



S-drop

På ukendt indikation

Bacheloropgave 8. juni 2011

**Anne Westh, Nanna Kjær & Malene
Hole**

Jordemoderuddannelsen, 7. semester, Hold
J08V

Vejledere: Ingrid Jepsen & Helle Tvorup
Andersen

Antal tegn inkl. mellemrum: 110.300

Nanna Kjær: 23.452

Anne Westh: 25.574

Malene Hole: 22.684

Resumé

Titel: S-drop på ukendt indikation

Introduktion: Kvalitetsudviklingsprojektet ”Vækkelse af vesvækkelse” fra 2010 fandt, at 22 % af alle s-drop på Rigshospitalet og Gentofte fødeafdeling, blev opsat af ukendte årsager. I Danmark tilstræbes, at svangreomsorgen baserer sig på evidensbaseret viden ifølge *Den danske kvalitetsmodel*. Derfor er udokumenteret anvendelse af s-drop et kvalitetsbrist og er problematisk fordi det rummer en række alvorlige obstetriske komplikationer og kan disponere til en negativ fødselsoplevelse.

Problemformulering: Hvordan kan det forklares, at s-drop opsættes uden prædefineret indikation, og hvordan kan vi med denne viden kvalitetsudvikle jordemoderpraksis, for at bevare den ukomplicerede fødsel til gavn for kvinderne?

Metode: Med baggrund i et litteraturstudie har vi undersøgt, hvilke forklaringer der kan findes til det udokumenterede brug af s-drop, og kommer der udfra med forslag til kvalitetsforbedrende metoder, som vi vurderer implementeringen af, i praksis.

Resultat: Vi fandt, at jordemoderens beslutningsproces forud for et s-drop kan influeres af følgende faktorer: Mangel på fødestuer; Obstetrikernes indflydelse; Kollegialt pres; Den fødende kvinde; Egne jordemoderfaglige værdier og holdninger, udsprunget af den fremherskende organisationskultur. Kvalitetsforbedrende metoder, der imødekommer disse faktorer, vil kunne møde modstand fra nogle jordemødre, da de kan føle sig usikre på deres kompetencer. Modstanden kan minimeres ved, at jordemødrene informeres grundigt om hensigten med kvalitetsudviklingen samt inddrages og lyttes til.

Konklusion: Kvalitetsudvikling af jordemoderpraksis vil, efter vores vurdering, kræve indførelse af en ny ledelsesstrategi, der aktivt anerkender og fokuserer på adfærd, der fremmer den ukomplicerede fødsel. Det vil påvirke og forandre organisationskulturen, de fremherskende jordemoderfaglige værdier og det kollegiale pres. Jordemoderfaglige temadage og opgørelser over s-drop frekvensen kan omsætte ledelsestrategien til praksis, så uindiceret brug af s-drop reduceres. Kvindens påvirkning på jordemoderen imødekommes ved at indføre en bedre forberedelse til fødslen, for at opnå realistiske forventninger til fødselens progression.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	5
2. Problemformulering	9
2.1 Begrebsafklaring.....	9
3. Mål og formål	10
3.1 Mål.....	10
3.2 Formål	10
4. Teori og metode	11
4.1 Metodisk tilgang.....	11
4.1.1 Videnskabsteoretiske overvejelser	11
4.2 Struktur af opgaven.....	12
4.3 Litteratursøgning.....	14
4.4 Redegørelse og begrundelse for valg af materiale	14
4.4.1 Materiale i Del I – Årsager til kvalitetsbristet.....	14
4.4.2 Materiale i Del II – Kvalitetsudvikling af jordemoderpraksis	16
4.4.3 Kilder til brug ved analyse	16
5. Præsentation og analyse del I – Årsager til kvalitetsbristet.....	17
5.1 Hvad påvirker jordemoderens beslutningsproces om s-drop.....	17
5.1.1 Mangel på fødestuer	19
5.1.2 Den fødende kvinde	20
5.1.3 Obstetrikernes indflydelse	21
5.1.4 Jordemoderens professionelle-jeg.....	22
5.1.5 Opsummering.....	22
5.2 Jordemoderens møde med kvinden	23
5.3 Fødestedets påvirkning på jordemoderen	24
5.3.1 Interventionsrate og risikoopfattelse.....	24
5.3.2 Fødestedets størrelse.....	30
5.4 Jordemoderen i organisationens samlede kultur	32
6. Deldiskussion.....	34
6.1 Spændingsfeltet	34
6.2 Jordemoderens møde med den fødende kvinde	34
6.3 Jordemødrenes værdier og holdninger.....	36
6.4 Fødestedets betydning.....	38
7. Præsentation og analyse del II – Kvalitetsudvikling af jordemoderpraksis	41

7.1 Forandringer i organisationen.....	41
7.1.1 Modstand mod forandring.....	41
7.2 Jordemoderidentitet – forandringer i jordemoderfaget.....	44
8. Diskussion.....	47
8.1 Indføring af kvalitetsforbedrende metoder	47
8.2 Kan implementeringen lade sig gøre?.....	48
8.3 Kritisk vurdering af egen metode.....	49
9. Konklusion.....	50
10. Perspektivering.....	52
11. References.....	53
12. Bilagsfortegnelse	55
Bilag 1 – Scvua-guide til informationssøgning	56
Bilag 2 – Søgehistorie i Cinahl with fulltext	62
Bilag 3 – Beregninger af fødselsstatistik fra Sundhedsstyrelsen	68

1. Indledning

På fødegangen har vi oplevet en tendens til ukritisk brug af medicinsk vestimulation med syntetisk oxytocin¹ (s-drop) under fødslerne. Netop derfor har en ny undersøgelse vakt vores interesse. I perioden 2009-2010 udarbejdede fem jordemødre fra henholdsvis Rigshospitalet og Gentofte fødeafdeling et kvalitetsudviklingsprojekt, ”Vækkelse af vesvækkelse”, omkring anvendelse af s-drop i det normale fødselsforløb. På begge hospitaler skulle jordemoderen, i forbindelse med beslutningen om et s-drop, udfylde et registreringsskema med relevant information vedr. fødslen. På skemaet fremgik kriterierne for dystoci som dilatation mindre end en ½ cm i timen set over 3-4 timer (1, s. 24-25), svarende til retningslinjerne på stedet og guidelines fra *Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi* (DSOG)(2). Der blev udfyldt registreringsskemaer fra 533 fødsler og resultaterne viste, at hos gruppe 1 fødende² blev der anvendt s-drop i 46 % og 49 % af fødslerne. Hos gruppe 3 fødende³ var dette tal 6,8 % og 16,9 %. I 70 % af alle fødselsforløbene blev s-drop anvendt som følge af diagnosen dystoci. I 8 % af tilfældene blev s-drop opsat af anden indikation som eksempelvis feber eller mistanke om hypoksi, mens det i 22 % af tilfældene blev anvendt af ukendt årsag (1, s. 24-25).

Projektet ”Vækkelse af vesvækkelse” mener vi, bringer en ny og interessant vinkel på den høje anvendelse af s-drop, da der tilsyneladende er 22 %, der opsættes uden en prædefineret indikation. Vi diskuterede, hvad der kunne ligge bag denne gruppe af s-drop, og med baggrund i vores erfaring fra praksis kom vi frem til, at jordemoderens faglige skøn formentligt har spillet ind. Vi overvejede, at s-drop kunne opsættes med baggrund i et ønske om at tilgodese kvindens fødselsoplevelse, eksempelvis hvis kvinden er udtrættet. At opsætte s-drop for at tilgodese kvindens fødselsoplevelse er ikke en prædefineret indikation i afdelingernes retningslinjer, men dog et eksempel, hvor et s-drop, efter et jordemoderfagligt skøn, kan være på sin plads. Dette dækker formentligt ikke alle 22 %, og vi har også erfaret, at s-drop til tider opsættes af andre årsager. Nedenstående praksiseksempel er med til at illustrere dette.

”Denne nat er fødegangen fyldt, det har været et travlt døgn og jeg selv og min kontaktjordemoder er i vagt. Vi har nu en ukompliceret førstegangsfødende, der er 5 cm.

¹ Intravenøs infusion af 1000 ml isotonisk saltvand iblandet 10 IE Syntocinon. Infusionen foregår i ml/t og styres af en tilkoblet dråbetæller.

² Gruppe 1 fødende klassificeres som førstegangsfødende med forventet ukompliceret vaginal fødsel, med et barn i hovedstilling, der er gået spontant i fødsel til termin (1, s. 23).

³ Gruppe 3 fødende klassificeres som flergangsfødende med tidligere vaginal fødsel, til termin med ét barn i hovedstilling, der er gået spontant i fødsel (1, s. 23).

Oversigtstavlen i vagtrummet er fyldt og på samtlige stuer er kvinderne mellem 3 og 6 cm åbne – det ser altså ikke ud til, at de får født inden vagtskifte. I kalenderen fremgår det, at der er 3 kvinder til igangsætning her til morgen, hvoraf 2 sandsynligvis får brug for en fødestue. Jeg er bevidst om, at kvinden jeg er hos snart er den, der har været på fødegangen længst. Egentlig har progressionen været fin, men det er begyndt at gå lidt langsomt her sidst på natten. De sidste 2 timer har kvinden kun åbnet sig fra 4 til 5 cm. Jeg orienterer mig i afdelingens procedurer og kan konstatere, at der ikke er indikation for et s-drop, idet dystoci først kan diagnosticeres efter 3-4 timer. Jeg vælger derfor at se tiden an. Kort efter møder dagvagterne, og jeg giver rapport til den jordemoder, der skal afløse mig. Hun spørger bebrejdende, hvorfor jeg ikke har sat et s-drop når fødegangen ser ud som den gør og progressionen ikke har været bedre. Inden jeg forlader fødegangen, har kvinden fået et s-drop. På vej hjem fra vagten føler jeg mig egentligt lidt skyldig over ikke at have taget et kollegialt ansvar om at få fødegangen til at fungere, og tænker, at jeg nok burde have opsat det s-drop selv.

Ovenstående eksempel illustrerer, hvordan ønsket om at få afdelingen til at fungere, kan influere på jordemoderens beslutningsproces omkring brug af s-drop. I eksemplet var der objektivt set ingen indikation for at sætte s-drop og det ville i projektet "Vækkelse af vesvækkelse" derfor fremgå som ukendt årsag.

Eksemplet illustrerer endvidere en jordemoderfaglig problemstilling, da vi arbejder udokumenteret og former vores omsorg for kvinderne ud fra udefinerbare bevæggrunde. Jordemødrenes etiske retningslinjer fra 2010 er med til at understrege, at ovenstående praksis ikke er ønskværdig. I punkt 5 beskrives, at jordemoderen skal "yde en jordemoderfaglig omsorg, der tilgodeser principperne om at gavne og frem for alt ikke at skade og vedkender sig medansvar for, at praksis bygger på veldokumenteret viden." (3, s. 6) Endvidere beskrives i punkt 6, at "Dokumentation af den jordemoderfaglige praksis er en væsentlig forudsætning for at kunne yde jordemoderfaglig omsorg af høj kvalitet." (3, s. 6) I de tilfælde hvor der anvendes s-drop uden prædefineret indikation vil praksis altså være i direkte modstrid med jordemødrenes faglige etik. Dette mener vi bør have jordemødrenes opmærksomhed.

Det er et problem, at jordemoderen arbejder udokumenteret med indgreb som s-drop, da vi ved at dette indgreb kan disponere til en række alvorlige obstetriske komplikationer. Syntetisk oxytocin, der findes i s-drop, opfører sig nemlig anderledes under en fødsel end kvindens naturlige oxytocin, formentligt fordi det gives kontinuerligt. Med s-drop kommer veerne med

kortere interval og hviletonus i uterus stiger. Dette øger risikoen for uterusruptur og mindsker barnets evne til at ilte sit blod tilstrækkeligt mellem verner og kan derfor skabe en tilstand af føtalt stress. En sådan tilstand vil ofte kræve intervention i form af vacuumforløsning eller akut sectio, hvorfor der ses en højere frekvens af disse interventioner efter et s-drop er etableret. Det syntetiske oxytocin påvirker endvidere det naturlige oxytocinsystem ved at lave en negativ feedback mekanisme, der medfører at kroppens egen produktion af hormonet sænkes, hvilket kan forklare, hvorfor en kvinde med s-drop oftere får post partum blødning (4, s. 20).

Sandsynligheden for at føde naturligt og uden komplikationer mindskes således, når der etableres et s-drop. Dette kan imidlertid forsvares ved dystoci, da der også er risici forbundet hermed (2). Det bliver da en opvejning af hvilke risici, der må accepteres. Men det kan ikke forsvares at påføre kvinden disse risici, hvis ikke der er dokumentation herfor, som det formentligt gør sig gældende ved de 22 % fra projektet "*Vækkelse af vesvækkelse*".

Medicinsk vestimulation har endvidere betydning for kvindens oplevelse af fødslen, og kan medføre et tab af kontrol. Kvinden kan føle sig svigtet over kroppens manglende evne til at føde og få en følelse af adskillelse mellem "krop" og "jeg". Dette bliver en modsætningsfuld proces og kan give anledning til frustration under fødslen. Dette fandt jordemoder og Ph.d Hanne Kjærgaard ud af i en kvalitativ undersøgelse fra 2007. Undersøgelsens formål var at frembringe ny viden om, hvordan kvinder oplever dystoci og vestimulation under fødslen (5, s. 22-24). Vi mener, at undersøgelsens resultater kan overføres til eksempler, hvor s-drop etableres uden dystoci, da signalværdien af s-droppet er den samme. Det er således et problem, at s-drop anvendes uden prædefineret indikation i 22 % af alle tilfælde, da det kan påvirke kvindens oplevelse af fødslen i negativ retning. Den ukomplicerede fødsel antages at rumme kvaliteter som menneskelig styrke og personlig vækst, i henhold til de føromtalt etiske retningslinjer for jordemødre i punkt 4 (3, s. 5). Disse kvaliteter udfordres, ved opsætning af s-drop, da s-drop ikke er en del af den ukomplicerede fødsel.

Vi har nu argumenteret for, at brug af s-drop uden prædefineret indikation er et problem for både jordemoderen og kvinden, da det giver etiske dilemmaer, obstetriske konsekvenser og kan påvirke kvindens fødselsoplevelse negativt. Indgrebet forringer med andre ord kvaliteten af arbejdet på de danske fødegange, og vi ser derfor et kvalitetsbrist på området.

I Sundhedsvæsnet arbejder vi, via politisk beslutning fra Sundhedsministeriet, ud fra Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), som baserer sig på akkreditering og standardiseringer, der har til formål at synliggøre, dokumentere og sikre kvalitet. Derfor er der indenfor de fleste jordemoderfaglige områder udviklet standarder og guidelines, som skal opfyldes af alle danske fødeafdelinger. Det beskrives bl.a., at den forebyggende og sundhedsfremmende indsats til gravide; *”foregår i henhold til klinisk, evidensbaseret praksis eller bedste kliniske praksis formuleret på baggrund af ”Anbefalinger for Svangreomsorgen” og ”Guidelines fra Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG)” eller opdateringer deraf ”.*(6) Idet Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for Svangreomsorgen (AFSO) og DSOG er blevet udpeget til at levere grundlaget for kvalitetssikring på fødestederne og dermed har stor indflydelse på praksis, må det forventes, at de bygger deres anbefalinger og guidelines på den bedst gældende evidens på det givne område. Derfor mener vi at kunne argumentere for, at resultatet fra projektet *”Vækkelse af vesvækkelse”* både ift. DDKM og jordemødrenes etiske retningslinjer repræsenterer en divergens mellem de mål vi har for god kvalitet i Danmark og den aktuelle praksis. Vi ser altså en interessant mulighed for at kvalitetsforbedre området, ved at bidrage til en styrkelse af de eksisterende teorier og undersøgelser foretaget af brug af s-drop.

På de fleste fødeafdelinger er jordemødrene givet generel bemyndigelse til at stille diagnosen dystoci og påbegynde behandling hertil, og har derfor del i ansvaret af dette kvalitetsbrist. Men hvad er baggrunden for denne udokumenterede praksis?

2. Problemformulering

Med baggrund i ovenstående argumentation har vi opstillet følgende problemformulering:

Hvordan kan det forklares, at s-drop opsættes uden prædefineret indikation, og hvordan kan vi med denne viden kvalitetsudvikle jordemoderpraksis, for at bevare fødslen ukompliceret til gavn for kvinderne?

2.1 Begrebsafklaring

- Kvalitetsudvikling har vi valgt at definere ud fra Johan Kjærgaard et al.:

"... de aktiviteter og metoder, der har til formål systematisk og målrettet at fremme kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser indenfor rammerne af den etablerede viden".

"Kvalitetsudvikling ses som en proces, der har til formål at fremme kvaliteten". (7, s. 24)

- Den ukomplicerede fødsel defineres ud fra Vejledning om jordemødres virksomhedsområde stk. 2.2:

"Ved et ukompliceret forløb forstås her fødsel af ét barn til termin i bagevedpræsentation. Fødslen indsætter, forløber og afsluttes spontant uden brug af vefremmende medicin, hindsprængning, eller instrumentel forløsning (dvs. uden sugekop, tang eller kejsersnit). Terminen defineres her som perioden mellem 37 og 42 fulde graviditetsuger." (8)

3. Mål og formål

3.1 Mål

- Vi vil lave en vurdering af hvilke årsager, der kan være til, at s-drop anvendes uden prædefineret indikation, og opstille forslag til hvilke elementer, der med fordel kan ændres for at fremme kvaliteten af jordemødres brug af s-drop. Derudover vil vi vurdere, hvorledes de kvalitetsfremmende metoder kan indføres i praksis.

3.2 Formål

- Højne kvaliteten af svangreomsorgen og i videst mulig omfang sikre evidensbaseret arbejde ift. håndtering af s-drop.
- Medvirke til øget kritisk refleksivitet ift. anvendelse af s-drop og andre interventioner, således at uindiceret brug reduceres.
- Give den ukomplicerede fødsel bedre betingelser for at forløbe spontant, og give kvinden bedre mulighed for at komme styrket igennem forløbet.

4. Teori og metode

4.1 Metodisk tilgang

For at besvare vores problemformulering vil vi lave et kvalitetsudviklingsprojekt, der skal fungere som en fortsættelse og afslutning på projektet, ”*Vækkelse af vesvækkelse*”. Vores metodiske tilgang er et litteraturstudie, og vi finder den eksisterende litteratur på området fyldestgørende til at afdække vores problemstilling på en nuanceret og uddybende måde. Vi er bevidste om, at ikke alle kilder er skrevet direkte til jordemoderfaget, hvorfor vi vil forholde os kritisk reflektivt til vores materiale.

