

Hvad bestemmer over dig?

Jordemødres oplevelse af handlemuligheder ved dystoci



University College Syddanmark

Jordemoderuddannelsen

Hold JM10V

14. modul

20 ECTS-Point

Vejleder:

Anne-Louise Karstoft Klein

Udarbejdet af:

Laura Vig JM10V122

Stine Bro JM10V103

Lene Stranddorf JM10V118

Afleveret den 3. juni 2013

Antal anslag: 105.562

Projektet må gerne udlånes

Resume

Titel: *Hvad bestemmer over dig?*

Jordemødres oplevelse af handlemuligheder ved dystoci

Forfattere: Stine Bro, Lene Stranddorf og Laura Vig

Institution: Jordemoderuddannelsen, University College Syddanmark, Esbjerg

Baggrund: Vi har i den kliniske del af uddannelsen oplevet, hvordan S-drop er en hyppig anvendt intervention til førstegangsfødende med ellers ukompliceret fødsel. Denne erfaring ligger dermed også til grund for vores undren over, hvorfor så mange førstegangsfødende får et S-drop. Hermed opstod spørgsmålet om, hvad der påvirker jordemødrenes oplevelse af deres handlemuligheder i forløb med dystoci. Derudover opstod spørgsmålet om, hvorvidt jordemoderen, i forløb med dystoci, formår at sikre kvinden mulighed for at kunne give et informeret samtykke.

Problemformulering: Hvordan oplever jordemødre deres handlemuligheder i forløb med dystoci, og hvordan kan magt og professionsidentitet ses som centrale begreber i denne forbindelse? Hvorledes kan jordemoderen med denne viden handle, på baggrund af lovgivning, således at den fødende får mulighed for at kunne give et informeret samtykke?

Metode: Med udgangspunkt i et kvalitativt studie redegøres for de faktorer, som ud fra jordemødrenes oplevelser, kan ses at have indflydelse på deres handlemuligheder. Dernæst analyserer vi, hvordan magt og professionsidentitet kan ses som centrale begreber i forhold til jordemødrenes oplevelse af handlemuligheder. Afslutningsvist vil vi ud fra Sundhedslovens kapitel 5 om informeret samtykke og med afsæt i analysens første del analysere, hvordan jordemødre sikrer kvinden mulighed for at kunne give et informeret samtykke.

Konklusion: Ud fra projektets resultater kan det konkluderes, at fem kategorier kan ses at influere på jordemoderens oplevelse af handlemuligheder i forløb med dystoci. Derudover er vi kommet frem til, at magt er et centralt begreb i de relationer, som jordemoderen indgår i. Ligeledes kan jordemoderens professionsidentitet ses som central, idet denne fungerer som en rettesnor for, hvordan jordemoderen handler i forløb med dystoci. Derudover kan vi se, at jordemoderen skal være sig bevidst om magten i

relationer, sin egen for-forståelse og sin professionsidentitet for at give kvinden mulighed for at kunne give et informeret samtykke.

Emneord: Dystoci, S-drop, handlemuligheder, magt, professionsidentitet, informeret samtykke, vestimulation

Abstract

Title: What determines your actions? Midwives' experiences of options during dystocia.

Authors: Stine Bro, Lene Stranddorf og Laura Vig

Educational institution: School of midwifery, University College South Denmark, Esbjerg.

Background: In the clinical part of our education we have witnessed how the oxytocin drip is a frequently utilised intervention to primiparas with what are supposed to be uncomplicated deliveries. This experience is the cause for our wonder why such a large number of primiparas are given the oxytocin drip. Thus emerged the question of what affects the midwives' perception of their options in a course with dystocia. Furthermore, the question of whether the midwife is capable of securing the woman's possibility of giving an informed consent in a course with dystocia arose.

Thesis statement: How do midwives experience their options in a course with dystocia, and how can power and professional identity be seen as key concepts in this context? In the light of applicable legislation, how can the midwife act so that the woman is given the opportunity to give an informed consent?

Procedure: Based on a qualitative study we want to account for the factors based on midwives' experiences which can be seen as having an influence on their options. Subsequently, we want to analyse how power and the professional identity can be seen as key concepts in proportion to midwives' experience of options. Finally, on the basis of chapter 5 of The Danish Health Act regarding informed consent, and also based on the first part of the analysis, we want to analyse how midwives can ensure the woman's possibility of giving an informed consent.

Conclusion: On the basis of the results of the project we can conclude that five categories affect midwives' experience of options in a course with dystocia. Additionally, we have discovered that power is a key concept in the relations that the midwife is a part of. Also we found that the professional identity can be seen as a key concept because it works as guidance to how the midwife acts in situations with dystocia. Furthermore, we came to realize that the midwife has to be conscious about her power in relations, her

own pre-understanding, and finally her own professional identity. Hence, she will be able to give the woman the possibility of giving an informed consent.

Key words: Dystocia, oxytocin drip, options to act, power, professional identity, informed consent, augmentation.

Indholdsfortegnelse

1.0 Indledning	3
2.0 Problemformulering	6
2.1 Begrebsdefinitioner	6
2.1.1 Handlemuligheder	7
2.1.2 Dystoci	7
2.1.3 Informeret samtykke	7
2.2 Problemafgrænsning.....	7
3.0 Metode	8
3.1 Søgestrategi	8
3.2 Projektets fremgangsmåde	8
3.3 Begrundelse for valg af empiri.....	9
3.4 Begrundelse for valg af teori.....	9
4.0 Videnskabsteoretiske overvejelser	10
4.1 Hermeneutik.....	10
4.2 Fænomenologi.....	11
5.0 Præsentation og vurdering af empiri	12
5.1 Introduktion.....	12
5.2 Formål og baggrund	13
5.3 Metode.....	14
5.3.1 Metode for udvælgelse af deltagere	14
5.3.2 Metode for dataindsamling.....	15
5.3.3 Metoder til databearbejdning.....	16
5.4 Resultater.....	17
5.5 Samlet vurdering	18
5.5.1 Intern validitet	18
5.5.2 Ekstern validitet.....	19
6.0 Præsentation af teori	20
6.1 Bourdieu – Magtbegrebet.....	20

6.1.1 Kapital	20
6.1.2 Habitus	21
6.1.3 Feltet.....	22
6.1.4 Relationen som et socialt spil.....	22
6.2 Wackerhausen – Professionsidentitet.....	23
6.2.1 Immunsystemet	23
6.3 Informeret samtykke	24
7.0 Analyse	24
7.1 Jordemødrenes oplevelse af deres handlemuligheder	25
7.1.1 Regulations and guidelines.....	26
7.1.2 Shortage of delivery rooms	28
7.1.3 Influence of obstetricians	29
7.1.4 Women in labour.....	32
7.1.5 Midwives’ professional selves	34
7.2 Hvordan påvirkes det informerede samtykke.....	36
8.0 Diskussion	38
8.1 Jordemoderen kan ende i et etisk dilemma	39
8.2 Obstetrikerens symbolske kapital.....	41
8.3 Relationers påvirkning	41
8.4 Sædvanen	43
8.5 Kritisk refleksion over projektet	44
9.0 Konklusion	45
10.0 Perspektivering.....	47
11.0 Litteraturliste.....	49

Bilag 1 Søgeprotokol

Bilag 2 Empiri: *Midwives’ navigation and perceived power during decision-making related to augmentation of labour*

1.0 Indledning

"Det er utroligt, hvad et menneske kan udholde, blot det føler, at der er en mening med modgangen [...]" (onlinecitater.dk)

Sådan skrev Søren Kierkegaard og selvom han sandsynligvis ikke har haft fødende kvinder i tankerne, så mener vi, at citatet kan belyse en kvindes oplevelse af fødslen. Fødslen er for de fleste kvinder en smertefuld oplevelse, og vores erfaring er, at mange kvinder netop udholder denne smerte, fordi de kan se et mål. Værne får en mening, idet de ligger til grund for progressionen og dermed også barnets forløsning. Blandt førstegangsfødende ses det dog, at den mest almindelige fødselskomplikation er dystoci (Kjærgaard 2009). *"Dystoci [...] foreligger, når fødsels progression er utilstrækkelig eller gået helt i stå [...]"* (DSOG 1999). I et studie om kvinders oplevelse af dystoci, beskriver en kvinde netop denne følelse af manglende progression: *"This was expressed as a feeling of never getting any further, a feeling of being let down by the body, being exhausted; being in severe pain and doubting that the baby would never arrive"* (Kjærgaard et al. 2007:4). I forlængelse af vores indledende tanker tolker vi ud fra citatet, at kvinden føler, målet forbliver langt væk. Der sker ikke en acceptabel progression, hvorfor værne kan føles meningsløse.

I praksis oplever vi, at håndteringen af dystoci ligeledes kan være udfordrende for jordemødrene, idet vi mener, at definitionen lægger op til individuel fortolkning. DSOG beskriver både dystoci, som værende når *"[...] dilatationen i fødsels aktive fase er mindre end 1/2 cm per time over mindst 3-4 timer"* (DSOG 1999), mens de i samme guideline bruger en mere diffus definition: *"Dystoci [...] foreligger, når fødsels progression er utilstrækkelig eller gået helt i stå bedømt ud fra en samlet vurdering af ændringer i orificiums dilatation og den ledende forsterdels stand i fødselsvejen"* (ibid). Den sidstnævnte definition lægger især op til en subjektiv fortolkning af, hvornår der er dystoci. Dette lægger dermed også op til forskellige handlemuligheder, hvis indvirkning kan have betydning på det enkelte fødselsforløb. Jordemoderen kan tolke progressionen, som værende langsom, men tilstrækkelig. For dog at fremme progression kan hun f.eks. opfordre

kvinden til bevægelse, hun kan udføre rebozo¹ eller evt. lægge akupunktur, som alle er non-invasive metoder. Tolker jordemoderen derimod progressionen, som værende utilstrækkelig og dermed fødslen som kompliceret, er jordemoderen forpligtet til at følge fødestedets procedurer. Dette kan betyde, at der udføres amniotomi eller der opsættes et vestibulerende Syntocinonsdrop (herefter S-drop). Der er dermed stor forskel på forløbet, hvad enten jordemoderen tolker progressionen, som værende tilstrækkelig eller utilstrækkelig – kompliceret eller ukompliceret.

Ifølge Cirkulære om jordemodervirksomhed er et af jordemoderfagets kerneområder at varetage den ukomplicerede graviditet, fødsel og barsel, og dermed at kunne forebygge og opspore de komplikationer, der kan opstå (CIR nr 149 af 08/08/2001). På de fleste fødeafdelinger i Danmark har jordemødre yderligere en generel bemyndigelse til at udføre amniotomi samt anvende vefremmende medicin (VEJ nr 151 af 08/08/2001). Jordemødre har altså, i stort omfang, selv ansvar for den beslutning, der skal træffes, i forhold til om der *er* dystoci. Vi ser således en problematik i, at jordemødre selv skal vurdere, hvorvidt der foreligger dystoci ud fra, hvad vi ser som, en diffus definition. Vi mener således, at vi kan risikere, at overbehandle.

