

## INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>1. Indledning</b> .....	4
1.2 Problemformulering .....	7
1.3 Problemafgrænsning.....	7
1.4 Metode.....	8
1.4.1 Litteratursøgning.....	9
<b>2. Begrebsafklaring</b> .....	11
2.1 Lav-risiko gravid.....	11
2.2 Graviditas prolongata og graviditet efter termin .....	11
<b>3. Videnskabsteoretisk tilgang</b> .....	11
3.1 Karl Poppers falsifikationsteori.....	12
<b>4. Præsentation og analyse af studierne</b> .....	12
4.1 Præsentation og analyse af metaanalysen - <i>“Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term”</i> (Gülmezoglu & Crowther & Middleton 2009) (bilag 2) .....	13
4.1.1 Baggrund, formål og hypotese .....	13
4.1.2 Studiedesign og inkluderede studier.....	13
4.1.3 Datamateriale.....	15
4.1.4 Måling af resultater.....	16
4.1.5 Intention-to-treat analyse .....	16
4.1.6 Analyse strategi .....	17
4.1.7 Resultater .....	17
4.1.8 Studiets konklusion .....	20
4.1.9 Intern validitet .....	21
4.1.10 Ekstern validitet.....	23
4.2 Præsentation og analyse af RCT studiet – <i>“Women’s experiences and attitudes towards expectant management and induction of labor for post-term pregnancy”</i> (Heimstad et al. 2007) (bilag 3).....	24
4.2.1 Baggrund og formål .....	24
4.2.2 Studiedesign og inklusions- og eksklusionskriterier.....	24
4.2.3 Randomisering .....	25
4.2.4 Dataindsamling .....	26

Graviditas prolongata  
- Kvindens valg?

---

4.2.5 Resultater .....	27
4.2.6 Forskernes konklusion.....	28
4.2.7 Intern validitet .....	28
4.2.8 Ekstern validitet.....	30
4.3 Sammenfatning .....	30
<b>5. Teori og analyse af jordemoderens vejledning og støtte af kvinden.....</b>	<b>31</b>
5.1 Autonomi i sundhedsvæsenet .....	32
5.2 Informeret samtykke .....	33
5.2.1 Risikokommunikation .....	34
5.3 Mestring .....	36
5.4 Sammenfatning .....	39
<b>6. Diskussion .....</b>	<b>40</b>
6.1 Sjældne effektmål.....	40
6.2 Perinatal død som effektmål.....	40
6.3 Validitetsvurdering af et studie .....	41
6.4 Evidenshierakiet.....	41
6.5 Selvbestemmelse kontra medbestemmelse .....	42
6.6 Vigtigheden af tilstrækkelig information .....	43
6.7 Videreformidling af neutral og evidensbaseret information .....	45
6.8 Mestring i graviditeten .....	46
6.9 Kritisk refleksion over eget projekt.....	47
<b>7. Konklusion .....</b>	<b>48</b>
<b>8. Perspektivering.....</b>	<b>48</b>
<b>9. Litteraturliste.....</b>	<b>51</b>

## Bilagsfortegnelse

- Bilag 1**      **DSOG's retningslinje "Graviditet efter termin"**
- Bilag 2**      Studiet: "*Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term*" (Gülmezoglu & Crowther & Middleton 2009)
- Bilag 3**      Studiet: "*Women's experiences and attitudes towards expectant management and induction of labor for post-term pregnancy*" (Heimstad et al. 2007)
- Bilag 4**      Søgestrategi

## Forkortelser

<b>AFI</b>	Amnion Fluid Index
<b>BMI</b>	Body Mass Index
<b>CI</b>	Confidensinterval
<b>CTG</b>	Cardio-Toco-Grafi
<b>DSOG</b>	Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi
<b>GA</b>	Gestationsuge
<b>GP</b>	Graviditas Prolongata
<b>MAS</b>	Mekoniumaspiration
<b>PP</b>	Partus Provocatus
<b>RCT</b>	Randomized Controlled Studies
<b>RR</b>	Relativ Risiko
<b>STAN</b>	ST-ANalyse
<b>ULS</b>	Ultralydsskanning

## 1. Indledning - Tea og Maja

Håndtering af graviditas prolongata (GP) er et aktuelt jordemoderfagligt og obstetrisk emne, der gennem længere tid er blevet debatteret i medierne, i obstetriske kredse, på landets sygehuse og blandt gravide kvinder. Debatten har verseret, idet der ikke har været tydelig evidens for, at partus provocatus<sup>1</sup> (PP) gavner i forhold til neonatal outcome, og derfor har der været tvivl om, hvornår det rigtige igangsættelsestidspunkt af kvinder over terminsdatoen er. Spørgsmålet har derfor længe været, hvor tung en indikation skal være, for at den spontant indsættende fødsel tilsidesættes. Denne debat har givet anledning til diskussion om, hvorvidt tidspunktet for PP skal fremskyndes til gestationsuge (GA) 41 i stedet for GA 42+0.

Der er høj grad af risikotænkning på de danske sygehuse, hvilket også præger obstetrikere. Det er i vid udstrækning holdningen, at den lille gevinst, der muligvis er ved PP, er tilstrækkelig til, at fremrykke tidspunktet, og der er derfor villighed til at igangsætte adskillige kvinder, for at enkelte liv kan reddes årligt. Desuden er nogle af den opfattelse, at kvindens ønske skal være en faktor, som har betydning for beslutningen om igangsættelsestidspunktet. Ledende overlæge på Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling Charlotte Wilken-Jensen, Roskilde Sygehus har udtalt følgende:

*"Jeg så gerne, at man tilbyder alle gravide at blive sat i gang en uge efter terminen."*

*"Nogle få børn kan i yderste konsekvens dø af at være for længe i mors mave, og for andre børn kan en sen fødsel give andre komplikationer. Desuden ved vi, at efter terminsdatoen vil gravide og pårørende meget gerne have sat fødslen i gang, og i et samfund, hvor kvinderne kan bede om at føde ved kejsersnit, bør det også være muligt at have igangsættelse på mors ønske."*

(Dagens Medicin)

Andre er af den holdning, at det mest optimale er, at afvente den spontant indsættende fødsel. Formand for Jordemoderforeningen Lillian Bondo har udtalt følgende:

---

<sup>1</sup>Partus provocatus inkluderer både mekanisk og medicinsk igangsættelse.

*"[...] hvis vi sætter alle i gang efter 41 uger, udsætter vi en stor gruppe gravide for de risici, som det indgreb medfører."*

*"Hvis kvinden får valget om igangsættelse, vil det være meget tillokkende for hende at acceptere tilbuddet. Jeg mener imidlertid, at vi svigter jordemoderens og lægens ansvar for fagligt velunderbygget overvågning og behandling ved at give frit valg til noget, der ikke er indiceret." (Dagens Medicin)*

Der er på baggrund af dette opstået et dilemma i obstetriske faggrupper, og det har været svært at opnå konsensus om, hvad den nationale retningslinje skal være på området.

De gældende retningslinjer indenfor gynækologi og obstetrik udarbejdes i Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi<sup>2</sup> (DSOG). Retningslinjen vedrørende GP har været på dagsordenen på Sandbjergmøderne i 2008, 2009 og senest i januar 2011, uden at det har været muligt, at opnå enighed om en ændring af retningslinjen. På det seneste Sandbjergmøde i januar 2011 fremkom fortsat ikke en endelig beslutning, hvorfor DSOG valgte, at afholde et debatmøde på Rigshospitalet primo marts 2011, hvor problemstillingerne om GP blev fremlagt og debatteret. Efterfølgende vedtog DSOG medio marts 2011 en retningslinje for GP – "Graviditet efter termin" (bilag 1), hvori det anbefales, at alle gravide har født inden GA 42+0. De enkelte afdelinger kan selv afgøre, hvornår igangsættelse tilbydes i perioden GA 41+2 - 41+5. Alle gravide anbefales kontrol ved GA 41+0 hos en jordemoder, hvor der kan foretages hindeløsning hvis muligt, samt gives information om igangsættelse. Ønsker kvinden at afvente spontan fødsel anbefales kontrol to gange om ugen fra GA 41+3 med cardio-toco-grafi (CTG) og ultralydsskanning (ULS) med amnion fluid index (AFI) og hvis muligt hindeløsning (DSOG 2011:2-3).

Fødselskulturen i Danmark synes at have ændret sig. Dette kommer bl.a. til udtryk ved, at der er sket en stigning i sectio på maternal request - kejsersnit på moders ønske uden medicinsk indikation. Kvindens ret til selvbestemmelse ser nu ud til at sprede sig til yderligere et obstetrisk område, nemlig PP i forbindelse med graviditet efter termin,

---

<sup>2</sup> Dansk selskab for obstetrik og gynækologi: Det første lægevidenskabelige selskab i Danmark. Blev grundlagt den 5.10.1898 i København. Selskabets formål er at fremme og udvikle det videnskabelige arbejde blandt obstetrikere og gynækologer i Danmark (DSOG).

hvilket bl.a. ses i ovenstående udtalelse fra overlæge Charlotte Wilken-Jensen.

Kvindens selvbestemmelse er således blevet et legalt parameter, der tages højde for i det danske sundhedsvæsen, f.eks. når nye retningslinjer udarbejdes. Dette gør sig også gældende i DSOG's retningslinje "Graviditet efter termin", hvor det ikke udelukkende er den faglige viden der ligger til grund for ændringen, men også kvindens ønske og ret til selvbestemmelse er et væsentligt aspekt.

I vores klinikperiode ændrede Sygehus Sønderjylland pr. 1. oktober 2010 proceduren for GP. Proceduren blev ændret fra, at kvinderne fik tilbudt igangsættelse GA 42+0 til at få tilbudt fosterovervågning fra GA 41+0 og PP fra GA 41+3 (Sygehus Sønderjylland 2010). Konstitueret ledende overlæge Anni Engberg Fælling fra Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling, Sygehus Sønderjylland har udtalt, at årsagen til den ændrede procedure var, at der ifølge undersøgelser ikke er nogen gevinst ved at vente til GA 42+0. Derimod er der en større risiko, for at flere børn dør. Desuden kan der være flere komplikationer under fødslen, som kan medføre varige mén hos barnet (DR 2010).

På henholdsvis Sønderborg Sygehus og Odense Universitetshospital oplevede vi, at adskillige kvinder var utrygge og frustrerede, da de var i tvivl om, hvad der er rigtigt og forkert i den pågående debat. Specielt efter at retningslinjen blev ændret på Sygehus Sønderjylland, blev der af kvinderne sat spørgsmålstegn ved PP i forhold til at afvente spontan fødsel. Som jordemoderstuderende blev vi i den anledning mere bevidste om det informerede samtykke og vigtigheden af, at kunne informere om risici i forbindelse med behandling. På jordemoderuddannelsen har vi lært om risici i forhold til obstetrisk behandling, men at informere kvinden om disse risici på en forståelig og meningsfuld måde, har ofte givet anledning til bekymring, da vi ikke ønsker, at kvinden bliver mere forvirret og utryg ved at tage et valg på baggrund af vores vejledning.

I konsultationen oplevede vi desuden, at nogle gravide ønskede PP ved terminsdatoen. De gravide gav ofte udtryk for utålmodighed, utryghed og manglende overskud til at fortsætte graviditeten. Denne problematik finder vi ligeledes interessant og jordemoderfaglig relevant i forhold til, om der findes metoder til at styrke disse gravide i at håndtere at gå over terminsdatoen.

På baggrund af ovenstående finder vi det interessant at undersøge evidensen for det mest hensigtsmæssige igangsættelsestidspunkt for lav-risiko postterme gravide. Desuden finder vi det interessant, at belyse begrebet selvbestemmelse i det danske sundhedsvæsen, og hvilken betydning det har for jordemoderens vejledning af den gravide i forhold til det informerede samtykke, risikokommunikation og mestringsstrategier.

### 1.2 Problemformulering - Tea og Maja

Hvornår er det mest hensigtsmæssige tidspunkt for partus provocatus af lav-risiko gravide over terminsdatoen?

Hvorledes kan jordemoderen vejlede og støtte den gravide kvinde i forbindelse med at gå over terminsdatoen, således at kvinden kan træffe et for hende rigtigt valg?

### 1.3 Problemafgrænsning - Maja

Vi har besluttet, at afgrænse projektet til udelukkende at omhandle lav-risiko gravide, der går over terminsdatoen, da høj-risiko graviditeter er en anden problematik, der kræver anden vurdering og vejledning.

Vi har valgt, at analysere evidensen på følgende neonatale effektmål - perinatal død, asfyksi, mekoniumaspiration (MAS) og Apgar score <7/5 min. Vi vil belyse disse aspekter, da det er disse obstetriske komplikationer, som har størst betydning i forhold til at afgøre, hvorvidt tidspunktet for PP skal ændres. Desuden er det bl.a. disse faktorer DSOG's retningslinje "Graviditet efter termin" anvender, som begrundelse for at fremrykke igangsættelsestidspunktet. Udover ovenstående faktorer vil kvindens holdning til PP kontra afventende fødsel blive analyseret, da dette aspekt har fået større betydning i sundhedsvæsenet. Faktorerne vil udelukkende blive analyseret på basis af to studier grundet opgavens begrænsede omfang.

Endvidere vil projektet tage afsæt i kvinden, hvorfor vi ikke nævner partneren, velvidende, at han/hun er en afgørende medspiller i problemstillingen.

Det økonomiske og organisatoriske aspekt spiller ligeledes en væsentlig rolle, men vi har valgt ikke at inddrage disse perspektiver i projektet.

I forhold til vejledning af kvinden tages udelukkende udgangspunkt i relevante afsnit af det informerede samtykke i relation til problemformuleringen. Vi har valgt, at undlade at inddrage kommunikationsteorier samt teori om sundhedsfremme og forebyggelse, disse er relevante i forhold til problemstillingen, men ikke fokuspunkt for projektet. I forhold til mestringsstrategier har vi valgt, at tage afsæt i Richard Lazarus og Susan Folkmans teori, velvidende at Aaron Anthonovskys teori også kunne være relevant at belyse.

#### **1.4 Metode** - Tea

Herunder redegøres for dispositionen samt den teori og empiri, som vi har valgt at anvende i projektet. Efterfølgende redegøres for litteratursøgningen.

Projektet tager udgangspunkt i en begrebsafklaring af essentielle begreber anvendt i projektet. Afsnittet er baseret på følgende: DSOG's retningslinjer "Admission CTG" (2001) og "Graviditet efter termin" (2011) samt bogen Williams Obstetrics (Cunningham et al. 2005).

Projektet tager afsæt i den kvantitative forskningsmetodologi, hvorfor Karl Poppers falsifikationsteori efterfølgende belyses ved hjælp af litteraturen: Videnskabsteori (Birkler 2005) og Videnskabsteori for begyndere (Thurén 2007).

I forhold til analysen af de obstetriske faktorer tages udgangspunkt i studiet "*Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term*" (Gülmezoglu & Crowther & Middleton 2009) (bilag 2).

For at belyse aspektet omkring kvinders holdning til igangsættelse kontra afventen af den spontane fødsel, har vi valgt at inddrage det videnskabelige studie: "*Women's experiences and attitudes towards expectant management and induction of labor for post-term pregnancy*" af Heimstad et al. (2007) (bilag 3).

Hver af de videnskabelige artikler analyseres metodisk, efterfulgt af en sammenfattende analyse af studierne resultater op imod problemformuleringen. Til metodisk at analysere de valgte studier anvendes bogen Epidemiologi og evidens (Juul 2009). Som



supplerende opslagsværk anvendes bogen Evidensbaseret medicin (Andersen & Matzen 2010).