4.1.1 Videnskabsteoretiske overvejelser

Vi har gennem vores uddannelse oplevet og erfaret, at jordemoderfaget kombinerer viden fra henholdsvis natur-, human- og samfundsvidenskab. Denne kombination danner tilsammen sundhedsvidenskaben (9, s. 46), som er dét videnskabsteoretiske felt jordemoderen skal agere indenfor.

I denne opgave har vi valgt samfunds- og humanvidenskabelige kilder til at belyse vores problemformulering. Dette er ideelt, da vi ønsker at forstå jordemoderen som fagperson, samt den indflydelse de sociale og kulturelle sammenhænge, hun indgår i, har på hendes beslutningsproces. Human- og samfundsvidenskaben anvender begge både kvantitative og kvalitative metoder til at genere viden, da hver især bidrager med forskellige perspektiver på det givne område.

Ifølge Launsø og Rieper kan triangulering, hvor forskellige måder til dataindsamling anvendes, medføre en bedre belysning af problemstillingen. Dette kan eksempelvis gøres ved kombination af kvalitative og kvantitative data (10, s. 184). Derfor inddrager vi både en kvalitativ og kvantitativ undersøgelse til belysning af, hvorfor jordemoderen opsætter s-drop uden prædefineret indikation, hvorved vi reducerer risikoen for at vores undersøgelses resultater afspejler én metodes begrænsninger.

I praksis kan triangulering være vanskeligt, da nogle problemstillinger fordrer kvantitative metoder, mens andre fordrer kvalitative (10, s. 184). Vi er bevidste om, at opgavens problemformulering hovedsageligt fordrer brug af kvalitative data, da vi ønsker at undersøge og forstå jordemoderens beslutningsproces. Den kvantitative undersøgelse kan dog anvendes, da forskeren er jordemoder og med baggrund i sin fagprofession har opstillet en hypotese om at jordemødre påvirkes af fødestedets interventionsrate.

4.2 Struktur af opgaven

For at anskueliggøre trinene i et kvalitetsudviklingsprojekt, anvender vi ”Kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet” af Johan Kjærgaard et al.

Lektor Johan Kjærgaard har en doktorgrad i medicin, og er ledende overlæge i hovedstadens sygehusfællesskaber, hvor han beskæftiger sig med klinisk kvalitetsudvikling. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren udnævnte i 1998 Kjærgaard som hovedforfatter til bogen. Formålet med bogen var at give en samlet fremstilling af centrale emner inden for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, baseret på national og international viden og erfaring, for dermed at bidrage til tværfagligt arbejde med kvalitetsudvikling, til gavn for patienterne (7, s. 5).

Kvalitetsudviklingsprocessen indeholder følgende fem trin; kvalitetsmål, kvalitetsmåling, kvalitetsvurdering, kvalitetsforbedring og kvalitetsovervågning, jf. figur 1 (7, s. 24). Modellen bygger på kvantitative antagelser, idet kvaliteten skal være beskrevet i data og være mål- og evaluerbare. Data kan således stamme fra både kvantitative og kvalitative undersøgelser. Virkningen af de kvalitetsforbedrende tiltag eller metoder skal ligeledes kunne måles og evalueres efterfølgende (7, s. 24).

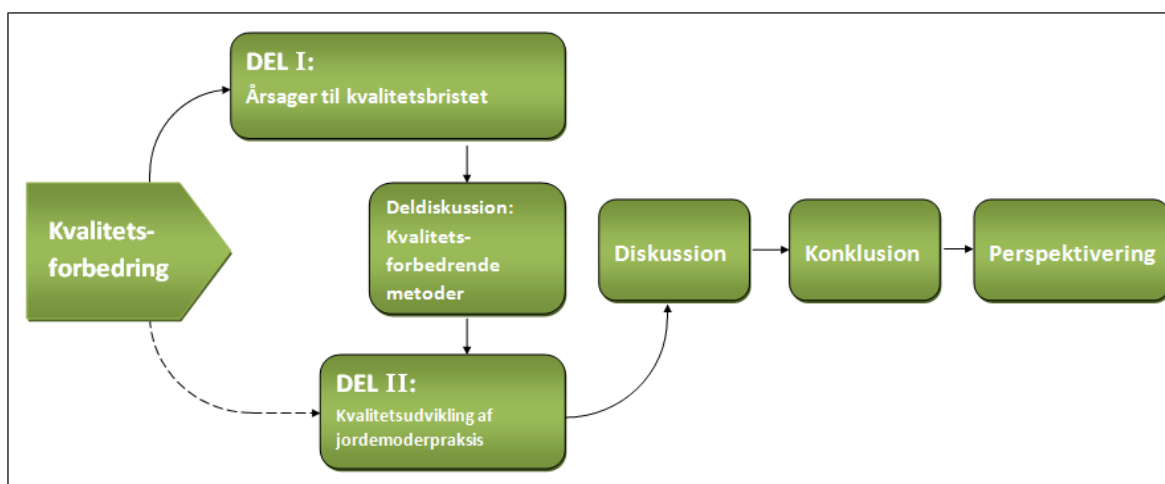


Figur 1: Illustration af kvalitetsudviklingsprocessen

Det første trin i kvalitetsudviklingsprocessen er at fastsætte målet for god kvalitet. Dette har vi valgt at gøre ud fra DDKM, hvis standarder bygger på DSOG og Sundhedstyrelsens AFSO, jf. indledningen. Disse to instanser har defineret kriterierne for dystoci som progression mindre end en $\frac{1}{2}$ cm i timen vurderet over 3-4 timer (6). Det er således efter denne definition, at der bør etableres s-drop. Derfor bliver vores

kvalitetsmål, at s-drop kun opsættes når kriterierne for dystoci opfyldes. Vi vil tage udgangspunkt i, at definitionen for dystoci er baseret på den aktuelt bedste evidens.

Andet trin i processen er kvalitetsmåling af nuværende praksis. Det har projektet ”*Vækkelse af vesvækkelse*” undersøgt og fundet, at 22 % af alle s-drop var opsat af ukendt årsag (1) og dermed ikke svarende til vores kvalitetsmål. Dette fører til det tredje trin, som er kvalitetsvurdering, hvor vi kan påpege en diskrepans mellem kvalitetsmål og kvalitetsmåling. Dermed giver det mening at fortsætte kvalitetsudviklingen til det fjerde trin, kvalitetsforbedring, der er markeret med grøn i figur 1. Som det fremgår, er det her, vi har valgt at lægge vores fokus i opgaven, og dermed indholdet af vores analyse og diskussion. Kvalitetsforbedringen har vi opdelt i to dele.



Figur 2: Opgavestruktur

I opgavens første del vil vi vurdere årsager til kvalitetsbristet. Vi vil undersøge, hvorfor 22 % af alle s-drop opsættes uden prædefineret indikation. På baggrund heraf, vil vi i deldiskussionen overveje mulige forbedringer af praksis, og fremstille forslag i form af kvalitetsforbedrende metoder, som senere vil blive inddraget i præsentation og analyse del II.

I opgavens anden del vil vi arbejde med, hvordan de opstillede kvalitetsforbedrende metoder kan indføres i praksis. I slutningen af del II vil vi kort berøre kvalitetsudviklingsprocessens sidste trin, kvalitetsovervågning.

Opgavens diskussion vil omhandle, hvordan den samlede kvalitetsforbedring kan finde sted. I diskussionen vil vi desuden forholde os kritisk til vores metodevalg. Afslutningsvis vil vi i konklusionen, med baggrund i analyse og diskussion, besvare vores problemformulering og opgavens mål.

4.3 Litteratursøgning

Til besvarelse af vores problemformulering, har vi valgt at anvende pensumlitteratur, samt litteratur fundet ved søgning i danske og udenlandske databaser.

I den systematiske litteratursøgning har vi udvalgt seks facetter. Vi har, jf. SCVUA-guide bilag 1, udført litteratursøgning i Pubmed, Cinahl with fulltext og Biblioteksbasen UCN. I Biblioteksbasen UCN har vi udført fritekstsøgning. I Pubmed og Cinahl with fulltext lavede vi emneordssøgning. Vi har afgrænset vores søgning til dansk, svensk, norsk og engelsk, og har hovedsageligt været interesseret i nyere litteratur.

I PubMed fandt vi den kvantitative undersøgelse *"The influence of maternity units' intrapartum intervention rates and midwives' risk perception for women suitable for midwifery-led care"* af Marianne M.P. Mead og Diana Kornbrot. Det lykkedes os ikke at finde undersøgelsen gennem struktureret søgning, men da vi havde kendskab til Marianne Mead gennem et foredrag, kunne vi søge på hendes navn i PubMed.

Efter anbefaling søgte vi i Århus Universitets Bibliotekers database, hvor vi fandt det kvalitative studie *"Midwives' navigation and perceived power during decision-making related to augmentation of labour"* af Sabine Blix-Lindström et al.

Begge vores undersøgelser er publiceret i det engelske tidsskrift *Midwifery*, som er et velanset tidsskrift med et jordemoderfagligt fokus, og som i et internationalt forum ønsker at medvirke til at udvikle jordemødres faglige viden, kompetencer og værdier. Tidsskriftet anvender peer review for at sikre den metodiske kvalitet af publicerede artikler (11).

4.4 Redegørelse og begrundelse for valg af materiale

4.4.1 Materiale i Del I – Årsager til kvalitetsbristet

I det følgende vil vi redegøre og begrunde for valg af materiale i opgavens del I.

4.4.1.1 Hvad påvirker jordemoderens beslutningsproces om s-drop?

- For at kunne vurdere årsagerne til, at 22 % af alle s-drop opsættes uden prædefineret indikation, vælger vi at inddrage en svensk kvalitativ undersøgelse *"Midwives' navigation and perceived power during decision-making to augmentation of labour"* fra 2006 af Sabine Blix-Lindström et al. Denne undersøgelse bidrager med viden om, hvad der påvirker jordemoderens beslutningsproces omkring s-drop. Kilden vil derfor være gennemgående i samtlige afsnit af analysen og samtidig vil anden litteratur inddrages til uddybning af disse temaer.

4.4.1.2 Jordmoderens møde med kvinden

- Til at uddybe Blix-Lindströms undersøgelse og vores erfaringer ift., hvilken påvirkning kvinden kan have på jordmoderens beslutningsproces vedr. anvendelse af s-drop, vil vi inddrage artiklen "*Autonomien og dens grænser*" af Peter Rossel. Kilden er trykt i Ugeskrift for læger i juni 2004 og er pensumlitteratur.

4.4.1.3 Fødestedets påvirkning på jordmoderen

- Til supplerung af Blix-Lindströms undersøgelse ift. fødestedets betydning for jordmoderens beslutning om s-drop, vil vi undersøge hvilken indflydelse fødestedets interventionsrate har på jordemødrene. Dette perspektiv kan den kvantitative undersøgelse "*The influence of maternity units' intrapartum intervention rates and midwives' risk perception for women suitable for midwifery-led care*" af Marianne M.P. Mead og Diana Kornbrot bidrage med.
- Da Meads undersøgelse beskæftiger sig med jordemødres risikopfattelse, anvender vi teoretisk viden omkring risiko og risikopfattelse til at analysere undersøgelsens resultater med. Den danske risikoforsker, Cand.comm. Thomas Breck har i 2001 udgivet bogen "*Dialog om det usikre – nye veje i risikokommunikation,*" og vi inddrager kapitel 2 om subjektiv risiko og kapitel 3 om den konstruerede risiko i vores analyse af Meads resultater om jordemødrenes risikopfattelse. Denne bog er fundet ved fritekstsøgning på Biblioteksbasen UCN.
- For at uddybe nogle af de elementer på fødestedet, der influerer på jordmoderens praksis, vil vi undersøge om der i Danmark er sammenhæng mellem fødestedets størrelse og antal opsatte s-drop. Dette kan fødselsstatistik fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside bidrage med. Vi vælger at bruge fødselsstatistik fra 2009, da disse tal er de senest fuldt opgjorte på området. Denne kilde er relevant, da den belyser om fødestedets størrelse kan være årsag til, at s-drop opsættes uden prædefineret indikation.

4.4.1.4 Jordmoderen i organisationens samlede kultur

- For at vurdere, hvad der påvirker sammenspillet mellem jordmoderens og fødestedets værdier og holdninger inddrager vi bogen "*Organisationsteori*" af Jørgen Frode Bakka og Eigil Fivelsdal. Vi anvender en mindre del af kilden i del I, der beskæftiger sig med teori fra kapitel 6 om anvendelse af organisationskultur. I opgavens del II vil vi anvende kilden yderligere. Dele af denne bog er pensumlitteratur, og er fundet via kædesøgning.

4.4.2 Materiale i Del II – Kvalitetsudvikling af jordemoderpraksis

4.4.2.1 Forandringer i organisationen

- For at opnå viden om hvordan kvalitetsforbedrende metoder kan indføres i praksis, samt hvilke udfordringer en sådan forandringsproces kan rumme og hvordan disse imødekommes, inddrager vi atter bogen ”*Organisationsteori*” af Bakka og Fivelsdal. Vi anvender i denne del af opgaven kapitel 11 om *Forandring, omstilling og fornyelse*. Denne del af bogen er pensumlitteratur.

4.4.2.2 Jordemoderidentitet – forandringer i jordemoderfaget

- For at kvalitetsudvikle jordemoderfaget vil vi inddrage litteratur, der kan bidrage med viden om, hvordan faget formes, påvirkes og forandres. Bogen ”*Humanisme, professionsidentitet og uddannelse i sundhedsområdet*” af Steen Wackerhausen bidrager i kapitel 3, *Professionsidentitet, uddannelse og humanisme*, med vigtige perspektiver på fagidentitet og de udfordringer forandring i fagidentiteten rummer. Det anvendte kapitel er pensumlitteratur.

4.4.3 Kilder til brug ved analyse

Her vil vi kort præsentere de kilder, vi vil anvende til analyse og kritisk vurdering af de inddragede undersøgelser.

- Til kritisk analyse og vurdering af validitet af Blix-Lindströms undersøgelse, inddrager vi bogen ”*Fokusgrupper*” af Bente Halkier. Bogen er udarbejdet som lærebog i fokusgruppeinterview som forskningsmetode. Fundet ved fritekstsøgning i Biblioteksbasen UCN.
- Vi anvender ”*Epidemiologi og evidens*” af Svend Juul i den kritiske analyse af Meads kvantitative studie. Kilden er en lærebog til introduktion i epidemiologi på videregående sundhedsuddannelser og henvender sig til brugere af videnskabelig forskning. Bogen er pensumlitteratur.
- For endvidere at kunne forholde os kritisk til validiteten i Meads spørgeskemaundersøgelse i samme studie, inddrages ”*Forskning om og med mennesker*” af Laila Launsø og Olaf Rieper, da denne indeholder redskaber til vurdering af surveys. Bogen er pensumlitteratur.

5. Præsentation og analyse del I – Årsager til kvalitetsbristet

5.1 Hvad påvirker jordemoderens beslutningsproces om s-drop

Den kvalitative undersøgelse ”*Midwives’ navigation and perceived power during decision-making related to augmentation of labour*” baseres på undersøgelsesresultater indsamlet i perioden april – maj 2003 og er publiceret i *Midwifery* i 2008 (12, s. 190-191). Hovedforfatter af undersøgelsen er jordemoder Sabine Blix-Lindström, som har en master i folkesundhed og svensk licentiat ved medicinsk fakultet. Derudover er hun ansat ved det anerkendte forskningsinstitut Karolinska (12, s. 190). Blix-Lindström har i 2004 beskæftiget sig med beslutningsprocessen forud for s-drop ud fra kvindens perspektiv. I den aktuelle undersøgelse er fokus jordemoderens perspektiv (12, s. 191). På baggrund af Blix-Lindströms redegørelse for svenske forhold i svangreomsorgen (12, s. 191-192), mener vi, det er sammenlignelig med danske i et omfang der gør den anvendelig ift. vores problemformulering.

Formålet med undersøgelsen var at opnå forståelse for jordemødres opfattelse og erfaringer vedr. beslutningsprocessen relateret til vestimulation under fødslen. 20 jordemødre deltog i undersøgelsen, som repræsenterede alle fødesteder i Stockholm og havde mellem 4 og 35 års erfaring, for at opnå varierede svar (12, s. 191-192). Vi mener dog, at Blix-Lindström kan miste informationer ved denne eksklusion, idet jordemødre med mindre erfaring ikke på samme måde er socialiseret ind i afdelingens rutiner. Derved vil de måske have andre oplevelser af at blive påvirket i beslutningsprocessen omkring s-drop. Ift. vores problemformulering, hvor vi ønsker resultater, der er gældende for alle jordemødre, kan dette have konsekvens for generaliserbarheden af resultaterne.

Undersøgelsen bestod af tre fokusgruppeinterviews, hvoraf gruppe 1 og 2 var hospitalsansatte jordemødre. Fokusgruppe 3 var jordemødre fra en jordemoderledet afdeling, hvor obstetrikere fungerede på konsulentniveau (12, s. 191-192). Ifølge Bente Halkier kan det være svært at retfærdiggøre mindre end seks fokusgrupper, hvis denne metode er den primære til dataindsamling (13, s. 40). Blix-Lindström beskriver dette som et af studiets svagheder, men argumenterer for, at de opnåede et mætningspunkt ved anvendelse af tre fokusgrupper. Dertil kommer, at de i alle grupperne havde aktive og gode diskussioner (12, s. 196-197). På trods af, at undersøgelsens resultater alene bygger på tre fokusgrupper, mener vi resultaterne er gyldige, om end flere grupper ville have været at foretrække. Blix-Lindström begrundet ikke valg af metode for undersøgelsen, men beskriver, at et fokusgruppeinterview var givende,

fordi der kunne opnås gode diskussioner i interaktionen mellem jordemødrene (12, s. 197). Ifølge Halkier er fokusgruppeinterview særlig velegnede til at producere data om grupperes fortolkninger, interaktioner og normer, og gruppeprocesserne kan fremme viden om kompleksitet i den sociale praksis, som kan være svære at få frem i individuelle interviews (13, s. 15-17). Vi finder derfor metoden brugbar til formålet med studiet. Vi er bevidste om, at resultaterne af fokusgruppeinterviewet vil indeholde de faktorer jordemødrene selv er bevidste om, og i mindre grad de ubevidste faktorer. Endvidere bliver det ikke tydeliggjort hvilke faktorer, der har størst indflydelse. Vi er ligeledes bevidste om, at jordemødrene kun italesætter det, der er socialt accepteret. Ved individuelle interviews, kunne der blive italesat emner, som den enkelte jordemoder mener, og ikke en socialkonstrueret mening. Endvidere kunne et observationsstudie bidrage med viden om, hvordan jordemoderen reelt handler i praksis. Blix-Lindström skriver i sin diskussion, at en kombination med observationsstudie og fokusgruppeinterview ville kunne imødekomme denne problematik (12, s. 197).