På de danske fødeafdelinger er behandlingen af dystoci oftest et S-drop. I 2008 blev 45,8 % af alle førstegangsfødende, med spontan fødselsstart til termin, og med ét barn i hovedstilling, stimuleret med et S-drop (Kjærgaard 2009). Dvs., at næsten halvdelen af de kvinder, som antages, at skulle føde ukompliceret, får en intervention i deres fødsel, hvilket vi finder tankevækkende. Skyldes denne hyppige brug af S-drop, at definitionen for, hvornår der foreligger dystoci er for diffus? Fra 2005 til 2007 blev det danske Ve-projekt udarbejdet med jordemoder Hanne Kjærgaard som projektleder (Rigshospitalet). Vi synes, at der i projektet bringes en interessant vinkel på brugen af vestibulation. I projektet fandt de, at der selv med veldefinerede kriterier for dystoci var 10 %, der fik vestibulation uden indikation (Barfoed 2011), hvilket vi finder problematisk, bl.a. fordi oxytocin

¹ Mexicansk rysteteknik af bækkenet. Kan bl.a. bruges til at fremme progressionen (Mikkelsen 2005)

findes på den amerikanske liste Institute for Safe Medication Practices²(ISMP 2012). Vi ser 10 %, som værende en høj procentdel, taget i betragtning af, at dette var et projekt med veldefinerede kriterier, hvorfor den diffuse definition ikke kan tillægges hele skylden. Vi tænker derfor, om disse 10 % kan ses som et udtryk for, at der, i en vis grad, er tale om et subjektivt skøn, når jordemødre og obstetrikere definerer og handler i forløb med dystoci. På baggrund af denne subjektive vurdering, mener vi, at det er relevant at undersøge, hvad der kan ses at have betydning for jordemødres handlemuligheder. Vi mener, at der overordnet må være nogle forhold på spil såsom jordemoderens professionsidentitet, procedurer, normer og magtrelationer.

I praksis har vi erfaret, hvordan der kan være et magtforhold mellem jordemødre og obstetrikere. Ofte er de to professioner enige om fødselens videre forløb, men ved uenighed vil obstetrikernes beslutning dog altid vægte tungere end jordemoderens, da hun lovmæssigt er pålagt at bistå, lægen i den behandling han ordinerer (CIR nr 149 § 8 af 08/08/2001). Set i et samfundsmæssigt perspektiv, har obstetrikere og jordemødre således forskellig indflydelse. Vi oplever, at jordemødres fokus oftest er rettet mod den ukomplicerede fødsel, idet de ifølge Cirkulære om jordemodervirksom besidder kompetencer til at håndtere denne. Dette, mener vi ligeledes, ligger til grund for deres professionsidentitet, som er det fællesskab, jordemødre besidder, netop fordi de alle er jordemødre. Når vi mener, at jordemødres fokus er rettet mod det ukomplicerede, så mener vi ligeledes, at obstetrikernes fokus oftest er rettet mod risikoopsporing og forebyggelse. Som vi ser det, har de to professioner altså en forskellig tilgang til fødslen, hvilket kan skyldes deres forskellige professionsidentitet. Vi mener ligeledes, dette kan bevirke, at der opstår et magtforhold mellem dem. Jordemødre kan således til tider stå magtesløs i dette forhold, fordi de er underlagt obstetrikernes ordinationer.

I praksis har vi oplevet, hvordan procedurer, normer og den enkelte jordemoderes professionsidentitet ofte vægter højere end kvindens medbestemmelse. Dette ser vi en proble-

² Institute for Safe Medication Practices har lavet en liste over højrisiko medikamenter, som har en forhøjet risiko for at yde skade på patienter (ISMP 2012)

matik i, da andet punkt i Etiske Retningslinjer for Jordemødre beretter: *"Jordemoderen medvirker til at sikre, at kvinden får forståelig information om sine valgmuligheder, og jordemoderen respekterer hendes valg, samt støtter hende deri"* (Iversen 2010). Desuden er det lovmæssigt bestemt at *"[i]ngen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke [...]"* (LBK nr 95 af 7/2/2008, kap 5, § 15). Vi oplever, hvordan især procedurer præger den information, jordemoderen giver til kvinden i forløb med dystoci. Vores erfaring er, at behandlingen af dystoci er et S-drop, hvilket bevirker, at jordemødres information ved dystoci omhandler dette. Vi oplever, at jordemødre ofte undlader at fortælle kvinden, at der er alternative metoder til S-droppet. Vi tænker, om dette måske kan skyldes, at normen er blevet, at S-drop er den behandling der benyttes ved dystoci.

Opsummerende er dystoci den mest almindelige fødselskomplikation blandt førstegangs-fødende (Kjærgaard 2009), hvilket, vi mener, bl.a. kan ses som en konsekvens af at der er en gråzone i definitionen. Hermed mener vi, at jordemødres subjektive vurderinger spiller en betydelig rolle. Vi ser herved en problematik i, at jordemødre selv skal vurdere forløbet, som værnede enten kompliceret eller ukompliceret. Vi medtænker, at der er faktorer, som påvirker deres vurdering såsom magt og professionsidentitet. Disse overvejelser har ledt os frem til vores problemformulering.

2.0 Problemformulering

Hvordan oplever jordemødre deres handlemuligheder i forløb med dystoci, og hvordan kan magt og professionsidentitet ses som centrale begreber i denne forbindelse? Hvorledes kan jordemoderen med denne viden handle, på baggrund af lovgivning, således, at den fødende får mulighed for at give et informeret samtykke?

2.1 Begrebsdefinitioner

I dette afsnit vil vi præcisere de begreber, vi finder relevante og centrale i vores projekt.

2.1.1 Handlemuligheder

Vi har valgt selv at definere handlemuligheder, da vi ikke har fundet en dækkende definition. Vi definerer handlemuligheder som de forskellige muligheder, jordemoderen har for handling under forløb med utilstrækkelig progression eller dystoci. Dette kan ligeledes ske under indflydelse af eller i samarbejde med egne eller andre faggrupper.

2.1.2 Dystoci

Vi forstår begrebet dystoci ud fra DSOGs definition. *“Dystoci foreligger, hvis dilatationen i fødselns aktive fase er mindre end 1/2 cm per time over mindst 3-4 timer”* (DSOG 1999).

2.1.3 Informeret samtykke

Vi definerer informeret samtykke ud fra Sundhedsloven. *“Ved informeret samtykke forstås i denne lov et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side”* (LBK nr 95 af 7/2/2008, kap 5, § 15 stk 3).

2.2 Problemafgrænsning

I dette afsnit vil vi, på baggrund af vores problemformulering, redegøre for, hvilke aspekter vi *ikke* ønsker at undersøge nærmere. Vi vælger at afgrænse os fra tidsrammer og økonomiske ressourcer, som vi medtænker, kan have indflydelse på jordemødres oplevelse af deres handlemuligheder. Vi afgrænser os fra at undersøge kvindernes oplevelse af dystoci, idet vi vurderer, at det i forhold til projektets omfang bliver for omfattende at inkludere denne vinkel. Vi afgrænser os fra det obstetriske område, og vi vil således ikke beskæftige os med de årsager, der forårsager dystoci eller valg af behandlingsmuligheder. Vi ser ikke på dystoci i en bestemt fase af fødslen, selvom vi mener, at jordemoderen kan have grund til at handle forskelligt alt efter om kvinden er i aktiv- eller uddrivningsfasen. Vi tager udgangspunkt i kvinder med ukompliceret graviditet, og afgrænser os derfor fra kvinder med kompliceret graviditet, da graviditetskomplikationer, såsom overvægt har øget risiko for dystoci i fødslen. (DSOG 2011).

3.0 Metode

Lene

I dette afsnit ønsker vi at redegøre for udarbejdningen af projektet. Metodeafsnittet er opbygget, så det tager udgangspunkt i søgestrategien. Herefter følger fremgangsmåden, begrundelse for empiri og teori. Afslutningsvis vil vi beskrive og begrunde vores videnskabsteoretiske overvejelser i forbindelse med projektet.

3.1 Søgestrategi

I dette projekt ønskede vi en humanistisk tilgang, hvorfor det var oplagt at finde kvalitative studier til besvarelse af vores problemstillinger. Kvalitative studier tager udgangspunkt i det enkelte menneskes oplevelse af verden (Lindahl og Juhl 2002:17). Denne tilgang fandt vi relevant i forhold til vores problemformulering, da vi netop ønsker, at belyse jordemødres oplevelse af handlemuligheder. Vi har valgt kun at redegøre for de søgninger, der ledte os frem til det valgte empiri. Et bredere indblik i vores søgeord og generelle søgestrategi kan findes i bilag 1.

Vores søgning, i forhold til problemformuleringen, fandt vi relevant at foretage i Cinahl, da dette er en søgedatabase med hovedvægt på humanistisk forskning (Ebsco). Først foretog vi en fritekstsøgning for at få et indblik i, hvor stort et område vi søgte på. Vi søgte på *Midwives AND Augmentation*, hvilket gav os 31 hits. Ved at læse abstracts, fandt vi frem til to artikler, som vi syntes var relevante i forhold til vores projekt. Ud fra disse to artikler valgte vi artiklen *Midwives' navigation and perceived power during decision-making related to augmentation of labour* (bilag 2), som vi mener, er relevant til belysning af vores problemformulering.

3.2 Projektets fremgangsmåde

Stine

I de følgende afsnit vil vi starte med, at begrunde vores valg af empiri og derefter teori, hvorefter der følger et afsnit, hvor vi beskriver og begrunder vores videnskabsteoretiske overvejelser i forhold til projektet. Dernæst følger præsentation og vurdering af vores empiri *Midwives' navigation and perceived power during decision-making related to augmentation of labour*. Vi vil, i dette afsnit, foretage en kritisk gennemgang af studiet for at undersøge dets validitet. Herefter følger et afsnit, hvor vi præsenterer Bourdieus teori om sociale relationer, Steen Wackerhausens teori om professionsidentitet samt

Sundhedslovens kapitel 5 om informeret samtykke. Herefter følger vores analyse, hvor vi i første del ønsker at belyse problemformuleringens første del: *Hvordan oplever jordemødre deres handlemuligheder i forløb med dystoci, og hvordan kan magt og professionsidentitet ses som centrale begreber i denne forbindelse?* Dette vil vi gøre ved hjælp af vores empiri. Efterfølgende vil vi belyse dette ved hjælp af magt og professionsidentiteten. I anden del af analysen ønsker vi at belyse problemformuleringens anden del: *Hvorledes kan jordemoderen med viden herom handle, på baggrund af lovgivning, således, at den fødende får mulighed for at give et informeret samtykke?* Dette vil vi gøre på baggrund af første del af vores analyse og med inddragelse af Sundhedslovens kapitel 5 om informeret samtykke. Til slut vil vores resultater fra analysen danne grundlag for en diskussion.