Med henblik på at besvare delspørgsmålet i problemformuleringen vedrørende jordemoderens vejledning og støtte til kvinden, tages udgangspunkt i et afsnit om selvbestemmelse i sundhedsvæsenet, som er baseret på litteraturen: Etik i sundhedsvæsenet (Birkler 2006). Herefter analyseres det informerede samtykke ved hjælp af ”Bekendtgørelse af sundhedsloven” (LBK nr 913 af 13/07/2010, kap 5) samt ”Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.” (VEJ nr. 161 af 16/09/1998), der uddyber det informerede samtykke. I relation til de love jordemoderen er underlagt, analyseres dette med baggrund i risikokommunikation, som behandles i følgende litteratur: Ulrich Beck – Risikosamfundet og det andet moderne (Sørensen & Christiansen 2006), Sundhedsstyrelsens temahæfter: Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse (2005) samt Kommunikation om forebyggelse og sygdomsrisici – et temahæfte (2006). Afsnittet afsluttes med en teoretisk fremstilling og en analyse af, hvorledes jordemoderen kan medvirke til, at få kvinden til at håndtere at gå over terminsdatoen. Dette analyseres ved hjælp af litteraturen Stress og følelser (Lazarus 2006).

Med baggrund i analysen af vores empiriske og teoretiske materiale diskuterer vi kritisk de områder, som vi finder problematiske i forhold til det inddragne materiale. Inden vi drager en endelig konklusion af projektets problemformulering, følger en kritisk refleksion over eget projekt. Projektet afsluttes med en perspektivering.

#### *1.4.1 Litteratursøgning – Maja*

For at besvare problemformuleringen søgte vi i de sundhedsvidenskabelige litteraturdatabaser Pubmed, Cochrane og Cinahl (bilag 4).

Søgningen efter studier startede den 20.02.2011 på [www.pubmed.com](http://www.pubmed.com) ved hjælp af MeSH-databasen (Medical Subject Headings), idet denne søgemetode søger på kontrollerede emneord, hvilket giver en mere præcis søgning sammenlignet med en fritekstsøgning.

For at finde studier omhandlende graviditet efter termin, og de valgte effektmål, søgte vi på ordet ”pregnancy”. Vi kombinerede herefter søgningen med yderligere et søgeord ”prolonged” ved hjælp af den boolske operator ”AND”.

For at specificere søgningen opsatte vi ”limits” i form af sprogbegrænsninger til dansk, engelsk, svensk og norsk, da vi udelukkende behersker disse sprog. Endvidere opsatte vi limits med en tidsramme på fem år mhp. at finde den nyeste evidens på området, da der inden for den periode er sket en væsentlig teknologisk udvikling bl.a. i forhold til fosterovervågning. Ydermere blev søgningen begrænset til kun at omhandle ”humans”. Vi opsatte ikke limits i forhold til studiedesign, da vi som udgangspunkt ønskede at inddrage et kvantitativt, såvel som et kvalitativt studie til at belyse problemformuleringen.

Søgningen kom herefter ned på 77 artikler. Vi valgte at gennemgå artiklernes titel samt abstracts på de artikler, hvor der var tvivl om, hvorvidt de kunne anvendes til at besvare problemformuleringen. Efter at have vurderet titlerne samt læst abstracts udelukkede vi 71 artikler. Vi valgte studiet ”*Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term*” (Gülmezoglu, & Crowther & Middleton 2009), da dette studie, er det eneste der analyserer på alle de valgte effektmål. Desuden er det en metaanalyse, der ligger højest i evidenshierakiet og ydermere er studiet relativt nyt – fra 2009.

Der var to studier der omhandlede kvindernes oplevelse af GP. Vi valgte ”*Women's experiences and attitudes towards expectant management and induction of labor for post-term pregnancy*” af Heimstad et al. (2007), da dette studie er udarbejdet i Norge, der generelt regnes for et af de lande, som Danmark kan sammenlignes med. Studiet vi fravalgte ”*Women's experiences of being induced for post-date pregnancy*” (Gatward et al. 2010) havde primært fokus på kvinder, der allerede vidste, at de skulle igangsættes, og derfor var det ikke muligt at få deres umiddelbare holdning til spontan fødsel. Desuden er studiet udarbejdet i Australien, hvorfor vi mener, at studiet fra Norge er mere overførbart til Danmark.

For at sikre, at der ikke fandtes yderligere relevante artikler, søgte vi desuden på databasen Cinahl, som primært indeholder kvalitative artikler, og som derfor er relevant

i forhold til effektmålet om kvinders holdning. På Cinahl søgte vi på de samme søgeord samt limits. Der fremkom 13 studier, men ingen af disse var relevante for problemstillingen. Vi har udarbejdet en tilsvarende søgning i The Cochrane Library, hvor vi ligeledes ikke fandt yderligere relevante studier.

Vi afsluttede søgningen med at gennemgå referencelisten i retningslinjen ”Graviditet efter termin”, samt referencelisterne i de valgte artikler. Vi fandt ikke nyere, relevante studier i DSOG’s retningslinje eller i artiklernes referencelister med samme fokus som vores problemstilling lægger op til.

## 2. Begrebsafklaring

Herunder defineres de begreber, som er omdrejningspunkter for projektet.

### 2.1 Lav-risiko gravid - Maja

En lav-risiko gravid defineres, som en kvinde i GA 37+0 - <42+0, med singleton graviditet i hovedstilling. Fosterskøn svarende til GA. Ved vandafgang ses klart fostervand. Ingen interkurent sygdom eller svangerskabsrelateret lidelse med mulig affektion af barnet. Ingen belastet obstetrisk anamnese (DSOG 2001:2).

### 2.2 Graviditas prolongata og graviditet efter termin - Tea

GP defineres som GA  $\geq 42+0$  eller 294 dage eller derover, fastsat ud fra ultralydsskanning (Cunningham et al. 2005:882). I 2009 var prævalensen af GP 6 % i Danmark (Sundhedsstyrelsen 2009). Efter at DSOG har vedtaget retningslinjen ”Graviditet efter termin” mangler der en ny definition på graviditeter, der går over terminsdatoen, ifølge DSOG er der endnu ikke defineret en entydig betegnelse for graviditeter på 287 dage (GA 41+0) eller 290 dage (GA 41+3) (DSOG 2011:5).

## 3. Videnskabsteoretisk tilgang - Tea

Nedenfor redegøres for Karl Poppers falsifikationsteori, som den kvantitative forskning tager udgangspunkt i. Vi finder dette relevant, da de to studier som analyseres bygger på den kvantitative forskningsmetodologi.

### 3.1 Karl Poppers falsifikationsteori - Tea

Karl Popper (1902-1994), østrigsk født videnskabsteoretiker, er kendt for sin "falsifikationsteori" (Birkler 2005:75). Teorien udspringer af den positivistiske filosofi, hvor det tilstræbes, at ethvert forhold i naturen kan beskrives og forklares gennem årsagsforbindelser ud fra en metodisk indsamling af data (ibid:52). Popper hævder qua sin teori, at enhver påstand, der gør krav på at være videnskabelig også principielt skal være falsificerbar. Dette betyder, at det skal være teoretisk muligt at finde fakta, som strider mod hypotesens sandhed. Ifølge Popper er ethvert udsagn der ikke er falsificerbart, uden reelt indhold om den virkelige verden. Påstanden bliver således blot metafysisk, da den teoretisk godt kan være sand, men vi har ingen mulighed for at vide, hvorvidt dette er tilfældet (ibid:78).

Ovenstående kan eksemplificeres ved hjælp af "svane-eksemplet". Hypotesen er at "alle svaner er hvide". Denne hypotese kan testes ved at tælle alle svaner. For hver hvid svane der tælles, bliver hypotesen mere sandsynlig. Idet en sort svane kommer forbi er hypotesen falsificeret (Thurén 2007:150).

Dette eksempel viser vigtigheden af, at være kritiske over for hypoteser. Det er ikke nok at forsøge at verificere hypoteser, men vigtigere er det at forsøge at falsificere dem, hvilket er den eneste vej mod sikker viden (Birkler 2005:79).

Popper angiver med sin falsifikationsteori, at vi intet kan vide. Vi ved ikke om noget er absolut sandt. Undertiden kan vi dog vide, om noget er usandt. For videnskaben gælder det derfor om, at forsøge at finde frem til at eliminere så mange fejlagtige opfattelser som muligt. Sagt på en anden måde er det vigtigere at afsløre usandheder end at "finde" sandheden.

Med udgangspunkt i ovenstående videnskabsteoretiske tilgang ønsker vi at besvare problemformuleringen.

## 4. Præsentation og analyse af studierne - Maja

I følgende afsnit præsenteres og analyseres studierne: "*Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term*" (Gülmezoglu & Crowther &

Middleton 2009) mhp. at klarlægge evidensen for perinatal død, asfyksi, MAS og Apgar score <7/5 min. i forhold til igangsættelse eller afventen af den spontane fødsel.

Ydermere er studiet "*Women's experiences and attitudes towards expectant management and induction of labor for post-term pregnancy*" (Heimstad et al. 2007) valgt mhp. at undersøge kvinders holdning til GP. Analyserne sammenfattes herefter med henblik på en analyse af studierne interne og eksterne validitet og anvendelighed. Derefter sammenfattes resultaterne og validiteten med problemformuleringen mhp. at konkludere, hvornår det mest hensigtsmæssige igangsættelsestidspunkt er for lav-risiko postterme gravide.

**4.1 Præsentation og analyse af metaanalysen - "*Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term*"** (Gülmezoglu & Crowther & Middleton 2009) (bilag 2)

**4.1.1 Baggrund, formål og hypotese** - Tea

En tidligere version af denne metaanalyse fra 1999 indikerer, at igangsættelse i eller fra GA 41 reducerer risikoen for perinatal død, uden at øge sectionraten og andre ugunstige outcome. I metaanalyse blev der anvendt tidlig ultralydscanning, som intervention. I denne metaanalyse fra 2009, hvor der er inkluderet forskellige former for fostermonitorering, har forskerne valgt at koncentrere sig om igangsættelse fra GA 37+0 i forhold til at afvente spontan fødsel (ibid:3).

Studiets formål og hypotese er, at igangsættelse ved eller efter termin, sammenholdt med at afvente spontant indsættende fødsel, giver et bedre føtalt og maternelt outcome (ibid:3).

Reviewet blev første gang publiceret i 1999. Sidenhen er studiet blevet revideret i juni 2006 og senest i juli 2009, hvor nye relevante studier er inddraget (ibid:3).

**4.1.2 Studiedesign og inkluderede studier** - Tea

Studiet er en metaanalyse, hvor der udelukkende indgår RCT-studier (Randomized Controlled Studies) (ibid:3). Metaanalysen bygger på data fra 19 forskellige RCT studier - publiceret i årene 1969 til 2005. Studierne har en samlet studiepopulation på 7984 kvinder. 59 studier blev ekskluderet, da de udelukkende fokuserede på selve igangsættelsesmetoden, hvorfor de ikke var relevante at inkludere (ibid:5).

Syv af de 19 studier er udført i Thailand, Kina, Indien og Tyrkiet. De resterende studier er udført i vestlige lande: syv i Europa, fire i USA og ét i Canada. Alle studierne blev udført på hospitaler og igangsættelse skete enten ved oxytocininfusion, amniotomi, prostaglandin eller laminaria<sup>3</sup> - en urtemedicin til at igangsætte fødsler.

Metaanalysen har alene valgt at inddrage studier, der omhandler lav-risiko gravide ved eller efter termin. Forskerne har ikke defineret lav-risiko, men har accepteret de variationer, der måtte være de respektive studier imellem. Det er nævnt, at kvinder med vandafgang er ekskluderet, men ifølge forskerne, er der alligevel en vis sandsynlighed for, at der er blevet inkluderet kvinder med vandafgang, da beskrivelsen heraf ikke er helt entydig (ibid:3).

Definitionen af lav-risiko er ikke nærmere defineret, hvorfor der er risiko for selektionsbias, da der kan være inkluderet kvinder, som i den vestlige verden anses som værende høj-risiko gravide, men hvor dette ikke er tilfældet i ikke-vestlige lande. Ydermere er det af stor betydning for fødselens forløb og barnets outcome, hvorvidt kvinden har vandafgang. Det er meget u hensigtsmæssigt for studiets validitet, at medtage studier, hvor der kan være inkluderet kvinder med vandafgang. Dette kan skævvride resultatet i form af en overestimering, da der er større risiko for neonatal morbiditet. Ovenstående er begrundet med at langvarig vandafgang i sig selv er en risikofaktor for dårligt neonatalt outcome.

Hovedparten af de medtagne studier beskriver intervention ved 41 fulde uger. Tre af studierne har dog intervenseret mellem gestationsuge 37 og 40, disse er udført før år 1990. Fem studier har været mere afventende i igangsættelsesprocessen og har først intervenseret efter 42 fulde uger - det sidste er udført i 1997 (ibid:5). Der er inddraget studier, der igangsætter ved GA 37-40, disse kvinder kan mistænkes for at være gravide med høj risiko, da de igangsættes før terminsdatoen. Dette kan ligeledes skævvride resultatet i form af en overestimering, da der er risiko for sammenblanding af lav- og høj risiko gravide.

Størsteparten af studierne har ikke beskrevet de cervikale forhold forud for igangsættelsen. Seks studier beskriver dog, at kvinderne havde umodne cervikale

---

<sup>3</sup> Anvendt på 22 gravide kvinder i Martin-studiet fra USA, 1989. (Gülmezoglu & Crowther & Middleton 2009:20)

forhold, og to studier angiver, at kvinderne havde modne cervikale forhold. Graden af modenhed blev vurderet ved hjælp af Bishop score<sup>4</sup> (ibid:5). Det er u hensigtsmæssigt, at ikke alle studier beskriver cervikal modenhed, idet denne faktor må formodes at kunne have betydning for det føtale outcome, idet der f.eks. kan være større risiko for asfyksi og lav Apgar score ved langvarige igangsættelser. Havde metaanalysen stratificeret for cervix modenhed, ville resultaterne muligvis se anderledes ud. Dette har som bekendt ikke været muligt, da hovedparten af studierne ikke har inddraget denne faktor som kriterium.

#### **4.1.3 Datamateriale** - Maja

For at afklare om de enkelte studier kunne anvendes, vurderede forskerne studierne kvalitet. Det er beskrevet, at to af forskerne bag metaanalysen uafhængigt af hinanden evaluerede potentielt interessante studier og herefter udtrak data. Dette øger validiteten, da studierne er vurderet uafhængigt af hinanden af to personer (Andersen & Matzen 2010:150).

Endvidere beskriver forskerne, at de udelukkende inddrog studier af høj kvalitet, uden at skelne til studierne resultater og sammenlignelighed samt at eventuelle uenigheder om, hvorvidt et studie skulle medtages, blev løst ved intern diskussion (Gülmezoglu & Crowther & Middleton 2009:4).

Der er beskrevet en klar og omfattende søgestrategi. Forskerne bag metaanalysen har hvert kvartal søgt på Cochrane Central Register of Controlled Trials. De har haft ugentlige søgninger på MEDLINE. Gennemøgning af 30 tidsskifter samt modtaget referater fra store konferencer. Desuden fik forskerne straks besked fra yderligere 44 tidsskifter samt svar på email fra BioMed, hvis der var ord der matchede deres søgning (ibid:4).