Fokusgruppeinterviewene varede 70-90 minutter og blev alle indledt med, at jordemødrene blev fortalt, at anvendelsen af medicinsk vestibulation de seneste år er steget. Derefter blev de adspurgt om deres egen rolle i beslutningsprocessen vedr. denne intervention. Spørgsmålstypen blev også anvendt i Blix-Lindstöms undersøgelse fra 2004, samt testet i et pilotstudie. Alle fokusgruppediskussionerne blev optaget og transskriberet af observatøren direkte efter drøftelserne, samt gennemgået og suppleret med håndskrevne noter. Efterfølgende blev det bearbejdet med tematisk indholds-analyseteknik (12, s. 192), hvilket svarer til meningskategorisering (14, s. 224). Analyseteknikken resulterede i fem kategorier.

Blix-Lindström har som tidligere nævnt beskæftiget sig med beslutningsprocessen vedr. s-drop, men fra kvindernes perspektiv. Derudover er hun jordemoder og har beskæftiget sig med faget i flere år. Vi mener derfor, at hun har en faglig for-forståelse, som hun burde beskrive i sit studie. Vigtigheden i, at forskeren forholder sig til sin faglige for-forståelse, understreger Halkier og beskriver, at hvis forskeren ikke gør sig sine erkendelsesmæssige rødder klar for andre, er det svært for dem, som måtte have interesse i det pågældende studie, at vurdere gyldigheden af resultaterne (13, s. 26). Idet Blix-Lindström tidligere har undersøgt samme emne, overvejer vi om hendes for-forståelse har haft indflydelse på erkendelsen og analysen af resultaterne. Vi mener ikke nødvendigvis det er et problem, hvis en forsker har en for-forståelse til det undersøgte, men det kan blive et problem, hvis forskeren ikke er bevidst

om det. Da dette ikke er beskrevet i undersøgelsen, kan vi ikke vurdere omfanget af indflydelsen, og om der i så fald kunne være andre årsager til, at jordemødrene opsætter s-drop, end dem der fremgår af undersøgelsen.

Validitet handler i et fokusgruppeinterview om at lave et systematisk stykke håndværk og gøre det gennemskueligt for andre, samt at argumentere analytisk overbevisende, således at andre accepterer resultaterne (13, s. 112). Blix-Lindström kvalitetssikrer sine resultater ved at sammenligne med andre forskningsresultater i diskussionen af sit materiale. Herved forsøger hun at gøre konsensusprincippet tydeligt for læseren, for derved at bevise, at der er en enighed om sandhedsværdien i resultaterne (14, s. 281). For at øge resultaternes validitet gennemlæste og analyserede de tre forfattere af undersøgelsen selvstændigt materialet. Efterfølgende blev et peer review gennemført af jordemoderkolleger med henblik på at validere erfaringerne fra deltagerne i undersøgelsen (12, s. 192-193).

Resultatet af undersøgelsen blev følgende fem kategorier: Lov og procedurer, Mangel på fødestuer, Obstetrikernes indflydelse, Den fødende kvinde og Jordemoderens professionelle-jeg (12, s. 192-293). Vi vil ikke beskæftige os med kategorien Lov og procedurer, da s-drop opsat under indflydelse af lov og procedurer netop udgør vores kvalitetsmål og dermed det accepterede brug af s-drop, som vi redegjorde for i afsnit 4.2. Undersøgelsens andre resultater vil i det følgende blive præsenteret og analyseret ift. vores problemformulering.

(For afsnit 5.1: Nanna Kjær)

5.1.1 Mangel på fødestuer

Jordemødrene beskrev, at mangel på fødestuer kunne influere på deres beslutning om s-drop i fødslen. Fokusgruppe 1 og 2 diskuterede lukning af to fødeafdelinger tilbage i 1996, hvor antallet af fødende kvinder forblev det samme, mens antallet af fødesteder blev reduceret. Det resulterede nogle gange i overfyldte afdelinger, hvor obstetrikere skyndte på jordemødrene og bad dem afvikle fødslerne hurtigere, for at skabe plads til andre fødende. En jordemoder udtrykker det således: *"It is unsatisfying when the number of delivery beds determines the use of oxytocin infusion... the woman really has no chance to guide her own child birth and give birth the way she wants."* (12, s. 193) Jordemødrene fortæller endvidere om tilfælde, hvor kvinderne har indvilliget i at få fremskyndet fødslen i stedet for at blive sendt hjem og afvente bedre veer, fordi der kunne være risiko for, at der ikke var plads til dem, når de kom tilbage (12, s. 193-194). Som praksiseksempel fra indledningen viste, har vi også selv oplevet

hvordan mangel på fødestuer kan sætte dagsordnen for brug af s-drop. Dog har vi ikke oplevet, at kvinderne i den latente fase får et valg mellem at få fremskyndet fødslen eller tage hjem og afvente tiltagende veer. Derimod har vi oplevet, at manglen på fødestuer har resulteret i, at kvinder med veer er blevet visiteret til en anden fødeafdeling, hvis de ønsker at blive tilset på fødegangen. Citatet fra fokusgruppeinterviewet tydeliggør en frustration hos jordemødrene, når s-drop opsættes pga. mangel på fødestuer. De finder det utilfredsstillende at befinde sig i en situation, hvor de ikke kan tilgodese kvinden og afdelingen på samme tid. Vi overvejer om den indflydelse de svenske jordemødre tilskriver mangel på fødestuer, også er gældende i Danmark, da vi, som beskrevet i praksiseksemplet i indledningen, allerede har oplevet, at travlhed på fødegangen kan forårsage, at s-drop bliver opsat, før der er indikation for det.

(For afsnit 5.1.1: Malene Hole)

5.1.2 Den fødende kvinde

Jordemødrene fortalte, at nutidens kvinder orienterer sig forinden fødslen på internettet og er meget bevidste omkring deres ønsker til den forestående fødsel. Jordemødrene var enige i, at det er vigtigt at inddrage kvinden, og at hun får fuld forståelse for de indgreb, hun siger ja til. Dog påpeger de vigtigheden af dialog med kvinden, for at finde ud af, hvor meget hun reelt ved om indgrebet. Jordemødrene oplever nemlig, at selvom kvinden udviser en stor viden på området, kan der alligevel være store mangler og fejlkilder i denne viden. På trods af kvindernes viden om s-drop inden fødslen oplevede jordemødrene, at kvinderne spurgte dem til råds, inden de tog deres endelige beslutning. Jordemødrene mærkede ikke et pres fra kvinderne om at få opsat et s-drop, men snarere en forventning om at blive inddraget i beslutningsprocessen (12, s. 194-195). Flere af jordemødrene angav, at kvinderne havde urealistiske forventninger til deres fødsel, og manglede viden for at lave en realistisk fødeplan (12, s. 196).

Sammenlignes disse resultater med vores praksiserfaring fra fødegangen, finder vi det ikke helt overensstemmende. I indledningen har vi beskrevet, hvordan kvinden kan spille en central rolle i jordemoderens beslutningsproces, dette eksempelvis hvis kvinden er utålmodig eller har urealistiske forventninger til progressionen i fødslen. Til uddybelse heraf har vi, fra kvinden eller hendes mand, oplevet kommentarer som ”Er det ikke snart slut?” eller ”Kan det passe, at det skal gå så langsomt fremad?” Vi oplevede således et større pres fra kvinden og hendes mand, end det jordemødrene fra undersøgelsen beskriver.

Med baggrund i vores erfaring tænker vi, at kvinden kan have en ubevidst indvirkning på jordemoderen, som kan påvirke beslutningsprocessen. Netop hvordan kvindens ønsker kan have indflydelse på jordemoderens beslutninger, vil vi arbejde videre med i afsnit 5.2.

(For afsnit 5.1.2: Anne Westh)

5.1.3 Obstetrikernes indflydelse

Jordemødrene angav desuden, at obstetrikere havde indflydelse på deres beslutningsproces, og nogle gange syntes de, at obstetrikere var for involveret. De ordinerede af og til s-drop, uden at have set den pågældende kvinde, men kun set hendes partogram. En jordemoder udtrykker det som følgende: *"When you are working in a big and overcrowded hospital, there is a great pressure..... labour and delivery is not allowed to take its time because there is always an obstetrician sitting and pointing at the action line."*(12, s. 194) Vedr. obstetrikernes indflydelse var der forskellige holdninger i de tre fokusgrupper. Fokusgruppe 1 og 2 udtrykte sig som ovenstående, mens gruppe 3 ikke kunne tilslutte sig disse holdninger. Jordemødrene udtrykte istedet, at de havde en god samarbejdsrelation med obstetrikere og forklarede at: *"It is marvellous to co-operate with some obstetricians here... they act almost like midwives... they agree to our way of thinking about interventions."* (12, s. 194)

Obstetrikere kan med andre ord spille en rolle i jordemoderens beslutning omkring s-drop, da de forholder sig til fødslen ud fra partogrammet og samtidig er under et tidspres for at få afdelingen til at hænge sammen. Obstetrikernes funktion på danske fødeafdelinger er at varetage komplicerede fødsler. Det vil sige, at en obstetiker kun ser komplicerede fødsler, hvilket vi tænker, må influere på deres tilgang til fødsler generelt. Denne tilgang lader det til, at jordemødrene accepterer, når de lader obstetrikernes indflydelse påvirke beslutningen om et s-drop.

Det er interessant, at obstetrikernes indflydelse kun spillede en rolle for de jordemødre, der arbejdede på en obstetrisk afdeling og ikke de jordemødre, der i fokusgruppe 3 var ansat på en jordemoderledet afdeling. Her angav jordemødrene, at obstetrikere tænkte, ligesom de selv gjorde og havde samme tilgang til interventioner (12, s. 194). Med baggrund i dette resultat er det nærliggende at antage, at ledelsen på afdelingen har indflydelse på tilgangen til interventioner og dermed brug af s-drop.

(For afsnit 5.1.3: Malene Hole)

5.1.4 Jordemoderens professionelle-jeg

Jordemødrene blev under interviewet opmærksomme på deres forskellighed i håndtering af s-drop. Nogle jordemødre var utålmodige og værdsatte muligheden for at kunne fremskynde fødslen, mens andre i nogle situationer ville have ventet yderligere på en naturlig progression. Jordemødrene oplevede at være i besiddelse af en stor magt under fødslerne, og var bevidste om, hvordan de skulle manipulere obstetrikeren eller kvinden til det, de mente var bedst i forløbet (12, s. 195). Denne magt understreger jordemødrenes ansvar for, om s-drop bliver opsat under fødslen. Det er endvidere interessant, at jordemødrene har forskellige holdninger ift., hvornår s-drop bør anvendes. Vi overvejer i den forbindelse, om det er muligt at have forskellige tilgange til håndtering af s-drop på samme afdeling. Sammenholder vi endvidere jordemødrenes magt med manglen på fødestuer, bør man overveje konsekvenserne, hvis denne magt bruges ved tidspres på fødegangen.

Jordemødrene fortalte ikke alene, at de følte et pres fra obstetrikere, men også fra deres kolleger, der havde stor betydning i deres beslutningsproces. ”*We have some pressure on us from some of the midwives when they are taking over the woman in the next work shift. Some sort of pointer ... she may say: Why haven't you put up an oxytocin infusion yet, don't wait too long.*” (12, s. 95) Dette viser således, at jordemødrene er påvirkelige af deres kolleger og føler sig presset, når de skal videregive arbejdet til en kollega, som har andre værdier og holdninger end dem selv. Hvis dette resultat sammenholdes med vores tidligere analyse om mangel på fødestuer, tænker vi, at presset fra kolleger kan skyldes to uafhængige årsager. Dels kan det skyldes et ønske fra kollegerne om, at afdelingen skal fungere optimalt, hvis der er travlt og forekommer mangel på fødestuer. Dels kan det skyldes jordemødrenes forskellige værdier ift., hvordan de mener progressionen skal være i en fødsel. Anskuer vi vores problemformulering med dette resultat, ser det ud som om, at pres fra kolleger giver en bestemt arbejdskultur, der påvirker jordemødrene til at give en hurtig fødsel særlig værdi. Således er der risiko for, at s-drop opsættes uden prædefineret indikation, med det formål at få fødegangen til at fungere optimalt.

5.1.5 Opsummering

Blix-Lindströms resultater viser en indflydelse på jordemødrenes praksis, der lægger op til, at s-drop opsættes i strid med vores kvalitetsmål. Jordemoderen påvirkes til at fremskynde fødslen af andre årsager end kriterierne for dystoci, hvorfor det må siges at være et kvalitetsbrist. Kvalitetsbristet skyldes således mangel på fødestuer og kapacitet til at varetage det antal fødsler, der hører til afdelingens optageområde. Endvidere skyldes det pres fra

jordemoderkolleger og obstetrikere. Fødestedet har altså stor betydning for jordemødrenes praksis og vi vil derfor uddybe, hvilke elementer der er væsentlige i denne påvirkning. Vi vil se nærmere på om fødestedets interventionsrate og størrelse har betydning. Dette vil blive præsenteret og analyseret i afsnit 5.3. og 5.4.

(For afsnit 5.1.4 & 5.1.5: Anne Westh)

5.2 Jordemoderens møde med kvinden

Kvindens påvirkning af jordemoderen blev i Blix-Lindströms undersøgelse ikke tillagt stor betydning, hvilket vi gennem vores praksiserfaring er uenig i. I den forbindelse argumenterede vi i afsnit 5.1.2 for en ubevidst påvirkning fra kvinden eller hendes partner, der mere eller mindre kan påvirke jordemoderen i beslutningsprocessen. Den ubevidste påvirkning vil i følgende afsnit belyses vha. *"Autonomien og dens grænser"* af Peter Rossel, lektor ved Institut for Folkesundhedsvidenskab i København og underviser i etik ved specialeuddannelser i almen medicin i København og Århus (15).

I artiklen beskrives autonomi som en egenskab ved personer. Det er personers evne til selvstændigt at træffe beslutninger og udføre handlinger, og er dermed en evne, en person kan have i mere eller mindre grad. I behandlingssammenhæng indebærer det, at patienten har ret til information om behandlingen, samt at afgøre, om behandlingen ønskes indledt. Rossel argumenterer for, at der er tale om en negativ rettighed, hvor patienten kan frabede sig en behandling, og autonomien dermed sikres. I den nutidige debat ser Rossel imidlertid en glidning i princippet om autonomi, hvor det oftere formuleres som et positivt krav frem for en negativ rettighed. En patients ønske kan være udtrykt som et positivt krav, eksempelvis et ønske om aktiv dødshjælp, og hvis ikke dette ønske efterkommes, krænkes patientens autonomi. Accepteres denne glidning fra en negativ rettighed til et positivt krav, kan den yderste konsekvens ifølge Rossel være, at vi får en forbrugermodel med af-professionalisering i sundhedsvæsenet (16, s. 2330-2333).

Når jordemoderen møder en kvinde, der har urealistiske forventninger til fødselns progression og måske ønsker en vestibulerende behandling, formuleres dette ifølge Rossel som et positivt krav. Kvinden ønsker selv at have kontrol over fremgangen i fødslen og kan, pga. information fra internettet og andre medier, opstille et positivt krav om en bestemt behandling. Jordemoderen ved, i kraft af sin faglighed, at en behandling måske ikke er indiceret, men det kan føles som om, hun ikke respekterer kvindens autonomi og selvbestemmelsesret, hvis hun nægter en sådan behandling. Idet jordemoderen ikke ønsker at krænke kvindens

selvbestemmelsesret, kan det ubevidst påvirke beslutningsprocessen om s-drop, hvis kvinden har formuleret et sådant positivt krav. Opsætter jordmoderen s-droppet for at imødekomme kvindens ønske, kan det ske uden en prædefineret indikation. Problemet ved at imødekomme kvindens ønske er her, at beslutningen om en behandling er af-professionaliseret og ikke medtænker de konsekvenser, et s-drop kan have for en fødsel, som beskrevet i indledningen. Den forbrugerorienterede tilgang til sundhedsvæsenets ydelser er altså en tolkning af autonomiprincippet, som objektivt set virker urimeligt, men som formentligt påvirker jordmoderen i sit arbejde og beslutning om brug af s-drop. Glidningen fra negativ rettighed til positivt krav ser vi allerede indenfor fødselsområdet ved sectio på maternal request. Her udformer kvinden et krav, der ikke er obstetrisk indikation for, hvorfor beslutningen om sectioet, ifølge Rossels teori, må siges at være afprofessionaliseret.

Rossels syn på autonomiprincippet kan være med til at argumentere for, at jordemødre kan opleve et indirekte pres fra kvinderne i form af et positivt krav om en hurtig fødsel. Ift. vores problemformulering mener vi derfor ikke at kunne afskrive kvinderne som en mulig årsag til anvendelse af s-drop uden prædefineret indikation.

For at kunne afgøre hvilke faktorer på fødestedet der har betydning for brug af s-drop, vil vi se nærmere på interventionsratens påvirkning af jordemødrene.

(For afsnit 5.2: Malene Hole)

5.3 Fødestedets påvirkning på jordmoderen

5.3.1 Interventionsrate og risikoopfattelse

Undersøgelsen, *"The influence of maternity units' intrapartum rates and midwives' risk perception for women suitable for midwifery-led care"*, er udarbejdet af jordemoder og PhD Marianne M.P. Mead, lektor og leder i forskning ved Department of Nursing and Midwifery, University of Hertfordshire, og PhD Diana Kornbrot, prodekan indenfor forskning ved Department of Psychology, University of Hertfordshire. Undersøgelsen blev publiceret i det engelske tidsskrift *Midwifery* i 2003 og er baseret på undersøgelser foretaget i 1998 (17, s. 61). Vi er opmærksomme på, at undersøgelsen baserer sig på resultater, der er 13 år gamle, men da den beskæftiger sig med aktuelle problemstillinger, og der ikke findes nyere forskning på området, finder vi undersøgelsen brugbar.

Formålet var at teste hypotesen om, at jordemødre der arbejder på fødesteder med høje interventionsrater vil have en højere risikoopfattelse end jordemødre, der arbejder på

fødesteder med en lav interventionsrate (17, s. 61). Data testes ift. en hypotese om, at der ingen forskel er. Denne kaldes nulhypotesen (18, s. 70) og repræsenterer i dette studie, at der ikke er nogen forskel på jordemødres risikopfattelse på afdelinger med høje og lave interventionsrater.

