blive krænket under disse omstændigheder, kan man således alligevel forestille sig, at nogle kvinder vil opleve det som et overgreb, måske i samme grad som en voldtægt.

En del af løsningen på denne problematik, forestiller vi os, kan være en mere dybdegående information til kvinderne, og gennem vores analysefund finder vi da også, at kvinderne, der oplever smerte under suturering, ofte modtager sparsom faglig information. Denne lever i hvert fald sjældent op til Sundhedslovens krav til det informerede samtykke. Ifølge Sadler et al. (2016) kan et reelt informeret samtykke, der lever op til lovkravene, sandsynligvis mindske forekomsten af obstetrisk vold. Man kan forestille sig, at mere fyldestgørende information ruste kvinderne til bedre at kunne sige fra ved insufficient smertelindring. Omvendt kan man argumentere for, at et fyldestgørende informeret samtykke i sig selv ikke kan forhindre risikoen for obstetrisk vold. Sadler et al. (2016) pointerer selv, at det er vigtigt at huske, at kvinder ikke fuldt ud kan forstå deres muligheder og selv tage beslutninger på baggrund af information fra sundhedsprofessionelle, men at de har brug for at diskutere og tage beslutningerne sammen på et informeret grundlag.

I ovenstående argumenterer vi for, at der i nogle tilfælde kan være tale om obstetrisk vold, når kvinder bliver sutureret uden sufficient smertelindring. Når man ser eksempler på jordemødre, som decideret ignorerer kvinders smerteudbrud og forespørgsler om mere smertelindring, selvom der er mulighed for at smertelindre yderligere, kan man argumentere for, at en del af besvarelsen af vores problemformulering ligger i begrebet obstetrisk vold.



#### 4.5 Metodekritik

Det er sandsynligt, at andre perspektiver, udover dem vi er kommet frem til via vores metode, ligeledes ville kunne besvare vores problemformulering. I den forbindelse kan man overveje, om vores litteratursøgning kunne have været mere systematik, bredt yderligere ud med andre søgeord og i flere databaser, og dermed have ført til anden og måske mere relevant empiri.

Man kan forestille sig, at det ligeledes kunne have bidraget med anden viden til dette projekt, hvis vi havde valgt at indsamle egen empiri, eksempelvis i form af interviews. Ifølge Kvale & Brinkmann (2009) er interviews særligt velegnet til at undersøge menneskers oplevelser, selvforståelser og til at uddybe deres egne perspektiver på deres livsverden. Ved at indhente egen empiri i form af interviews med jordemødre og kvinder, ville det således have været muligt for os at få et mere direkte indblik i jordemødre og kvinders tanker om og oplevelse af netop sutureringsituationen. Ud fra dette ville vi måske i højere grad blive i stand til at vurdere, hvorfor nogle kvinder oplever smerte under suturering.

Det har været en udfordring for os, at finde empiri som specifikt omhandler smerte og suturering i relation til vores problemformulering, hvorfor vi har inddraget studier, hvis resultater vi forsøger at overføre til sutureringsituationen. Solomon (2001) behandler sundhedsprofessionelle generelt, og ikke specifikt jordemødre som faggruppe; Lundgren & Dahlberg (2001) omhandler jordemødre og fødselssmerter og derfor ikke smerter ved suturering. Disse metodiske problemer kan præge projektet validitet og derved medføre, at vores konklusion ikke står lige så stærkt, som den muligvis kunne have gjort. Siden vi ikke har indhentet egen empiri, kan vi ikke foretage medlemsvalidering. Medlemsvalidering kan ellers øge en undersøgelses validitet (Kvale & Brinkmann, 2009). En ulempe ved vores metode kan derfor være, at vi ikke har mulighed for at øge projekts validitet ved at undersøge, om vores tolkninger stemmer overens med forskernes og kvindernes meninger og oplevelser, og dermed sikre, at vi rent faktisk har undersøgt det, vi gerne ville undersøge.