---

<sup>4</sup> Bishops score: Refererer til fem parametre, som vurderes ved vaginal exploration: collums- længde, konsistens og position, orificiums dilatation og ledede fosterdels stand. (Larsen & Skajaa & Westergaard 2007:353)

Den metodologiske kvalitetsvurdering bestod af:

1. **Allokering:** Forskerne inddelte studierne i tre kategorier ud fra kvalitet: Tilstrækkelig, uklar eller mangelfuld. De studier der blev klassificeret som mangelfulde blev ekskluderet.
2. **Blinding af behandler:** Hvorvidt personerne, der udfører behandlingen var blindet. I studier som disse, er dette svært at efterkomme, da sygehuspersonalet er med ved igangsættelse af fødslen, og derfor er det ikke muligt at skjule for behandlerne.
3. **Blinding af dataindsamler:** Hvorvidt dataindsamlerne var blindet i forhold til studiets resultater.
4. **Frafald:** Hvorvidt frafald i studierne blev systematisk nedskrevet og klarlagt. Hvis der i de undersøgte studier var uforklarlige skævheder, eller hvis resultatet kun var gældende for under 80 % af deltagerne, blev den enkelte undersøgelse ikke medtaget. Forholdt det sig således for alle resultater i studiet, blev studiet ekskluderet. (ibid:4)

#### **4.1.4 Måling af resultater** - Tea

Metaanalysens primære effektmål var perinatal mortalitet<sup>5</sup>. Desuden blev følgende sekundære neonatale- og maternelle effektmål undersøgt parallelt: dødfødsel, asfyksi, overflytning til neonatalafdeling, neonatale kramper, neonatal encefalopati, brug af krampestillende medicin, MAS, lungebetændelse, Apgar score <7/5 min., nerveudvikling i barndommen, fødselsmetode, operativ forløsning, analgesi, bristninger, langt fødselsforløb, post partum hæmorrhagi, fødselsangst, tilfredshed med forløbet, amning etableret ved udskrivelse og fødselsdepression (ibid:3-4).

#### **4.1.5 Intention-to-treat analyse** - Maja

En del af studierne er analyseret ved hjælp af intention-to-treat (ibid:5), hvilket betyder at kvinderne blev placeret i den gruppe, de var randomiseret til, uanset den behandling de modtog. Dette kan medføre at resultaterne sløres (Juul 2009:243), da en gruppe af kvinderne i metaanalysen ikke fik den behandling de egentlig var randomiseret til. 30 % af kvinderne, der var randomiseret til igangsættelse, gik i spontan fødsel. På samme vis blev kvinder, der var randomiseret til den afventende gruppe, sat i gang på obstetrisk

---

<sup>5</sup> Perinatal død defineres i metaanalysen som intrauterin fosterdød, samt nyfødte der dør i løbet af den første leveuge (Gülmezoglu & Crowther & Middleton 2009:3)



indikation, dog beskrives det ikke, hvor stor en procentdel disse kvinder udgør (Gülmezoglu & Crowther & Middleton 2009:5-6).

Det er ikke tydeligt beskrevet i metaanalysen, hvor mange af studierne der har anvendt intention-to treat analyse, hvilket nedsætter den interne validitet, da det må formodes at nogle af studierne, derfor anvender per protokol analyse. Ved en per protokol analyse bliver studiepopulationen analyseret efter den behandling, de i realiteten modtog. Denne metode modvirker randomiseringsprincippet, og grupperne er som udgangspunkt ikke længere sammenlignelige, og risiko for confounding øges dermed (Andersen & Matzen 2010:220).

#### **4.1.6 Analyse strategi** - Maja

Det angives i metaanalysen, at de statistiske analyser blev udført ved hjælp af Review Manager software (RevMan 2003). Data blev analyseret ved hjælp af relativ risiko (RR), et confidensinterval (CI) på 95 % samt en P-værdi med et signifikansniveau på  $<0,05$  (Gülmezoglu & Crowther & Middleton 2009:4).

For at resultaterne i en metaanalyse kan sammenfattes skal de være homogene (Andersen & Matzen 2010:146). Forfatterne vurderede homogeniteten ved, at vurdere de inkluderede studiers statistiske heterogenitet ved både at anvende chi-squared test og  $I^2$  statistik. En  $I^2$  værdi på mere end 50 % anses for at repræsentere en sand heterogenitet (Juhl 2009:70), det vil sige en forskel mellem data, der således ikke kan sammenholdes.

Hvis forfatterne ikke fandt en signifikant heterogenitet ( $I^2 < 25$  %), det vil sige at forskellene mellem data var så små, at de kunne sammenlignes, blev data sammenlagt via en fixed-effekt model. På variabler hvor forskerne fandt heterogenitet, forsøgte forskerne at identificere kilderne til heterogeniteten og undlod at analysere på de ikke homogene variabler (Gülmezoglu & Crowther & Middleton 2009:4).

#### **4.1.7 Resultater** – Tea

Forskerne inddelte kvinderne i grupper ud fra gestationsalder og tidspunkt for igangsættelse: 37-40 uger, 41 fulde uger og 42 fulde uger. Disse blev sammenholdt med kvinder der spontant gik i fødsel.

Graviditas prolongata  
- Kvindens valg?

---

Perinatal død

Tabel 1.1. Sammenligning af risiko for perinatal død i undersøgelsesgrupperne fordelt på gestationsalder.

<b>Tabel 1.1.</b>	<b>37-40 uger</b>		<b>41 fulde uger</b>		<b>42 fulde uger</b>	
<b>Subtotal</b>	Perinatal død/ Igangsættelse	Perinatal død/ Afvente	Perinatal død/ Igangsættelse	perinatal død/ Afvente	Perinatal død/ Igangsættelse	Perinatal død/ Afvente
	0/299	2/285	0/2835	6/2808	1/151	3/145
<b>RR/CI 95 %</b>	0,32 (0.03-3.09)		0,25 (0.05-1.18)		0,41 (0.06-2.73)	
<b>P-værdi</b>	0,33		0,081		0,36	

(frit efter ibid:31)

Der var færre perinatale dødsfald i gruppen med de igangsatte kvinder i alle de tre undersøgte perioder. Forskellene er ikke statistiske signifikante, da CI indeholder 1 i alle tre grupper, og desuden er p-værdien > 0,05.

Analyseres gruppen for igangsættelse i GA 41 sammen med gruppen for igangsættelse i GA 42, er RR 0,30 (95 % CI 0,09-0,99), hvilket betyder, at igangsættelse i GA 41 og GA 42 giver en 70 % mindre risiko for perinatal mortalitet i forhold til den afventede gruppe (ibid:6). Forskellen er statistisk signifikant, da 1 ikke er indeholdt i CI, men idet CI ligger meget tæt på 1, er der risiko for type 1 fejl.

Ekskluderes dødsfald på grund af medfødte misdannelser, er der ingen dødsfald i gruppen for igangsættelse og ni dødsfald i den afventende gruppe, hvoraf fire var perinatale dødsfald, og fem var neonatale dødsfald (ibid:6). Der nævnes intet om, hvorvidt de ni dødsfald fandt sted hos kvinder med obstetriske komplikationer, eller om det var hos kvinderne, der reelt afventede spontan fødsel (ibid:31).

Graviditas prolongata  
- Kvindens valg?

Asfyksi

Tabel 1.5. Sammenligning af risiko for asfyksi i undersøgelsesgrupperne fordelt på gestationsalder.

<b>Tabel 1.5</b>	<b>37-40 uger</b>		<b>41 fulde uger</b>		<b>42 fulde uger</b>	
<b>Subtotal</b>	Asfyksi/ Igangsættelse	Asfyksi/ Afventen	Asfyksi/ Igangsættelse/	Asfyksi/ Afventen	Asfyksi/ Igangsættelse	Asfyksi/ Afventen
	0/0	0/0	1/124	0/125	0/0	0/0
<b>RR/CI 95 %</b>	0,0 (0.0-0.0)		3,02 (0.12-73.52)		0,0 (0.0-0.0)	
<b>P-værdi</b>			0,50			

(frit efter ibid:34)

Ved gennemgang af alle studierne ses, at der kun blev indrapporteret et enkelt tilfælde af asfyksi. Dette var i studiet Chanrachkul fra 2003, og hændelsen af asfyksi skete i igangsættelsesgruppen i GA 41. Det er vanskeligt at konkludere noget på asfyksi-parameteret, da det udelukkende bygger på ét studie med 250 deltagere, og da der kun er ét tilfælde af asfyksi, medfører dette et bredt CI, og dermed et usikkert estimat med risiko for type 1 fejl.

Desuden blev der rapporteret om flere tilfælde af genoplivning i igangsættelsesgruppen i Breart studiet fra 1982 – 29/481 versus 7/235, RR 2,02 (CI 0,90-4,55). Dette er ligeledes ikke signifikant (ibid:6).

Mekoniumaspiration (MAS)

Tabel 1.6. Sammenligning af risiko for MAS i undersøgelsesgrupperne fordelt på gestationsalder.

Graviditas prolongata  
- Kvindens valg?

<b>Tabel 1.6</b>	<b>37-40 uger</b>		<b>41 fulde uger</b>		<b>42 fulde uger</b>	
<b>Subtotal</b>	MAS/ Igangsættelse 0/0	MAS/ Afventen 0/0	MAS/ Igangsættelse 6/663	MAS/ Afventen 22/662	MAS/ Igangsættelse 6/197	MAS/ Afventen 9/191
<b>RR/CI 95 %</b>	0,0 (0,0-0,0)		0,29 (0,12-0,68)		0,66 (0,24-1,81)	
<b>P-værdi</b>			0,0048		0,42	

(frit efter ibid:35)

Risiko for MAS nedsættes signifikant ved igangsættelse i GA 41, RR 0,29 (CI 0,12-0,68) og desuden er p-værdien <0,05. Der var ikke en signifikant forskel i GA 42, hvor RR er 0,66 (CI 0,24-1,81). Forskellen kan med en vis sandsynlighed tilskrives en tilfældighed, da datamaterialet er småt (ibid:35), og dermed er der en vis risiko for type 2 fejl.

Apgar score <7/5 min.

Tabel 1.8. Sammenligning af risiko for Apgar score <7/5 min. i undersøgelsesgrupperne fordelt på gestationsalder.

<b>Tabel 1.8</b>	<b>37-40 uger</b>		<b>41 fulde uger</b>		<b>42 fulde uger</b>	
<b>Subtotal</b>	Apgar-score <7/5 min./ Igangsættelse 0/0	Apgar-score <7/5 min./ Afventen 0/0	Apgar-score <7/5 min./ Igangsættelse 21/2187	Apgar-score <7/5 min./ Afventen 25/2185	Apgar-score <7/5 min./ Igangsættelse 1/313	Apgar-score <7/5 min./ Afventen 7/309
<b>RR/CI 95 %</b>	0,0 (0,0-0,0)		0,85 (0,48-1,48)		0,24 (0,05-1,10)	
<b>P-værdi</b>			0,56		0,065	

(frit efter ibid:37)

Der ses ingen signifikant forskel på outcome målt i Apgar score <7/5 min., ved GA 41 eller 42. GA 41, RR 0,85 (CI 0,48-1,48). GA 42 RR 0,24 (CI 0,05-1,10). Det kan skyldes det lille datamateriale, og resultatet må derfor anføres som usikkert (ibid:37).

**4.1.8 Studiets konklusion** - Maja

Metaanalysen konkluderer, at alle lav-risiko gravide kvinder bør tilbydes igangsættelse i GA 41, da forskerne konkluderer, at der er mindre risiko for perinatal død forbundet med igangsættelse i 41. Desuden finder forskerne ikke en større risiko for sectio eller

instrumentel forløsning associeret med igangsættelse. Forfatterne konkluderer derfor, at hvis spontan fødsel afventes, bør der foretages fosterovervågning gentagne gange.

Derfor konkluderes det, at det kunne være gavnligt, at sammenligne dette studie med et studie omhandlende kvinders holdning til igangsættelse (ibid:8).

#### **4.1.9 Intern validitet** - Tea

Et vigtigt aspekt, når validiteten af en metaanalyse skal vurderes, er de respektive studier, idet en metaanalyse aldrig er bedre end de inddragne studier, hvilket betyder, at metaanalysen ikke er bedre end det svageste led, dog ligger metaanalyser højest i evidenshierakiet (Juul 2009:174) og betragtes derfor som stærk og valid evidens.

Metaanalysens forskere opstiller udelukkende en hypotese uden at opsætte en nulhypotese. Dette er problematisk, da forskerne på den baggrund kan mistænkes for at have et forudindtaget formål med metaanalysen – at igangsættelse er det mest hensigtsmæssige. Derfor kan det tænkes, at forskerne bevidst eller ubevidst kan have fravalgt studier, der viser det modsatte af studiets hypotese.

Ovenstående kan ligeledes bekræftes af det faktum, at forskerne bag metaanalysen ikke var blinde i forhold til studierne resultater, hvilket kan medføre selektionsbias, da forskerne har haft vished om de respektive studiers resultat og har derved haft mulighed for at selektere studier fra, der ikke fremkom med et ønskeligt resultat. Selvom forskerne beskriver, at de ikke tog studierne resultater i betragtning, kan det tænkes, at de ubevidst har været påvirket af denne viden i udvælgelsen og vurderingen af studierne. Endvidere beskriver forskerne, at eventuelle uenigheder blev diskuteret og løst internt i gruppen. Her må bemærkes, at det formentlig havde gavnet studiets interne validitet, hvis eksterne eksperter havde udredt uenigheder forskerne imellem.

Forskerne beskriver, at to af de inddragne studier udelukkende findes som abstracts. Forskerne har dog alligevel valgt at anvende materialet i metaanalysen, dog med stor risiko for informationsbias, såvel som selektionsbias, da forfatterne ud fra et abstract ikke kan få fyldestgørende information om studiet.

Studerer de respektive studier enkeltvis, fremgår det, at kun to studier (Hannah fra 1992 og NICHHD fra 1994) ud af de 19 studier har beskrevet randomisering. Dette sætter spørgsmålstegn ved, hvor valid randomiseringsprocessen har været.

Vi finder det problematisk, at nogle af studierne er af relativ ældre dato. Således er flere af studierne udført i 1970'erne og 1980'erne – og et enkelt i 1969, dette medfører, at studierne relevans anno 2011 kan betvivles.

De studier der rapporterer om perinatale dødsfald er fra 1969 til 2005. Det skal pointeres, at ti perinatale dødsfald er fra før 1993 og et er efter. Når der tales om overvågning af foster i 1969 frem til i dag, kan det betvivles om fosterovervågningsmetoderne i denne periode overhovedet er sammenlignelige. De nyeste studier fra 2003 og 2005 danner bedre grundlag for sammenligning, men også efter den periode er der sket meget. Forskerne beskriver, at fostrene i den afventende gruppe i de nyere studier blev overvåget med forskellige metoder, såsom CTG, måling af AFI og daglig registrering af fosterbevægelser. CTG og måling af AFI blev sandsynligvis ikke benyttet i de gamle studier.

Teknikken inden for fostervåkning er konstant i udvikling, og der kommer konstant fintfølede måleudstyr, hvorfor det er usikkert, hvorvidt de anvendte fosterovervåkningsteknikker har været tilstrækkelige. STAN<sup>6</sup> (ST-ANalyse) er blevet en fast del af hverdagen på flere af landets sygehuse i Danmark, scanningsapparater er stadig mere præcise, og det er muligt at opspore truede fostre. Derfor stiller vi os kritiske overfor, om resultaterne fra de ældre studier er overførbare til de danske sygehuse med de monitoreringsmuligheder, vi nu anvender.