5.3.1.1 Studiets design og metode

Undersøgelsen er inddelt i tre dele. Første del er en indledende registerundersøgelse, hvor forskerne, vha. St. Mary's Maternity Information System (SMMIS) database, indsamlede relevante oplysninger omkring fødsler, opståede komplikationer og interventioner fra 11 gynækologiske afdelinger i London og Hertfordshire. Dermed kunne en reel risiko udregnes. Opgørelsen af de 11 gynækologiske afdelinger blev lavet ud fra 9887 kaukasiske kvinder med spontant igangsættende fødsel til termin med et levende og rask barn i hovedstilling. Kvinder med tidligere medicinske sygdomme eller komplikationer under en fødsel blev ekskluderet, samt kvinder der ikke var planlagt til at skulle føde på de hospitaler, der var med i undersøgelsen. Ved brug af et pointsystem blev de 11 obstetriske afdelinger inddelt i lavere (5 enheder) eller højere (6 enheder) interventionsenheder (17, s. 63-64).

Undersøgelsens anden del var en spørgeskemaundersøgelse, hvor jordemødre på de 11 obstetriske afdelinger skulle angive sandsynligheden for forskellige komplikationer eller interventioner, der kan opstå ved fødslen, vurderet ved ankomst til fødegangen, samt fødselens første og anden fase. Jordemødrene blev i spørgeskemaet præsenteret for fire mulige situationer med stigende intervention; 1) ingen intervention, 2) HSP, 3) epidural, og 4) HSP, kontinuerlig CTG og epidural. Jordemødrene skulle vurdere, hvor lang tid der ville gå, før fødslen var afsluttet i de fire situationer, samt sandsynligheden fra 0-100 for; brug af kontinuerlig CTG under fødslen, normal føtal iltning, meconiumtilblandet fostervand, en normal vaginal fødsel, forløsning ved vacuum eller akut sectio. Scenarierne i spørgeskemaet var designet ud fra informationer fra SMMIS database, for derved at gøre resultaterne fra del 1 og 2 i undersøgelsen mere sammenlignelige. Før undersøgelsens start blev der udført en pilotundersøgelse på en afdeling, som ikke var involveret i hovedundersøgelsen. Her blev fundet, at den ovennævnte måde at opstille sandsynlighed på, med vurdering af sandsynlighed for en bestemt hændelse fra 0-100, var den mest hensigtsmæssige (17, s. 63-64).

I sidste del af undersøgelsen blev fundene fra første og anden del sammenholdt vha. SPSS (Statistical package for the social sciences), som er et hyppigt brugt redskab til statistisk analyse i samfundsvidenskab (19). Det blev ved en sådan analyse muligt at lave en

sammenligning mellem jordemødrenes opfattelse af forskellige risici og de egentlige risici forbundet med de enkelte komplikationer eller interventioner (17, s. 63-64).

Jordemødrenes risikoopfattelse blev sammenlignet med den gennemsnitlige interventionsrate for de 11 hospitaler. Da vi formoder, at den enkelte jordemoder har svaret ift. sin erfaring med risiko for interventioner og komplikationer på egen afdeling, ser vi problemer med denne sammenligning. Det kan have konsekvens for forskellen mellem jordemødrenes risikoopfattelse og den reelle risiko, og dermed overvejer vi om metoden er velegnet.

5.3.1.2 Databehandling

Efter en opgørelse af interventioner i undersøgelsens del 1, blev enhederne inddelt i to kategorier, enten en enhed med en lav eller høj interventionsrate. Ud fra denne opdeling kunne jordemødrenes risikoopfattelse ift. den enkelte enhed vurderes.

Spørgeskemaet blev sendt ud til 828 jordemødre og besvaret af 249, hvilket gav en svarprocent på 30,1 %. 137 jordemødre (55 %) fra enheder med et lavt niveau af interventioner og 112 jordemødre (45 %) fra enheder med et højt niveau af interventioner (17, s. 64). 30,1 % er en lav svarprocent, og Mead mener, dette kan skyldes kompleksiteten i spørgeskemaet, men at 249 jordemødre var tilstrækkeligt til at foretage en brugbar sammenligning (17, s. 68). Ifølge Svend Juul kan bortfaldet give problemer, da det bliver usikkert om studiepopulationen er repræsentativ for målpopulationen (18, s. 120). Vi ser særlige problemer ved, at Mead lader svarene fra kun seks jordemødre være repræsentative for en hel afdeling (17, s. 64). Dette efterlader en tvivl om, hvorvidt resultatet kan generaliseres til alle jordemødre, og truer dermed studiets eksterne validitet.

Meads argumentation for den lave svarprocent får os til at overveje, om hun har lavet spørgeskemaet så komplekst, at det har været svært for jordemødrene at gennemskue, hvad de skulle besvare. Når man laver et struktureret spørgeskema er spørgsmålenes længde væsentlige for svarpersonernes motivation for at svare. Det er ligeledes vigtigt, at der er overensstemmelse mellem den betydning forskeren tillægger spørgsmålene og svarpersonernes forståelse af spørgsmålene (10, s. 121-123). Det er eksempelvis væsentligt, at der er enighed om, hvad en normal fødsel er. Hvis ikke dette er tilfældet, svarer jordemødrene på noget andet end det de bliver spurgt om, og den interne validitet trues.

Den interne validitet påvirkes endvidere ved selektionen af hospitaler med en høj eller lav interventionsrate. Mead beskriver hvordan ét undervisningshospital havde en lavere

interventionsrate end to distrikthospitaler, men har alligevel kategoriseret undervisningshospitalet til gruppen med en høj interventionsrate, mens distrikthospitalerne blev kategoriseret til gruppen med lav interventionsrate (17, s. 65). Meads manglende argumentation herfor gør det svært at vurdere, om denne selektionsbias har indflydelse på resultaternes validitet.

På trods af at de to grupper af jordemødre var meget sammenlignelige, blev der fundet en tendens til, at jordemødrene på enheder med høj interventionsrate havde højere uddannelsesniveau end de andre, og oftere arbejdede på hospitaler og årligt tog imod flere børn (17, s. 65).

Resultaterne fra undersøgelsen er opstillet i fire tabeller, hvor første indeholder jordemødrenes risikovurdering ved kvindens ankomst til fødegangen. De tre andre tabeller indeholder jordemødrenes risikovurderinger under fødslen ift. tre af de fire givne situationer. Situationen med HSP, epidural og CTG fremgår ikke i artiklen, og vi kan ikke finde årsagen hertil. I tabellerne er opstillet de aktuelle risici for den enkelte komplikation eller intervention, samt jordemødrenes vurdering af risikoen. Resultaterne er angivet i procent (17, s. 64-68).

5.3.1.3 Resultater i forhold til vores problemformulering

For at kvalitetsudvikle jordemoderpraksis, så der kun opsættes s-drop i henhold til vores kvalitetsmål, er det relevant, at jordemødrene generelt rapporterede, at de selv arbejdede mere evidensbaseret end deres kolleger (17, s. 69). Dette er interessant, og vi overvejer om danske jordemødre også er af den opfattelse. I så fald er jordemødrene ikke bevidste om deres egen rolle ift. at s-drop i 22 % af alle tilfælde opsættes uden prædefineret indikation.

De øvrige resultater vil nu blive fremstillet i tabeller. I det følgende omtales jordemødre fra enheder med et lavt niveau af interventioner for gruppe 1 og jordemødre fra enheder med et højt niveau af interventioner for gruppe 2.

I undersøgelsen blev fundet en generel højere risikoopfattelse hos jordemødrene i begge grupper end den aktuelle risiko fundet ved SMMIS. Endvidere havde jordemødrene i gruppe 2 i flere tilfælde en signifikant højere risikoopfattelse end jordemødrene i gruppe 1 (17, s. 61).

Fødsel uden interventioner

Spørgsmål	SMMIS (n=801)	Gruppe 1 (n=137)	Gruppe 2 (n=112)
Fødsel < 12 timer	95 %	68 %	63 %
Normal fødsel	87 %	72 %	65 %

Tabel 1: Uddrag af relevante resultater fra undersøgelsens tabel 2 (17, s. 67).

I henhold til vores problemformulering er det særligt relevant at se på jordemødrenes vurdering af fødselens varighed ved fødsler med normal progression uden interventioner. Som det fremgår i tabel 1, er der langt flere kvinder, der reelt kan føde spontant og normalt indenfor 12 timer, end jordemødrene forventer. Derfor kunne vi forestille os, at en mulig årsag til jordemødrenes uindicerede brug af s-drop skyldes, at jordemødrene ikke forventer, at kvinden føder spontant uden s-drop. Vi har oplevet, at hyppige vaginaleksplorationer kan give mistanke om opstået dystoci senere i forløbet, hvorved det resulterer i, at jordemoderen opsætter s-drop, før det er muligt at stille diagnosen. S-droppet opsættes således pga. jordemoderens manglende tiltro til den spontant forløbende fødsel.

Forskellen mellem de to gruppers forventning om spontan fødsel indenfor 12 timer var ikke signifikant, men derimod var forskellen mellem grupperne og den reelle risiko signifikant (17, s. 66). Endvidere har jordemødrene i gruppe 2 en mindre tro på, at kvinderne kommer til at føde normalt ift. gruppe 1 (17, s. 66). Dette vises med en p-værdi, som er et udtryk for, hvorvidt nulhypotesen er sand. P-værdien er $<0,001$ og nulhypotesen kan således forkastes, da det vises, at der er en meget lille sandsynlighed for, at der ikke er nogen forskel mellem de to grupper (18, s. 71). Jordemødre fra en afdeling med få interventioner tror, ifølge Mead, mere på den normale fødsel.

Modsat viser Mead i sin undersøgelse, at jordemødrene underestimerer risici forbundet med epidural, i form af vacuum, sectio og føtal hypoksi, mens jordemødrene faktisk tror på en normal fødsel, selvom kvinden har en epidural, jf. tabel 2.

Fødsel med anlagt epidural

Spørgsmål	SMMIS (n=2171)	Gruppe 1 (n=137)	Gruppe 2 (n=112)
Fødsel < 12 timer	71 %	59 %	54 %
Normal fødsel	42 %	57 %	51 %
Ingen hypoksi	63 %	78 %	77 %
Vacuum	38 %	29 %	34 %
Sectio	20 %	14 %	15 %

Tabel 2: Uddrag af relevante resultater ved en fødsel med anlagt epidural fra tabel 4 (17, s. 68).

Jordemødrene er i begge grupper opmærksomme på, at fødslen bliver forlænget ved anlæggelse af en epidural og kan komme til at tage over 12 timer. Derimod havde jordemødrene i gruppe 1 en signifikant større tiltro til, at kvinderne ville få en normal fødsel, end jordemødrene i gruppe 2. Dette med en p-værdi på 0,011. Begge gruppers vurdering var ikke i overensstemmelse med den reelle risiko. Det samme resultat er gældende omkring forløsning ved vacuum eller sectio hos kvinder med epidural, hvor jordemødrene troede, at der var en lavere risiko, end der reelt var (17, s. 67-68).

Det er tankevækkende, at jordemødre ikke har en reel risikoopfattelse i forbindelse med vacuum og sectio, når undersøgelsen netop viser, at anlæggelse af epidural kan medføre alvorlige komplikationer. Mead fandt, at den reelle risiko for vacuum og sectio ved epidural var hhv. 38 % og 20 % mod 12 % og 1 % i en spontant forløbende fødsel uden intervention (17, s. 67-68). Denne opfattelse omkring risiko ved indgreb, tænker vi, kan overføres til s-drop, da det på ligefod med epidural er et hyppigt brugt indgreb. Hvis der blandt jordemødre er en forventning om, at risikoen for komplikationer ikke er særlig stor i forbindelse med s-drop, kan det være med til at forklare anvendelse af s-drop uden prædefineret indikation. Men hvad påvirker jordemødrene til at tillægge s-drop mindre risiko?

(For afsnit 5.3.1; 5.3.1.1; 5.3.1.2 & 5.3.1.3: Anne Westh)

5.3.1.4 Risikoopfattelse

Thomas Breck belyser risikoopfattelse ud fra Poul Slovic, som er professor ved Oregon Universitet og beskæftiger sig med den oplevede risiko. Slovic har med baggrund i undersøgelser af menneskers risikoopfattelse fundet ud af, at lægmand supplerer eksperternes risiko med subjektive faktorer, i deres meningsdannelse om risiko. I henhold til at belyse vores problemformulering er 2 af de 4 faktorer relevante, da de kan bidrage til at beskrive

faktorer, der påvirker jordmødrene som gruppe i håndteringen af s-drop. En af disse faktorer er kendskab og fortrolighed. Det vil sige, at hvis risikoen er kendt, og personen er fortrolig med den, opleves risikoen mindre, end hvis den var ukendt. En anden influerende faktor er, hvorvidt risikoen er selvvalgt og kontrollabel. Er den kontrollabel opleves risikoen igen mindre for personen (20, s. 36-38). Da s-drop er en af de hyppigste interventioner ved fødsler, kan vi med baggrund i Slovics teorier argumentere for, at jordemødrene oplever risici forbundet med s-drop, som kendte og fortrolige. Endvidere er s-droppet ofte en selvvalgt intervention, som jordemødrene i kraft af administrationsmåden har en vis kontrol over.

Meads resultater er med til at belyse, hvilke faktorer på fødestedet der kan influere på jordemødrenes brug af s-drop. Eftersom Meads undersøgelse kunne beskrive en sammenhæng mellem interventionsrate og jordemødres risikoopfattelse, er det interessant at kende årsagssammenhængen. Skyldes den høje interventionsrate, at jordemødrene har en høj risikoopfattelse, eller er den høje risikoopfattelse et resultat af den høje interventionsrate? Dette forholder Mead sig ikke til. Derfor er det igen relevant at inddrage Breck, som anvender teori af antropolog og kultursociolog Mary Douglas om den konstruerede risiko. Douglas' hovedpointe er, at risiko konstrueres i bestemte kulturelle og sociale situationer. Den måde vi i en kultur eller i sociale grupper vælger at tale om en bestemt risiko, vil altid modsvare de gældende kulturelle normer og den sociale organisation (20, s. 47-49). Jordemødrenes risikoopfattelse, og måde at tale om risiko på, bliver med andre ord påvirket af den kultur og sociale sammenhæng, de indgår i. Således får miljøet og adfærden på deres arbejdsplads en central rolle ift. risikoopfattelsen. Med dette udgangspunkt kan undersøgelsen af Mead forstås, som at interventionsraten på fødestedet influerer på jordemødrene og giver dem en høj risikoopfattelse.

Fødestedets kultur og den måde stedet og personalet konstruerer risiko på, har således betydning for jordemødrenes risikoopfattelse. De fleste jordemødre i Danmark arbejder på større obstetriske specialafdelinger og vi tænker derfor, at det er relevant at se nærmere på om fødestedets størrelse har betydning for brug af s-drop.

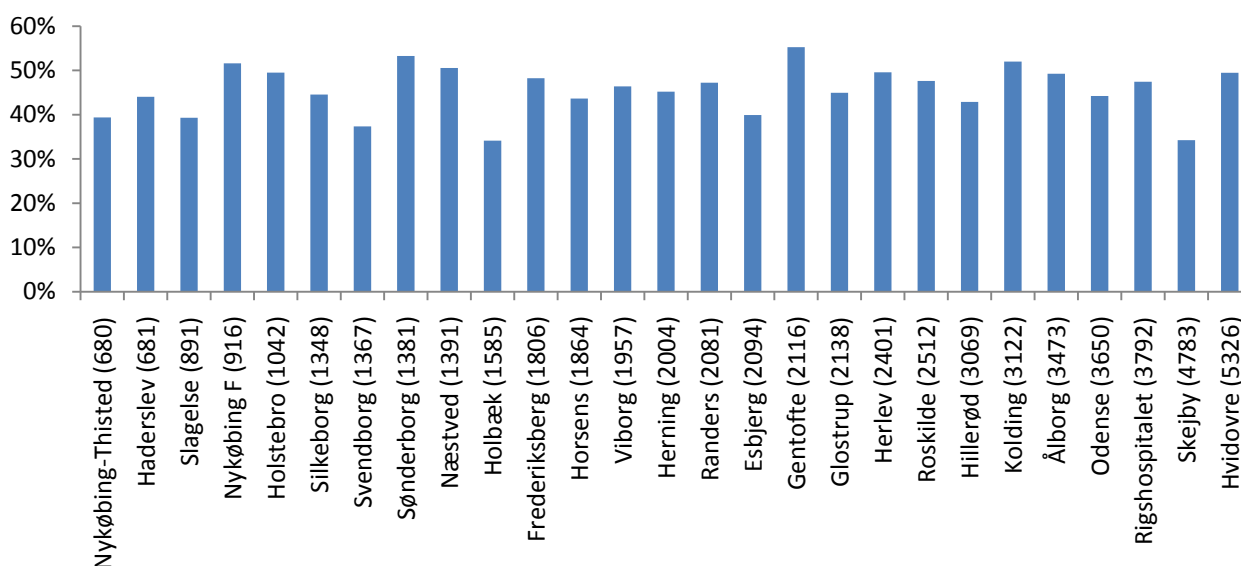
(For afsnit 5.3.1.4: Malene Hole)

5.3.2 Fødestedets størrelse

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside har vi udtrukket fødselsstatistik omkring de forskellige fødesteders brug af vestimulation hos gruppe 1 fødende. Tallene er fra 2009 og er de nyeste, som er fuldt opgjorte. Antal fødsler med vestimulation er opgjort således, at det både er

stimulation med oxytocin, prostaglandin og akupunktur (21). Tallene gælder med andre ord ikke alene brug af s-drop, men indikerer, hvor ofte det er vurderet, at der er behov for fremskyndelse af fødslen. Trods det mener vi, at tallene er brugbare i denne sammenhæng, da de kan afdække, om der er sammenhæng mellem fødestedets størrelse og fremskyndelse af fødslen. Alle fremstillede data og beregninger kan findes i bilag 3.

Nedenstående figur 5 viser fødesteder fra hele landet, begyndende med det fødested med færrest fødsler pr. år og afsluttende det fødested med flest. For hvert fødested har vi ud fra fødselsstatistikken udregnet hvor mange procent af gruppe 1 fødende, der får vestimulation under fødslen, og disse illustreres ved de blå søjler i diagrammet. Eksempelvis fik 45,2 % af alle gruppe 1 fødende vestimulation i Herning, som i 2009 havde 2.004 fødsler (21).



Figur 3: Brugen af s-drop fordelt på fødestedets størrelse (Bilag 3)

Som det fremgår af figur 3, fordeler brugen af vestimulation i gruppe 1 fødsler sig ikke ift. fødestedets størrelse. Havde fødestedets størrelse haft betydning, ville vi have set en lineær progredierende stigning på diagrammets x-akse. Vi kan i stedet se, at brugen af s-drop varierer fra sted til sted. I Gentofte anvendte jordemødre s-drop i 55,2 % af tilfældene som det højeste, mens dette tal i Holbæk kun var 34,1 %. Holbæk og Gentofte har hhv. 1.585 og 2.116 fødsler om året og adskiller sig derfor ikke væsentligt i størrelse, men i brugen af s-drop (21).