3.3 Begrundelse for valg af empiri

Laura

Den empiri, som vi har valgt at inddrage i projektet, er et kvalitativt studie, som vi mener, kan anvendes til at belyse første del af vores problemformulering. Studiet ønsker at belyse udvalgte jordemødres oplevelse og erfaring med beslutningsprocessen relateret til vestimulation under fødslen (Blix-Lindström et al. 2008:191). Da studiet tager udgangspunkt i jordemødrenes livsverden, altså deres oplevede verden, mener vi, det har et fænomenologisk perspektiv. Set i forhold til vores problemformulering, vurderer vi, at studiet er brugbart, da forskningsspørgsmålet omhandler, hvorledes jordemødre oplever deres muligheder for handling, når der er behov for vestimulation.

3.4 Begrundelse for valg af teori

Lene

Den teori, som vi har valgt at inddrage i projektet, er Pierre Bourdieus teori om sociale relationer, Steen Wackerhausens teori om professionsidentitet samt Sundhedslovens kapitel 5 om informeret samtykke (LBK nr 95 af 7/2/2008 kap 5).

For at få en forståelse for, og dermed kunne besvare første del af vores problemformulering, ønsker vi at se på, hvordan begrebet magt kan ses at have betydning for jordemødres oplevelse af deres handlemuligheder. Vi vil til dette formål inddrage den franske antropolog og sociolog Bourdieu, som beskæftiger sig med magt i sociale relationer. Magt er, ifølge Bourdieu, som udgangspunkt ikke negativt, og han formår at skabe en nuanceret

forståelse af begrebet. Derfor mener vi, at hans teori kan benyttes til at belyse den magt-relation, vi mener, der kan forekomme mellem jordemødre og obstetrikere. Vi har valgt at tage udgangspunkt i Lisanne Wilkens bog *Pierre Bourdieu* (2006), da andet litteratur i højere grad belyser, *hvordan* man analytisk bruger Bourdieus begreber frem for at definere dem. Som supplerende litteratur bruger vi *Refleksiv sociologi - mål og midler* af Pierre Bourdieu og Loïc Wacquant (2001), *Af praktiske grunde - Omkring teorien* af Pierre Bourdieu (2001) samt artiklen *Sociologiske feltanalyser - om at anvende Bourdieus feltbegreb i historisk konkrete analyser* af Anders Mathiesen og Henriette Højbjerg (2009).

I projektet vil vi desuden anvende Wackerhausens teori om professionsidentitet og herunder begrebet immunsystemet. Vi vil bruge hans teori til at analysere, hvordan professionsidentiteten kan ses som et centralt begreb i forhold til jordemødres oplevelse af handlemuligheder ved dystoci. Til dette anvender vi Wackerhausens bog *Humanisme, professionsidentitet og uddannelse – i sundhedsområdet* (2002). Som supplement hertil anvender vi teksten *Professionsidentitet, Sædvane og Akademiske dyder* (2004).

I projektet vil vi redegøre for centrale aspekter ved et informeret samtykke. Vi vil inddrage Sundhedslovens kapitel 5, da det herunder fremgår, at et informeret samtykke altid skal indhentes forud for behandling (LBK nr 95 af 7/2/2008 kap 5). Et informeret samtykke er således en uundgåelig faktor i behandlingen af dystoci, og dermed relevant for vores projekt.

4.0 Videnskabsteoretiske overvejelser

Laura

I dette afsnit vil vi kort redegøre for de videnskabsteoretiske teorier, der bl.a. ligger til grund for vores tilgang til projektet. Vi inddrager et kvalitativt studie, hvorfor vi finder hermeneutik og fænomenologi relevant. Denne relevans vil vi tydeliggøre nedenfor.

4.1 Hermeneutik

Hermeneutik betyder læren om forståelse eller fortolkningskunst (Birkler 2009:95). *"I hermeneutikken ønsker man at fortolke meningen med menneskeskabte ting i lyset af den historiske sammenhæng"* (Brinkkjær & Høyen 2011:98). Som vi ser det, kan man således ikke fortolke eller have en forståelse uden også at inddrage konteksten.

Det var især Hans-Georg Gadamer³, der stillede spørgsmål ved forståelsens egenart. Dvs. det er vigtigt, hvordan vi forstår, men det er også vigtigt at vurdere, hvad forståelse er (Birkler 2009:95). I hermeneutikken benyttes begrebet for-forståelse, hvilket er den forståelse, antagelse eller fordom, der går forud for enhver forståelse. "*Hermeneutikken bliver her et ontologisk princip, hvor forståelse er en betingelse mere end blot en metode*" (ibid). Som vi ser det, kan man således ikke møde nogen eller opfatte noget uden at have en for-forståelse, da det er en betingelse for at kunne forstå. Hermeneutikken som metode indebærer at fortolke, og dermed "[...] at kunne slutte fra det konkrete udtryk tilbage til meningen med udtrykket" (Brinkkjær & Høyen 2011:98). Dette leder op til et andet hermeneutisk begreb; den hermeneutiske cirkel. Den hermeneutiske cirkel beskriver hvordan en helhed skal forstås via en del og delen skal forstås via helheden. Som subjekt har man en for-forståelse og dermed en helhedsforståelse. For at kunne få en ny delforståelse, skal man udforske egen forståelseshorisont, dvs., den måde man forstår på, og sætte spørgsmålstegn ved og fortolke egen for-forståelse. Hermed kan man opnå en ny forståelse for helheden og øge sin forståelseshorisont (Birkler 2009:99).

Vi finder det hermeneutiske perspektiv relevant for dette projekt, da den hermeneutiske cirkel kan være et redskab til at opnå en dybere forståelse af jordemødrenes udtalelser og dermed deres oplevelse af deres handlemuligheder. Ligeledes har vi, som forfattere af projektet, en for-forståelse, og hermeneutikken kan give os redskaber til, at gøre os bevidste om denne for-forståelse. Vores for-forståelse indebærer, at vi er jordemoderstuderende, og i den forbindelse har oplevet dystoci i praksis. Ligeledes har vi været på forskellige fødeafdelinger, og dermed set forskellige tilgange til dystoci. Vi tilhører en faggruppe, og dermed kan vi risikere at sympatisere med denne gruppe og ikke se nuanceret på problemstillingerne.

4.2 Fænomenologi

Stine

Fænomenologien betragtes i mange sammenhænge som hermeneutikkens søsterdisciplin, hvilket skal forstås ud fra det teoretiske afsæt. Hermeneutikken tager udgangspunkt i for-

³ Tysk filosof (1900-2002)

ståelse som menneskeligt grundvilkår, hvor fænomenologien handler om forståelsens genstand. Med forståelsens genstand menes, at man forsøger at forstå bevidsthedsindholdet i et andet menneskes forståelse (Birkler 2009:103).

Edmund Husserl⁴ betegnes i dag som fænomenologiens grundlægger. Husserl mente ikke, at bevidstheden kunne reduceres til objektive forhold, som den positivistiske videnskab antager. Desuden mente han, at videnskabens adskillelse mellem subjekt og objekt er en forfejlet dualistisk antagelse. For Husserl var det afgørende at undersøge den måde, hvorpå bevidstheden viser sig som relation til noget, og ikke se på den menneskelige bevidsthed som enten subjektiv eller objektiv (ibid:103-104). Med fænomenologien ønsker man at skabe viden gennem forståelse af et andet menneske. Man forsøger at forstå andre menneskers bevidsthedsfænomener, hvilket vil sige de fænomener, som den anden er medvidende om (ibid:103). Kvalitative studier, forsøger at fortolke den virkelighed, som mennesket befinder sig i (Lindahl & Juhl 2002:17), hvormed vi mener, at det tager udgangspunkt i fænomenologien. Ifølge Husserl beskæftiger fænomenologien sig med menneskets umiddelbare levede verden, med andre ord menneskets livsverden, hvor mennesket udlever og erfarer. Denne livsverden er særegen (Birkler 2009:105). Med udgangspunkt i ovenstående finder vi dermed det fænomenologiske perspektiv relevant i forhold til vores projekt. Dette gør vi fordi, at vi ønsker at se på jordemødres oplevelse af handlemuligheder ved dystoci, dermed også deres levede verden, altså deres livsverden.

5.0 Præsentation og vurdering af empiri

I de følgende afsnit vil vi præsentere det valgte studie, og samtidig foretage en kritisk analyse og vurdering. Med udgangspunkt i artiklen *Vurdering af kvalitative artikler* af Lindahl og Juhl (2002) vil vi benytte os af de kvalitetskriterier, der nævnes i artiklen. Som uddybende litteratur anvendes Hovmand og Præstegaards artikel: *Kvalitative forskningsmetoder i fysioterapien – en introduktion* (2002) og uddrag fra Malteruds bog: *Kvalitative metoder i medicinsk forskning – en indføring* (2011).

5.1 Introduktion

⁴ Tysk filosof (1859-1938)

Vi har valgt at arbejde med artiklen *Midwives' navigation and perceived power during decision-making related to augmentation of labour*, som bygger på et svensk studie foretaget på forskellige fødegange i Stockholm. Artiklen er publiceret i juli 2008 i *Midwifery*, som er et engelsk tidsskrift for jordemødre. Bag studiet står tre forskere; Sabine Blix-Lindström, Eva Johansson og Kyllike Christensen. Forud for studiet blev der givet en etisk godkendelse af Research Ethics Committee (Blix-Lindström et al. 2008:192).

5.2 Formål og baggrund

Laura

"I god kvalitativ forskning er der tradition for, at forskeren gør rede for sit formål [...]" (Hovmand & Præstegaard 2002:43). Dette gøres for at give læseren en forklaring af studiets baggrund. Derudover ses det at være en vigtig faktor for et studies validitet, at for forståelsen udredes for læseren (Lindahl & Juhl 2002:17).

Formålet med studiet var at opnå forståelse for jordemødres opfattelser og erfaringer vedrørende beslutningsprocessen relateret til vestimulation under fødslen (Blix-Lindström et al. 2008:191). Formålet er dermed, som vi ser det, klart defineret og afgrænset. Forskerens baggrund for studiet var, at belyse jordemødrenes opfattelse af eget arbejde, da forskerne så dette som et negligeret emne. Lindahl og Juhl skriver, at et velbegrundet formål skal være klinisk relevant (Lindahl & Juhl 2002:17). I studiet redegør forfatterne for den kliniske relevans, da brugen af vestimulation, verden over, er den mest almindelige intervention (Blix-Lindström et al. 2008:190). Studiet beskriver dermed et velbegrundet behov for yderligere viden på området, og dermed opfylder det et af Lindahl og Juhls kvalitetskriterier for et velbegrundet formål. På denne baggrund vurderer vi derfor studiet som berettiget og relevant for klinisk praksis.