Undervejs i projektet har vi fundet, at de udvalgte studier har visse metodesvagheder. Som fremlagt i afsnit 3.2 af analysen er Lundgren & Dahlbergs (2001) udvælgelse af studiepopulation kritisabel, mens Solomons (2001) manglende fremlæggelse af en systematisk litteratursøgning ligeledes giver forskerens resultater mindre validitet. Disse

eksempler på metodesvagheder må vi tage som forbehold i forhold til validiteten af vores konklusion.

Man kan generelt diskutere hvilken slags viden, vi er kommet frem til i dette projekt. Ifølge videnskabsteoretikeren Karl Popper, vil viden altid være foreløbig og bygge på antagelser (Thisted, 2012). Vi kan således aldrig endeligt verificere vores viden. I tråd med induktionsproblemet, beskrevet i vores metodeafsnit, kan vi ikke nå sikker viden, kun sandsynlig viden.

Vi har i dette projekt forsøgt at sætte vores forforståelse i spil, som er hensigten, når man går hermeneutisk til værks. Her kan man diskutere, hvorvidt vores metode har givet mulighed for at lykkes med at udfordre vores forforståelse. Forud for projektet havde vi en forforståelse om, at jordemødre generelt ville kvinderne det bedste og ønskede at sikre gode forhold for kvinderne blandt andet ved at anvende smertelindring. Denne forforståelse har vi fået udfordret, idet vi i vores analyse ser eksempler på jordemødre, der ikke giver smertelindring, til trods for at kvinderne ytrer behov for det. Dette strider således mod vores forforståelse. Idet det ikke er alle vores forforståelser, der synes at være blevet afkræftet, kan man omvendt være kritisk ved, om der er perspektiver, vi ikke har fået øje på i processen, idet vi kan have ladet vores forforståelse præge projektet for meget. At ens forforståelse kan komme til at styre ens undersøgelse kan være en svaghed ved hermeneutisk metode (Thisted, 2012), og kan derfor også anskues som en mulig svaghed ved dette projekt.

## 5. Konklusion

På baggrund af dette projekt kan vi konkludere, at der kan være flere årsager til, at nogle kvinder oplever smerte under suturering. En af årsagerne kan være, at kvinder kan have en forventning om, at suturering er forbundet med smerte, hvorfor de kan være tilbøjelige til at acceptere smerte. Denne accept kan også bunde i tiltro til, at jordemoderen gør det bedste, hun kan, og at tilstedeværelse af smerte dermed er uundgåelig. Desuden tyder noget på, at jordemødre kan have svært ved at vurdere kvinders smerte korrekt, hvorfor en undervurdering af denne kan medføre insufficient smertelindring. Nogle jordemødre overser eller undlader helt at inddrage kvindens oplevelse i beslutningen om smertelindring men tager i stedet udgangspunkt i egne rationaler, og der ses stor variation i anvendelsen af analgesi i praksis. At kvinden ikke tages med på råd i forhold til anvendelse af smertelindring, kan vi konkludere, strider imod lovgivningen om det informerede samtykke samt Ethiske Retningslinjer for Jordemødre. Derudover kan vi konkludere, at hvis kvinden efterspørger smertelindring men ignoreres i dette ønske, kan jordemoderen komme til at udøve obstetrisk vold på kvinden.

## Litteraturliste

I opgaven benyttes referencesystemet American Psychological Association System (APA)

Andersen, H. & Kaspersen, L. (2013). *Klassisk og moderne samfundsteori* (5.udg.). Hans Reitzels Forlag.

Andersen, I. & Matzen, P. (2014). *Evidensbaseret medicin*. Gads Forlag.

Andersen, K. (2016, 17. december). *Suturering af 1. og 2. grads bristninger og episiotomi*.

Lokaliseret [12.12.2017] på:

<http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=X1C6D89FA706BDE3DC125808B00388C14&level=1301XJ&dbpath=/VIP/Redaktoer/1301XJ.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>

Birkler, J. (2013). *Videnskabsteori*. København: Munksgaard.

Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2015). *Kvalitative metoder* (2. udg.). Hans Reitzels Forlag.