Det ser altså ikke ud til, at fødestedets størrelse er afgørende for, hvor mange s-drop der opsættes på gruppe 1 fødende. Med baggrund i Sundhedsstyrelsens statistik, undersøgelserne

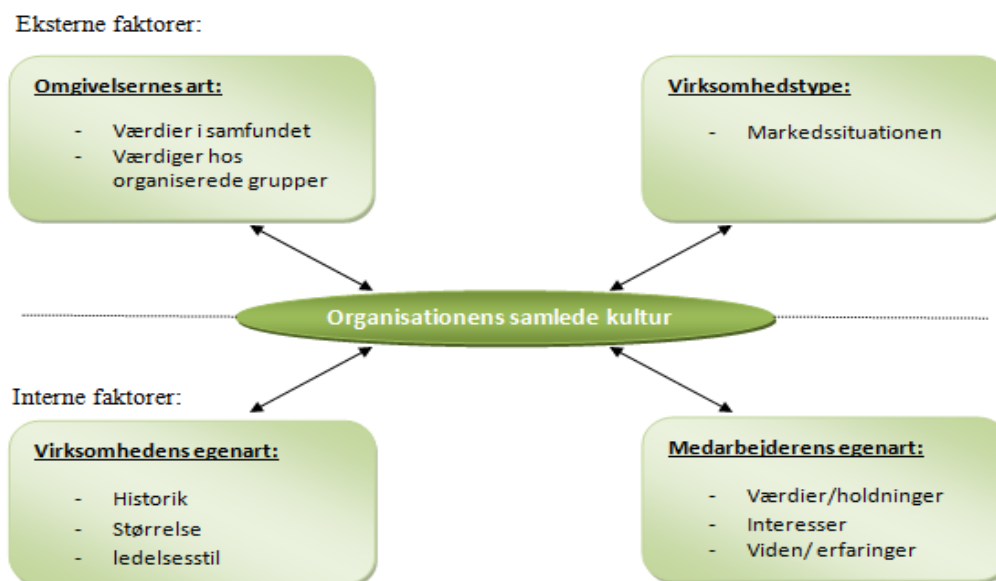
af Blix-Lindström og Mead, samt teorier fra Breck mener vi at kunne argumentere for, at jordemødrenes brug af s-drop uden prædefineret indikation skal findes i organisationskulturen.

(For afsnit 5.3.2: Malene Hole)

5.4 Jordemoderen i organisationens samlede kultur

"Organisationsteori" er skrevet af lektor Jørgen Frode Bakka, cand. økonomi- og erhvervs administration ved institut for ledelse, politik og filosofi og Egil Fivelsdal, professor ved institut for organisation og arbejdssociologi. Vi finder i denne kontekst kapitlet "Anvendelse af organisationskultur" relevant. Bakka og Fivelsdal opdeler hovedtyper af påvirkningsfaktorer, som bestemmer organisations samlede kultur. Til at præsentere og anskueliggøre den del af teorien vil vi gøre brug af følgende model.

Modellen fremstiller fire overordnede påvirkningsfaktorer, som er forudsætninger for en bestemt organisationskultur.



Figur 4: Hovedtyper af påvirkningsfaktorer, som bestemmer organisationens samlede kultur (22, s.161).

Modellen illustrerer således, hvordan organisationens samlede kultur dannes og påvirkes i et sammenspil mellem flere forskellige faktorer (22, s. 161). Således er den anvendelig til at opnå forståelse for, hvordan kulturen kan påvirke jordemødrenes praksis, og hvordan denne kultur påvirkes for at opnå en anden jordemoderpraksis. Modellen angiver interne og eksterne faktorer, og vi vil ikke belyse de eksterne, fordi disse bl.a. indeholder værdier i samfundet og politiske beslutninger, og derfor er svære at ændre.

I det følgende præsenteres og analyseres de interne faktorer i henhold til vores problemformulering.

Under *virksomhedens egenart* beskrives, hvordan organisationskulturen påvirkes af virksomhedens størrelse og ledelsesstil. Dette begrundes med, at den øverste ledelse har stor indflydelse på værdier, atmosfære i de enkelte afdelinger og normer for hvilken adfærd, der ønskes fremmet. Det afspejler sig i de kerneværdier, som organisationen har udformet og den måde disse kommunikerer til ansatte på flere niveauer (22, s.164-167). Afdelingskulturen og jordemødrenes praksis er således under indflydelse af ledelsen og ledelsesstilen. De fleste fødeafdelinger i Danmark er obstetikerledede og hvis deres grundlæggende medicinske tilgang til fødsler afspejler deres ledelse, vil det have indflydelse på jordemødrenes praksis i kraft af ledelsens værdier, normer og belønning af ønsket adfærd. Dette er i overensstemmelse med, hvad Blix-Lindström fandt i kategorien "*obstetrikernes indflydelse*", som netop viste en forskel i tilgangen til interventioner, afhængig af om afdelingen var jordemoder- eller obstetikerledet. Med dette kan vi sige, at jordemødre af forskellige årsager påvirkes i beslutningsprocessen, da ledelsen har større indflydelse end først antaget.

I forlængelse heraf beskrives det under *Medarbejderens egenart*, at den enkelte medarbejders holdning og individuelle værdiopfattelse er udviklet igennem opvækst, uddannelse og social baggrund. Disse holdninger og værdier indgår dog i et gensidigt påvirkningsforhold med organisationskulturen, da den enkelte medarbejder ofte udvikler fremtrædende værdier igennem sit medlemskab i sociale grupper, eksempelvis sit arbejdsfelt. Bakka og Fivelsdal beskriver, at der over tid kan forekomme et gradvis sammenfald af medarbejderens og virksomhedens værdier (22, s.170-171). Virksomheden er i vores problemstilling fødeafdelingen. Vi kan med baggrund i denne teori sige, at jordemoderens værdier og holdninger til s-drop vil blive påvirket af den afdeling hun er en del af, men samtidig påvirker jordemoderen også afdelingen, hun arbejder på. Idet fødeafdelingen og jordemoderen begge indgår i organisationens samlede kultur, bliver denne central ift., hvilken praksis der bliver dominerende. Man kan derfor ikke se isoleret på hverken afdelingen eller jordemoderens værdier og holdninger, da de begge påvirker hinanden i et gensidigt forhold.

(For afsnit 5.4: Nanna Kjær)

6. Deldiskussion

Det københavnske kvalitetsudviklingsprojekt ”*Vækkelse af vesvækkelse*” viste at 22 % af alle s-drop blev opsat af ukendte årsager. De 22 % udgør et kvalitetsbrist, som vi har argumenteret for i vores teori og metode afsnit, og vi har i vores analyse del I opstillet en række mulige forklaringer til dette kvalitetsbrist. I den følgende deldiskussion vil vi nå frem til, hvilke kvalitetsforbedrende metoder, der med fordel kan indføres på afdelingen for at imødekomme årsagerne til, at s-drop opsættes uden prædefineret indikation.

6.1 Spændingsfeltet

Vi har fundet ud af at jordemoderens arbejde udfolder sig i et spændingsfelt, hvor faglige beslutninger påvirkes af mange forskellige faktorer. Det kan således være vanskeligt for jordemoderen kun at opsætte s-drop i henhold til vores kvalitetsmål, idet hun påvirkes af forskellige faktorer på fødestedet, den fødende kvinde og egne jordemoderfaglige værdier. I de følgende tre afsnit i deldiskussionen vil vi diskutere disse påvirkninger og løbende forholde os til, hvilke kvalitetsforbedrende metoder, der kan imødekomme dem. De kvalitetsforbedrende forslag vil være markeret med fed.

6.2 Jordemoderens møde med den fødende kvinde

Nutidens kvinder tilbydes ikke altid forældre- og fødselsforberedelse i offentligt regi (23). Derfor vil nogle forberede sig ved at indhente information fra bøger, magasiner, internettet og erfaringsudveksling med veninder eller andre i deres netværk. Det stiller et krav til jordemoderen, da mange kvinder under fødslen, er særdeles oplyste, men mangler et professionelt bidrag til deres viden. Jordemødrene i Blix-Lindströms undersøgelse angav, at netop denne utilstrækkelige viden var nødvendig at supplere og at kvinderne ofte spurgte dem til råds i beslutningen om et s-drop (12, s. 194). Desuden mente adskillige af de svenske jordemødre, at kvinderne havde urealistiske forventninger til fødslen og manglede information for at kunne lave en realistisk fødeplan (12, s. 196). Jordemoderen har altså stor indflydelse på kvindens beslutning omkring s-drop, hvilket også kan forklare hvordan jordemoderen har kunnet overbevise kvinden om et s-drop eksempelvis på grund af travlhed på fødegangen.

Det undrede os, at de svenske jordemødre ikke nævnte den påvirkning kvinden også kan have på jordemoderens beslutninger, specielt hvis hun har urealistiske forventninger til fødsels progression. I praksis har vi erfaret, at ønsket om at imødekomme kvindens behov betyder meget for jordemødrene, og i en sådan grad, at det kan have indflydelse på

beslutningsprocessen om s-drop. Når kvindens ønsker er centrale for jordemoderens beslutninger, mener vi det viser, at jordemødre er empatiske og menneskelige i deres arbejde, og indgår i et partnerskab med kvinden. Men som Rossel beskriver det, skal vi være opmærksomme på, at kvindens ønsker ikke opstilles som positive krav, der er af-professionaliserede og forbrugerorienterede (16, s. 2331-2332). Hvis en kvinde udformer et ønske om at få en hurtig progredierende fødsel og eventuelt ønsker et s-drop, så kan dette krav eller ønske opstilles ud fra viden fra internettet, veninders personlige erfaringer osv. Denne viden vil være af-professionaliseret og som vi ser det, er det problematikens kerne. Det er en kendsgerning, at nogle kvinder forbereder sig til fødslen på den måde og jordemoderen kan ikke forhindre dem i at orientere sig på internettet, men hun kan supplere deres positive krav med professionel viden. At kvinden opstiller positive krav i sin fødsel behøver således ikke nødvendigvis være negativt, hvis kravet håndteres på en professionel måde. Er der ikke indikation for et s-drop, vil den professionelle håndtering være at begrunde, hvorfor kvinden ikke kan få et s-drop og hvilke konsekvenser det kan få for fødslen. Det er vigtigt, at kvinden føler sig hørt i sine ønsker, mens det samtidigt er vigtigt, at jordemoderen ikke sætter s-droppet uden at supplere kvindens ønske med professionel viden og dømmekraft. Hvis ikke jordemoderen gør det, tænker vi, at hun svigter kvinden og overlader vigtige beslutninger til hende, uden at tilbyde professionelt bidrag til hendes ønsker.

Vi overvejer om den faglige information og det professionelle bidrag skal gives, så kvinderne har den tilstrækkelige og korrekte information inden fødslen starter, i stedet for at de indhenter oplysninger fra andre medier, der kan indeholde fejlkilder. På den måde kan kvinderne få reel viden og opnå realistiske forventninger til deres fødsel og progressionen. Hvis kvinderne i fødslen udformer et positivt krav, ved eksempelvis ønske om s-drop, vil kravet ikke være fuldstændig af-professionaliseret. For det første forestiller vi os, at færre kvinder vil udforme et positivt krav om s-drop uden reel dystoci, hvis de har fået et professionelt bidrag. For det andet vil det tage afsæt i jordemoderens professionelle og faglige viden. Realistiske forventninger til fødslen, samt et supplerende bidrag af jordemoderfaglig viden, tænker vi vil resultere i, at kvindens påvirkning af jordemoderen i mindre grad vil påvirke hende til at sætte s-drop i strid med vores kvalitetsmål. En metode til at fremme kvaliteten kunne her være bedre information og **forberedelse til fødslen**, således at kvinden får realistiske forventninger til sin fødsel, der er professionaliseret med jordemoderfaglig viden.

(For afsnit 6.1 & 6.2: Malene Hole)

6.3 Jordemødrenes værdier og holdninger

Jordemødre har forskellige værdier og holdninger til fødsler. Nogle påskønner muligheden for at kunne opsætte s-drop, mens andre hellere vil afvente den spontane progression (12, s. 195). Værdier og holdninger skabes og formes bl.a. ud fra opvækst, social baggrund og uddannelse (22, s. 170-171), hvilket både kan forklare, hvorfor jordemødre ikke har samme værdier, og hvorfor nogle jordemødre er mere påvirkelige af arbejdskulturen end andre. Vi har vha. Bakka og Fivelsdal kunnet vurdere, at organisationens kultur har indflydelse på jordemødres værdier og holdninger, og ofte vil der ske en gradvis sammensmeltning af afdelingens og jordemoderens værdier. Vores erfaring fra praksis er, at det er afdelingskulturens værdier, der bliver fremherskende, og er dem som jordemoderen må adoptere for at kunne fungere på en obstetrisk specialafdeling. Dermed vil afdelingskulturen i et vist omfang afspejle jordemødrenes beslutninger om interventioner i fødslen.

Hvis vi med et kvalitetsforbedrende perspektiv skal arbejde videre med denne viden, er det relevant at vurdere, hvordan ledelsen kan give bedre plads til jordemoderfaglige værdier, der fremmer den ukomplicerede fødsel, og aktivt indarbejde dette i **en ny ledelsesstrategi**. Ledelsesstrategien vil da imødekomme en kvalitetsudvikling af jordemødrenes brug af s-drop, da nogle af de faktorer der påvirker jordemoderen, vil få mindre indflydelse.

En af de faktorer som influerer på jordemoderens værdier, holdninger og dermed handlingsrutiner er risikoopfattelsen. Risiko skabes, ifølge Breck, i sociale og kulturelle sammenhænge og får således sin betydning i kraft af den måde jordemødrene taler om fænomener og interventioner på (20, s.47-49). På mange fødeafdelinger må der således være en italesættelse af dels fænomenet dystoci og dels interventionen s-drop, som hos jordemødrene fordrer en bagatellisering af bivirkninger ved s-drop og en overvurdering af risikoen forbundet med dystoci. Dette kan desuden ses i lyset af Meads undersøgelse, hvor jordemødrene havde mindre tiltro til en hurtig progression og en normal fødsel (17, s. 66-67), og vi forestiller os, at forklaringen måske skal findes i italesættelsen af obstetriske fænomener. Ligeledes er teknologien en let tilgængelig ressource, som giver jordemødrene en vis fortrolighed og tryghed ved anvendelse af eksempelvis s-drop. Dette understreges af Brecks perspektiver på socialkonstrueret risiko, samt at jordemødrene fra Meads undersøgelse ikke tillagde indgreb som epiduralblokadens den reelle risiko og indflydelse på den normale fødsel. Vi overvejer i den forbindelse om jordemødrene vil være mere tilbøjelige til at bruge indgreb i fødslen, fordi de ikke tænker, at konsekvenserne er særlig store og fordi

teknologiens tilgængelighed medfører en følelse af kendskab og kontrol. Hvis det er tilfældet er der altså skabt en kultur, som på flere områder bidrager til en legalisering og undervurdering af interventioners konsekvenser for den normale fødsel. Den sociale og kulturelle konstruerede risikotænkning, tænker vi, må influere på mødet mellem jordemoder og kvinde, både på fødegangen og i konsultationen. I dette møde er det bl.a. jordemødres opgave at sikre, at kvinden får realistiske forventninger til fødslen. Det er vigtigt at overveje med hvilken baggrund jordemoderen møder kvinden, hvis der skal opnås succes med at implementere en bedre forberedelse af kvinderne i graviditeten, som nævnt i afsnit 6.2. Er målet, at jordemødrene skal skabe realistiske forventninger til fødslen, er hun således også nødt til at have realistiske forventninger. Derfor har ledelsen en stor opgave i at styrke jordemødrenes tro på den ukomplicerede fødsel ved at tilføre værdier, handlingsrutiner og anerkendelse af adfærd, der fremmer denne i det jordemoderfaglige arbejde på fødegangen i **den nye ledelsesstrategi**.

I den forbindelse ser vi det nødvendigt at erkende, at jordemødre og obstetiker værdimæssigt ikke skal opfattes, som en homogen faggruppe. Jordemødrene er eksperter på den ukomplicerede svangreomsorg, mens obstetikerne er eksperter inden for det komplicerede område. Det er vigtigt, at jordemødrene bevarer deres egne værdier og holdninger, og netop er bevidste om, at de ikke på alle områder er identiske med obstetikerne. Jordemødrene er nødt til at have redskaber som gør det muligt at holde fast i deres værdier og kernekompetencer, selvom de skal agere i et obstetikerinflueret arbejdsmiljø. Tiltag der udspringer af **en ny ledelsesstrategi** kunne eksempelvis være med til at imødekomme dette.

Vi forestiller os, at **jordemoderfaglige temadage** kunne være et eksempel. Disse temadage skal indeholde faglig videns- og erfaringsudveksling jordemødrene imellem, så jordemødrene kan få større fortrolighed med at anvende deres håndværk frem for teknologien på fødestuerne. Vi tænker at nogle af de jordemødre som ledelsen vurderer, har værdier og holdninger de ønsker fremmet blandt de resterende jordemødre, kunne stå for nogle oplæg på temadagene. På den måde anerkendes disse værdier og holdninger, og ved at sætte jordemoderens håndværk i fokus bliver det en tydelig del af organisationskulturen. Således kan den gængse tilgang til fødsler og risikoopfattelsen ændres, så jordemødrene får større tiltro til den ukomplicerede fødsel og det bliver tydeligt at man i organisationskulturen ikke accepterer brug af s-drop uden prædefineret indikation. Ved at indføre temadage, hvor bestemte værdier og tilgange til håndteringen af fødsler anerkendes mere end andre, øges

sandsynligheden for at flere jordemødre vil adoptere denne tilgang pga. organisationskulturens påvirkning på jordemoderidentiteten. Det kollegiale pres, der kunne påvirke en jordemoder til at sætte s-drop, vil da implicit blive kategoriseret som en uacceptabel adfærd, og denne påvirkning vil da blive mindre. Temadagene er desuden med til at styrke jordemødrene i deres tro på deres håndværk, således at obstetrikernes indflydelse og medicinske tilgang til fødsler, også bliver mindre. Dermed kan jordemødrene bevare deres kernekompetencer og værdier, og ledelsen får signaleret at jordemødrene ikke behøver at være en homogen faggruppe med obstetrikere, da hver faggruppe byder ind med forskellige og uundværlige kompetencer.