Forskerne har til dette studie valgt at bruge den kvalitative forskningsmetode. Vi vurderer denne metode som velegnet, da essensen er at opnå en dybere forståelse af menneskers livsverden, hvilket, ifølge teorien, berettiger et kvalitativt design (Lindahl & Juhl 2002:17). Det er vigtigt for studiets validitet, at forskernes for-forståelse er synlig, da for forståelsen er den bagage, som forskeren tager med ind i forskningen (Malterud 2011:40-41). Indholdet i denne bagage kan enten være en hjælp og give næring til forståelsen af det undersøgte, men bagagen kan også være en hindring i forhold til at se andre perspek-

tiver (Hovmand & Præstegaard 2002:43). Forskerne redegør kun sparsomt for deres forståelse i studiet, men denne kan, i nogen grad, udledes af de oplyste informationer. Sabine Blix-Lindström er uddannet jordemoder, og har i et tidligere studie undersøgt beslutningsprocesser under fødslen, dog set ud fra kvindens perspektiv. Vi mener derfor at kunne udlede, at hendes for-forståelse er faglig, hvilket burde være beskrevet i studiet. Blix-Lindström har således en anden tilgang til emnet, i kraft af sine faglige kompetencer, erfaringer og perspektiver, end en med anden baggrund ville have. I værste fald kan forskerens bagage blive en byrde, da forskeren ikke ser det, hun egentligt møder (Malterud 2011:40). Da Blix-Lindström tidligere har beskæftiget sig med samme emne, medtænker vi, om hendes for-forståelse har haft indflydelse på resultaterne. Vi mener ikke, det er et problem, hvis forskeren har en relateret for-forståelse, men hvis forskeren ikke er sig det bevidst, kan det blive et problem, da det, som tidligere beskrevet, kan hindre forskeren i at se det undersøgte fra et nyt perspektiv (Hovmand & Præstegaard 2002:43).

5.3 Metode

Lene

I en kvalitativ artikel skal metoden, som forskerne har anvendt, være beskrevet fyldestgørende for at opnå en høj grad af intersubjektivitet. ”[Det] vil sige, at forskeren gør læseren til en vidende og informeret ledsager, som får indsigt i de betingelser, under hvilket resultaterne er udviklet“ (ibid:56). Hvis forskerne på denne måde delagtiggør læseren i fremgangsmåden, kan læseren således skabe sig et indtryk af studiets reliabilitet, dvs., hvor pålidelig studiet er (Lindahl & Juhl 2002:21).

5.3.1 Metode for udvælgelse af deltagere

I kvalitative studier bør forskeren bestræbe, at deltagerne gives mulighed for at belyse forskellige aspekter af det undersøgte (ibid:18). Dette mener vi, at forskerne bestræber, da de beskriver, at de udvalgte jordemødre repræsenterede alle fødeafdelinger i Stockholm (Blix-Lindström et al. 2008:191). Ved at forskerne beskriver denne udvælgelse, mener vi, det højner studiets intersubjektivitet, da vi mener, at forskerne på denne måde gør læseren til en informeret ledsager. Metoden, hvormed deltagerne blev udvalgt, var en målbevidst prøveudtagningsteknik. Kriteriet for at deltage i studiet var, at jordemødrene skulle kunne give tilstrækkelige oplysninger ud fra den tid, de havde arbejdet som jordemødre. De ud-

valgte deltagere deltog i et kursus for erfarne jordemødre, og blev på den baggrund anset for at opfylde udvælgelseskriterierne (ibid:192). Det var således ikke direkte Blix-Lindström et al., der valgte udvalgte deltagerne, men kun kriterierne herfor. Deltagerne bestod af 20 jordemødre i alderen 29-59 år, og disse havde mellem 4-35 års erhvervs erfaring (ibid:191-192). Blix-Lindström et al. argumenterer for, at den vekslende erhvervs erfaring kan give et varieret svar. Vi tænker dog, at Blix-Lindström et al. kan risikere at miste nuancer ved at udelukke jordemødre med mindre erfaring, idet vi mener, jordemødre med bred erfaring kan ses at være præget af afdelingens rutiner.

5.3.2 Metode for dataindsamling

Stine

Studiet bestod af tre fokusgruppeinterviews, hvoraf gruppe 1 og 2 var hospitalsansatte jordemødre. Fokusgruppe 3 var jordemødre fra en jordemoderledet afdeling. På denne afdeling fungerede obstetrikere på konsulentniveau (ibid). Blix-Lindström et al. begrundet ikke valget af fokusgruppeinterviews som metode for studiet, men redegør for, at dette var givende, idet der kunne opnås diskussioner jordemødrene imellem (ibid:197). Når forskerens formål er at finde forskellige erfaringer med et bestemt emne, kan han med fordel benytte sig af fokusgruppeinterview (Hovmand & Præstegaard 2002:48). Da formålet med studiet netop var at opnå forståelse for jordemødrenes erfaring med beslutningsprocessen, finder vi, at metoden er brugbar. Dog mener vi, at det kan overvejes, om individuelle interviews, ville have givet andre perspektiver. På den måde ville den enkelte jordemoder måske ikke føle sig forpligtet af afdelingens holdninger og normer. Yderligere kan det diskuteres, om et observationsstudie kunne have bidraget med mere viden om, hvordan den enkelte jordemoder reelt handler i praksis, og hvad der reelt påvirker beslutningsprocessen. Blix-Lindström et al. nævner også i deres diskussion, at en kombination mellem observationsstudie og fokusgruppeinterviews ville kunne imødekomme denne problematik (Blix-Lindström et al. 2008:197).

Ved god kvalitativ forskning skal der i studiet redegøres for, hvor interviewene foregik, hvem der var til stede, hvor lang tid det tog og om det blev optaget (Lindahl & Juhl 2002:18). I studiet skriver forskerne, at dataindsamlingen fandt sted mellem april og maj 2003, at hver gruppe mødtes en gang og at fokusgruppeinterviewene varede fra 70-90

minutter (Blix-Lindström et al. 2008:191). Alle fokusgruppediskussionerne blev båndoptaget og transskriberet af observatøren direkte efter interviewene (ibid:192). Ifølge Lindahl og Juhl højner dette reliabiliteten, da det på den måde er muligt at gengive interviewene nøjagtigt (Lindahl & Juhl 2002:19). Vi bliver som læsere ikke gjort opmærksom på, hvor interviewene fandt sted. Det fremgår heller ikke tydeligt, om alle forskerne selv deltog i interviewene. Dette nedsætter reliabiliteten, da det ikke er muligt for læseren at vurdere, hvilken indflydelse de givne rammer har haft, og under hvilke betingelser resultaterne er udviklet (Hovmand & Præstegaard 2002:56). Personen, som i studiet ledte interviewene, startede interviewene, i alle tre fokusgrupper, med ét åbent spørgsmål: *"The use of augmentation of labour with oxytocin infusion has increased during recent years. What do you think about your own part in the decision-making process regarding this intervention"* (Blix-Lindström et al. 2008:192). Der er dermed anvendt ustrukturerede interviews. Vi finder dette brugbart, i denne sammenhæng, da det var forskernes formål at udforske jordemødrenes livsverden (ibid:191), hvilket ustrukturerede interviews lægger op til (Hovmand & Præstegaard 2002:48). Ifølge Lindahl og Juhl skal det oplyses, hvilken forsker der deltog i interviewene, og det skal yderligere fremgå om forskeren havde nogle relationer til deltagerne (Lindahl & Juhl 2002:19). Vi mener, på den baggrund, at det svækker studiets validitet, at det ikke fremgår tydeligt, hvilke forskere der deltog i dataindsamlingen og desuden er deres forhold til deltagerne heller ikke beskrevet.

5.3.3 Metoder til databearbejdning

Laura

Det oplyses i studiet, at datamaterialet umiddelbart efter interviewene blev transskriberet (Blix-Lindström et al. 2008:192). Der blev i databearbejdningen anvendt en tematisk indholdsanalyseteknik, som havde til hensigt at foretage emneopdeling og analyse af de transskriberede interviews (ibid). Da emneopdelingen var foretaget, blev teksterne grundigt gennemgået af hvert medlem i forskergruppen. Dette med henblik på at identificere de endelige fem kategorier (ibid). Hermed er der, i studiet, anvendt forskertrianglering. Forskertrianglering nedsætter risikoen for, at der opstår fejl, da forskningsresultater ved triangulering vurderes ud fra forskellige synspunkter (Hovmand & Præstegaard 2002:55). Vi mener derfor, at anvendelsen af forskertrianglering øger reliabiliteten i dette studie,

idet der er mindre risiko for fejl, samt at flere perspektiver øger pålideligheden. Da de fem kategorier var blevet bestemt, blev et peer review udført af nogle jordemoderkollegaer. Dette med henblik på at validere de erfaringer, deltagerne var kommet med under interviewene (Blix-Lindström et al. 2008:192). Ifølge Hovmand og Præstegaard styrker et peer review studiets interne validitet (Hovmand & Præstegaard 2002:55). Vi vurderer dermed, at kvalitetskriterierne for databearbejdningsmetoder er opfyldt.

5.4 Resultater

Lene

Præsentationen af resultaterne skal formidle til læseren, at der er overensstemmelse på tværs af datamaterialet. Det skal stå klart, hvilke sammenhænge der er fundet og disse begreber, temaer og mønstre skal præsenteres således, at deres dynamiske funktion på tværs fremgår (Lindahl & Juhl 2002:20).

Som tidligere nævnt, blev der i studiets analyse fundet fem kategorier, som havde indflydelse på jordemødrenes beslutningsproces relateret til vestimulation under fødslen (Blix-Lindström et al. 2008:193). Resultatet af studiet blev følgende kategorier: Retningslinjer og procedurer, Mangel på fødestuer, Obstetrikernes indflydelse, Kvinden og Jordemoderens professionelle jeg (ibid:193). Forskerne beskriver, at de gennem interviewene fandt, at jordemødrene havde et ønske om autonomi, men at retningslinjer og procedurer havde indflydelse på dette. Yderligere havde mangel på fødestuer, betydning for jordemødrenes beslutning om vestimulation i fødslen. Dette i kraft af, at obstetrikere bad jordemødrene om, at afvikle fødslerne hurtigere for at give plads til andre fødende. Jordemødrene angav desuden, at obstetrikere kunne have indflydelse på deres beslutning, idet jordemødrene nogle gange oplevede en konflikt med obstetrikere angående rollefordelingen. Ligeledes gav de ældre jordemødre udtryk for, at også nutidens kvinder kunne påvirke deres beslutning, fordi kvinderne, i langt højere grad, orienterer sig på internettet, og er mere bevidste om egne ønsker til fødslen. Den sidste kategori var jordemødrenes professionelle jeg, som også havde indflydelse på håndteringen af vestimulation. Nogle jordemødrene var utålmodige og benyttede hyppigt deres mulighed for at fremskynde fødslen, mens andre var mere afventende (ibid:193-195).