Ligeledes finder vi terminfastsættelsesmetoden tvivlsom. I dag anvendes avanceret udstyr i form af ultralydsscanninger for at beregne en nøjagtig terminsdato. En præcis og ensartet form for terminfastsættelse er særdeles vigtig i spørgsmålet om GP.

Tidligere blev terminsdatoen fastlagt ud fra kvindens sidste menstruations første dag. Dette må derfor antages, at være den brugte metode for en stor procentdel af de ældre

---

<sup>6</sup>STAN systemet er baseret på ST-intervallets mulighed for at afspejle hjertemuskulaturens funktion i forbindelse med belastning. Hos fosteret er hjerte og hjerne lige følsomme eller ufølsomme for iltmangel. Man kan derfor bruge hjertefunktionen, som et mål for, hvordan hjernen har det under fødslen (Neoventa 2006:22)

studier, hvilket i dag anses som værende en forholdsvis usikker beregningsmetode. Terminsscanning blev først indført i Danmark i 1980'erne (Sundhedsstyrelsen 2006a:15), så derved kan mange af de inddragne studiers validitet betvivles.

Der kan stilles spørgsmålstegn ved, hvorvidt metaanalysens validitet kompromitteres, idet studiernes effektmål, selv ved pooling af data, ikke er hyppige, og det er derfor et relativt lille datamateriale der undersøges og konkluderes på. Kvantitative studier har til formål at kunne bruges generaliserende på målpopulationen, hvorfor denne forskningsmetode lægger vægt på, at der indgår store studiepopulationer. Hannah-studiet med en studiepopulation på 3418 er det største studie, som indgår i metaanalysen. Ingen af de andre studier når tilnærmelsesvist op på den størrelse. Det kan derfor betvivles, hvor generaliserbart f.eks. Martin-studiet er, da studiepopulation kun er på 22 kvinder. Det undrer os, hvorfor forskerne har medtaget dette studie. Endvidere benytter Martin-studiet sig af larmina som igangsættelsesmetode. Denne metode benyttes ikke i moderne obstetrik.

Resultaterne bør på baggrund af ovenstående analyse tages med forbehold. Det virker som enkelte tendenser og ikke tydelige signifikante forskelle. Ved mange af de undersøgte effektmål er studiepopulationerne meget små og effektmålene meget sjældne, og det er derfor svært at komme med en konklusion på baggrund heraf. På grundlag af ovenstående, vurderes den interne validitet som svag.

#### **4.1.10 Ekstern validitet** - Maja

Ekstern validitet er en vurdering af, om studiet kan generaliseres til andre populationer og andre tider (Juul 2009:242). Først og fremmest kan nævnes, at metaanalysen bygger på 19 studier, hvoraf syv af studierne er fra ikke-vestlige lande mere nøjagtigt landene Thailand, Kina, Tyrkiet og Indien. Dette kan problematiseres, da der ukritisk sammenlignes på studier fra lande, der må formodes, bl.a. at have en helt anden monitoreringsteknik af fosteret. I metaanalysen er det ikke beskrevet hvilke fostermonitoreringsteknikker og terminsberegningsmetoder der er anvendt, hvorfor vi antager, at der anvendes en mere upræcis terminsberegning end vestlige lande. Desuden kan det synes vanskeligt, at sammenligne studiepopulationerne når de kommer fra forskellige kulturer. Ydermere kan definitionen af en "lav-risiko graviditet" umiddelbart

skønnes meget forskellig ud fra om kvinden er gravid i et vestligt eller ikke-vestligt land.

Vi må udlede af såvel analysen af den interne samt eksterne validitet, at metaanalysen ikke uden forbehold kan generaliseres til danske forhold. Den eksterne validitet vurderes ligeledes som lav.

## **4.2 Præsentation og analyse af RCT studiet – “Women’s experiences and attitudes towards expectant management and induction of labor for post-term pregnancy” (Heimstad et al. 2007) (bilag 3).**

### **4.2.1 Baggrund og formål** - Maja

Forskernes baggrund for at udarbejde studiet var bl.a., at de retningslinjer der foreligger på området, omkring igangsættelse i forhold til at afvente spontan fødsel, varierer.

Desuden har et tidligere studie - ”*Induction of Labor or Serial Antenatal Fetal Monitoring in Postterm Pregnancy*” (Heimstad et al. 2007a) påvist, at der ikke er nogen signifikant forskel på den neonatale og materielle morbiditet ved igangsættelse i GA 41 i forhold til at fortsætte med fosterovervågning. På baggrund af dette fandt forskerne det interessant at undersøge, hvad kvinders holdning til denne problemstilling er, da der ikke findes mange studier omhandlende dette område (Heimstad et al. 2007:950-951).

Studiets formål var, at undersøge kvinders oplevelse af rutinemæssig fosterovervågning i forhold til igangsættelse af fødsel. Endvidere ønskede forskerne, at undersøge norske kvinders holdning til at være gået over termin og til igangsættelse af fødsel, samt hvilke præferencer de havde til håndtering af postterm graviditet (ibid:951).

### **4.2.2 Studiedesign og inklusions- og eksklusionskriterier** - Maja

Studiet er en del af et større RCT, som blev udført i Norge på St. Olavs hospital, Trondheim University hospital. Studieperioden er fra september 2002 til juli 2004 (ibid:951).

Studiets inklusionskriterier var nulli- og multipara i GA 41 med singeltongraviditet i hovedpræsentation uden PROM (primary rupture of membranes  $\geq$  GA 37+0) (ibid:951, 953). Vi vurderer, at inklusionskriterier er relevante, da forskerne ønskede, at undersøge



kvinders holdning til GP blandt lav-risiko gravide. Der kan dog opstå selektionsbias ved at medtage nulli- såvel som multipara, da kvinderne ikke har noget reelt sammenligningsgrundlag, da de ikke både kan blive igangsat og samtidig afvente spontan fødsel, og derudaf vurderer hvad der er bedst. Således kan de ikke sammenlignes.

Kvinderne modtog information om studiet ved rutine ultralydsskanningen i GA 18. De 614 kvinder som gik over terminsdatoen, blev inviteret til at deltage i studiet (Heimstad et al. 2007a:610). Af disse blev følgende kvinder ekskluderet: 10 kvinder kunne ikke tale flydende norsk. 47 kvinder ønskede ikke at deltage i forsøget. 49 kvinder blev ekskluderet pga. logistiske problemer i form af afstand til sygehuset, plukkeveer, manglende kapacitet på fødegangen, lukket randomiseringskontor og at nogle kvinder ikke kunne kontaktes (Heimstad et al. 2007:951).

Den endelige studiepopulation var på 508 kvinder (ibid:952).

Vi finder ligeledes, at eksklusionskriterierne er relevante, dog har studiet ikke beskrevet, hvorvidt høj-risiko gravide er ekskluderet, hvilket kan medføre selektionsbias. Vi må formode, at disse kvinder ikke er medtaget, da det ville være etisk uforvarsligt, at lade disse kvinder fortsætte med fosterovervågning efter terminsdatoen, men det er ikke præciseret i studiet.

Ved en analyse af kvantitative studier er det desuden relevant, at forholde sig til størrelsen af studiepopulationen. I kvantitative studier er et afgørende parameter, at studiepopulationen er så stor, at der kan påvises et signifikant resultat. Ved hjælp af en styrkeberegning kan det udregnes, hvor stor studiepopulationen bør være.

Styrkeberegningen udføres desuden af økonomiske og etiske hensyn samt for at undgå type 1 og type 2 fejl. Ved type 1 fejl menes, at nulhypotesen fejlagtigt forkastes, mens en type 2 fejl vil sige, at nulhypotesen fejlagtigt accepteres (Juul 2009:73-74). I artiklen er det ikke nævnt, om der er foretaget en styrkeberegning, hvorfor vi må antage, at dette ikke er udført.

#### **4.2.3 Randomisering** - Tea

Kvinderne blev randomiseret via en computer i GA 41 til igangsættelse inden for 24 timer efter randomiseringen eller fosterovervågning hver 3. dag indtil spontan fødsel.

Det er en styrke for studiet, at randomisering er foregået ved hjælp af en computer (ibid:951), da dette modvirker manipulation i forbindelse med randomiseringen.

Randomiseringen sørgede for en ligelig fordeling i forhold til - etnicitet, gestationsalder, paritet, rygning, estimeret føtalvægt samt maternel- højde, alder, vægt og body mass index (BMI) (Heimstad et al. 2007:953).

254 kvinder blev randomiseret til igangsættelse, heraf fødte 36 (14 %) kvinder spontant før PP blev iværksat, én kvinde fik udført sectio, og to kvinder afslog at deltage. Den endelige igangsættelsesgruppe endte på 215 kvinder. De resterende 254 kvinder udgjorde fosterovervågningsgruppen, heraf blev 59 (23 %) kvinder igangsat på medicinsk indikation, to kvinder fik udført sectio, én afslog at deltage og 19 kvinder blev igangsat i GA 42+5, da fødslen endnu ikke havde indtrådt på dette tidspunkt. Dermed blev den endelige fosterovervågningsgruppe på 173 kvinder (ibid:952).

Igangsættelsesmetoden afhang af collums modenhed vurderet ved Bishops score. Ved umoden collum (Bishops score <6) fik kvinden oplagt 50 µg misoprostol i fornix posterior hver 6. time. Havde kvinden tidligere fået udført operative indgreb på uterus blev der oplagt 0,5 mg dinoproston hver 12. time. Ved moden collum (Bishops score ≥6) blev der udført amniotomi efterfulgt af oxytocin infusion (ibid:951).

#### **4.2.4 Dataindsamling** - Tea

Forskerne indhentede data fra kvinderne ved hjælp af et spørgeskema ved inklusionen i GA 41 og ved et telefoninterview seks-otte måneder post partum (ibid:951).

Spørgeskemaet havde til formål at klarlægge kvindernes holdning til postterm graviditet. Spørgeskemaet blev udarbejdet i samarbejde med jordemødre, kollegaer og gravide kvinder, og blev derefter testet i et pilotstudie (ibid:951). Dette sikrer, at betydningen af spørgsmålene er testet, og det har været muligt at ændre på spørgsmålene, før de er blevet anvendt på studiepopulationen. Dette styrker den interne validitet. Svarmulighederne i spørgeskemaerne var inddelt på en skala fra 1-4, 1 var lig med total enighed og 4 total uenighed (ibid:951).

Seks-otte måneder post partum deltog studiepopulationen i et individuelt semistruktureret telefoninterview. 78 % af telefoninterviewene blev udført af

hovedforskeren, og de resterende blev udført af en sekretær. Svarene fra telefoninterviewene blev behandlet på samme måde som spørgeskemaerne, ved at blive transformeret til en talværdi (ibid:951).

Et vigtigt forhold, som kan være med til at styrke RCT-forskningsdesignet, er graden af blinding (Andersen & Matzen 2010:62). Det må antages, at spørgeskemaundersøgelsen har været blindet, selv om det ikke er beskrevet i studiet, idet spørgeskemaundersøgelsen er foretaget før randomiseringen. Således har både kvinderne og forskerne været blindet, hvilket styrker den interne validitet. I diskussionen nævner forskerne, at det ikke har været muligt, at blinde post-partum telefoninterviewene, da forskerne har spurgt ind til interventionen, hvilket ses i tabel IV (bilag 3), hvor svarene er opdelt i igangsættelsegruppe og fosterovervågningsgruppe. Den manglende blinding gør, at der er risiko for informationsbias, da viden om fordelingen ubevidst kan påvirke interviewerne, hvilket kan medføre usikkerhed omkring resultaterne.

#### **4.2.5 Resultater** - Maja

Resultaterne blev analyseret ud fra intention-to-treat princippet. Signifikansniveauet blev sat til en p-værdi på  $< 0,05$  (ibid:951).

500 (98 %) af kvinderne besvarede spørgeskemaundersøgelsen. Årsagen til at de resterende otte ikke besvarede spørgeskemaet var, at tre kvinder fik udført akut sectio, tre kvinder ønskede ikke at deltage og ved to af kvinderne var årsagen ukendt (ibid:952).

Spørgeskemaerne viste, at havde kvinderne haft mulighed for at vælge mellem igangsættelse eller afvente spontan fødsel havde 371 (74 %) valgt, at blive igangsat med det samme, selvom 208 (41 %) af kvinderne troede at komplikationsraten ville stige ved igangsættelse (ibid:953).

Mere end 95 % af kvinderne mente, at det ville være sikkert at fortsætte graviditeten posttermt, hvis en læge eller fosterovervågningen havde givet garanti for, at alt var normalt (ibid:953)

Telefoninterviewet seks-otte måneder post partum blev udført på 496 af de 508 kvinder (98 %). Tre ønskede ikke at deltage, og ni kunne ikke kontaktes (ibid:952).

Kvinderne blev i telefoninterviewet spurgt om, hvorvidt de gerne ville randomiseres til den samme gruppe som i dette studie, i tilfælde af at forsøget skulle gentages. I igangsættelsesgruppen ville 184/250 (74 %) gerne i den samme gruppe igen, hvorimod kun 94 ud af de 246 kvinder (38 %) ( $p < 0,001$ ) fra fosterovervågningsgruppen ville i samme gruppe ved et lignende forsøg (ibid:952).

Ved telefoninterviewet var kvindernes holdning til igangsættelse ændret i forhold til ved spørgeskemaundersøgelsen. Antallet af kvinder der mente, at igangsættelse skulle være obligatorisk ved GA 41, var større ved telefoninterviewet. Således var 113 ud af de 500 kvinder (22,6 %) positive overfor igangsættelse ved spørgeskemaundersøgelsen. Ved telefoninterviewet var 164 ud af 496 kvinder (33,1 %) ( $p < 0,001$ ) fortalere for igangsættelse (ibid:953), hvilket giver en signifikant stigning af antal kvinder, som ønsker tidlig igangsættelse i GA 41.

84 % af de kvinder som blev igangsat rapporterede, at de oplevede igangsættelsen, som en positiv oplevelse. 28 kvinder sagde, at de aldrig ville igangsættes igen (ibid: 952,953).

#### **4.2.6 Forskernes konklusion** - Tea

Forskerne konkluderede på baggrund af studiets resultater, at de fleste kvinder ønskede, at bliver igangsat ved GA 41. De kvinder som ikke blev randomiseret til igangsættelse foretrak fortrinsvis igangsættelse ved en kommende graviditet. Kvinderne var hovedsageligt positive over for igangsættelse. Forskerne foreslog på baggrund af dette, at igangsættelse skal tilbydes i GA 41. Forskerne mente endvidere, at afventende holdning med fosterovervågning op til GA 43 også er en hensigtsmæssig håndteringsmetode. Beslutningen bør derfor være op til kvinden (ibid:955).

#### **4.2.7 Intern validitet** - Maja

Studiet er som ovenfor nævnt et RCT og bygger derfor på den kvantitative forskningsmetodologi, hvor der primært undersøges talstørrelser. Et RCT bliver, som tidligere nævnt, betragtet som det stærkeste studiedesign og ligger højest i evidenshierakiet, kun overgået af metaanalyser og systematiske reviews (Juul

2009:175). I kvalitative studier undersøges menneskers følelser, holdninger og oplevelser (Matzen & Andersen 2010:186). Da studiets formål er, at undersøge kvinders oplevelser og holdninger i forhold til GP, ville studiet have været mere nuanceret, hvis det var udarbejdet i henhold til de kvalitative forskningsstandarder. Studiets resultater opgøres udelukkende i talstørrelser, hvilket bevirker, at studiet bliver langt mere indsnævret og firkantet.