(For afsnit 6.3: Nanna Kjær)

6.4 Fødestedets betydning

Fødestedets interventionsrate har, ifølge Mead, indflydelse på jordemødrenes risikoopfattelse (17, s. 61), og vi forventer, at denne risikoopfattelse afspejler jordemødrenes beslutningsproces under fødslen, her i forbindelse med at opsætte s-drop. De vil således handle på denne risikoopfattelse ved eksempelvis at opsætte et s-drop ved tegn på dystoci uden indikation for det. Handlingerne foregår ubevidst, da vi forventer, at jordemødrene ønsker den bedst mulige fødsel for kvinden, og ikke altid er klar over, at de opsætter s-drop uden indikation. Jordemødrene fra Meads undersøgelse angav, at deres egen praksis var mere evidensbaseret end deres kollegers (17, s. 69). Dette antyder, at jordemødrene ikke selv er opmærksomme på, at deres egen praksis kan være i strid med vores kvalitetsmål.

Vi forestiller os, at jordemødre kunne blive klar over de ubevidste handlinger i deres egen praksis, ved at ledelsen laver anonyme **opgørelser**, hvor den enkelte jordemoder kan se hvor meget hun anvender s-drop, sammenlignet med andre jordemødre på afdelingen. Denne metode kunne fremme kvaliteten på den enkelte fødeafdeling, da vi forestiller os, at viden om egen praksis hos jordemødrene, vil øge refleksionen hos den enkelte og dermed hindre s-drop uden prædefineret indikation. Det vil desuden sende et signal om, at s-drop frekvensen bør holdes på et minimum.

Vha. Sundhedsstyrelsens fødselsregistrering fandt vi, at fødestedets størrelse ikke har betydning for brug af s-drop under fødslen (21). Vi havde en forestilling om, at store fødesteder ville have højere interventionsrate end små fødesteder. Det forholdte sig ikke sådan ift. brug af s-drop i Danmark (21), og vi overvejer om det skyldes, at forskellene på de danske

fødesteder trods alt er begrænsede. Centralisering af danske fødesteder kan således ikke tillægges skylden for brug af s-drop uden prædefineret indikation. Vi forestiller os til gengæld, at centraliseringen kan forårsage øgede interventioner, hvis der samtidig sker en reduktion i antallet af fødestuer på grund af besparelser. Vi fandt, fra Blix-Lindströms undersøgelse, at mangel på fødestuer kan sætte dagsordnen for brug af s-drop under en fødsel (12, s. 193), fordi det ved et færre antal af fødestuer, bliver sværere for fødegangen at rumme de fødsler, der hører til afdelingens optageområde. Herved kan opstå et ønske om at fremskynde fødslen for at få plads til nye fødende, og den hurtige fødsel kan derved blive tillagt en særlig værdi. Det er et ønske fra jordemoderen om at give alle kvinder en fødestue, der bliver tydeligt i sådanne situationer og viser, at jordemoderen tager et ansvar for at få afdelingen til at hænge sammen. Til gengæld strider det mod jordemoderens ansvar overfor kvinden og egen professionelle viden om, hvornår et s-drop bør opsættes.

Det er svært at fremstille et kvalitetsforbedrende tiltag i denne sammenhæng, fordi det vil betyde en nødvendighed i at bygge flere fødestuer på den enkelte fødegang.

De fleste fødegange i Danmark er ledet af obstetrikere, hvilket kan påvirke den enkelte fødegang med en mere medicinsk tilgang til fødslerne. Forskellen på grupperne i Blix-Lindströms fokusgruppeinterview med obstetikerledede afdelinger og en jordemoderledet afdeling, gjorde dette tydeligt. Obstetikerne kan have indflydelse på jordemødrenes beslutningsproces ved at påpege manglende progression på partogrammet uden at have set kvinden, eller have en viden om hvordan veerne egentlig er (12 s. 194). Ledelsesstilen har således betydning for jordemødrenes arbejde, fordi ledelsen vil sætte fokus på ønsket adfærd hos jordemødrene. Det vil blive tydeligt, hvis en jordemoder har klareret en kompliceret fødsel flot, da denne adfærd, med obstetrikernes medicinske tilgang til fødslen, vil blive værdsat og anerkendt. Men når vi i vores opgave har det perspektiv, at vi ønsker at fremme en fødsel uden indgreb, forestiller vi os, at det er hensigtsmæssigt at sætte fokus på de ukomplicerede fødsler. Hvis en afdeling ønsker at nedsætte jordemødrenes brug af s-drop, kunne ledelsen på den enkelte afdeling have fokus på at påskønne de situationer, hvor jordemødrene vælger ikke at sætte et drop, men i stedet benytter andre metoder til at fremme progressionen, og ender med at få kvinden til at føde ukompliceret. Dette kan medvirke til øget refleksion hos andre jordemødre, hvorved de bliver inspirerede til også at prøve andre metoder før de opsætter s-drop, og dermed kan det uindicerede brug undgås. Dette vil blive imødekommet ved at indføre den førømtalte **nye ledelsesstrategi og jordemoderfaglige temadage**.

Vi har i deldiskussionen opstillet kvalitetsforbedrende metoder, der kan give de påvirkende faktorer på jordemødrene mindre indflydelse end de har nu, med det formål at overholde vores kvalitetsmål. Dette ved at indføre **en ny ledelsesstrategi**, hvor første punkt på dagsordenen skulle være indførelse af **jordemoderfaglige temadage** og **opgørelser** over jordemødrenes brug af s-drop. I anden del af opgaven vil vi nu belyse, hvorledes dette kan indføres i praksis. Vi vælger ikke at arbejde videre med implementeringen af fødselsforberedelse, men det skulle håndteres efter samme fremgangsmåde.

(For afsnit 6.4: Anne Westh)

7. Præsentation og analyse del II – Kvalitetsudvikling af jordemoderpraksis

7.1 Forandringer i organisationen

Kapitlet om kvalitetsudviklingsprocessen fra bogen ”Kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet” af Johan Kjærgaard er anvendt som opgavens struktur og Kjærgaard er præsenteret i afsnit 4.2. Bogen kan desuden bidrage med viden om implementering og kvalitetsudvikling, som er anvendelig ift. kvalitetsudvikling af jordemoderpraksis.

Kvalitetsudvikling omfatter metoder, der anvendes til at forbedre praksis. (7, s. 31). Erfaringer har vist, at implementering af forbedringer, er det trin i kvalitetsudviklingsprocessen, som er sværest at få gennemført og det er derfor af afgørende betydning for en succesfuld implementering, at forbedringen dokumenteres og vedvarende vurderes ift. det fastsatte kvalitetsmål (7, s. 31). For at sikre, at forbedringen dokumenteres, vil vi lave nye opgørelser til opfølgende temadage, hvor jordemødrene kan følge afdelingens udvikling i at nedsætte forbruget af s-drop.

Kjærgaard beskriver hvordan faktorer som barrierer og fremmere, kan hindre eller forstærke forandringer i adfærd. Disse faktorer findes både hos personale, patienter og i omgivelserne (7, s. 238-239). Det er derfor vigtigt at vi indledningsvis overvejer, hvilke hindringer og fremmende faktorer, der kan få betydning for, om det kan lykkes at kvalitetsforbedre håndteringen af s-drop. Til at uddybe barrierer mod forandring, samt hvordan disse kan håndteres, vil vi inddrage Bakka og Fivelsdals bog ”*Organisationsteori*”, som mere uddybende beskæftiger sig med dette i kapitlet om *Forandring, omstilling og fornyelse*.

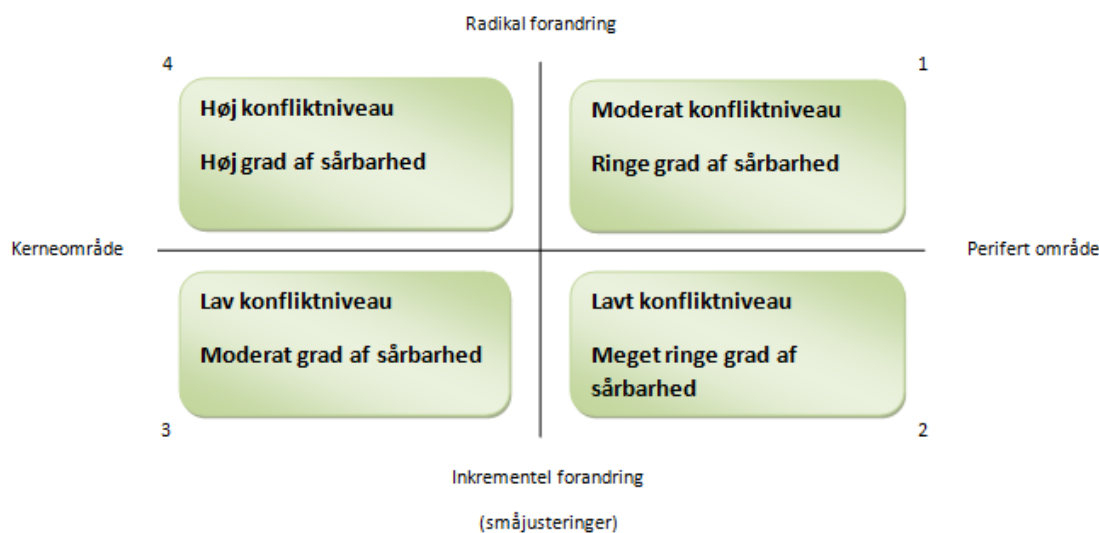
7.1.1 Modstand mod forandring

Når nye tiltag skal implementeres er det, ifølge Bakka og Fivelsdal, svært at undgå modstand mod den aktuelle forandring. Denne modstand kan bl.a. skyldes, at de personer forandringen involverer, føler sig usikre på deres kompetencer og om de er i stand til at leve op til de nye krav. Derudover kan modstanden skyldes, at medarbejderne føler de taber ansigt eller at de har en opsparret modvilje pga. tidligere uindfrieede løfter fra ledelsen (22, s. 322-325).

Implementering af temadage og opgørelser over forbrug af s-drop, forestiller vi os kan give modstand, hvis nogle jordemødre føler de taber ansigt, hvis de selv har et højt brug af s-drop. På den måde kan de føle sig usikre på deres kompetencer til at fremme og støtte den ukomplicerede fødsel. Derudover forestiller vi os, at nogle jordemødre vil have en modvilje

mod tiltaget, eksempelvis hvis jordemødrene føler, at der kræves noget af dem, der ikke er muligt at efterleve i de eksisterende rammer med tidspres og hospitalisering af fødsler.

Figur 5 viser en klassifikation af forandringssituationer udfra, hvor central forandringen er ift. organisationens grundlæggende opgaver og hvor vidtgående en forandring der er tale om (22, s. 320). Figuren er anvendelig til at afgøre, hvilken modstand temadage og opgørelser kan forventes at møde fra jordemødrene.



Figur 5: Forskellige forandringssituationer (22, s. 320)

De fire kvadranter repræsenterer forskellige forandringssituationer og konfliktniveauet vil variere afhængig af den aktuelle situation (22, s. 360). Vi forestiller os, at graden af sårbarhed afhænger af hvilken jordemoder det omhandler. Blix-Lindströms undersøgelse viste forskel i jordemødrenes forhold til at bruge s-drop under fødslen, hvor nogle jordemødre påskønnede muligheden for at kunne fremskynde en fødsel, mens andre jordemødre gerne ville afvente den spontane progression (12, s. 195). Vi overvejer derfor, at indføring af temadage med fokus på den ukomplicerede fødsel vil være en radikal forandring for de jordemødre, der værdsætter muligheden for at kunne opsætte s-drop, hvor forandringen har til formål at ændre tidligere rutiner. En sådan ændring tilhører, for denne jordemoder, 4. kvadrant og indebærer et højt konfliktniveau og høj grad af sårbarhed. For de jordemødre, der i forvejen arbejder med at reducere deres eget brug af s-drop, vil indføring af temadagene være ønsket, og indebære et lavt konfliktniveau og en meget ringe grad af sårbarhed. For denne jordemoder vil ændringen tilhøre 2. kvadrant. Det er således vigtigt, at ledelsen er opmærksom på, at jordemødrene vil

reagere forskelligt på forandringen, hvilket de skal forholde sig til, når de overvejer modstanden mod forandring.

Succesfuld implementering er afhængig af positiv respons fra de implicerede parter. Modstand mod forandring er ofte uundgåelig, men det kan søges imødekommet på en konstruktiv måde. Viden om modstanden kan hjælpe til at mindske de uønskede reaktioner og Bakka og Fivelsdal henviser til to modeller, som kan være med til at afdække væsentlige problemer i forandringsproblematikken (22, s. 325).

(For afsnit 7.1 & 7.1.1: Malene Hole)

7.1.1.1 Håndteringsmodellen

Håndteringsmodellen af organisationsteoretiker C. A. Carnall pointerer, at første skridt mod en succesfuld implementering er at give de implicerede parter grundig information om baggrunden for forandringen og deres rolle heri. Dette som led i at styrke deres selvtillid i en usikker periode (22, s. 325). Nogle jordemødre vil formentligt føle sig usikre på deres kompetencer, når ledelsen laver opgørelser omkring jordemødrenes forbrug af s-drop. Hvis en jordemoders brug af s-drop er højt, kan hun føle at hun ikke lever op til de krav og udfordringer, som knytter sig til at arbejde med den ukomplicerede fødsel. I en sådan situation er det vigtigt, at hun forstår ledelsens hensigt med at lave opgørelser, og at det ikke er for at fremstille nogle jordemødre som mindre kompetente. Derimod er det for at øge refleksionen omkring brug af s-drop.

Ligeledes skal jordemødrene, ifølge Carnall, informeres om måder, hvorpå kompetencer til håndtering af det nye kan udvikles, samt opmuntres til at arbejde med området (22, s. 325). Dette kan foregå på de foreslåede temadage, som skal øge jordemødrenes tillid til eget håndværk og andre vefremmende metoder, hvor der ikke er indikation for s-drop. Derudover kan de motiveres og opmuntres til at fremme den ukomplicerede fødsel.

Afslutningsvis påpeger Carnall, at en vigtig strategi er at omdirigere energi fra modstand til støtte, ved at involvere de implicerede parter og give sig tid til at lytte til deres synspunkter, da det fører til bedre beslutninger, større engagement og motivation (22, s. 325). Det er således vigtigt, at ledelsen lytter til jordemødrenes indvendinger og frustrationer omkring ændringerne, og svarer på tvivlspørgsmål. Det kunne i særdeleshed være aktuelt på opfølgende temadage, hvor jordemødrene kan få mulighed for at komme med kommentarer til

projektet og bidrage med erfaringer fra den foregående periode. På den måde kan alle blive hørt og der kan lægges op til alternative løsningsforslag til implementeringen.

7.1.1.2 Bidrags-/belønningsmodellen

En anden brugbar model til at håndtere modstand mod forandring er *Bidrags-/belønningsmodellen* af March og Simon. Denne model beskriver hvordan alle ansatte leverer en række bidrag til organisationen i form af energi, viden og færdigheder. De ansatte modtager til gengæld belønninger i form af løn, status eller faglige udfordringer. Oplevelsen af balancen er subjektiv, og hvis den ansatte ikke oplever balancen som tilfredsstillende, kan samarbejdet påvirkes i negativ retning (22, s. 325). Det vil kræve ekstra arbejdsindsats af jordemødrene at deltage i temadage, som vil medføre at de skal lægge energi i refleksioner over egen praksis. Det er vigtigt, at faglige belønninger bliver indarbejdet i projektet for at jordemødrene kan se en gevinst ved denne ekstra arbejdsindsats. Belønninger kan, i forbindelse med temadagene, bestå i faglige udfordringer, samt at jordemødrene får mulighed for at tilegne sig nye redskaber til at arbejde med den ukomplicerede fødsel. Belønningen kan også være en større tilfredshed på arbejdspladsen, fordi resultatet af jordemødrenes indsats omkring forandringen kan blive, at de kommer til at arbejde mere med deres kernekompetencer.

(For afsnit 7.1.1.1 & 7.1.1.2: Anne Westh)

7.2 Jordemoderidentitet – forandringer i jordemoderfaget

Temadage med fokus på den ukomplicerede fødsel lægger op til at ændre og påvirke nogle jordemødres værdier, holdninger og arbejdsrutiner ift. anvendelsen af s-drop. Det er derfor vigtigt at indhente viden om jordemødrenes fagidentitet. Professor i filosofi og psykologi Steen Wackerhausen bidrager i den forbindelse med vigtig forståelse af sundhedsprofessionelles fagidentitet og hvilke udfordringer det rummer når den ønskes forandret.

Professionsidentitet er defineret som det der ligger bag den enkelte praktikers praksis, og indeholder flere ubevidste faktorer, som praktikerne ikke kan sætte ord på, men som alligevel har væsentlig indflydelse (24, s. 58-59). Wackerhausen taler med andre ord om, at flere træk i fagprofessionen er usynliggjorte (24, s.60). Det er således en stor udfordring at ændre på jordemoderens værdier, holdninger og dermed arbejdsrutiner for at påvirke håndtering af s-drop. Da vi, jf. Bakka og Fivelsdal, ved at der er sammenhæng mellem jordemoderens og afdelingens værdier og holdninger, kan disse påvirkes ved at ændre på afdelingens kultur. Ved

at indføre temadage påvirkes organisationskulturen på fødeafdelingen, idet der kommer øget fokus på anvendelsen af s-drop og på at fremme den ukomplicerede fødsel. Således kan jordemoderens værdier og holdninger indirekte påvirkes og ændres. På temadagene kommer den enkelte jordemoderes anvendelse af s-drop desuden i fokus, og kan være med til at synliggøre træk i fagidentiteten, hun ikke selv er bevidst om. Temadagene kan derfor øge sandsynligheden for at kunne ændre på den enkelte jordemoder, til tider, ubevidste praksis.

Uddannelsestiden er med til at etablere en læringshorisont og særlig optik, som har afgørende betydning for dannelse og udvikling af professionsidentitet igennem deltagelse i praksisfællesskaber (24, s. 65). Professionsidentitet formes over tid og der ligger et fælles indhold i enhver profession. Det kan bl.a. være integrerede sygdomsbegreber og værdier (24, s. 67), og i henhold til vores problemstilling også risikoopfattelser. Wackerhausen beskriver det som afgørende, at den enkelte praktiker tilegner sig fælleselementer i professionsidentiteten, for at opnå anerkendelse som en del af fagfællesskabet (24, s. 66). Der er tale om en slags tavs læring, som er stærkere i sin indflydelse på modtageren end eksplicit læring, fordi den tavse læring ofte er mere knyttet til handling end til ord. Derudover er den tavse viden en kontinuerlig socialiseringsproces, som både påvirker studerende og etablerede sundhedsprofessionelle (24, s. 73). Wackerhausen beskriver hvordan studerende og nyuddannede tillæres en bestemt spørgeadfærd, igennem ris, ros, entusiasme og afvisning (24, s. 68). Dermed kan vi argumentere for, at ledelsen og jordemødrene har magt til at skabe en bestemt praksiskultur, da de gennem verbal og nonverbal anerkendelse eller afvisning, kan have indflydelse på, hvilken adfærd der undertiden bliver fremherskende og accepteret.