Der var en sammenhæng mellem kategorierne, som var: *navigation* og *magt*. Disse går igen i hver af de fem kategorier, og er illustreret af citater fra de tre fokusgrupper. Vi mener, at alle fem kategorier er beskrevet grundigt med centrale citater, der understøtter teksten, og belyser de forskelle, som jordemødrene i de tre fokusgrupper oplevede. Lindahl og Juhl beskriver, at et vigtigt kvalitetskriterium er, at forskerne har taget flere aspekter i betragtning, og ikke blot er gået efter at få bekræftet egen for-forståelse (Lindahl & Juhl 2002:20). Dette mener vi, netop gør sig gældende i artiklen, idet de udvalgte citater er centrale til at belyse resultaterne. Vi mener dog, at der kan være en mulig risiko for, at forskerne kan have udvalgt netop de citater, der understøtter deres formål med studiet.

Jo større datamaterialet i et studie er, des større er sandsynligheden for at opnå datamætning (Hovmand & Præstegaard 2002:46). I kvalitative studier er antallet af deltagere ikke afgørende for studiets kvalitet, der skal dog være deltagere nok til at opnå datamætning (Lindahl & Juhl 2002:18). Datamætning opnås, når temaerne i data gentages på tværs af deltagerne, og når der ikke længere fremkommer nye aspekter i materialet (Hovmand og Præstegaard 2002:44). Blix-Lindström et al. påpeger, at det er studiets svaghed, at der ikke er flere deltagere inkluderet. Forskerne argumenterer samtidig for, at der er opnået datamætning ved anvendelse af de tre fokusgrupper, og med viden fra deres tidligere studie (Blix-Lindström et al. 2008:196). Det er derfor ikke alene på baggrund af dette studie muligt at opnå datamætning, men da der sammenholdt med et tidligere studie er opnået datamætning, vil vi argumentere for, at det øger studiet interne validitet. Ifølge Lindahl og Juhl er et centralt kvalitetskriterium, at der skal være god sammenhæng mellem studiets formål og de fremkomne resultater. (Lindahl & Juhl 2002:20) Det mener vi, at der ses i dette studie.

5.5 Samlet vurdering

Stine

Vi vil nu, efter den kritiske gennemgang, opsummere vores vurdering af artiklens interne samt eksterne validitet.

5.5.1 Intern validitet

”Ved intern validitet forstås en vurdering af studiets resultat set i relation til en kritisk gennemgang af samtlige trin i undersøgelsen“ (Hovmand & Præstegaard 2002:54). Dvs.

en vurdering af studiets gyldighed, idet man ser på, om data er relevante og troværdige, og om analysen er foretaget systematisk og dermed forsvarlig (ibid).

Baggrunden og formålet med studiet, mener vi, er velbeskrevet, og selvom forskerne ikke forholder sig direkte til deres for-forståelse, får læseren et godt indblik i denne. Studiets metode er valgt i forhold til formålet, herunder valget af deltagere og interviewmetode. Validiteten styrkes derudover af den anvendte forskertrianglering. Vi mener, et kritikpunkt til studiet er, at dataindsamlingen, dvs. måden, hvorpå interviewene er foregået, ikke er særlig pålidelig. Dette mener vi på grund af en mangelfuld beskrivelse, herunder, hvem der var til stede under interviewene, og forskernes relation til deltagerne. Dette påvirker således også validiteten af de indsamlede data. Beskrivelsen af analysen giver derimod indtryk af, at den er foretaget grundigt og systematisk. Vi vurderer reliabiliteten, som værende god, eftersom der foretages forskertrianglering. I studiets diskussion reflekterer Blix-Lindström et al. kritisk over studiet og dets resultater. Ifølge Lindahl og Juhl øger kritisk refleksion studiets validitet (Lindahl & Juhl 2002:20). Desuden beskriver Lindahl og Juhl, at det er vigtigt for studiet interne validitet, at studiet er gennemarbejdet, og resultaterne korresponderer med formålet (ibid:21). Idet vi mener, dette er glædende for studiet, vurderer vi, studiet for værende valid.

5.5.2 Ekstern validitet

Laura

Den eksterne validitet beskriver ”(...) *hvorvidt studiets resultat kan gælde for andre end de personer, der er indgået i studiet.*” (Hovmand & Præstegaard 2002:16). Dette betyder i denne sammenhæng, om det udvalgte studie kan bruges i en dansk kontekst.

Forskerne gør rede for svenske jordemødres arbejdsfelt, hvilket betyder, at læseren selv kan sammenligne dette med egne forhold og dermed vurdere overførbareheden. Vi mener, at studiets resultater kan overføres til dansk kontekst, idet Danmark ofte sammenligner sig med de øvrige skandinaviske lande og dermed Sverige. Dette bygger vi på, at de forhold, som oplyses om svenske jordemødres arbejdsfelt og deres samarbejde med obstetrikere, er direkte overførbare til danske forhold. Dette ses i studiet ved, at jordemødre i Sverige selvstændigt varetager den ukomplicerede fødsel, og den komplicerede fødsel efter at have konsulteret med en obstetriker (Blix-Lindström et al. 2008:191). Dette er

direkte sammenligneligt med den danske lovgivning (CIR nr 149 af 8/8/2001, § 1 og § 8). På denne baggrund, vil vi argumentere for, at studiets resultater er gældende for danske forhold og dermed styrker dette den eksterne validitet.

6.0 Præsentation af teori

Stine

I de følgende afsnit vil vi præsentere den teori, vi vil benytte. Vi vil begynde med en gennemgang af Bourdieus teori om sociale relationer og den magt, som påvirker disse. Efterfølgende vil vi præsentere Wackerhausens teori om professionsidentitet, herunder begrebet immunsystemet, og afslutningsvis vil vi præsentere det informerede samtykke.

6.1 Bourdieu – Magtbegrebet

Pierre Bourdieu (1930-2002) var en fransk antropolog og sociolog, som har tilføjet socialvidenskaben nye og originale begreber, teorier og metoder. I sin teori forsøger han, at skabe et analytisk redskab til at forstå menneskets handlinger i sociale relationer. I dette afsnit vil vi redegøre for Bourdieus begreber kapital, habitus samt feltet, hvorefter vi vil beskrive, hvordan disse begreber kan anskues at påvirke, hvad Bourdieu angiver som et socialt spil.

6.1.1 Kapital

Ifølge Bourdieu består kapital bl.a. af et menneskes eller en agents⁵ økonomiske, personlige og sociale ressourcer. I arbejdet med begrebet kapital tager Bourdieu udgangspunkt i marxismens antagelse af, at der er en sammenhæng mellem kapital og magt. Marxismen tog dog kun udgangspunkt i den materielle kapital, hvorimod Bourdieu mener, at kapital kan inddeles i forskellige kapitalformer; *den økonomiske kapital*, der indebærer de materielle goder, en agent har til rådighed, *den kulturelle kapital*, dvs. kompetencer, relevant viden samt uddannelse og *den sociale kapital*, der knytter sig til relationer samt netværk (Wilken 2006:46-47). Bourdieu omtaler også en symbolsk kapital, som henviser til, at en egenskab eller kapitalform kan konstituere sig som symbolsk kapital. *“Dette sker i det øjeblik denne egenskab opfattes af nogle sociale agenter der sidder inde med netop den type opfattelseskategorier som sætter dem i stand til at genkende og anerkende den, at*

⁵ Bourdieu benytter *agent* om de personer, der indgår i et socialt felt (Wilken 2006:46)

tillægge den værdi" (Bourdieu 2001:115). Symbolsk kapital er således den kapital, der kan inddrages i feltet, og giver indflydelse (Mathiesen & Højberg 2009:247). Bourdieu mener, at alle agenter besidder en vis kapital, og han er også enig med marxismen om, at denne kapital kan udveksles og dermed benyttes til at opnå magt (Wilken 2006:46). Den magt en agent kan udlede af egen kapital afhænger af, hvilket felt eller social relation, agenten befinder sig i og hvilke kapitalformer, der giver magt i det givne felt. En agent kan således have megen kapital og dermed magt i det ene felt, men i et andet felt anses denne kapital ikke som værdifuld, og agenten besidder således ingen magt der (ibid:47-48).

6.1.2 Habitus

Laura

Begrebet habitus omhandler den måde, vi agerer på med udgangspunkt i vores forståelse af den givne situation. Bourdieu beskriver, hvordan habitus er noget, der tilegnes, men at processen for, hvordan det tilegnes, er fortrængt eller glemt (ibid:42-43). Habitus er ifølge Bourdieu et resultat af socialiseringen, og han mener, at især den tidlige socialisering har stor betydning. Selv beskriver Bourdieu habitus som "*[...] en transformerende maskine, som får os til at 'reproducere' de sociale forhold, vi selv har skabt [...]*" (ibid). Habitus overleveres således gennem socialiseringen, men den opbygges også på baggrund af oplevelser og erfaringer gennem hele livet. Ifølge Bourdieu samles disse i et system af habituelle dispositioner (Mathiesen & Højberg 2009:254). Via denne habitus bliver vi udstyret "*[...] med en matrix for, hvordan [vi] opfatter, forstår og derfor handler i givne situationer. Der er ikke tale om en detaljeret, internaliseret, kognitiv struktur, men netop om en vifte af generaliserede for-forståelser [...]*" (ibid:43). Under en forelæsning på Tokyos Universitet beskriver Bourdieu, hvordan habitus er en praktisk sans, der opstiller handlemuligheder set ud fra den givne situation. Han sammenligner det desuden med sport, hvor spillere skal være i stand til at forudse spillet og derudfra handle fordelagtigt set i forhold til spillet (Bourdieu 2001:44). Habitus er således både noget vi tilegner os, men habitus er ligeledes de strukturerede dispositioner, hvorudfra vi handler i den givne situation (ibid:68).

6.1.3 Feltet

Feltbegrebet bygger på, at samfundet ifølge Bourdieu er et socialt rum, hvor der kæmpes om kapital. Der kan således ikke eksistere et felt, uden, det i feltet kan påvises, at der er noget på spil, og dermed noget agenter finder værd at kæmpe for. Feltet refererer dog ikke til de fysiske rammer, men derimod til det strukturerede mønster af relationer, der forekommer mellem agenter. Feltet kan således beskrives som de sociale arenaer, hvori praksis udspiller sig (Wilken 2006:46-48). I feltet findes der visse grundlæggende regler, som alle agenter skal følge. Disse regler refererer Bourdieu til som *doxa*, og de beskrives som værende "*den sunde fornufts selvfølgeligheder (common sense), de uudtalte grundantagelser, den gængse opfattelse - alt det der ikke sættes spørgsmålstegn ved*" (Mathiesen & Højberg 2009:567). Disse doxa bestemmer ligeledes, hvilken form for kapital, der anses som værdifuld i det givne felt, og dermed hvilke former for kapital, der kan veksles til symbolsk kapital; at man anerkendes i feltet (Bourdieu 2001:127). Accepterer man ikke et felts doxa, kan man ikke være en del af feltet. Grunden til at agenterne netop accepterer disse doxa skyldes, ifølge Bourdieu, at de har en interesse, en *illusio* i feltet. "*Illusio [...] betyder, at man inddrages i spillet, hvad enten man gør sig det klart eller ej*" (Bourdieu & Wacquant 2001:102). En agent kan dog også vælge ikke at deltage i feltet, hvis det vurderes, at indsatsen bliver for høj i forhold til udbyttet og dermed besidder agenten ikke *illusio*.