Ved telefoninterviewene er der risiko for recall bias, idet telefoninterviewet er foretaget seks-otte måneder efter partus, hvilket er forholdsvis lang tid efter begivenheden. Dette kan være ensbetydende med, at nogle af kvinderne ikke har deres fødsel i frisk erindring. Dette kan bevirke, at kvinderne svarer mere positivt/negativt, end de ville have gjort, hvis telefoninterviewet havde været foretaget inden for f.eks. en måned efter partus, hvor fødslen stadig havde været i frisk erindring. Forskerne påpeger i diskussionen, at reliabiliteten falder med tiden, men de konkluderer, at en kvindes fødsel er en så stor begivenhed, at detaljer omkring denne ikke umiddelbart glemmes (ibid:954). Telefoninterviewene er udført af to personer, hvilket kan medføre informationsbias, idet det ikke med sikkerhed kan vides, om kvinderne er blevet spurgt om de eksakt samme ting, og desuden kan der være variation i måden at stille spørgsmålene på. F.eks. kan de personer, som udfører interviewene, lade spørgsmålene gå i en bestemt retning, således at kvindernes svar påvirkes af interviewernes spørgsmål, hvilket kan medføre en skævvridning af resultaterne.

Resultaterne er analyseret efter intention-to-treat princippet. Jævnfør studiet var der 36 (14 %) i igangsættelsesgruppen som fødte spontant og 59 (23 %) i fosterovervågningsgruppen, som blev igangsat på medicinsk indikation (ibid:952). Der er således en del af kvinderne, som har "skiftet gruppe" undervejs i forsøget. Dette kan medføre en ikke-differentieret misklassifikation, som kan bevirke en underestimering af en eventuel effekt (Juul 2009:157). Det kunne derfor have været interessant, at supplere intention-to-treat analysen med en per protokol analyse for at se, hvorvidt det ville have haft en indvirkning på resultaterne.

Ovenstående analyse af studiet og den interne validitet tilkendegiver klart, at studiet har adskillige kritikpunkter. På baggrund af dette, kan der sættes spørgsmålstejn ved

resultaternes interne validitet og anvendelighed. Vi vurderer derfor, at den interne validitet er lav.

#### **4.2.8 Ekstern validitet** - Tea

I relation til problemformuleringen er det afgørende at vurdere, hvorvidt studiets resultater kan generaliseres til danske postterme gravide kvinder mhp. at afgøre, hvorvidt vi kan anvende resultaterne til at besvare problemstillingen. Studiet er udført i Norge, hvorfor studiet umiddelbart skulle kunne overføres til Danmark, da vi må antage, at Norge er demografisk sammenligneligt med Danmark.

Det skal dog påpeges, at den igangsættelsesmetode, som er anvendt i studiet, ikke er forenelig med de danske igangsættelsesmetoder, da DSOG's guideline fra 2003 anbefaler, at der anvendes en dosis på 25 µg misoprostol til igangsættelse (DSOG 2003: 6-7) i stedet for 50 µg, som er anvendt i dette studie, hvilket kan have medført mere intensive veer og evt. hyperstimulation. Dette anfører forskerne også i diskussionen. På den anden side kan der argumenteres for, at en dosis misoprostol på 25 µg kunne resultere i en længerevarende modning af cervix, og at kvinderne hermed ville være mere tilbøjelige til, at være utilfredse med igangsættelsen, da denne ville tage længere tid.

Grundet igangsættelsesmetoden som er anvendt i studiet, mener vi, at det er svært, at overføre resultaterne til de danske fødegange, da de ikke er i overensstemmelse med dansk praksis. Desuden mener vi, jævnfør analysen af den interne validitet, at der kan sættes spørgsmålstejn ved studiets resultater, hvorfor vi mener, at resultaterne generelt skal anvendes med forbehold i dansk obstetrik.

#### **4.3 Sammenfatning** - Tea

På baggrund af analysen af metaanalysen kan det konkluderes, at studiet ikke påviser signifikante forskelle i forhold til perinatal død, asfyksi og Apgar score <7/5 min. ved igangsættelse i GA 41 eller 42. I forhold til MAS ses en signifikant forskel i GA 41 i forhold til igangsættelse, hvorfor denne faktor er den eneste af de analyserede parametre, som taler for igangsættelse i GA 41. På baggrund af analysen finder vi dog, at studiet har væsentlige validitetsproblemer, som medfører, at der kan stilles spørgsmålstejn ved, hvorvidt resultaterne kan overføres til dansk obstetrik.

Jævnfør studiet af Heimstad et al. om kvindernes holdning til igangsættelse kan det konkluderes, at flertallet af kvinderne ønskede at blive igangsat i GA 41. På baggrund af analysen af studiets interne og eksterne validitet mener vi dog, at dette studiets resultater ligeledes ikke kan overføres til danske forhold.

I kraft af ovenstående konklusioner er det derfor ikke muligt at komme med en endegyldig konklusion på, hvornår det mest hensigtsmæssige igangsættelsestidspunkt er for lav-risiko postterme gravide kvinde - dels pga. studierne reducerede validitet, og dels pga. at hovedparten af resultaterne ikke påviser signifikante forskelle. Ej heller kan der konkluderes på kvindernes ønsker grundet forkert valg af forskningsdesign.

## **5. Teori og analyse af jordemoderens vejledning og støtte af kvinden**

- Tea

I henhold til ovenstående analyse af studiet af Heimstad et al. (2007), ønsker flertallet af kvinderne igangsættelse i GA 41. På trods af studiets validitetsproblemer er studiet en indikation på en udvikling, der ses i sundhedsvæsenet i forhold til patienters selvbestemmelse. På grundlag af bl.a. dette studie anbefaler DSOG i retningslinjen ”Graviditet efter termin”, at alle kvinder har født før GA 42+0, men samtidig lægges der op til, at det er kvindens valg, hvorvidt hun ønsker igangsættelse eller afvente den spontane fødsel (DSOG 2011:2). Denne valgmulighed, som kvinden stilles overfor, medfører både muligheder og udfordringer for jordemoderen, idet retningslinjerne lægger op til kvindens selvbestemmelse, hvilket kort belyses i nedenstående afsnit. Desuden resulterer retningslinjen i udfordringer for jordemoderen i kraft af vejledning i det informerede samtykke og risikokommunikation – dette aspekt behandles ligeledes i nedenstående. Emnerne vil blive gennemgået teoretisk, hvorefter de analyseres mhp., hvordan jordemoderen kan anvende dette i mødet med kvinden. De nye retningslinjer åbner endvidere mulighed for, at jordemoderen kan styrke kvinden i at håndtere afventen af den spontane fødsel. I forlængelse heraf vil vi belyse Richard S. Lazarus<sup>7</sup> og

---

<sup>7</sup> Richard Stanley Lazarus: 1922-2002, amerikansk professor i psykologi 1959-91 ved University of California, Berkeley. Lazarus var internationalt kendt for sin forskning i forbindelse med stress og coping. Hans teori har fundet stor anvendelse inden for bl.a. sundhedsforskning (Den Store Danske).

Susan Folkmans<sup>8</sup> mestringsstrategi for efterfølgende at analysere, hvordan jordemoderen kan medvirke til, at give kvinden redskaber til at passere terminsdatoen.

### **5.1 Autonomi i sundhedsvæsenet** - Tea

Autonomi betyder selvstyre, selvbestemmelse eller ordret ”det at være selvlovgivende”. Kontrasten til autonomi er paternalisme, dette svarer til en person, der optræder bedrevidende og forvalter beslutninger, der ikke angår personen selv (Birkler 2006: 31,32). Ser vi ca. 60 år tilbage i tiden på de danske sygehuse, herskede der høj grad af paternalisme, idet sundhedspersonalet blev anset som en autoritet (Birkler 2006:32). En praksis der er utænkelig på nutidens sygehuse. Patienterne sætter nu spørgsmålstegn ved, hvad den sundhedsprofessionelle informerer om og foretager sig, og det er dagligdag at denne bliver mødt med information, som patienten selv har opsøgt via bøger, blade og internet. Den sundhedsprofessionelle karakteriseres som en rådgiver, konsulent eller coach, og patienten er med til at træffe til- eller fravalg, hvorfor behandling ikke længere er et påbud, men skal anses som et tilbud.

Selvbestemmelse har ligeledes vundet indpas på de obstetriske afdelinger, da der gennem længere tid er blevet udført sectio på maternal request. Her har kvinden høj grad af selvbestemmelse – idet hun kan bestemme, hvorvidt hun ønsker sectio i stedet for vaginal fødsel. I forhold til fokuspunktet vedrørende PP begynder selvbestemmelse også at vinde ind her. Eftersom DSOG har bekendtgjort i deres nye retningslinje, at såfremt kvinden ønsker at afvente spontan fødsel, er dette en valgmulighed. Hvor det før var normalt at afvente spontan fødsel, skal kvinden nu ønske dette. Det er således med udgangspunkt i kvindens autonomi, at hun har ret til at til- eller fravælge PP.

I Tidsskrift for Jordemødre (april 2011) beskrives, hvorledes den nye retningslinje skal implementeres på fødegangene i Danmark. Udviklingsjordemoder Tove Bøttcher, Sygehus Sønderjylland udtaler: ”*det informerede valg er væsentligt og vi lægger vægt på, at igangsættelse er et valg ikke en anbefaling fra vores side*” (Tidsskrift for jordemødre 2011). Spørgsmålet er så, hvorledes dette kan kommunikeres til kvinderne. Aspektet belyses i nedenstående afsnit, som omhandler det informerede samtykke, risikokommunikation og mestringsstrategier.

---

<sup>8</sup> Susan Folkman, ph.d., er professor i medicin ved University of California, Berkeley (osher center for integrative medicin).



## 5.2 Informeret samtykke - Maja

I relation til ovenstående er det essentielt, at inddrage det informerede samtykke. Til det informerede samtykke er knyttet nogle lovmæssige forpligtigelser, som jordemoderen er underlagt. Disse vil vi inddrage relevante udsnit af i nedenstående afsnit.

Formålet med det informerede samtykke er at sikre, at patienters værdighed, integritet og selvbestemmelsesret respekteres (VEJ nr 161 af 16/09/1998:1). Hermed menes at kvinden har ret til, at til- eller fravælge behandling<sup>9</sup> på baggrund af den information, der videreformidles fra den sundhedsprofessionelle.

Ifølge ”Bekendtgørelse af sundhedsloven” skal enhver behandling indledes med et informeret samtykke. Et informeret samtykke skal være forudgået af fyldestgørende information (LBK nr 913 af 13/07/2010:§15). Derfor skal det informerede samtykke bestå af en dialog mellem patienten og sundhedspersonalet, hvor der udveksles oplysninger, stilles spørgsmål og opnås enighed om, hvilken behandling der skal iværksættes. Informationen skal indeholde tilstrækkelig oplysning om sygdomstilstand, behandlingsmuligheder, risici og bivirkninger mv., således at patienten kan tage stilling til behandlingsspørgsmålet. Oplysningerne og omfanget heraf må hvile på den gældende, gode faglige norm på området (VEJ nr. 161 af 16/09-98:3.2).

Denne formulering åbner for et svært aspekt inden for det informerede samtykke, da det lægger op til jordemoderen i hver enkelt situation at skønne, hvor omfattende informationen skal være, da den ifølge loven skal være ”tilstrækkelig”. Den enkelte kvinde kan have et forskelligt informationsbehov afhængig af hendes erfaring, viden og situation. Det kan på baggrund af ovenstående ofte være vanskeligt for jordemoderen at bedømme, hvor megen information der skal gives i den enkelte situation omkring risici, komplikationer og bivirkninger.

Det er desuden angivet, at ”informationen skal være mere omfattende, når behandlingen medfører nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger” (VEJ nr. 161 af 16/09-98:3.3). Det påhviler derfor jordemoderen, at foretage et skøn af, hvor stor risikoen er i forbindelse med en given behandling, og dermed i hvilken udstrækning og

---

<sup>9</sup> En behandling defineres som: undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje og sundhedsfaglige forebyggelsestiltag mv (VEJ nr 161 af 16/09/1998, kap.2)

hvor grundigt, der bør informeres om risici. I relation til nærværende projekt skal jordemoderen tage stilling til, hvor meget hun skal informere om eventuelle risici i forbindelse med igangsættelse og afventen af spontan fødsel. Dette skal gøres på baggrund af en overvejelse om, hvorvidt de komplikationer, der kan opstå som følge af henholdsvis igangsættelse eller afventen af spontan fødsel, skønnes at være omfattende samt en vurdering af graden af risici.

Dette problematiske aspekt giver anledning til at belyse risikokommunikation, i forhold til, hvordan jordemoderen kan videreformidle og håndtere risikokommunikation i det daglige møde med kvinden. Dette behandles i følgende afsnit.

### **5.2.1 Risikokommunikation** - Maja

Anskuer vi risikokommunikation i et større samfundsmæssigt perspektiv har samfundet ifølge sociolog Ulrich Beck<sup>10</sup> ændret sig fra et industrisamfund til et risikosamfund, der tager udgangspunkt i fremtidige farer og risici (Sørensen & Christiansen 2006:35).

Desuden bygger dagens samfund på individualisering, hvilket er ækvivalent med, at befolkningen skal tage et aktivt til- eller fravalg til alt lige fra banaliteter til store eksistentielle livsspørgsmål (ibid:67,75). I forlængelse af disse samfundstendenser følger også en massiv ansvarliggørelse af den enkelte, som Ulrich Beck beskriver som "all-risk" individualisering. Hermed menes, at det enkelte individ skal påtage sig de risici og den usikkerhed, som valgene medfører (ibid:77).

Disse samfundsmæssige tendenser gør sig ligeledes gældende inden for sundhedsområdet. Dette ses bl.a. ved, at den evidensbaserede behandling har vundet indpas, hvilket har betydet, at videnskaben er blevet i stand til at identificere flere og flere risikofaktorer (Sundhedsstyrelsen 2005:8). Dette har bl.a. medført, at de sundhedsprofessionelle er blevet mere opmærksomme på de risici, det kan medføre, at udføre en given behandling, hvorfor de sundhedsprofessionelle i større grad er blevet pålagt samt er bevidste om at informere om risici, da det informerede samtykke er baseret på selvbestemmelse og dermed en forventning om, at patienten ønsker at tage et aktivt valg.

---

<sup>10</sup> Ulrich Beck: f. 1944, tysk sociolog, professor ved universitetet i München siden 1992. Han blev internationalt kendt for sin bog *Risikogesellschaft* (1986, da. *Risikosamfundet*, 1997) med temaer som videnskabens nye rolle, individualisering i arbejdslivet, sociale bevægelers rolle i politik og globalisering af miljøproblemer (Den store danske).

Patienterne kan få modstridende oplysninger om risici fra medierne og sundhedsvæsenet, hvilket kan bevirke en usikkerhed hos patienterne og resultere i, at patienten drager sine egne fortolkninger af, hvad der er korrekt og forkert. Når patienter præsenteres for information om risici, sker der en fortolknings- og meningsskabende proces, hvor individets betydnings- og erfaringsunivers bringes i spil. Subjektive erfaringer – omend de repræsenterer helt specielle og sjældne tilfælde – udgør ofte det primære pejlemærke for personens fortolkning og handling, og den videnskabelige viden står derfor aldrig alene (Sundhedsstyrelsen 2005:10-12).