Med afsæt i Wackerhausens teori bliver det tydeligt, at anerkendelse og behov for at have et fagligt tilhørsforhold, er væsentligt for jordemoderen. Det kan desuden pege på, hvorfor ledelsen og kolleger kan påvirke jordemoderens beslutningsproces i forskellige retninger. Behovet for anerkendelse vil implicit afspejle en favorisering af en bestemt adfærd og påvirke jordemødrene i beslutningsprocessen vedr. s-drop. Dette fordi hun på afdelingen er socialiseret gennem værdier og holdninger, der fordrer en aktiv håndtering af s-drop. Hvis der ønskes ændringer i jordemoderpraksis, er det vigtigt at imødekomme behovet for anerkendelse. Når der indføres temadage, med den ukomplicerede fødsel i fokus, signalerer det en anerkendelse og interesse fra ledelsens side. Med baggrund i Wackerhausen er det nærliggende at tænke, at når anerkendelse er vigtig for udvikling af professionsidentitet, bør det bevidst inddrages i andre sammenhænge, eksempelvis personalemøder eller nyhedsbreve.

Gentagende anerkendelse af ønsket adfærd i forbindelse med håndtering af s-drop, kan over tid fordrø etablering af et nyt fælleselement i jordemødrenes fagidentitet. Dette fælleselement vil rumme værdier og holdninger til den ukomplicerede fødsel, som antageligt kan bidrage til en reduktion i anvendelse af s-drop.

Ifølge Wackerhausen ligger der bag fælleselementerne en særlig måde at tale om fænomener og herunder en favorisering af bestemte handlingsmuligheder, og ændringer på sprogoverfladen er ikke i sig selv en garanti for ændringer i professionens fælleslementer (24, s. 73-74). Fokus på anvendelse af s-drop på kollegialt plan, og ændring i måden jordemødrene taler om forskellige interventioner og tilhørende risici, er altså ikke i sig selv nok for at opnå en reduktion i anvendelsen af s-drop uden prædefineret indikation. Derimod er det vigtigt at ændre på de elementer, som påvirker implicite holdninger og værdier på en afdeling. Fordelene med temadage er således, at der både vil ske en ændring i jordemødrenes måde at tale om fænomener som s-drop og dystoci, men også at fokus på den ukomplicerede fødsel, herunder erfaringsudveksling og kompetenceudvikling, vil bidrage til en ændring af grundlæggende værdier og holdninger. Dette vil, som før nævnt, antageligt have en smittende effekt på hele afdelingskulturen, som på sigt vil influere på jordemødrenes anvendelse af s-drop.

Ifølge Wackerhausen lader jordemødrenes professionsidentitet sig ikke ændre markant ved enkeltstående kurser, da den daglige praksis i højere grad er styret af habituerede handlingsrutiner, end af eksplicite overvejelser og viden (24, s. 65). Dette understreger vigtigheden i, at temadagene som kvalitetsforbedrende metode ikke kan stå alene i ønsket om at opnå vores kvalitetsmål, og at der sideløbende må sættes på flere kvalitetsforbedrende metoder. Temadagene skal derfor gentages med passende mellemrum for bl.a. at holde jordemødrene motiverede. Med dette perspektiv supplerer Wackerhausen kvalitetsudviklingens sidste trin; kvalitetsovervågning. Kjærgaard beskriver uddybende at når en intervention har dokumenteret kvalitetsforbedrende effekt, er udfordringen i organisationen, at effekten skal opretholdes når interventionen overgår fra projekt til dagligdrift. Derfor skal kvalitetsforbedringen overvåges enten som en kontinuerlig proces eller foregå med bestemte intervaller vha. kliniske databaser (7, s. 95-96). Det er således af afgørende betydning for vedvarende succes, at ledelsen med passende intervaller følger op på processen og resultaterne, for at sikre at kvalitetsmålet fastholdes.

(For afsnit 7.2: Nanna Kjær)

8. Diskussion

I det følgende afsnit vil vi diskutere implementeringens udfordringer og vurdere om det kan lade sig gøre i praksis.

Implementering er det sværeste led i et kvalitetsudviklingsprojekt (7, s. 31), hvorfor vi er bevidste om, at det er væsentligt at have en strategi for at indføre vores kvalitetsforbedrende metoder. Vi forestiller os, at en arbejdsgruppe med jordemødre og repræsentanter fra jordemoderledelsen vil være ideel, for at føre metoderne ud i praksis. Arbejdsgruppen skal sørge for at metoderne bliver iværksat, og at der løbende laves opfølgninger med henblik på at dokumentere forbedringen eksempelvis i nyhedsbreve, da dette har betydning for om implementeringen bliver succesfuld (7, s. 31). Den enkelte jordemoders brug af s-drop kan indgå i de årlige MUS-samtaler⁴, for at undgå at udstille hende over for kolleger. Jordemødrene i arbejdsgruppen skal fungere som talerør for hele jordemodergruppen således, at alle har mulighed for at blive hørt og komme med suppleringer til de kvalitetsforbedrende metoder. Herved inddrager vi Carnalls håndteringsmodel, hvor de implicerede parter inddrages i processen og får mulighed for at ytre deres mening (22, s. 325). På den måde forestiller vi os at kunne reducere modstanden mod de kvalitetsforbedrende metoder og øge jordemødrenes motivation for forbedring.

Sideløbende med indførelsen af metoderne i praksis, tænker vi, at ledelsen skal overveje hvilke belønninger, der skal være til jordemødrene i forbindelse med temadagene. Dette for at de oplever en balance mellem bidrag og belønning, og dermed finder temadagene værd at investere energi i (22, s. 325-326). Eksempelvis kunne de jordemødre der bidrager med indslag på temadagene gives en central rolle i implementeringsprocessen, da deres entusiasme vil påvirke og inspirere andre jordemødre til at investere energi i projektet.

8.1 Indføring af kvalitetsforbedrende metoder

Vi har i analyse del II belyst årsager til modstand mod indførelse af temadage og opgørelser. Vi blev opmærksomme på, at det er individuelt, hvilken grad af sårbarhed ændringen kan medføre, afhængigt af hvor opmærksom den enkelte jordemoder i forvejen er på problemstillingen i sin praksis (22, s. 320). Overordnet mener vi dog ikke, at vores opstillede kvalitetsudviklende metoder kommer til at møde stor modstand fra jordemødrene, hvis de indføres tilstrækkeligt i hensigten med tiltagene. Jordemødre er uddannede til selvstændigt at varetage den ukomplicerede fødsel, og vi forestiller os, at de fleste derfor vil værdsætte tiltag,

⁴ MUS: Medarbejder Udviklings Samtale

som netop fremmer jordemoderens kernekompetencer. I særdeleshed forestiller vi os, at en temadag med fokus på den ukomplicerede fødsel, hvor jordemødrene kan udveksle erfaringer, endda kunne have positiv indflydelse på jordemødrenes arbejdsglæde, i en, for mange, travl hverdag, hvor vi oplever at komplicerede fødsler ofte er i fokus. Som studerende har vi oplevet at blive indsocialiseret i en rutine med hyppigt brugte interventioner, og først til slut i uddannelsen har kunnet reflektere tilstrækkeligt over egen praksis. Vi forestiller os, at jordemødrene i en hektisk hverdag, på samme måde, ikke altid får reflekteret over egen praksis, hvorved de måske ikke reelt udfører den praksis de ønsker.

8.2 Kan implementeringen lade sig gøre?

Temadage og opgørelser er forholdsvis enkle tiltag, som ikke vil kræve store ændringer i organisationen. Vi forestiller os derfor, at implementeringen af disse i praksis er mulig. Det er dog væsentligt at overveje om det kommer til at have den ønskede effekt, da det er komplekst at ændre i jordemødrenes værdier, som er forankret i professionsidentiteten. Da denne bl.a. bygger på en række ubevidste faktorer (24, s. 58-59), kan begrundelserne for jordemødrenes handlinger være usynlige. En bevidst ændring er således besværliggjort af ubevidste faktorer, der må bevidstgøres i et vist omfang. Vi håber at kunne imødekomme dette ved at bevidstgøre personalet om, at s-drop bliver brugt uindiceret og opfriske viden om konsekvenser ved brug af s-drop, jf. indledningen, hvilket yderligere kan synliggøres med de anonyme opgørelser.

Wackerhausen pointerer, at dannelsen af sundhedsprofessionelles professionsidentitet starter under uddannelsen. Socialiseringsprocessen, hvor den studerende tilegner sig faggruppen og arbejdskulturens værdier, foregår kontinuerligt (24, s. 65) og vi tænker derfor, det er væsentligt at overveje, hvordan målet med implementeringen af temadage også kan afspejles i uddannelsen. Både implicit og eksplicit er der fokus på risikoopsoring under jordemoderuddannelsen, hvilket vil øge de studerendes risikoopfattelse, som kan afspejle den praksis de udfører efter endt uddannelse. Med fordel kunne der indføres tiltag under uddannelsen af nye jordemødre, der kan støtte de kvalitetsforbedrende tiltag vi har udformet for praksis. Eksempelvis ved at indføre en periode til slut i uddannelsen, hvor den ukomplicerede fødsel igen kommer i fokus, som den var i starten. På den måde afrundes uddannelsen med dette fokus, hvilket vi tænker kan have en positiv effekt.

Analyse af Wackerhausen bidrager til forståelse af, at kolleger og ledelse har stor indflydelse på den enkeltes fagidentitet ved, igennem ris, ros, entusiasme og afvisning, at markere anerkendelse af en bestemt adfærd (24, s. 68). Dette genkender vi fra praksis, hvor håndtering

af en kompliceret fødsel gennemarbejdes ved enten debriefing, personalemøder eller audit, således at ansatte kan lære af forløbet. Herved sendes implicit et signal til kolleger, nyuddannede og studerende om, at håndteringen af komplicerede fødsler tillægges stor værdi. Ved at indføre temadage, hvor eksempler på håndtering og færdigheder, der bevarer en fødsel ukompliceret bliver fremhævet, kan det signaleres, at dette har tilsvarende værdi og anerkendes af kolleger og ledelse. Derudover forestiller vi os at det kan hæmme det kollegiale pres, idet der skabes nye fælleslementer i fagprofessionen vedr. håndtering af s-drop.

Fra Wackerhausen ved vi, at implementering af flere metoder har den bedste effekt når fagidentiteten ønskes forandret (24, s. 65), og vi tænker derfor at flere kvalitetsforbedrende metoder skal indføres sideløbende for at opnå en reduktion i brug af s-drop uden prædefineret indikation. Endvidere er opfølgning væsentligt ift. dokumentation af forbedringen (7, s. 31) og motivation af jordemødrene.

8.3 Kritisk vurdering af egen metode

Vi vurderer, at et litteraturstudie har været velegnet til at besvare vores problemstilling. Vi er dog bevidste om, at vi med denne metode, ikke kan udelukke andre årsager til det uindicerede brug af s-drop. Central for vores opgave er Blix-Lindströms undersøgelse, hvorfor vores opgave til en vis grad afhænger af kvaliteten af denne. Svagheden ved fokusgruppeinterviewet er, at jordemødrenes besvarelser afspejler en gruppeproces og kan være påvirket af, hvad der er socialt accepteret. Derudover bidrog undersøgelsen ikke med en hierarkisk inddeling af de påvirkende faktorer, mens den heller ikke tydeliggjorde ubevidste faktorer. Dette kunne imødekommes ved at supplere med et observationsstudie. Vi tænker at resultatet af vores opgave kunne være mere gældende for danske forhold ved indsamling af egen empiri. Derudover kunne vi have styrket argumentet for vores kvalitetsforbedrende metoder, ved at have undersøgt om disse er evalueret i andre projekter, men dette har ikke været muligt med den afsatte tid.

I vores kvalitetsudviklingsprojekt opstillede vi et mål om at s-drop kun skulle anvendes på indikationen dystoci efter DSOG-guidelines. Vi er bevidste om, at s-drop ikke udelukkende kan opsættes i henhold til vores kvalitetsmål, da der vil være situationer, hvor det faglige skøn bør prioriteres højere end guidelines af hensyn til kvinden, jf. indledningen. Vores tanke med at opstille et konkret kvalitetsmål, var at tydeliggøre behovet for, at jordemoderen er bevidst om, hvilke faktorer der påvirker beslutningsprocessen og dermed er i stand til at håndtere disse på en måde, som vil gavne kvinden i fødslen.

9. Konklusion

Vi har i opgaven belyst, hvordan jordemoderens beslutningsproces forud for et s-drop kan påvirkes af forskellige faktorer. Vi fandt, at fødestedet og arbejdskulturen spillede en væsentlig rolle i jordemoderens beslutning. Men også at jordemoderens egne værdier og holdninger havde betydning for s-drop uden prædefineret indikation. Det kan være vanskeligt at adskille jordemoderens værdier og holdninger fuldstændigt fra den arbejdskultur hun er en del af, da de indgår i et gensidigt påvirkningsforhold. Afdelingskulturen på en fødegang er til tider præget af tidspres og mangel på fødestuer, og jordemoderen kan derfor opleve et pres fra jordemoderkolleger og obstetrikere om at fremskynde en fødsel, uden at den definerede diagnose for dystoci er opfyldt. Derudover kan en utålmodig kvinde med urealistiske forventninger til fødselens progression også ubevidst påvirke jordemoderen ved et ønske om vestimulation, som jordemoderen må håndtere på en professionel måde i form af faglig information og dømmekraft, for ikke at opsætte s-drop uden prædefineret indikation.

Jordemoderens professionsidentitet er et produkt af den socialiseringsproces, der sker under uddannelsen og på fødestedet i praksis. Her vil en bestemt adfærd og bestemte værdier være fremherskende og blive anerkendt som de gældende. Det kan eksempelvis være risikopfattelsen og tilgangen til brug af interventioner i fødslen, der implicit bliver indsocialiseret i jordemoderens arbejde, og som ubevidst vil afspejle sig i måden hun håndterer s-drop. Dette er især tydeligt, eftersom mange jordemødre fra Meads undersøgelse angav, at de selv arbejder mere evidensbaseret end deres kolleger, og dermed ikke selv tror, at de anvender s-drop uden prædefineret indikation.

For at nedsætte brug af s-drop uden prædefineret indikation, har vi opstillet tre metoder til kvalitetsforbedring:

1. **En ny ledelsesstrategi**, der kan påvirke den adfærd i afdelingen, som skal anerkendes og dermed være den fremherskende. Dette gjort i praksis ved at indføre temadage, hvor anvendelse af s-drop og den ukomplicerede fødsel er i fokus. Temadagene skal give jordemødrene større tillid og tiltro til deres håndværk, og skabe en arbejdskultur, der fremmer og anerkender dette håndværk. Løbende opfølgning af forbedringen er vigtig og kan motivere jordemødrene i deres arbejde.
2. **Opgørelser** over jordemødrenes brug af s-drop, så den enkelte jordemoder bliver motiveret til at forholde sig kritisk reflektivt til egen praksis. Løbende opgørelser kan

indføres i de årlige MUS-samtaler, så jordemødrene ikke føler sig udstillet over for deres kolleger.

3. **Fødselsforberedelse** til kvinderne, så de opnår realistiske forventninger til fødslen og progressionen.

Når metoderne skal implementeres i praksis, vil det formentligt blive mødt af modstand fra jordemødrene. Men graden af modstand kan variere afhængig af, hvor meget den enkelte jordemoder skal ændre på sin praksis for at leve op til kvalitetsmålene. Ved at indvie jordemødrene i hensigten med de kvalitetsforbedrende metoder og lytte til deres indvendinger, fandt vi i opgaven ud af, at energi kan vendes fra modstand til støtte. Jordemødrene kan ved temadagene opøve yderligere kompetencer i varetagelse af den ukomplicerede fødsel, hvilket kan give dem tiltro til eget håndværk og lyst til at engagere sig i projektet. Desuden så vi vigtigheden i at belønne jordemødrenes indsats ift. at forandre praksis og leve op til de ønskede kvalitetsmål, eksempelvis ved faglige udfordringer, personalegoder og eksplicit anerkendelse. Da vi ønsker at ændre noget så komplekst som jordemødrenes værdier og arbejdskulturen på en fødeafdeling, kan indførelsen være lang og ressourcekrævende, hvilket ledelsen skal have med i sine overvejelser i planlægning af ændringen.

Som vi har beskrevet i indledningen kan s-drop have en række u hensigtsmæssige konsekvenser, som jordemoderen bør undgå at påføre kvinden uden en prædefineret og evidensbaseret grund. Vores kvalitetsforbedrende metoder skal altså indføres i praksis for at gavne kvinderne og bedre deres sandsynlighed for at få en ukompliceret fødsel. Dette fordi den ukomplicerede fødsel, ifølge jordemødrenes etiske retningslinjer, antages at rumme fysisk sikkerhed og menneskelige værdier som personlig vækst og styrke.

10. Perspektivering

Vi har i vores opgave konkluderet, at arbejdskulturen på fødestedet har stor betydning for jordemoderens beslutningsproces vedr. s-drop. I den forbindelse mener vi det er relevant at overveje, om vi i Danmark har skabt de optimale rammer for fødselsskulturen ved at visitere ukomplicerede fødsler til hospitalet. Vi tænker, at jordemødrenes manglende tiltro til den ukomplicerede fødsel kan skyldes, at vi ikke har et klart skel mellem ukomplicerede og komplicerede fødsler, idet alle visiteres og varetages på samme afdelinger og af samme jordemødre. Vi forestiller os derfor, at jordemødrene kan have svært ved at opnå en reel risikoopfattelse og holdning til de ukomplicerede fødsler, fordi der er et stort fokus på at håndtere de komplicerede fødsler optimalt og få et godt outcome. Vores opstillede kvalitetsforbedrende metoder udnytter på bedste vis de rammer vi er givet på offentlige sygehuse. Men det blev tydeligt for os, at de optimale rammer for den ukomplicerede fødsel kunne opnås ved at etablere selvstændige jordemoderlede fødeklinikker. Ved denne løsning vil de komplicerede og ukomplicerede fødsler blive adskilt og varetaget af jordemødre, der er specialiseret inden for det enkelte felt. Vi forestiller os at vi på den måde kan imødekomme de uhensigtsmæssige influerende faktorer, som vi i vores opgave er blevet bevidste om kan have betydning for, hvorledes jordemødre håndterer anvendelsen af s-drop.