6.1.4 Relationen som et socialt spil

Bourdieu refererer ofte til kampen om kapital som et socialt spil med praktisk-tænkende agenter. I dette sociale spil er der noget på spil, dvs. kapital, indflydelse eller andet, der i feltet anses for at have værdi. I spillet, er der ligeledes spilleregler, som skal overholdes, de såkaldte doxa. Ligesom i et spil kan man ikke, som iagttagere, forudsige spillets udfald, blot man kender til spillets regler (Wilken 2006:56). Agenternes habitus fordrer dem til at handle originalt og bedst muligt set ud fra netop dette spil, hvilket gør spillet uforudsigeligt. Udfaldet af et felts kamp afhænger således både af feltet og dets doxa, agenternes kapital, deres habitus og dermed deres evne til at forstå og forudsige spillet og derudfra handle optimalt (ibid:59).

Vi ser således, at for at opnå en forståelse af menneskets handlinger i en relation, må man forsøge at forstå de enkelte agents kapital, deres relation og dermed feltet samt deres habitus.

6.2 Wackerhausen – Professionsidentitet

Stine

Wackerhausen definerer i bogen *Humanisme, professionsidentitet og uddannelse* professionsidentiteten, som ”[d]ét [...], som hos den enkelte praktiker ligger bag den pågældende praktikers praksis (eller rettere bag de sider ved denne praksis, som ikke direkte er givet ved eksterne forhold)” (Wackerhausen 2002:58-59). Wackerhausen taler med andre ord om, at flere træk i fagprofessionen er usynliggjorte (ibid:60). Professionsidentiteten kan indholdsmæssigt betegnes som det professionelle beredskab, hvilket består af praktikerens *blik* for situationen og praktikerens *aktivitetsdispositioner* dvs. handlingsrutiner (ibid:63). Om dannelsen af professionsidentiteten skriver Wackerhausen: ”Professionsidentiteten er ikke noget, som skabes i færdig form på et givet afgrænset tidspunkt” (ibid:65). Uddannelse former således grundlaget for den enkeltes professionsidentitet ud fra den dertilhørende optik. Herefter vil den enkelte i egen praksis udføre det lærte, for derigennem at formgive og udvikle sin egen professionsidentitet (Wackerhausen 2004:17). Inden for de enkelte professioner påvirkes og dannes den enkelte praktikers professionsidentitet af individuelle værdier og principper. Disse er afspejlet i den enkeltes erfaringer og deltagelse i andre praksisfællesskaber (ibid:15,18).

6.2.1 Immunsystemet

Lene

I sin teori om professionsidentitet arbejder Wackerhausen med begrebet *immunsystemet*. Her beskriver han, at selvom der er plads til individuelle erfaringer som medlem af en profession, så er der et professionsinternt pres og en forventning om at blive *en af vore*. Hvormed der menes at tilegne sig fælleselementer i professionsidentiteten. Senere vil der være en forventning om at *vedblive en af vore*. Det forventes således af praktikerens, at denne vedholder fælleselementerne i professionsidentiteten (Wackerhausen 2002:66). Desuden vil der være et professionseksternt pres, hvor det forventes, at praktikerens opfører sig, som *vore slags gør* indenfor den givne profession (ibid). Det forventes derfor, at praktikerens følger sædvanen og sker dette, er praktikerens ikke iøjnefaldende. Først når

der afviges fra daglig praksis, bliver det iøjnefaldende, og der vil blive lagt mærke til den person, som ikke gør tingene, som de plejer (Wackerhausen 2004:15). Hvis praktikerer er for afvigende og ikke retter sig ind sættes en udstødelse i værk for at beskytte sædvanen og professionen (ibid:24). Sammenfattet består professionsidentiteten af at tænke, prioritere, handle mm. som *vore slags gør*. Professionsidentitetens dannelse sker gennem forklaringsformer, handlingsrutiner osv. Dermed hentyder Wackerhausen til, at dannelsen af professionsidentiteten sker ved at gå i de veletablerede og anerkendte fagudøveres veltrådte stier (ibid:22).

6.3 Informeret samtykke

Ifølge Sundhedsloven må sundhedspersoner ikke indlede eller fortsætte behandling, uden et informeret samtykke fra patienten (LBK nr 95 af 7/2/2008, kap 5, § 15).

Ved informeret samtykke forstås, at patienten skal have fyldestgørende information fra en sundhedsperson. Sådan skriver vi indledningsvis, og dette dækker over, at et informeret samtykke er en patients rettighed. Et informeret samtykke skal indeholde informationer om patientens behandlingsmuligheder og risiko for evt. komplikationer og bivirkninger (ibid,§16). Yderligere skal et informeret samtykke indeholde oplysninger om mulighed for en anden behandlingsform (ibid,§16,stk 4). Det er sundhedspersonens ansvar, at et informeret samtykke opnås (ibid,§21,stk 1) og at informationen er tilpasset patientens individuelle forudsætning, således, informationen er forståelig for den enkelte patient (ibid,§16,stk 3). Lovgivningen fastslår på baggrund af ovenstående, at en behandling altid forudsætter et informeret samtykke. Patienten skal derfor altid vælge, om denne accepterer eller afslår behandlingen.

7.0 Analyse

Stine

I dette analyseafsnit vil vi belyse vores problemformulering ud fra den valgte empiri og teori. Indledningsvis vil vi ved hjælp af vores empiri belyse, hvordan jordemødre oplever deres handlemuligheder i forløb, hvor der opstår dystoci. Herefter vil vi analysere, hvordan begreberne magt og professionsidentitet kan ses at være centrale i forhold til disse resultater. Afslutningsvis vil vi, på baggrund af analysens første del, analysere,

hvordan resultaterne kan ses at have betydning for, hvorledes jordemoderen kan give kvinden mulighed for at give et informeret samtykke.

I arbejdet med teorien har vi erfaret, hvorledes Bourdieus habitusbegreb samt Wackerhausens teori om professionsidentitet er meget lig hinanden. Vi mener i høj grad, det kan ses, at jordemoderens habitus er præget af hendes professionsidentitet, og derfor handler hun på baggrund af denne. Vi vil derfor, i den følgende analyse, benytte begreberne i flæng.

7.1 Jordemødrenes oplevelse af deres handlemuligheder

Vores empiri bidrager med viden om, hvordan jordemødre oplever deres handlemuligheder i forløb med dystoci. Overordnet fandt forfatterne, at jordemødrenes oplevelser kunne inddeles i fem kategorier. Disse kategorier var retningslinjer og procedurer, mangel på fødestuer, obstetrikernes indflydelse, kvinden og jordemoderens professionelle jeg.

Jordemødrene i studiet klargjorde, at der på alle fødeafdelinger i Sverige foreligger procedurer, der beskriver, hvornår og hvordan der skal interveneres samt jordemødrenes ret til at træffe beslutninger i forhold til vestimulation i fødslen (Blix-Lindström et al. 2008:193). I studiet følte jordemødrene utilfredshed med de beslutninger, der blev truffet, på baggrund af procedurer, som de fandt i direkte strid med deres overbevisning. Dette, følte de, var undertrykkende for deres autonomi. Eftersom det er lovpligtigt at følge procedurerne, påvirkede dette jordemødrenes oplevelse af deres handlemuligheder (ibid).

Jordemødrene oplevede ligeledes, at mangel på fødestuer, kunne influere på deres handlemuligheder. Jordemødrene gav udtryk for, at obstetrikere indimellem havde bedt dem progrediere fødselsprocessen, så der kunne blive plads til nye fødende (ibid).

Jordemødrene angav desuden, at den vagthavende obstetriker kunne have indflydelse på deres oplevelse af handlemuligheder. Jordemødrene følte et pres fra obstetrikeren om at få afsluttet fødslen. Ligeledes gav nogle af jordemødrene udtryk for, at obstetrikere var for involveret og at de ordinerede intervention kun ud fra et partogram (ibid:194).

Nogle af studiets jordemødre udtrykte, at mange fødende kvinder havde en bred viden om fødslen og derfor var interesserede i at deltage i beslutningsprocessen, når der opstod dystoci (ibid). Jordemødrene påpegede vigtigheden af dialog med kvinden, men da nogle

af kvinderne havde specielle og urealistiske forventninger til fødslen, oplevede jordemødrene, at dette kunne påvirke oplevelsen af deres handlemuligheder (ibid).

Jordemødrene i studiet havde forskellige holdninger til håndteringen af vestimulation og forskellige erfaringer med forløb med dystoci. På den baggrund mente de, at det individuelle perspektiv kunne have indflydelse på deres oplevelse af handlemuligheder (ibid:195). Derudover var samarbejdet, jordemødrene imellem, vigtigt for den enkelte jordemoderes oplevelse af egne handlemuligheder, da hun kunne føle sig presset af andre jordemødre til at handle i en bestemt retning (ibid).

7.1.1 Regulations and guidelines

I forhold til jordemødrenes oplevelse af deres handlemuligheder i forløb med dystoci spiller afdelingens procedurer ifølge jordemødrene en rolle (ibid:193).

I løbet af gruppeinterviewene opdagede jordemødrene, at procedurerne for dystoci var forskellige fødegangene imellem. Dette forbavsede jordemødrene, da de forventede, at procedurerne var lavet på baggrund af evidens og derfor burde være ens (ibid). En af jordemødrene fortæller, hvordan hun oplever, at procedurerne på fødeafdelingen laves om: *“Our head obstetrician has decided that we have to make an amniotomy first as a means for augmentation of labour and then put up an oxytocin infusion ... but previously we used to put up the infusion first”* (ibid). Set i forhold til Bourdieus teori om kapitalbegrebet (Wilken 2006:46-47) kan vi udlede, at obstetrikeren kan ses at besidde kapital. Som vi ser det, er det her hans kulturelle kapital, hvilket vil sige hans kompetencer, som han har opbygget via sin uddannelse, der kommer til udtryk. Dette viser sig ved, at han tilsyneladende uden evidensbaseret baggrund kan udarbejde samt revidere procedurer. Vi mener således, at obstetrikeren har mere anerkendelse i feltet, da han har mere kulturel kapital end jordemoderen, idet hendes kulturelle kapital ikke giver hende rettigheder til sådanne bestemmelser (CIR nr 149 af 08/08/2001).