I henhold til det informerede samtykke og DSOG's retningslinje "Graviditet efter termin" er det af stor betydning, at jordemoderen er ekspert i at kommunikere om de sundhedsmæssige risici, der kan være forbundet med kvindens valgmuligheder på en "tilstrækkelig måde" - som anført i afsnittet om det informerede samtykke, så kvinden har mulighed for at tage et valg på baggrund af velfunderet information.

Konkretiseres risikokommunikation i forhold til hvilke redskaber jordemødre kan anvende i relation til videreformidling af risici om GP, er det i første omgang afgørende, at jordemoderen ser kvinden som et autonomt væsen og på den anden side formår, at rådgive om mulige risici (Sundhedsstyrelsen 2006:22).

Kommunikeres der om risici, er der flere forhold, jordemoderen skal være opmærksom på. Det være sig: omgivelserne, formidling af risici og risikotal samt at jordemoderen og kvinden opnår en fælles forståelse af, om kvinden føler sig velinformeret om risici (Sundhedsstyrelsen 2005:11,23)

Omgivelserne er vigtige, da de skal medvirke til, at kvinden føler sig tryk. Samtalen bør foregå i et lokale, hvor jordemoderen og kvinden kan sidde i ro og få en dialog om risici. Desuden skal kvinden have mulighed for at stille uddybende spørgsmål, hvorfor der skal være afsat tilstrækkelig tid til samtalen, således at kvinden opnår fyldestgørende information.

Ydermere opnås god og effektiv risikokommunikation bedst, når samtalen tager udgangspunkt i den enkelte kvindens situation (Sundhedsstyrelsen 2006:15). Informationen skal være præcis, og videreformidlingen af risici skal udformes meningsfyldt og forståeligt, hvorfor det er vigtigt, at jordemoderen er ærlig og åben

overfor spørgsmål. Endvidere er det afgørende, at kvinden har tillid til både indholdet og til jordemoderen (ibid:15), hvorfor jordemoderen skal fremstå professionel og opdateret på ny evidensbaseret viden.

En udfordring i risikokommunikation er endvidere, at formidle risikotal på en måde, der giver mening for kvinden, således at det kommunikerede fortolkes entydigt (Sundhedsstyrelsen 2005:24). Er jordemoderen velvidende om, at tallene kan være behæftet med usikkerhed, skal hun være åben og ærlig omkring dette, idet det vil styrke troværdigheden (Sundhedsstyrelsen 2006:15).

Afslutningsvis skal jordemoderen og kvinden gerne opnå en fælles forståelse af, om kvinden har modtaget en fyldestgørende information, så hun er i stand til at tage et informeret valg imellem behandlingen og dens alternativ. For at være i stand til at kunne se alternativet som en brugbar løsning, kan det være hensigtsmæssigt at give kvinden nogle redskaber til at kunne håndtere alternativmodellen, som i dette tilfælde er at afvente den spontane fødsel.

### **5.3 Mestring** - Tea

Mestring har rødder tilbage i stressforskningen. Jo bedre personen mestrer de stressfulde omstændigheder, jo mindre belastet vil personen være (Lazarus 2006:129). Ifølge Richard Lazarus og Susan Folkman stressmestringsteori opstår stress, når en person mangler de nødvendige ressourcer til at klare vanskelige begivenheder. Mestring er en proces, og mennesket veksler mellem forskellige mestringsstrategier afhængig af, hvilke stressorer personen udsættes for (ibid:143).

Mestringsstrategierne kan opdeles i følgende to hovedfunktioner:

- 1) Problemfokuseret mestring

Har til formål at løse problemer. De kan være rettet udad mod omgivelserne, f.eks. ved at søge støtte, hjælp og ændre rutiner eller livsstil. Desuden kan den problemløsende strategi være rettet indad mod en selv, f.eks. ved at sænke ambitionsniveauet, lære nye færdigheder eller søge information og viden.

Denne mestringsmetode anvendes hovedsageligt, når stressbetingelserne vurderes som foranderlige og dermed håndterbare.

2) Følelsesfokuseret mestrings

Formålet er at ændre de følelsesmæssige reaktioner, som opstår i forbindelse med den stressende situation. F.eks. ved at undgå eller distancere sig fra problemer eller situationer. Desuden kan fokus flyttes ved f.eks. fysisk aktivitet, eller ved hjælp af alkohol, rygning eller narkotiske midler. Denne form for mestrings kan sætte mennesket i stand til at leve med en situation, som ikke er til at ændre eller den kan fungere som en midlertidig løsning, før der gøres noget ved selve problemet. (ibid:145)

Valg af mestringsstrategi afhænger bl.a af, den enkelte person, stressorens alvorlighed samt stadie, den subjektive trivsel, den sociale funktionalitet og det somatiske helbred (ibid:139-140).

Overføres ovenstående mestringsstrategi til jordemoderens arbejde er det afgørende, at jordemoderen tager kvindens tilstand i betragtning, da der kan være et fysisk, såvel som et psykisk aspekt i at gå over terminsdatoen. Dette kan medføre, at kvinden ofte vil være tilbøjelig til at tage imod anbefalingen om igangsættelse, da hun ikke kan håndtere at gå over terminsdatoen. Det er derfor vigtigt, at jordemoderen formår at medvirke til, at give kvinden nogle redskaber, så hun har styrken til at gå over terminsdatoen.

Jordemoderen bør allerede fra 1. møde i jordemoderkonsultationen og helt frem til det sidste møde i GA 41+0, hvor kvinden aktivt skal tage stilling til, hvorvidt hun ønsker igangsættelse eller afvente spontan fødsel, hjælpe kvinden med mestringsstrategier.

Jordemoderen bør først og fremmest tage udgangspunkt i den enkelte kvindes måde at håndtere graviditeten på. Derudfra skal jordemoderen forsøge at anvende en kombination af den problem- og følelsesfokuserede mestringsstrategi. Jordemoderen kan forsøge at give kvinden nogle redskaber i form af at, støtte kvinden og videregive viden til kvinden, så hun bedre kan håndtere den stressfaktor, det er at gå over termin.

Desuden kan jordemoderen medvirke til at give kvinden nogle forslag til at forsøge at "glemme" hendes reelle ønske om at gå i fødsel.

I konsultationen kan jordemoderen benytte sig af den problemfokuserende mestringsstrategi ved f.eks. at informere kvinden om:

- At det normale terminstidspunkt er fra GA 37+0 - 42+0, hvorfor kvinden ikke bør fokusere på selve terminsdatoen, da kun et fåtal svarende til ca. 4 % føder på terminsdatoen (Personlig samtale med Tove Bøttcher, Sønderborg Sygehus 2010). Kvindens måde at tænke termin på, bør derfor ændres til, at terminstidspunktet strækker sig over en fem ugers periode.
- At kvinder som tidligere har født posttermt er i øget risiko for at føde posttermt igen, desuden er kvinder med familiær disposition til GP, samt nullipara i øget risiko (Cunningham et al. 2005:883).
- Er kvinden i konsultationen i GA 41+0 bekymret for det ufødte barns velbefindende kan jordemoderen informere kvinden om, at såfremt hun ønsker at afvente den spontant indsættende fødsel vil hun få tilbudt fosterovervågning to gange om ugen med CTG og ULS med AFI (DSOG 2011:2).

Jordemoderen kan derudover, specielt i GA 41+0, anvende den følelsesfokuserede mestringsstrategi ved at forsøge, at skabe en positiv tilgang til at gå over terminsdatoen, F.eks. kan jordemoderen give kvinden forslag til at tænke på andre ting end den forestående fødsel, i form af at fortælle om fordelene ved, at barnet endnu ikke er født. Kvinden har mulighed for at nyde parforholdet eller familien inden den forøges. I konsultationen i GA 41+0 bør jordemoderen desuden være lydhør for de tanker og bekymringer hun måtte have i den sidste del af graviditeten, så kvinden ikke føler sig overhørt.

Kender jordemoderen kvinden godt via de gentagne konsultationer, vil hun have et godt kendskab til, hvorvidt terminsdatoen fylder meget i kvindens tanker, eller om hun ikke anser det som en reelt problem. Derudfra kan jordemoderen vurdere, hvor meget tid hun

skal afsætte til at give kvinden redskaber til at håndtere den mulighed, at hun eventuelt går over termin.

#### **5.4 Sammenfatning** - Maja

Autonomi synes dominerende i det danske sundhedsvæsen, hvilket bl.a. medfører at jordemoderen bør være ekspert i at vejlede kvinden om risici, så kvinden har mulighed for at tage et informeret valg. De nye retningslinjer åbner mulighed for, at jordemoderen kan forsøge, at støtte kvinden i konsultationen ved at få kvinden til at håndtere at gå over terminsdatoen, så kvinden ikke uden videre anser anbefalingen om igangsættelse som eneste løsning på hendes situation.

I forhold til det informerede samtykke er jordemoderen underlagt nogle lovmæssige forpligtigelser, som bevirker, at jordemoderen i relation til den enkelte kvinde samt behandlingens art skal skønne, hvor meget information, der skal gives.

Informationsmængden skal være fyldestgørende, og den skal være mere omfattende, når der er risiko for alvorlige bivirkninger og komplikationer. I relation til risikokommunikation skal jordemoderen være opmærksom på, at omgivelserne er optimale, så kvinden føler sig tryk, og samtalen skal tage udgangspunkt i kvindens egen erfaring og viden. Jordemoderen skal desuden være troværdig og videreformidle risici på en forståelig måde for kvinden. Afslutningsvis skal jordemoderen og kvinden opnå en fælles forståelse af, om kvinden føler sig rustet til at tage et informeret valg på baggrund af samtalen.

For at få kvinden til at magte at gå over terminsdatoen, bør der anvendes en kombination af den problem- og følelsesfokuserede mestringsstrategi i graviditeten, hvorved jordemoderen forhåbentlig kan medvirke til, at give kvinden nogle redskaber til at håndtere at gå over terminsdatoen.

Ovenstående vejledning og støtte skal medvirke til, at jordemoderen kan overgive selvbestemmelsesretten til kvinden, da hun har medvirket til, at give kvinden redskaber til at kunne tage et informeret samtykke.

## 6. Diskussion

På baggrund af analysen af ovenstående empiri og teori vil vi i dette afsnit diskutere de elementer, der er inddraget i besvarelsen af problemformuleringen.

### 6.1 Sjældne effektmål - Tea

Den analyserede metaanalyse påviser ingen signifikante forskelle i forhold til alle de analyserede effektmål med undtagelse af MAS. Årsagen hertil kan være størrelsen af studiepopulationerne, samt at der er tale om sjældne effektmål - såsom perinatal død, asfyksi og Apgar score <7/5 min. Skal et studie påvise signifikant forskel i relation til disse effektmål, skal der udarbejdes et langt større studie. Resultaterne bør derfor tages med forbehold, idet der kan være tale om tilfældige udfald på de valgte effektmål.

Vi finder ydermere, at der kan være en øget risiko for type 2 fejl, hvilket betyder at nulhypotesen fejlagtigt accepteres. Risikoen for type 2 fejl falder ved større studier (Juul 2009:74), da det er sjældne effektmål der undersøges på, er udfaldet begrænset og risikoen for type 2 fejl er tilstede. Havde det været hyppigt forekommende effektmål der skulle undersøges, havde risikoen for type 2 fejl været lavere og det kan diskuteres om resultaterne havde set anderledes ud. Når det tages i betragtning, at vi i vesten har reduceret andelen af negative effektmål, vil det i sagens natur være mere end vanskeligt, at lave et studie af rette størrelse, samt indenfor fornuftige økonomiske rammer.

### 6.2 Perinatal død som effektmål - Tea

Metaanalysen finder en 70 % mindre risiko for perinatal mortalitet ved igangsættelse, når GA 41 og 42 analyseres sammen (Gülmezoglu & Crowther & Middleton 2009:6). DSOG anvender den samme beregning i den nye retningslinje, og de beskriver, at planlagt igangsættelse efter 41+0 sammenlignet med efter 42+0 giver en marginal gevinst med hensyn til perinatal mortalitet (DSOG 2011:4,11).

Når igangsættelse i GA 41 og GA 42 analyseres sammen, giver det en RR på 0.30 (95% CI 0.09-0.99). Hermed konkluderes, at igangsættelse i GA 41 og GA 42 giver en 70% mindre risiko for perinatal mortalitet. Vi mener, at det kan være problematisk, at sammenholde disse to tal, da estimer fra to forskellige uger dermed blandes, og det ikke er utænkeligt, at der kan være forskel på det føtale outcome i forhold til om fødslen igangsættes i GA 41 versus GA 42. Vi er bevidste om, at det er en beregningsmetode,



der ofte anvendes i statistiske beregninger, for at sikre, at datamaterialet er tilstrækkeligt stort. Men i praksis kan der stilles spørgsmålstejn ved metoden, da det ikke tydeligt fremgår, hvornår stigningen i perinatal mortalitet i realiteten sætter ind.

Vi finder det derfor problematisk, at DSOG's retningslinje lægger op til, at der er en gevinst ved at fremrykke igangsættelsestidspunktet i forhold til perinatal mortalitet, idet det efter vores mening, ikke er muligt at konkludere på baggrund af metaanalysen, hvornår den gunstige effekt i forhold til perinatal mortalitet indtræder.

### **6.3 Validitetsvurdering af et studie** - Maja

Studiet af Heimstad et al. (2007) er ifølge analysen i dette projekt behæftet med alvorlige metodiske og systematiske bias. På trods af dette skriver DSOG i retningslinjen på baggrund af netop dette studie, at: ”mange gravide foretrækker igangsættelse uge 41+0 frem for en afventende holdning og kontrol” (DSOG 2011:4). Det undrer os, at DSOG bl.a vælger, at anvende dette studies resultater, som grundlag for at ændre retningslinjen for GP, da det er behæftet med de tidligere nævnte bias.

I retningslinjen forholder DSOG sig ikke til de forbehold, dette studie lægger op til, hvorfor læseren ikke gøres opmærksom på disse aspekter. På grundlag af den betragtning mener vi, at det er nødvendigt at nærlæse de enkelte studier, som indgår i retningslinjen for at danne sig et overblik over, hvor valide de enkelte studie er. Da retningslinjen er udarbejdet af DSOG, må vi på den anden side forvente, at studierne er fundet i lodig videnskabelig litteratur og derfor burde være valide. Vi mener dog, at det derfor kunne være ideelt, hvis DSOG præciserede de enkelte studiers begrænsninger og brugbarhed i retningslinjerne, hvilket ville gøre det lettere for læseren at danne sig et hurtigt og fyldestgørende overblik over studierne validitet.

### **6.4 Evidenshierakiet** - Maja

I henhold til evidenshierakiet vurderer DSOG i retningslinjen ”Graviditet efter termin” den samlede evidens af ”mange gravide foretrækker igangsættelse uge 41+0 frem for afventende holdning og kontrol” til en styrke ”B” (DSOG 2011:4).

DSOG bygger evidensen vedrørende kvinders holdning på fem studier, heraf er to studier kvalitative studier (Westfall & Benoit 2004; Gatward et al. 2009). Et studie er et

undersøgende studie (Ayers et al. 2005) og de resterende to studier er RCT'er (Waldenstrom 1999; Heimstad et al. 2007) (DSOG 2011:17).