Afslutningsvis er det en kendsgerning, at jo flere interventioner, der udføres i en fødsel, desto større omkostninger vil der være forbundet hermed. Eksempelvis stiger udgifterne ved en fødsel ved øget behov for obstetrisk assistance, brug af teknologi og medicinske interventioner. En succesfuld implementering af jordemoderlede fødeklinikker tænker vi på sigt vil rumme en sundhedsøkonomisk gevinst, da det vil medføre et minimum af interventioner i ukomplicerede fødsler. Vi afslutter dermed vores opgave med overvejelser om, at forebyggelse betaler sig bedre end behandling, såvel økonomisk som menneskeligt.

Nanna Kjær

Anne Westh

Malene Hole

11. References

1. Barfoed A, Smed MK, Nørrelund A, Andersen KS, Rom AL. Vækkelse af vesvækkelse. Tidsskrift for Jordemødre. 2011; 121(4):22-7.
2. Dansk selskab for obstetrik og gynækologi. Sandbjerg Guidelines: Dystoci i udvidelsesfasen. [Internet]. Sandbjergmødet; 1999 [cited 2011 Apr 11]. Available from: <http://www.dsog.dk/files/dystoci-aktiv-fase.htm>
3. Ethiske retningslinjer for jordemødre: Vedtaget på Jordemoderforeningens kongres, nov. 2010 [cited 2011 Mar 29]. Available from: http://www.jordemoderforeningen.dk/multimedia/01-010_Bilag_F_Ethiske_Retningslinjer.pdf
4. Buckley S. Obstetric Interventions: Synthetic Oxytocin. Midwifery Today. 2002; 36(4):20-1.
5. Kjærgaard H, Foldgast AM, Dykes AK. Erfaringer fra fødsler ved vesvækkelse og vestimulation blandt førstegangsfødende: En kvalitativ interviewundersøgelse. Tidsskrift for Jordemødre. 2008; 118(3):20-5.
6. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet: Fødsel [Internet]. Århus: IKAS; 2011 [cited 2011 Mar 29]. Available from: [http://www.ikas.dk/Sygehuse/Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse/Sygdomsspecifikke-akkrediteringsstandarder/3.4.2-Fødsel-\(2/3\).aspx](http://www.ikas.dk/Sygehuse/Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse/Sygdomsspecifikke-akkrediteringsstandarder/3.4.2-Fødsel-(2/3).aspx)
7. Kjærgaard J, Mainz J, Jørgensen T, Willaing I. Kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet. København: Munksgaard; 2001.
8. Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt m.v., Vejledning nr. 151 af 08/08/2001.
9. Birkler J. Videnskabsteori – En grundbog. København: Munksgaard; 2005.
10. Launsø L, Rieper O. Forskning om og med mennesker: forskningstyper og metoder i samfundsforskningen 5. udgave. København: Nyt Nordisk Forlag; 2005.
11. Elsevier: Midwifery [Internet]. Copyright © 2011 Elsevier B.V. [cited 2011 Apr 15]. Available from: http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/623060/description#description
12. Blix-Lindström S, Johansson E, Christensen K. Midwives' navigation and perceived power during decision-making related to augmentation of labour. Midwifery. 2008; 24: 190-8.

13. Halkier B. Fokusgrupper. Frederiksberg C: Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag; 2002.
14. Kvale S, Brinkmann S. Interview – Introduktion til et håndværk 2. udgave. København: Hans Reitzelz forlag; 2009.
15. Specialeuddannelsen i Almen medicin. Peter Rossel. [Internet] Københavns Universitet. [Cited 2011 Maj 10] Available from:
http://www.speam.dk/flx/aarhus/undervisere/peter_rossel/
16. Rossel P. Autonomien og dens grænser. Ugeskrift for læger. 2004;166(24): 2330-3.
17. Mead M M.P., Kornbrot D. The influence of maternity units' intrapartum intervention rates and midwives' risk perception for women suitable for midwifery-let care. Midwifery. 2004; 20: 61-71.
18. Juul S. Epidemiologi og evidens. København: Munksgaard Danmark; 2006.
19. Wikipedia – The free encyclopedia. SPSS. [Internet]. MediaWiki. [Cited 2011 Maj 4] Available from: <http://en.wikipedia.org/wiki/SPSS>
20. Breck T. Dialog om det usikre – Nye veje i risikokommunikation. Viborg: Akademisk Forlag A/S; 2001.
21. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsdata - Sygehusfødsler og komplikationer [Internet]. Sundhedsstyrelsen [cited 2011 Maj 8]. Available from:
http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsdata/Foedsler_fertilitetsbehandling_og_abort/foedsler1.aspx
22. Bakka JF, Fivelsdal E. Organisationsteori – Struktur, kultur, processer. København: Handelshøjskolens Forlag; 2004.
23. Kjeldset AM. Status på svangreomsorgen. Jordemoderforeningen [Internet]. 2011 [Cited 2011 Maj 20]; 121(5):12-3 Available from:
<http://www.dadj.dk/index.dsp?page=5581&markword=sammenh%20ngende>
24. Wackerhausen S. Humanisme, professionsidentitet og uddannelse – i sundhedsområdet. København: Hans Reizels forlag; 2002.

Anvendt reference system: Vancouver

11. Bilagsfortegnelse

- Bilag 1 Scvua-guide til informationssøgning
- Bilag 2 Søgehistorie i Cinahl with fulltext
- Bilag 3 Beregninger af fødselsstatistik fra Sundhedsstyrelsen

Bilag 1 – Scvua-guide til informationssøgning



SCVUA-guide til informationssøgning

spørgsmålet bestemmer søgestrategien

Navn: Anne Westh, Nanna Kjær & Malene Hole
Hold, modul /semester: J08V – 7. semester
Uddannelse: Jordemoderuddannelsen
Vejleder: Ingrid Jepsen & Helle Tvorup Andersen

1. Emne/problemformulering

Titel: S-drop på ukendt indikation

Problemformulering: Hvordan kan det forklares at s-drop opsættes uden prædefineret indikation, og hvordan kan vi med denne viden kvalitetsudvikle jordemoderpraksis, for at bevare fødslen ukompliceret til gavn for kvinderne?

Stikord: Interventioner; Risici; Risikoopfattelse; Jordemødre; Kvalitetsforbedring; Organisationsteori; Interventions; Risk factors; Risk perception; Midwives; Prevention; Pregnancy; Outcome assessment; Degree of specialization; Working culture;

2. Valg af informationskilder

Database / informationskilde	Begrundelse for valg af database / informationskilde
PubMed	PubMed er en stor database, som rummer henvisninger til medicinske fag samt dertil beslægtede fag, og derfor også til jordemoderfagligt materiale. Vi vil benytte databasen til at finde kvantitative undersøgelser som blandt andet omhandler risikopfattelse, eller jordemødres brug af s-drop under fødsler. Vi vil søge undersøgelser eller artikler inden for det naturvidenskabelige område, som er det, der hovedsageligt fokuseres på i denne database. Databasen benytter MeSH-termer, som vi hovedsageligt vil benytte.
Cinahl with fulltext	Cinahl er en database med referencer til biomedicin, syge- og sundhedspleje, jordemoderfaget samt nærtbeslægtede discipliner. Indeholder også humanistisk forskning indenfor sundhedssektoren. Vi finder det derfor oplagt at bruge databasen til at belyse den humanvidenskabelige vinkel på vores projekt og til at søge undersøgelser omhandlende jordemoderens perspektiv.
Biblioteksbasen UCN	Biblioteksbasen UCN indeholder bl.a. sundhedsfaglig litteratur, herunder jordemoderrelevant bøger og tidsskrifter. Vi har valgt at søge i databasen for at få et overblik over dansk litteratur, omhandlende risikobegrebet, kvalitetsudvikling og organisationskultur.
DEFFNET	DEFFNet – giver adgang til alle UCN, Sundhedsuddannelsernes tidsskrifter (papir og elektroniske) samt databaser.
Århus Universitetets biblioteker	Århus Universitetets biblioteker har adgang til adskillige sundhedsvidenskabelige databaser, og er derfor relevant for os.

3. Valg af søgetermer

<p><u>Facet 1 - overskrift: Jordemoder</u> Ofte <u>OR</u> mellem søgetermerne</p>
<p><u>Database 1 (navn): PubMed</u> Kontrollerede emneord: Midwifery; nurse midwives</p>
<p>-----</p> <p><u>Database 2 (navn): Cinahl with fulltext</u> Kontrollerede emneord: Midwife; midwives; Nurse midwives; Midwifery</p>
<p>-----</p> <p><u>Database 3 (navn): Biblioteksbasen UCN</u> Fritekst: Jordemoder; jordemødre; midwife; midwives; midwifery</p>

<p><u>Facet 2 - overskrift: Risiko</u> Ofte <u>OR</u> mellem søgetermerne</p>
<p><u>Database 1 (navn): PubMed</u> Kontrollerede emneord: Risk reduction behavior; risk; risk assessment; risk factors; perception</p>
<p>-----</p> <p><u>Database 2 (navn): Cinahl with fulltext</u> Kontrollerede emneord: Risk-assessment; attitude to risk; delivery risk; relative risk</p>
<p>-----</p> <p><u>Database 3 (navn): Biblioteksbasen UCN</u> Fritekst: Risiko; risici; risikobegreb; risikoopfattelse; risikotænkning; risikosamfund</p>

Ofte AND mellem facetterne

<p><u>Facet 3 - overskrift: Kvalitetsudvikling</u> Ofte <u>OR</u> mellem søgetermerne</p>
<p><u>Database 1 (navn): PubMed</u> Kontrollerede emneord: Evidence based practice; Outcome assessment (Health care)</p>
<p>-----</p> <p><u>Database 2 (navn): Cinahl with fulltext</u> Kontrollerede emneord: Outcome assessment; quality</p>
<p>-----</p> <p><u>Database 3 (navn): Biblioteksbasen UCN</u> Fritekst: Kvalitetsudvikling; Kvalitetsforbedring</p>

<p><u>Facet 4 - overskrift: Organisationsteori</u> Ofte <u>OR</u> mellem søgetermerne</p>
<p><u>Database 1 (navn): Cinahl</u> Kontrollerede emneord: Society of midwives; Society; Organizational change; Professional development; Professional role; systems implementation</p>
<p>-----</p> <p><u>Database 2 (navn): Biblioteksbasen UCN</u> Fritekst: Organisationsteori; implementering; forandring i organisationen; ændring i organisationen; modstand mod forandring</p>
<p>-----</p>

Ofte AND mellem facetterne

Facet 5 - overskrift:Fødsel Ofte OR mellem søgetermerne
Database 1 (navn):PubMed Kontrollerede emneord: Parturition; labor, obstetric; delivery, obstetric
Database 2 (navn):Cinahl with fulltext Kontrollerede emneord: Parturition; Labor; Childbirth; Delivery
Database 3 (navn): Biblioteksbasen UCN Fritekst: Fødsel; fødsler; parturition; childbirth; delivery

Facet 6 - overskrift:S-drop Ofte OR mellem søgetermerne
Database 1 (navn): PubMed Kontrollerede emneord: Oxytocin
Database 2 (navn): Cinahl with fulltext Kontrollerede emneord: Pitocin; augmentation; syntocinon
Database 3 (navn): Biblioteksbasen UCN Fritekst: s-drop; syntocinon; vestimulation

4. Inklusions- og eksklusionskriterier

Informationskilde	Biblioteksbasen UCN	CINAHL with Full Text	PubMed
Kriterier			
Publikationsår	Intet fast kriterium, men vi er mest interesserede i den nyeste litteratur.	=	=
Sprog	Svensk; norsk; dansk; engelsk		Svensk; norsk; dansk; engelsk
Geografi	Lande som vi kan sammenligne os med.	=	=
Publikationstype	Bog, Artikel, Master, Ph.D	Undersøgelse, artikel	Undersøgelse, artikel
Undersøgelserdesign		Kvalitative og kvantitative	Kvalitative og kvantitative
Krav til:			
Krav til tidsskriftet (f.eks. peer-reviewed)	Fagligt relevant, tager udgangspunkt i veldokumenteret viden	=	=
Krav til artiklen (f.eks. abstract)	Troværdig og aktuel	=	=
Krav til forfatter	Høj faglighed, troværdig og aktuel	=	=
Krav til tilgængelighed (eks. elektronisk)	Elektroniske eller via biblioteket	=	=

tilgængeligt)			
---------------	--	--	--

5. Søgning og udvælgelse af relevant information

Tegnforklaring:

% = søgning ikke relevant

- = ingen resultater

() = Brugt i opgaven

Database / Informationskilde	Biblioteksbasen UCN	CINAHL with Full Text	PubMed
Antal hits / (antal relevante hits) (jf. pkt. 4)			
Facet 1 (Jordemoder)	552	24701	14845
Facet 2 (Risiko)	302(1)	40769	821977
Facet 3 (Kvalitetsudvikling)	213	152513	492309
Facet 4 (Organisationsteori)	283	57732	%
Facet 5 (Fødsel)	958	76261	61756
Facet 6 (S-drop)	6	2076	13008
1 + 2	24	188	665
1 + 2 + 3	-	31	30
1 + 2 + 3 + 4	-	1	%
1 + 2 + 3 + 4 + 5	-	1	%
1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6	-	-	%
1 + 2 + 5	15	87	236
1 + 3	2	1360	429
1 + 5 + 6	1	44	39 (1)
2 + 5	41	1785	6264
2 + 6	1	49	274
2 + 5 + 6	1	21	160
3 + 4	10(1)	5601	%
3 + 5	2	9700	2122
3 + 6	-	139	163
3 + 5 + 6	-	16	111

6. Find den udvalgte information

Database / Informationskilde	Biblioteksbasen UCN	CINAHL with Full Text	PubMed
Find det udvalgte (angiv antal)			
Trin 1: Via bibliotekets fysiske materialesamling	3		
Trin 2: Via bibliotekets elektroniske tidsskrifter			1
Trin 3: Via gratis kilder på Internet			
Trin 4: Fjernlån via biblioteket			

Bilag 2 – Søgehistorie i Cinahl with fulltext

Friday, May 06, 2011 6:43:58 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S36	S5 and S7 and S27	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	44
S35	S3 and S27	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1360
S34	S2 and S5 and S27	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	87
S33	((((S2 and S27) and (S3)) and (S4)) and (S5)) and (S7)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	0
S32	((((S2 and S27) and (S3)) and (S4)) and (S5)) and (S7)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	0
S31	((((S2 and S27) and (S3)) and (S4)) and (S5))	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1

S30	((S2 and S27) and (S3)) and (S4)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1
S29	(S2 and S27) and (S3)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	31
S28	S2 and S27	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	188
S27	midwife or midwives or midwifery or nurse midwives	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	24701
S26	S3 and S5 and S7	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	16
S25	S3 and S7	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	139
S24	S3 and S5	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full	9700

			Text		
S23	S3 and S4	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	5601	
S22	S2 and S5 and S7	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	21	
S21	S2 and S7	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	49	
S20	S2 and S5	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1785	
S19	S1 and S5 and S7	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	34	
S18	S1 and S5 and S6	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	5	
S17	S1 and S3	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced	809	

			Search Database - CINAHL with Full Text		
S16	S1 and S2 and S5	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	62	
S15	S1 and S2 and S5	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	62	
S14	((S3 and S9) and (S4)) and (S5)) and (S7)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	0	
S13	((S3 and S9) and (S4)) and (S5)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1	
S12	(S3 and S9) and (S4)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1	
S11	S3 and S9	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	24	

S10	(S1 and S2) and (S3 and S9)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	24
S9	S1 and S2	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	134
S8	(pitocin or augmentation or syntocinon) and (S1 and S2)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	4
S7	pitocin or augmentation or syntocinon	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	2076
S6	pitocin	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	39
S5	parturition or labor or childbirth or delivery	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	76261
S4	society of midwives or society or organizational change or professional development or	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	57732

	professional role or systems implementation		Text		
S3	quality or outcome assessment	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	152513	
S2	risk assessment or attitude to risk or delivery risk or relative risk	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	40769	
S1	midwives or nurse midwives or midwifery or midwife	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	13990	

Bilag 3 – Beregninger af fødselsstatistik fra Sundhedsstyrelsen

	# Fødsel	# Gruppe 1 fø.	# Vestimulering	% Vestimulation
Nykøbing-Thisted	680	198	78	39.4%
Haderslev	681	202	89	44.1%
Slagelse	891	234	92	39.3%
Nykøbing F	916	283	146	51.6%
Holstebro	1042	293	145	49.5%
Silkeborg	1348	339	151	44.5%
Svendborg	1367	380	142	37.4%
Sønderborg	1381	381	203	53.3%
Næstved	1391	352	178	50.6%
Holbæk	1585	164	56	34.1%
Frederiksberg	1806	879	424	48.2%
Horsens	1864	502	219	43.6%
Viborg	1957	429	199	46.4%
Herning	2004	562	254	45.2%
Randers	2081	519	245	47.2%
Esbjerg	2094	556	222	39.9%
Gentofte	2116	668	369	55.2%
Glostrup	2138	565	254	45.0%
Herlev	2401	720	357	49.6%
Roskilde	2512	588	280	47.6%
Hillerød	3069	704	302	42.9%
Kolding	3122	900	468	52.0%
Ålborg	3473	991	488	49.2%
Odense	3650	988	437	44.2%
Rigshospitalet	3792	1111	527	47.4%
Skejby	4783	1495	512	34.2%
Hvidovre	5326	2355	1165	49.5%

Vestimulation	
Nykøbing-Thisted (680)	39.4%
Haderslev (681)	44.1%
Slagelse (891)	39.3%
Nykøbing F (916)	51.6%
Holstebro (1042)	49.5%
Silkeborg (1348)	44.5%
Svendborg (1367)	37.4%
Sønderborg (1381)	53.3%
Næstved (1391)	50.6%
Holbæk (1585)	34.1%
Frederiksberg (1806)	48.2%
Horsens (1864)	43.6%
Viborg (1957)	46.4%
Herning (2004)	45.2%
Randers (2081)	47.2%
Esbjerg (2094)	39.9%
Gentofte (2116)	55.2%
Glostrup (2138)	45.0%
Herlev (2401)	49.6%
Roskilde (2512)	47.6%
Hillerød (3069)	42.9%
Kolding (3122)	52.0%
Ålborg (3473)	49.2%
Odense (3650)	44.2%
Rigshospitalet (3792)	47.4%
Skejby (4783)	34.2%
Hvidovre (5326)	49.5%
Gennemsnit	45.6%