Briscoe, L., Lavender, T., O'Brien, E., Campbell M. & McGowan, L. (2015). A mixed methods study to explore women and clinician's response to pain associated with suturing second degree perineal tears and episiotomies [PRAISE]. *Midwifery* (31), 464-472.

Brunstad, A. & Tegnander, E. (2010). *Jordmorboka - Ansvar, funksjon og arbeidsområde*. Oslo: Akribe.

D'Gregorio, P. (2010). Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (111), 201-202.

Eide, T. & Eide, H. (2012). *Kommunikation i praksis*. Aarhus: Klim.

GynZone (2016, 30. december). *Analgesi*. Lokaliseret [11.12.2017] på:

<https://www.gynzone.dk/sutur-post-partum/analgesi>

Iversen, R., Toxvig, L., Faaborg, K., Stilling, L. D., Kvist, M., Bondo, L. (2010). *Etiske Retningslinjer for Jordemødre*. Vedtaget på Jordemoderforeningens Kongres, 2010.

Jangö, H. (2017, 23. maj). *Suturering af grad 1 og 2 bristninger i forbindelse med fødsel*.

Lokaliseret [13.12.2017] på:

<http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=XEBCDB7CE7EA5EB3EC12580FF00279245&level=1501X5&dbpath=/VIP/Redaktoer/1501X5.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>

Jørgensen, L. (2015). *Efterveerne - Den traumatiske fødsel*. Aarhus: Turbine.

Kindberg, S. & Stehouwer, M (2008): Fagligt indstik: Syning af perineale bristninger og episiotomi. *Tidsskrift for Jordemødre* (2).

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009) Interview: Introduktion til et håndværk (2. udg.)  
København: Hans Rietzels Forlag.

Lundgren, I. & Dahlberg, K. (2002). Midwives' experience of the encounter with women and their pain during childbirth. *Midwifery* (18), 155-164.

MacDonald, S. & Magill-Cuerden, J. (2012). *Mayes' Midwifery* (14. udg.). Baillière Tindall, Elsevier.

Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet* (358), 483-488.

National Institute for Health and Care Excellence (2017, februar). *Intrapartum care for healthy women and babies*. Lokaliseret [07.11.2017] på:  
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#third-stage-of-labour>

PHBibliotek (2017a). *Databaser og andre e-ressourcer fra A-Z*. Lokaliseret [09.11.2017] på:  
<https://phbibliotek.dk/az.php?a=p>

PHBibliotek (2017b, 14. december). *Litteratursøgning*. Lokaliseret [09.11.2017] på:  
<https://phbibliotek.dk/da/litteratursoegning>

Sadler, M., Santos, M., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G., Skoko, Gillen, E. & Clausen, J. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, (24), 47-55.

Sanders, J., Peters, T. & Cambell, R. (2005). Techniques to reduce perineal pain during spontaneous vaginal delivery and perineal suturing: a UK survey of midwifery practice. *Midwifery* (21), 154-160.

Simonsen, B. & Kjærbye-Thygesen, A. (2017, 13. december). *Suturering grad 1 og grad 2 bristninger samt episiotomi*. Lokaliseret [12.12.2017] på:  
<http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=XD20C71FE0EC11996C12580A5004E2BB6&level=133016&dbpath=/VIP/Redaktoer/133016.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>

Solomon, P. (2001). Congruence between health professionals' and patients' pain ratings: a review of the literature. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* (15), 174-180.

Sundhedsstyrelsen (2001, 8. august): *Cirkulære om jordemodervirksomhed*. Lokaliseret d. 07.11.2017 på: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=21702>

Sundhedsstyrelsen (2013). *Anbefalinger for svangreomsorgen*, (2. udg.). København: Komiteen for Sundhedsoplysning.

Sundhedsstyrelsen. (2016, 24. september). *Sundhedsloven*. Lokaliseret d. 12.12.2017 på:  
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=183932#id310ed564-2caf->

4c7b-b1ce-01550f835ac0.

Sørensen, J. L., Ottesen, B. & Weber, T. (2012). *Ars Pariendi - Håndgreb og akut behandling ved fødsler*. København: Munksgaard.