Kvalitative studier placeres i henhold til evidenshierakiet, som en styrke D. RCT studier placeres som en styrke A (Juul 2009:175). Analysen af studiet af Heimstad et al. tilkendegiver klart, at studiet er behæftet med adskillige bias, og derforuden skulle det have været udformet som et kvalitativt studie. Vi mener derfor ikke, at studiet lever op til et RCTs standard, hvorfor studiet efter vores mening ikke kan placeres som en styrke A. De to kvalitative studier er en styrke D, og det resterende undersøgende studie kan ifølge evidenshierakiet slet ikke placeres heri. Vi mener på baggrund af dette, at styrken af den samlede evidens er vurderet højere end den reelt er. Dette øger risikoen for fejltolkning af effekten, og det kan medvirke til, at fremlægge argumenter som læseren tillægger mere betydning, end hvad den er berettiget til.

I lyset heraf mener vi derfor, at evidenshierakiet bør anvendes med forsigtighed, da det kan give et misvisende billede, såfremt det anvendes for firkantet. Vi finder derfor, at det vigtigste er selve vurderingen af studiets interne og eksterne validitet.

Studiedesignet bør derfor ikke være den væsentligste markør til at vurdere studiets validitet.

### **6.5 Selvbestemmelse kontra medbestemmelse - Tea**

I ordet selvbestemmelse ligger der en klar holdning til, at det er patienten, der skal træffe et aktivt til- eller fravalg. Adskillige hospitaler har på deres hjemmeside et afsnit om patientrettigheder, hvor de understreger vigtigheden af patientautonomi (OUH, Rigshospitalet). Disse etiske kodeks sender et godt og rigtigt signal, men det er vigtigt, at patienten ikke føler sig krænket i denne autonomi. Vi mener, at det kan diskuteres, om selvbestemmelse i nogle henseender er et misforstået hensyn at tage i sundhedsvæsenet, da vi er i tvivl om, hvorvidt patienten og den sundhedsprofessionelle besidder tilstrækkelig viden om den medicinske problemstilling. Vi kan derfor tvivle på, om patienten på baggrund af den viden, som patienten selv har indhentet, f.eks. ved et studie af netdoktor.dk samt information fra den sundhedsprofessionelle er i stand til at træffe de til tider svære valg. Vi har ofte erfaret fra klinikken, at det bliver et spørgsmål til den sundhedsprofessionelle om, "hvad ville du vælge?". Vi vil derfor mene, at selvbestemmelse kun giver mening i forhold, der er overskuelige og indlysende. Vi

mener derfor, at medbestemmelse er mere ideelt end selvbestemmelse, idet vi finder, at den sundhedsprofessionelle bør hjælpe patienten med at tage valget. I tilfælde af, at noget går galt skal patienten leve med såvel sygdom og derudover visheden om, muligvis at have taget et forkert til- eller fravalg, hvilket er i tråd med Ulrich Becks's teori om "all-risk" individualisering. Vi mener, at medbestemmelse sender andre signaler og formentlig ønsker de fleste patienter dette, når de er i forbindelse med sundhedsvæsenet – at blive hørt og medinddraget, men ikke at stå med følelsen af eneansvar, og fyldt med endnu flere spørgsmål og usikkerhed. Hvordan patienterne i realiteten oplever at skulle tage et aktivt til- eller fravalg, når de er i forbindelse med sundhedsvæsenet, kræver naturligvis en undersøgelse på området.

I henhold til problemformuleringen har vi ikke kunnet finde overbevisende evidens for at fremrykke tidspunktet for PP, og det er således den gravide, der skal tage en beslutning uden at vide, om det reelt gør en forskel på fødselsoutcome. Vi stiller os således kritiske overfor, hvorvidt denne beslutning skal overdrages til den gravide kvinde. På trods af at den gravide kvinde står med et reelt valg om igangsættelse eller afvente den spontane fødsel, tror vi, at de færreste kvinder er i stand til at modsætte sig de anbefalinger, som DSOG's retningslinje udstikker. Det skal bemærkes, at retningslinjerne ikke er fremlagt som et tilbud - men en anbefaling. Vi mener, at ordet "anbefaling" er af meget stærkere betydning, og vi tror, at der kun er et fåtal af kvinder, som er i stand til, at gå imod en "anbefaling", – specielt når den kommer fra eksperter inden for området. Valget bliver derfor nærmere bygget på angsten for at noget går galt, hvis kvinden ikke tager imod anbefalingen, end kvindens reelle ønske. Derfor er det efter vores opfattelse ikke en beslutning som uden videre kan overdrages til kvinden, da hun kan have svært ved at overskue konsekvenserne af valget.

#### **6.6 Vigtigheden af tilstrækkelig information** - Tea

I relation til ovenstående, hvor det diskuteres, hvorvidt patientautonomi skal være dominerende indenfor obstetrikken, er forståelig og tilstrækkelig informationsgivning en helt essentiel del af velfungerende patientautonomi. Kommunikation om risici er en central del af stort set alle sundhedsprofessionelles arbejdsopgaver, således også jordemoderens. 80 % af de sundhedsfagligt ansatte anser rådgivning om sundhedsadfærd, som en del af deres ansvar og bruger i gennemsnit 30 min. til 2,5 time

pr. dag på rådgivning (Sundhedsstyrelsen 2006:4). Det kan diskuteres, om det er tilstrækkeligt ud af en arbejdsdag på ca. otte timer. Noget peger i den modsatte retning, for antallet af patientklager er i stadig stigning. I 2000 antog Patientklagenævnet 2145 sager og i 2009 3294 sager, hvilket svarer til en stigning på 35 % (Sundhedsvæsenets patientklagenævn 2009:5). Dette kan skyldes, at befolkningen er blevet mere bevidste om deres rettigheder i forhold til klagesager, men også, at de sundhedsprofessionelle af forskellige grunde ikke er gode nok til at informere og vejlede. Patienterne skal kunne tage valg, ud fra den information vi giver dem, og er den ikke fyldestgørende nok, kan det give anledning til misforståelser. Direktør i Patientklagenævnet, Peter Bak Mortensen udtaler bl.a. *"Der klages sjældent udtrykkeligt over kommunikationen. Men når vi dykker ned i sagerne, kan vi se, at man kunne have undgået klagen og opfattelsen af fejlbehandling med en bedre dialog mellem patient og behandler. Jeg vurderer, at det gælder halvdelen af klagerne"*. Denne udtalelse støttes af Lægeforeningen (DR 2009).

På Patientklagenævnets hjemmeside er der flere klager, som omhandler manglende information fra jordemoderens side. Efter vi har gennemgået Patientklagenævnets afgørelser, har vi kun fundet ét tilfælde, hvor jordemoderen er blevet irettesat af Patientklagenævnet for hendes manglende information i henhold til det informerede samtykke (Sundhedsvæsenets patientklagenævn 2010). Vi forventer dog, at der i fremtiden vil ske en stigning af klager, og at de ofte vil tage udspring i manglende information. På baggrund af dette finder vi det relevant, at diskutere om jordemoderstuderende er kommunikativt velfunderede nok. På jordemoderuddannelsens 3½ år er der afsat 30 lektioner på 1. semester svarende til to ECTS til kommunikation (Jordemoderuddannelsen 2003). Vi finder ikke, at dette er meget i forhold til, hvor stor en del af jordemoderens kernekompetence, der bunder i god informationsgivning og kommunikation. Vi er velvidende om, at det er i klinikken, at hovedparten af de praktiske kommunikative færdigheder skal tilegnes. Da det ser ud til, at dette område er et stigende problem, som skal prioriteres højt i sundhedsvæsenet, er det muligt, at en opprioritering vil kunne afhjælpe den stigende tendens til klager. Derfor er det vigtigt, at de jordemoderstuderende i klinikken får nogle gode rollemodeller, der kan guide den studerende i dialogen med kvinden. Det er vores erfaring fra klinikken, at vi primært får feed-back på det faglige indhold i dialogen med kvinden. Vi finder, at det er af ligeså

stor betydning for den studerendes fremtidige virke som jordemoder, at der bliver evalueret på kommunikationsmetoden, for således at sikre, at den jordemoderstuderende, også i fremtiden, er klædt på til, at give den gravide information på den mest hensigtsmæssige måde.

### **6.7 Videreformidling af neutral og evidensbaseret information** - Maja

I relation til afsnittet om jordemoderens videreformidling af risici og det informerede samtykke, har vi forsøgt at belyse, hvordan jordemoderen kan vejlede om risici på en neutral måde, således at kvinden kan tage et informeret valg. Saglig information i sundhedsvæsenet er det ideelle, men vi mener dog, at dette ofte er en utopi, da det sjældent er muligt at give helt neutral information. Den sundhedsprofessionelle vil altid fortolke på risici på baggrund af egne livserfaringer, tidligere uddannelser og kliniske erfaringer, samt bevidste såvel som ubevidste underliggende præferencer (Sundhedsstyrelsen 2005:23). På baggrund af dette foretager den sundhedsprofessionelle en selektering af den foreliggende viden om risici, og den sundhedsprofessionelle kan lede opmærksomheden hen på bestemte forhold, mens andre risici og problematikker udelades (ibid:24). Det er ikke sikkert, at den sundhedsprofessionelle selv er bevidst om, at han/hun leder patienten i en bestemt retning.

Således finder vi, at det som sundhedsprofessionel er vigtigt at erkende, at risikokommunikation aldrig er værdineutral. Det er derfor afgørende, at den sundhedsprofessionelle er opmærksom på dette, da det kan have stor indflydelse på patientens endelige beslutning. På trods af, at det informerede samtykke lægger op til selvbestemmelse, mener vi, i betragtning af ovenstående, at de sundhedsprofessionelle altid vil have en mere eller mindre udtalt indflydelse på patientens informerede samtykke.

Et andet vigtigt aspekt i forhold til videregivelse af information til kvinden er, at den i videst mulig udstrækning skal være evidensbaseret og opdateret. Dette medfører, at jordemoderen løbende skal holde sig opdateret på den nyeste evidens. Ifølge De Ethiske Retningslinjer bør jordemødre ”holde deres faglige viden ajour og anvender den ajourførte viden til aktivt at udvikle og forbedre praksis”, hermed menes, at: ”jordemoderen er forpligtet til at holde sin faglige viden ajour med henblik på at kunne

yde en optimal omsorg, der imødekommer kvindens behov for tryghed, sikkerhed og medbestemmelse” (Jordemoderforeningen 2010). Det er derfor afgørende, at jordemoderen bruger tid på, at holde sin viden ajour, idet jordemoderfaget er under konstant udvikling. Såfremt jordemoderen negliserer dette, kan hun med tiden videregive forældet information til kvinden, hvilket kan medføre, at kvinden tager et valg på baggrund af forkert information fra den sundhedsprofessionelle.

### **6.8 Mestring i graviditeten** - Maja

For at den gravide kan foretage et reelt valg, er hun nødt til at have flere muligheder. Det er dog ikke tilstrækkeligt, at kvinden ved, at hun har forskellige muligheder, hun skal også have nogle redskaber, som hun kan gøre brug af. Dette gør sig i forhold til vores fokuspunkt specielt gældende i forhold til, hvorvidt kvinden kan magte at gå over terminsdatoen.

Det er vores hypotese, at den stigende tendens der ses inden for sectio på maternal request bl.a. kan skyldes, at der ikke har været tilstrækkelig fokus fra jordemoderens side i konsultationen mhp. at få kvinden til at klare den vaginale fødsel. Fra 2004 til 2008 er der sket en stigning i sectio på maternal request på 6,8 % (Sundhedsstyrelsen 2005a, 2008). En tilsvarende stigning ses ved PP. I 2004 var der 8.702 igangsættelser fra GA 37 (Sundhedsstyrelsen 2004), i 2009 er antallet steget til 11.221 igangsættelser fra GA 37 (Sundhedsstyrelsen 2009a). Denne stigning af PP mener vi, både kan skyldes en bedre risikosporing, den debat der har været på området. Derudover tror vi, at det i tilsvarende grad kan skyldes jordemoderens manglende fokusering på, hvor afgørende det er, at hjælpe kvinden med at håndtere at gå over terminsdatoen. Den ny retningslinje er endnu ikke blevet implementeret på alle fødeafdelinger i Danmark, men når det bliver en realitet, tror vi, at stigningen indenfor PP i de kommende år bliver endnu mere markant.

Fødeafdelingerne i Danmark er begyndt at tage hånd om problemstillingen sectio på maternal request, da de fleste fødeafdelinger har specialkonsultationer for gravide, som ønsker sectio på maternal request. Det er vores hypotese, at omfanget af dette tilbud havde været mindre udtalt eller ideelt set helt overflødig, såfremt jordemoderen allerede i graviditeten havde været opmærksom på, at få kvinden til at håndtere de forhold, som for hende er problematiske, og som hun har brug for hjælp til at tackle.

Indenfor obstetrikken er målet at arbejde så evidensbaseret som muligt. I forhold til DSOG's retningslinje "Graviditet efter termin" foreligger der ikke overbevisende evidens for, at fremrykke tidspunktet for PP. Efter vores mening er det derfor vigtigt, at jordemoderen, ikke blot følger DSOG's anbefaling, men derimod giver kvinden et reelt valg bygget på fyldestgørende information. Denne opgave mener vi primært ligger i konsultationerne, da jordemoderen kan hjælpe kvinden, der ellers ville have taget imod anbefalingen om PP, med at magte en graviditet der går længere end forventet. Vi finder derfor, at det er vigtigt, at øge fokus på den vigtige jordemoderopgave det er, at spore sig ind på kvindens behov og utryghed, så jordemødrene kan komme den manglende mestring i forkøbet. Dette er efter vores mening en af jordemoderens vigtigste opgaver i konsultationen, og vi finder, at jordemoderen fremadrettet bør have fokus på dette aspekt.

#### **6.9 Kritisk refleksion over eget projekt** - Maja

Det kan diskuteres, hvorvidt vi har tilstrækkeligt belæg for de konklusioner, som vi kommer frem til gennem analyserne af de to studier og dermed kritikken af DSOG's retningslinje "Graviditet efter termin". Vi er velvidende om, at DSOG bygger deres retningslinje på adskillige studier, men pga. projektets begrænsede omfang, har det ikke været muligt, at inddrage samtlige studier. Desuden har vi ikke haft mulighed for at analysere på alle parametre, som kan være væsentlige i problematikken omkring graviditet efter termin - så som f.eks. materielle obstetriske komplikationer i form af instrumentel forløsning, sectio, postpartum blødning og bristninger eller neonatale komplikationer som f.eks. føetus magnus og indlæggelse på neonatal afdeling. Det har derfor ikke været muligt, at lave en komplet analyse og dermed konklusion på, hvornår det mest hensigtsmæssige igangsættelsestidspunkt er for lav-risiko postterme gravide. De resterende studier, som DSOG har baseret deres retningslinje på kan eventuelt være valide og påvise resultater, som er signifikante, hvilket ikke har været tilfældet med de studier vi har analyseret. Vi er derfor bevidste om, at dette projekt ikke nødvendigvis kommer frem til en endelig konklusion på problemstillingen.

## 7. Konklusion – Tea og Maja

Med udgangspunkt i de studier, som vi har analyseret i dette projekt, er der ikke et entydigt svar på, hvornår det mest hensigtsmæssige tidspunkt for PP af lav-risiko postterme gravide er. Vi har analyseret dette på baggrund af en metaanalyse, hvor følgende faktorer er blevet analyseret - perinatal mortalitet, asfyksi, MAS, Apgar score <7/5 min. og kvinders holdning til GP. Metaanalysen påviser udelukkende en signifikant forskel i forhold MAS, men der er en risiko for, at den marginale forskel kan tilskrives det relativt lille datamateriale.