I studiet beskriver jordemødrene, at de nogle gange vælger at strække tidsgrænserne, der er bestemt i procedurerne eller på anden måde omgå dem, for at undgå at træffe en beslutning, som de mener, er skadelig for fødselsprocessen (Blix-Lindström et al. 2008:193). I denne forbindelse siger en jordemoder: *“It isn’t suitable for midwives to*

work along the same lines; it doesn't feel good to be forced to adjust to rules" (ibid). Som udgangspunkt kan jordemødre ses at besidde mindre symbolsk kapital end de procedurer, de skal følge, idet procedurerne omhandler det komplicerede, hvilket er ud over jordemødrenes kompetenceområde. Som vi ser det, kan jordemoderen altså ikke her sætte sine kapitaler i spil til trods for, at hun besidder en del kulturel kapital, i form af sine kompetencer. Dette på grund af doxa – spillets regler (Mathiesen & Højberg 2009:252), som her kan ses at være bestemt ud fra procedurerne for dystoci. Vi ser derfor, at jordemoderen ikke bliver anerkendt feltet. På trods af doxa og jordemoderens mindre symbolske kapital, har jordemoderen alligevel interesse i at have medbestemmelse på området, altså være *en del af spillet* - illusio. Dette viser sig ved, at jordemoderen kan øge sin symbolske kapital ved, at hun kan omgå procedurerne. Dette kommer bl.a. til udtryk i dette citat af en af jordemødrene:

"Following the guidelines you should make a vaginal examination at certain intervals to examine if labour is progressing in accordance with the action line ... that means every second hour. Sometimes that feels wrong so instead I inform the woman to tell me when she wants to be examined" (Blix-Lindström et al. 2008:193).

I dette eksempel vælger jordemoderen ikke at følge procedurens interval for vaginal eksploration, da dette, som vi ser det, strider imod hendes habitus i form af professionsidentitet, for-forståelse og hendes livsverden. Vi tolker, at denne jordemoders for-forståelse må bygge på tidligere erfaringer, hvor hun givetvis har oplevet, at hyppige vaginaleksplorationer er skadelige for fødselsprocessen. Vi mener således, at jordemoderen må være af den overbevisning, at hun undgår interventioner ved at strække tidsgrænsen, hvilket ligeledes holder fødslen ukompliceret og dermed fortsat inden for sit kompetenceområde. Set ud fra Wackerhausens teori om professionsidentitet (Wackerhausen 2002) kan man i citatet yderligere udlede, at jordemoderen bruger sit professionelle beredskab, hvilket vil sige, at der udvises *blik* for situationen (ibid:63). Dette ser vi ved, at hun tager udgangspunkt i den individuelle situation og handler ud fra, hvad hun finder er bedst for kvinden frem for stringent at følge afdelingens procedurer.

Ifølge Bourdieus teori om feltbegrebet (Wilken 2006:46) mener vi, at der på denne baggrund kan ses, at der kæmpes om kapital i feltet mellem obstetrikere og jordemødre, hvormed vi ser, at der er et magtforhold mellem professionerne. Dette kommer også til udtryk i studiet, da jordemødrene mener, at deres autonomi undertrykkes af procedurene (Blix-Lindström et al. 2008:193). Hermed udleder vi, at deres symbolske kapital er begrænset i feltet, hvilket ses at have betydning for oplevelsen af deres handlemuligheder.

7.1.2 Shortage of delivery rooms

Laura

Jordemødrene i studiet oplevede, hvordan mangel på fødestuer også kunne påvirke deres oplevelse af deres handlemuligheder. Der var især to scenarier, hvor manglen på fødestuer havde indflydelse. Det første scenarie udspillede sig i travle vagter, hvor jordemødrene oplevede, hvordan *"the obstetricians sometimes rushed the midwives and asked them to speed up the birth in order to make places available for other women"* (ibid). Dette citat, mener vi, afspejler, hvordan det kan ses, at obstetrikeren kan bruge sin kulturelle kapital, omveksle den til symbolsk kapital og fremskynde fødslerne. *"It is unsatisfying when the number of delivery beds determines the use of oxytocin infusions [...]"* (ibid). Ifølge dette citat fremgår det, hvorledes det kun er mangel på senge, der bevirker brugen af S-drop og som vi ser det, er der således ikke en faglig indikation. Dette er et eksempel på, hvordan det kan ses, at obstetrikeren bruger sin symbolske kapital til at gennemtvinge en behandling, som jordemoderen lovmæssigt er forpligtet til at udføre, idet der i Cirkulære om jordemodervirksomhed står, at det påhviler jordemoderen at bistå lægen, hvis denne er tilkaldt (CIR nr 149 § 8 af 08/08/2001). Vi vurderer hermed, at jordemoderens kerneområde og dermed en del af hendes professionsidentitet kan ses at blive taget fra hende, idet det ellers ukomplicerede forløb bliver gjort kompliceret kun som følge af mangel på fødestuer. Det andet scenarie, som jordemødrene oplevede i dette studie, var, hvordan kvinder, som ikke blev vurderet i aktiv fødsel, blev tilbudt et S-drop for at fremskynde fødslen. Dermed risikerede kvinderne ikke senere at blive henvist til et andet hospital grundet travlhed. *"The midwives recalled the disappointment of women in labour when they were referred to another hospital because of lack of rooms [...]"* This, in turn, might decrease the strength and frequency of contractions" (Blix-Lindström 2008:193). Der kan

her argumenteres for at jordemoderens professionsidentitet og hendes for-forståelse kommer til udtryk. Jordemødrene i studiet har tidligere oplevet, hvordan denne skuffelse har påvirket kvinders veer i styrke og interval (ibid:193). Vi mener, at jordemødrene på baggrund af denne for-forståelse vurderer, at kvinder skal have tilbuddet om et S-drop, selvom det ikke er procedure på afdelingen. Jordemoderen ønsker således ikke, at kvinden skal opleve denne skuffelse. Derved kommer hendes habitus til udtryk, idet hun handler ud fra sin forståelse af den givne situation og dermed tilbyder kvinden et S-drop.

7.1.3 Influence of obstetricians

Laura

Ifølge studiet, oplevede jordemødrene at obstetrikere ligeledes havde indflydelse på deres oplevelse af deres handlemuligheder. Vi mener, at der i dette møde kan ses at opstå en magtrelation og dermed et socialt felt, når der er uenighed om, hvad næste indsats skal være i behandlingen af et forløb med dystoci. Dette, vurderer vi, kan opstå blandt andet fordi jordemødre samt obstetrikere har forskellig professionsidentitet, forskellig habitus og forskellig kapital.

Kapital i feltet

Som udgangspunkt, mener vi, at jordemoderen kan ses at have mindre kulturel kapital, hvad angår autonomi i forhold til obstetrikere. Dette har hun, idet hendes kompetenceområde indebærer den spontane ukomplicerede fødsel (CIR nr 149 § 8 af 08/08/2001). Dystoci er derimod en kompliceret tilstand, hvorfor jordemoderen som udgangspunkt skal tilkalde en obstetiker og derefter er hun lovmæssigt forpligtet til at bistå denne (ibid). *"If the obstetrician prescribed different alternatives for augmentation of labour, the midwives stated that they were obliged to comply [...]"* (Blix-Lindström et al. 2008:194) Er der således uoverensstemmelse mellem jordemoderen og obstetrikere, så vil obstetrikere kunne ses at være i stand til at bruge sin kulturelle kapital i form af denne lovmæssige magt, veksle den til symbolsk kapital og gennemtvinge den behandling han finder bedst i den givne situation. Denne veksling fra kulturel kapital til symbolsk kapital kan kun foregå, idet feltets doxa accepterer obstetrikere kulturelle kapital som værdifuld.

Sans for spillet

Ifølge studiet fortæller jordemødrene, hvordan de benytter metoder over for obstetrikeren, for at præge hans beslutning, hvilket, ifølge Bourdieu, er en sans for spillet (Bourdieu 2001:69). *"I do think that you have apparent power to actually influence the process and get it as you want if you are presenting it in a good way to the obstetrician [...]"* (Blix-Lindström 2008:194). På baggrund af dette citat tolker vi, at jordemoderen kan ses at besidde en form for kapital, som obstetrikeren finder værdifuld i netop dette sociale felt. Denne kapital kan hun benytte til at præge obstetrikeren, som i sidste ende skal tage beslutningen. En form for kapital, som obstetrikeren kan finde værdifuld, kan f.eks. være kendskab til forløbet, hvilket, ifølge Bourdieu, ses som en videnskapital og dermed symbolsk kapital (Bourdieu 2001:106). *"[The midwives] declared that they worked more closely with the woman during labour than obstetricians, and therefore had a better understanding of women's needs"* (Blix-Lindström et al. 2008:195). Ud fra dette citat kan det således anskues, at jordemoderen har kunnet vurdere den givne situation over længere tid, hvorimod obstetrikeren kun på kort tid skal vurdere denne. Vi tolker på baggrund af Bourdieus teori om *sansen for spillet* (Bourdieu 2001:44), at obstetrikeren skal vurdere, hvorvidt jordemoderens symbolske kapital på dette punkt er større end hans og ud fra dette vurdere, om han ønsker at fortsætte dette spil - denne magtrelation. Obstetrikeren kan vurdere, at hans risiko for at tabe symbolsk kapital, f.eks. i form af respekt, da han ikke vil samarbejde, er større end hans udbytte, i form af at der opsættes et S-drop. Dette kan betyde at han trækker sig fra magtkampen og f.eks. accepterer at afvente behandling. Tilfældet kan også være at han grundlæggende er enig med jordemoderen om hendes vurdering, hvorfor han ikke vil besidde *illusio* og dermed ikke have behov for at fastholde magtrelationen.

En jordemoder gav også udtryk for, at hendes tidligere arbejdsrelation med en obstetrikere havde betydning for deres nuværende samarbejde. *" I have been working together with that obstetrician before in another hospital and I realise that if I explain what I want to do, he answers that I can do as I wish. But with the new obstetricians, they don't trust you; they just prescribe during the round"* (Blix-Lindström 2008:194). Vi mener, dette citat viser, hvordan jordemoderen kan ses at besidde større symbolsk kapital hos den ob-

stetriker, hun tidligere har arbejdet sammen med, end hun har hos de nye obstetrikere. Hun må således gennem sin tidligere arbejdsrelation have opbygget en symbolsk kapital, som kan anvendes i dette felt, hvor obstetrikeren anerkender jordemoderens arbejde pga. den tidligere arbejdsrelation. Denne symbolske kapital kunne f.eks. være i form af fagligt kendskab og tillid. Det kan ligeledes fortolkes at *the new obstetricians* henviser til, at disse er nyuddannede. Dermed er der ikke opbygget tillid mellem jordemoderen og de nye obstetrikere, hvorfor ingen af parterne kan ses at besidde symbolsk kapital; anerkendelse af hinanden i feltet, i form af faglig tillid til hinanden. Antager vi, at disse obstetrikere er nyuddannede har de desuden ikke så stor symbolsk kapital i form af erfaring. Dette, vurderer vi, kan betyde, at de ikke tør overlade beslutningstagningen til en jordemoder, da det lovmæssigt er obstetrikerens ansvar. Det kan således føles mere sikkert at følge afdelingens procedure frem for en jordemoderens erfaring med S-drop.