Thisted, J. (2012). *Forskningsmetode i PRAKSIS: projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik*. København: Munksgaard.

Thompson, S. & Walsh, D. (2015). Women's perceptions of perineal repair as an aspect of normal childbirth. *British Journal of Midwifery*, 23. (8), 553-559.

## Bilag: litteratursøgning

Vi opstillede følgende søgeord ud fra PICO-modellen:

<b>Patient/population/problem</b>	delivery OR labor OR birth OR childbirth OR postpartum
<b>Phenomenon of interest</b>	experience OR pain OR traumatic
<b>Context</b>	perineal suturing

Vi søgte indledningsvis på hvert søgeord enkeltvis. Ved søgning i databaser, der tillod det, lavede vi avanceret søgning og fjernede herigennem irrelevante søgeord, der var knyttet til vores valgte søgeord. Herefter kobled vi søgeordene i de enkelte PICO-kategorier i én søgning med "OR" imellem de valgte ord, så kun ét af ordene behøvede at optræde i søgningen. Afslutningsvis kobled vi de tre søgninger med "AND" imellem, så minimum ét ord fra hver søgning måtte optræde.

Vores indledende søgning i PubMed er opstillet i nedenstående tabel:

<b>Nr.</b>	<b>Søgeord</b>	<b>Antal resultater</b>
1	"delivery"	510.510
2	"labor"	989.915
3	"labor" ÷ irrelevante søgeord	142.576
4	"birth"	315.045
5	"childbirth"	40.350



6	"postpartum"	91.774
7	1 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6	922.552
8	"perineal suturing"	425
9	"experience"	553.087
10	"pain"	707.010
11	"traumatic"	161.685
12	9 OR 10 OR 11	1.362.952
13	7 AND 8 AND 12	96

Ovenstående søgning er som nævnt vores indledende søgning, og det var den, som gav os resultater. Vi forsøgte også at ændre vores søgeord og lavede tre andre søgninger i PubMed, ingen af disse gav dog nye relevante resultater. De tre søgninger så således ud:

<b>Nr.</b>	<b>Søgeord</b>	<b>Antal resultater</b>
1	"laceration"	11.816
2	"tear"	46.605
3	"perineal tear"	1.351
4	"perineal trauma"	3.639

5	1 OR 2 OR 3 OR 4	53.954
6	"experience"	553.087
7	"pain"	707.010
8	6 OR 7	1.222.084
9	"suturing"	40.027
10	"midwi*"	61.860
11	"midwi*" ÷ irrelevante søgeord	61.341
12	9 AND 11	107
13	5 AND 8 AND 12	26

Nr.	Søgeord	Antal resultater
1	"midwi*"	61.860
2	"midwi*" ÷ irrelevante søgeord	61.277
3	"woman"	1.013.182
4	2 AND 3	12.616
5	"feel*"	78.553

6	“feel*” ÷ irrelevante søgeord	277.703
7	“sudur”	4
8	“sudur*”	94.494
9	“sudur*” ÷ irrelevante søgeord	92.999
10	4 AND 6 AND 9	47

I den sidste søgning, vi lavede på PubMed, valgte vi at udnytte MeSH-terms i vores avancerede søgning. Vores umiddelbare søgning gav for mange resultater, derfor valgte vi undervejs kun at medtage artikler med “midwifery” som MeSH-term, det vil sige artikler, hvor forfatterne har valgt “midwifery” som et vigtigt nøgleord.

Søgningen gav dog i sidste ende ingen nye relevante resultater.

Den så således ud:

Nr.	Søgeord	Antal resultater
1	“midwi*”	61.860
2	“midwi*” ÷ irrelevante søgeord	61.277
3	“pain”	707.580
4	“perception”	469.253
5	“attitude”	332.740
6	“experience”	553.527

7	"opinion"	75.264
8	4 OR 5 OR 6 OR 7	1.333.467
9	2 AND 3 AND 8	695
10	"midwifery" [MeSH Terms] AND 3 AND 8	153