RCT studiet (Heimstad et al. 2007) om kvinders holdning til GP konkluderer, at flertallet af kvinder ønsker igangsættelse i GA 41. Vi finder dog, at dette studie er behæftet med systematiske og metodiske fejl, hvorfor det ikke bør udgøre et grundlag for at konkludere, hvornår det mest optimale igangsættelsestidspunkt er. Studierne kan således ikke besvare problemformuleringen.

Skal kvinden have mulighed for at tage et velbegrundet valg i forhold til ønsket om PP eller afventen af den spontant indsættende fødsel er det afgørende, at jordemoderen både vejleder kvinden i forhold til de lovmæssige forpligtigelser, som hun er underlagt i forhold til det informerede samtykke, og desuden bør jordemoderen være opdateret på og i stand til, at videreformidle de risici som kan være forbundet hermed på en forståelig og meningsfuld måde. Ydermere bør jordemoderen have øget fokus på, at støtte kvinden i graviditeten, således at jordemoderen kan medvirke til, at give kvinden nogle redskaber til at håndtere, at gå over terminsdatoen, hvilket hun kan gøre med udgangspunkt i Lazarus og Folkmans stressmestringsstrategi. Formår jordemoderen at inddrage alle disse aspekter, mener vi, at kvinden får den optimale vejledning og støtte, således at kvinden har mulighed for at træffe et informeret valg.

## 8. Perspektivering - Tea og Maja

I lyset af, at de analyserede studier, efter vores mening, er behæftet med alvorlige metodiske problemer samt bias bør studierne anvendes med forbehold i dansk obstetrik. Vi finder derfor interessant, hvis der blev udarbejdet nye studier, som giver et mere



retvisende og validt billede på, om der findes nogle reelle årsager til at ændre igangsættelsestidspunktet.

Det kunne være interessant, at lave et tilsvarende studie af: *Women's experiences and attitudes towards expectant management and induction of labor for post-term pregnancy*" (Heimstad et al. 2007), som blev udarbejdet i henhold til den kvalitative forskningsmetodologi.

Vi mener, at det kunne være hensigtsmæssigt, at udarbejde studiet via fokusgruppeinterviews, suppleret med et individuelt semistruktureret interview og et individuelt semistruktureret telefoninterview post partum.

Fokusgruppeinterviewene kunne foretages i grupper af seks-otte kvinder i GA 40+0 - 41+6, dermed foretages gruppeinterviewene inden kvinderne kommer i jordemoderkonsultation i GA 41+0 til information om igangsættelse, for derved at opnå størst mulig reproducerbarhed. Ideelt set bør interviewene udgøre et geografisk repræsentativt udsnit af målpopulation. Ved disse fokusgruppeinterviews kunne den nye retningslinje "Graviditet efter termin" blive diskuteret, så forskerne kunne få forskellige synspunkter på kvindernes holdning til igangsættelse i forhold til at afvente den spontant indsættende fødsel.

De to individuelle semistrukturerede interviews skal foretages på de samme gravide kvinder, som har medvirket ved fokusgruppeinterviewene.

Det første individuelle semistrukturerede interview bør foretages på dagen, hvor kvinden skal tage stilling til, hvorvidt hun ønsker igangsættelse eller afvente den spontane fødsel. Interviewet bør foretages individuelt, da der kan være forskellige årsager til, at den enkelte kvinde ønsker igangsættelse eller afvente den spontant indsættende fødsel, som hun ikke ønsker, at dele med andre kvinder. Interviewet kan medvirke til at klarlægge, hvorfor kvinden har taget det valg hun har, og hvilke bevæggrunde hun har for valget.

Det afsluttende individuelle semistrukturerede telefoninterview, som ideelt set bør foretages af samme forsker, bør foregå maksimalt en-to måneder efter partus. Dette interview skal belyse kvindens oplevelse og holdning til igangsættelsen eller den

spontane fødsel. Det er vigtigt, at interviewet foretages forholdsvis hurtigt efter partus, så der ikke opstår risiko for re-call bias.

Bliver studiet udarbejdet i henhold til ovenstående, tror vi, at det vil give et mere validt billede af danske kvinders holdning og oplevelse af igangsættelse og afventen af den spontant indsættende fødsel, som bl.a. vil kunne anvendes som evidens for, hvornår det mest hensigtsmæssige igangsættelsestidspunkt er. Retningslinjen kan naturligvis ikke udelukkende baseres på et studie af denne karakter, men det vil kunne udgøre en del af den samlede evidens.

---

Tea Madsen,

---

Maja Grau

Esbjerg den 27.05.2011

## 9. Litteraturliste

- Andersen, Inger Bak; Matzen, Peter (2010): *Evidensbaseret medicin*. Gylling, 3. udgave, Gads forlag.
- Ayers, Susan & Collenette, Anna & Hollis, Brian & Manyonda, Isaac (2005): Feasibility Study of a Latest Date of Delivery (LDD) system of managing pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. s. 167-171.
- Birkler, Jacob (2005): *Videnskabsteori*. København, 1. udgave, Munksgaard Danmark.
- Birkler, Jacob (2006): *Etik i sundhedsvæsenet*. København, Munksgaard Danmark.
- Cunningham, F. Gary et al. (2005): *Williams Obstetrics*, 22. udgave, United States of America, McGraw-Hill Companies.
- Dagens Medicin: *Læger vil sætte fødsler tidligere i gang*: Lokaliseret [20.03.11] på <http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/2010/11/26/laeger-vil-saette-fodsler/>
- Den Store Danske: *Richard S. Lazarus*: Lokaliseret [08.04.2011] på [http://www.denstoredanske.dk/Krop,\\_psyke\\_og\\_sundhed/Psykologi/Psykologer/Richard\\_Stanley\\_Lazarus](http://www.denstoredanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/Psykologi/Psykologer/Richard_Stanley_Lazarus)
- Den Store Danske: *Ulrich Beck*: Lokaliseret [31.03.2011] på [http://www.denstoredanske.dk/Kunst\\_og\\_kultur/Litteratur/Tysk\\_litteratur/Efter\\_1945/Ulrich\\_Beck](http://www.denstoredanske.dk/Kunst_og_kultur/Litteratur/Tysk_litteratur/Efter_1945/Ulrich_Beck)
- DR (2009): *Dialog kan fjerne patientklager*. Lokaliseret [20.04.2011] på (<http://www.dr.dk/Nyheder/Indland/2009/09/13/065355.htm>)

- DR (2010): *Læger, sene fødsler bør sættes i gang*. Lokaliseret [29.03.2011] på <http://www.dr.dk/Nyheder/Indland/2010/09/25/133919.htm>
- DSOG: *DSOG's historie*. Lokaliseret [29.03.2010] på [www.dsog.dk](http://www.dsog.dk)
- DSOG (2001): *Admission-CTG*. Lokaliseret [08.04.2011] på [http://www.dsog.dk/files/admission\\_CTG.htm](http://www.dsog.dk/files/admission_CTG.htm)
- DSOG (2003): *Igangsættelse af fødsel*. Lokaliseret [22.04.2011] på <http://www.dsog.dk/files/ppmed.pdf>
- DSOG (2011): *Graviditet efter termin*. Lokaliseret [27.03.2011] på [http://www.dsog.dk/files/Graviditas%20prolongata2011\\_endelig.pdf](http://www.dsog.dk/files/Graviditas%20prolongata2011_endelig.pdf)
- Gatward, Hilary & Simpson, Michele & Woodhart, Lyn & Stainton, M. Colleen (2009). Women's experiences of being induced for post-date pregnancy. *ScienceDirect*. s. 3-9.
- Gülmezoglu, Am & Crowther, CA & Middleton, P. (2009): Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term (Review). *The Cochrane Collaboration*, s. 1-55.
- Heimstad, Runa & Romundstad, Pål R. & Hyett, Jon & Mattsson, Lars-Åke & Salvesen, Kjell Å (2007): Women's experiences and attitudes towards expectant management and induction of labor for post-term pregnancy, *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 2007, s. 950-956.
- Heimstad, Runa & Skogvoll, Eirik & Mattsson, Lars-Åke & Johansen, Ole Jakob & Eik-Nes, Sturla H & Salvesen, Kjell Å (2007a), Induction of labor or Serial Antenatal Fetal monitoring in Postterm Pregnancy, *Obstetrics & Gynecologi*, Vol. 109, (3), s. 609-617.
- Jordemoderforeningen (2010): *Etiske retningslinjer for jordemødre*. Lokaliseret [05.05.2011] på [http://www.jordemoderforeningen.dk/multimedia/Etiske\\_Retningslinjer\\_2010.pdf](http://www.jordemoderforeningen.dk/multimedia/Etiske_Retningslinjer_2010.pdf)
- Jordemoderuddannelsen (2003): *Studieordning: professionsbachelor i jordemoderkunskab*. Lokaliseret [20.04.2010] på <http://www.google.dk/search?sourceid=navclient&aq=0&oq=studieordning%2c>

+jo&hl=da&ie=UTF8&rlz=1T4GGLL\_daDK365DK365&q=studieordning+jord  
emoderuddannelsen

- Juul, Svend (2009): *Epidemiologi og Evidens*. København, Munksgaard Danmark.
- Larsen, Jørgen Falck; Skajaa, Kristjar; Westgaard, Jes G. (2007), *Obstetrik*, 2. udgave, København, Munksgaard Danmark.
- Lazarus, Richard S. (2006): *Stress og følelser*. København, Akademisk forlag.
- LBK nr 913 af 13/07/2010: *Bekendtgørelse af sundhedsloven*. Lokaliseret [01.04.2011] på <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=130455>
- Min-mave (2011): *Er du gravid og har du lyst til at få et minde om din graviditet?*. Lokaliseret [23.05.2011] på <http://www.min-mave.dk/markedpladsen/thread-2116943.htm>
- Neoventa (2006): *Fosterovervågning*. Lokaliseret [26.04.11] på [http://www.neoventa.com/INT/Documents/CLD300201\\_45\\_R1D.pdf](http://www.neoventa.com/INT/Documents/CLD300201_45_R1D.pdf)
- OUH (2008): *Selvbestemmelse og samtykke*. Lokaliseret [11.04.2011] på <http://www.ouh.dk/wm219680>
- Osher center for integrative medicin: *Susan Folkman, PhD*. Lokaliseret [26.04.2011] på <http://www.osher.ucsf.edu/bios/folkman.html>
- Rigshospitalet: *Patientrettigheder – en kort oversigt for patienter og pårørende*: Lokaliseret [11.04.2011] på [http://www.rigshospitalet.dk/NR/rdonlyres/0E1F5B64-D8E3-4C25-8FFE-D5454C5CCD4E/0/Patientrettigheder\\_pjece\\_feb2011.pdf](http://www.rigshospitalet.dk/NR/rdonlyres/0E1F5B64-D8E3-4C25-8FFE-D5454C5CCD4E/0/Patientrettigheder_pjece_feb2011.pdf)
- Sørensen, Mads P; Christiansen, Allan (2006): *Ulrik Beck – Risikosamfundet og det andet moderne*. Århus Universitets forlag.
- Sundhedsstyrelsen (2004): *Fødsler og fødselskomplikationer (Igangsættelse)*. Lokaliseret [29.04.2011] på [http://sbank.sst.dk/cgi-bin8/broker\\_dsn.exe](http://sbank.sst.dk/cgi-bin8/broker_dsn.exe)
- Sundhedsstyrelsen (2005): *Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse*. Lokaliseret [01.04.2011] på <http://www.sst.dk/publ/Publ2005/CEMTV/VDE/Risikokommunikation.pdf>

- Sundhedsstyrelsen (2005a): *Fødselsregistret 1. halvår 2005 (foreløbig opgørelse)*: Lokaliseret [30.03.2011] på [http://www.sst.dk/publ/tidsskrifter/nyetal/pdf/2005/14\\_05.pdf](http://www.sst.dk/publ/tidsskrifter/nyetal/pdf/2005/14_05.pdf)
- Sundhedsstyrelsen (2006): *Kommunikation om forebyggelse og sygdomsrisici – et temahæfte*. Lokaliseret [01.04.2011] på [http://www.sst.dk/publ/Publ2006/METODE/Risikokommunikation/Kommunikation\\_forebyggelse\\_risiko.pdf](http://www.sst.dk/publ/Publ2006/METODE/Risikokommunikation/Kommunikation_forebyggelse_risiko.pdf)
- Sundhedsstyrelsen (2006a): *Psykologiske aspekter, brugerholdninger og – forventninger i forbindelse med ultralydsskanning i graviditeten – en medicinsk teknologivurdering*. Lokaliseret [02.05.2011] på <http://www.sst.dk/publ/Publ2006/CEMTV/Ultralyd/ultrascan.pdf>
- Sundhedsstyrelsen (2008): *Fødselsregistret 1. halvår 2008 (foreløbig opgørelse)*: Lokaliseret [01.04.2011] på [http://www.sst.dk/publ/tidsskrifter/nyetal/pdf/2008/08\\_08.PDF](http://www.sst.dk/publ/tidsskrifter/nyetal/pdf/2008/08_08.PDF)
- Sundhedsstyrelsen (2009a): *Fødsler og fødselskomplikationer (Igangsættelse)*. Lokaliseret [29.04.2011] på [http://sbank.sst.dk/cgi-bin8/broker\\_dsn.exe](http://sbank.sst.dk/cgi-bin8/broker_dsn.exe)
- Sundhedsstyrelsen (2009), *Sundhedsdata, fødsler og fødselskomplikationer*: Lokaliseret [27.03.2011] på [http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsdata/Foedsler\\_fertilitsbehandling\\_og\\_abort/foedsler1.aspx](http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsdata/Foedsler_fertilitsbehandling_og_abort/foedsler1.aspx)
- Sundhedsvæsenets Patientklagenævn (2009): *Faggrupper – afgørelser jordemødre*. Lokaliseret [21.04.2011] på <http://www.pkn.dk/offentliggjorteafgoerelser/afgoerelser/faggruppe/Jordem%F8dre#list>
- Sundhedsvæsenets Patientklagenævn (2010): *Kritik for behandling samt for indhentelse af informeret samtykke – jordemoder Dorthe Madsen (autorisationsID 05SSB)*. Lokaliseret [04.05.2011] på <http://www.pkn.dk/offentliggjorteafgoerelser/afgoerelser/1081704/text/>
- Sygehus Sønderjylland (2010): *Graviditas prolongata*: Lokaliseret [21.02.2011] på <http://infonet.regionsyddanmark.dk/D4Doc/book/RSdokument.asp?DokID=12997>

- The Cochrane Library: *Hvad er et randomiseret klinisk forsøg*. Lokaliseret [04.04.11] på <http://www.cochrane.dk/clib/rct.htm>
- Thurén, Torsten (2008): *Videnskabsteori for begyndere*, 2. udgave, København, Rosinante & CO.
- Tidsskrift for Jordemødre (2011): *Graviditet efter termin*. Årgang 121. s. 36-37.
- VEJ nr. 161 af 16/09-98: *Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv*. Lokaliseret [19.04.2011] på <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=21076>
- Waldenström, Ulla (1999): Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*. s. 471-482.
- Westfall, Rachel Emma & Benoit, Cecilia (2004): The rhetoric of “natural” in natural childbirth: childbearing women’s perspectives on prolonged pregnancy and induction of labour. *Social science & medicine*. s. 1397-1408.