Jordemoderens habitus

Jordemoderens habitus, mener vi også, kan ses som et centralt begreb i forhold til magtrelationen med obstetrikeren. I studiet fortæller en jordemoder at "[...] *labour and delivery is not allowed to take its time because there is always an obstetrician sitting and pointing at the action line*" (ibid). Dette citat viser obstetrikerens ansvars- og kompetenceområde, da det netop skildrer overgangen fra det ukomplicerede til det komplicerede. Ud fra dette citat tolker vi ligeledes, at jordemoderen mener, at grænsen mellem, hvad der ses for kompliceret og ukompliceret er for entydig. Det kan tolkes, at denne jordemoder føler sig truet på sit kerneområde; den ukomplicerede fødsel og frygter at dette overtages af obstetrikeren. Krydser progressionen denne *action line* vil fødslen blive kompliceret og dermed være obstetrikerens kompetenceområde frem for jordemoderens. Ud fra citatet tolker vi yderligere, at jordemoderens professionsidentitet kan ses at danne ramme for hendes faglige habitus som jordemoder. Dermed påvirker habitus måden, hvorpå hun agerer i situationer. På baggrund af citatet, vurderer vi desuden, at denne jordemoder ønsker mulighed for individuel fortolkning af forløb og dermed større frihed til at vurdere, hvorvidt et forløb kræver en intervention. Har jordemoderen derimod en obstetrikere, der, som citatet antyder, holder øje med denne *action line*, kan hun føle sig nødsaget til at indgå i en

magtrelation. Dette for at hindre en intervention og dermed holde det ukompliceret. Afslutningsvis skal det dog nævnes, at jordemødrene angav, at *"the obstetricians in general, displayed confidence in the midwives"* (ibid). Derfor må vi antage at magten, i relationen mellem jordemoder og obstetriker, som oftest ikke udøves, men blot er en uundgåelig faktor.

7.1.4 Women in labour

Stine

Kvindens mening i fødselsforløbet spiller desuden en rolle i jordemødrenes oplevelse af deres handlemuligheder, når der er behov for vestimulation (ibid:193).

Når jordemoderen skal træffe en beslutning, mener vi, at hendes professionsidentitet spiller en rolle, idet der i professionsidentiteten er individuel frihed, så længe man ikke afviger fra sædvanen (Wackerhausen 2004:15, 24). I studiet understøttes dette af to citater fra to forskellige jordemødre. Den første jordemoder siger: *"We are living in a new time ... we are living in tomorrow [...] it is exciting to meet women who have thoughts and opinion [...] and if you can meet the women and talk about plans. ... why does she think as she does and what shall we do when her labour decreases?"* (Blix-Lindström et al. 2008:194). Denne jordemoder er meget åben og interesseret i kvindernes mening, og hun synes, det er spændende, at kvinderne kommer med en holdning til fødslen. Vi vurderer således, at denne jordemoder er villig til at udvikle sin professionsidentitet, som ifølge Wackerhausen ikke bliver færdigudviklet på et givent tidspunkt. (Wackerhausen 2002:65) Vi mener, at denne jordemoder udviser ydmyghed over for kvinden, idet hun er åben for at inddrage nye input og dermed gøre fødslen til kvindens fødsel. Dette til trods for, at hun via sin professionsidentitet har en for-forståelse til fødslen, som, ifølge Wackerhausen, bygger på værdier og principper (Wackerhausen 2004:15,18). Hermed mener vi, at hun villig til at udvide og øge sin forståelseshorisont. Dette gør hun ved at sætte spørgsmål ved egen forståelse af fødslen samt inddrage kvindens ideer. På denne måde styrkes samarbejdet under fødslen, netop ved at jordemoderen prøver at forstå kvindens tanker og ønsker til fødslen. Den anden jordemoder udtaler sig: *"Personally I don't like these plans at all ... they are writing a lot of things which you know that they don't have any knowledge about but still they have a lot of ideas"* (Blix-Lindström et al. 2008:194).

Denne jordemoder er derimod ikke begejstret for kvindernes planer og ideer. Af citatet fremgår det, at jordemoderen har en for-forståelse til kvinderne og deres planer. Ifølge Wackerhausen påvirkes professionsidentiteten af individuelle værdier og principper, som afspejles i den enkeltes erfaringer fra praksisfællesskaber (Wackerhausen 2004:15,18). Vi antager derfor, at hun må bygge denne for-forståelse på sine erfaringer og deltagelse i andre praksisfællesskaber. Hvis jordemoderen via praksisfællesskaber er oplært med værdier og principper om, at kvindernes ønsker til fødslen ikke har nogen større betydning, kan kvindernes ønsker til fødslen ses som et slag på jordemoderens professionsidentitet. Dette antager vi ud fra, at jordemoderen i citatet negligerer kvindernes holdninger, ved ikke at tillægge disse megen værdi. Som vi ser det, handler det i høj grad for denne jordemoder om at passe på sin professionsidentitet og gå i de veltrådte fagudøvers stier og dermed værne om værdier og principper (ibid:22).

I studiet beskriver forfatterne, hvordan jordemødrene oplevede og håndterede kvindernes ønsker. *"The importance of considering women's desires, in connection with augmentation of labour, was mentioned by some midwives: other midwives talked about how to convince women to accept the intervention"* (Blix-Lindström et al. 2008:195). En jordemoder siger: *"We are taking great consideration as to what the women wants but if women don't have the knowledge we have to make medical assessments"* (ibid). Vi mener, at disse to citater bevidner om, at jordemødrene kan ses at have større kulturel kapital end kvinderne, da jordemødrene via deres uddannelse og ekspertviden kan overbevise kvinderne om, at en intervention er næste tiltag. I studiet ses det dog at flergangsfødende, som i tidligere forløb har fået et S-drop, ikke ønsker det igen (ibid:194-5). Dette, vurderer vi, skyldes, at de kan ses at have en anden for-forståelse og dermed en større symbolsk kapital i form af erfaring og viden sammenlignet med førstegangsfødende. Dermed har de en anden forudsætning for at kunne tage part i beslutningsprocessen. Yderligere læser vi ud af ovenstående citat, at jordemødrene tillægger sig selv større symbolsk kapital, idet de mener, at kvinderne ikke har den fornødne viden på området. Dette understøttes ligeledes, i studiet, af, at jordemødrene selv kan præge udfaldet af kvindernes beslutning. *"Women want to know what we think and they can clearly hear what we think from the signal we*

are sending” (ibid:195). Her mener vi, at jordemødrene kan ses at benytte sig af deres symbolske kapital i form af deres ekspertviden og den form for kommunikation de benytter. Ligeledes mener vi, at jordemødrenes habitus kan ses at komme til syne, idet deres forståelse for den givne situation er, at de ved, hvad der er bedst for kvinderne. Som vi ser det, kan jordemødrene således agere ved at formidle deres budskab til kvinderne på en sådan måde, at jordemødrene får det, som de mener, er bedst for alle parter. I de ovenstående citater kan jordemødrene således ses at bruge deres symbolske kapital til at få magt over kvindernes beslutninger.

7.1.5 Midwives’ professional selves

Lene

Den enkelte praktikers professionsidentitet påvirkes af individuelle værdier og holdninger (Wackerhausen 2004:15,18). Dette kommer, som vi ser det, også til udtryk i studiet *”some of [the midwives] felt impatient and appreciated the opportunity of hastening the birthing process, whereas others would have liked to wait longer before interventions were initiated”* (Blix-Lindström et al. 2008:195). På baggrund af dette mener vi, at jordemødrenes livsverden, kan ses at have indflydelse på hendes oplevelse af handlemuligheder. Ifølge Wackerhausen er der plads til individuelle erfaringer i en profession, men der vil være et professionsinternt pres og en forventning om at blive *en af vore* (Wackerhausen 2002:66). Vi mener dermed, at jordemoderens professionsidentitet og dermed hendes oplevelse af handlemuligheder i forløb med dystoci vil være præget af sædvanen *- det vi gør* (ibid). I henhold til Wackerhausens begreb *immunsystemet* (Wackerhausen 2004:24), vil jordemoderen formodentlig finde det svært at ændre *det vore slags gør*. I så fald kan hun opleve, at hendes kollegaer vil forsøge at rette hende tilbage på *de veletablerede stier* eller udstøde hende for at beskytte sædvanen og professionen. Dette giver jordemødrene i studiet også udtryk for: *”We have some pressure on us from some of the midwives when they are taking over the woman in the next work shift. Some sort of pointer ... she may say: why haven’t you put up an oxytocin infusion yet, don’t wait too long”* (Blix-Lindström et al. 2008:195). Vi mener, dette kan medføre, at hvis der foreligger en sædvane på det pågældende fødested om, at S-drop benyttes ved dystoci, vil den enkelte jordemoder ubevidst følge denne sædvane, fralægge sig egen for-forståelse og ikke stille

spørgsmål herved. Følger hun ikke denne sædvane, vil immunsystemet træde i kraft for at beskytte sædvanen. Immunsystemet vil rette jordemoderen ind, så hun ændrer praksis og følger sædvanen – for *sådan gør vi her*. I studiet angiver forfatterne: *“when midwives had issues to discuss, they preferred to contact their midwife colleagues first before consulting the obstetrician”* (ibid). Vi mener, dette kan ses som et udtryk for, at jordemødrene også ubevidst forsøger *at gøre som vi gør*. Ved at spørge en jordemoderkollega til råds, mener vi, det kan tolkes, at jordemoderen søger at følge sædvanen og dermed blive en del af denne. Vi mener, citatet tydeliggør et behov for anerkendelse og et behov for at have en faglig tilhørighed. Desuden mener vi, at citatet kan ses at understrege, at kollegaer kan påvirke jordemoderens professionelle jeg og dermed hendes professionsidentitet, idet behovet for anerkendelse vil afspejle sig i en bestemt adfærd.

Ser vi på Bourdieus begreb om social kapital, kan det ses at have betydning for den magt, jordemødrene, i studiet, ønsker at have i forbindelse med dystoci. *“They declared that they worked more closely with women during labour than obstetricians, and therefore had a better understanding of women’s needs”* (ibid). Vi mener, det kan ses ud fra citatet, at jordemødrene ønsker at bruge deres tættere relation til kvinden, som en kapital og dermed kan hun bruge denne som symbolsk kapital over for obstetrikeren. Dette understøttes af, at jordemødrene *“[...] considered themselves as being experts in the area of uncomplicated childbirth”* (ibid). Jordemødrene udtrykte et ønske om, at gøre det godt for kvinderne: *“[y]ou want to do what you think is best for the woman”* (ibid). Desuden kunne det ses i studiet, at jordemødrene var i besiddelse af stor magt under fødslerne. *“They knew how to [...] manipulate obstetricians and women, in order to achieve the result they wanted”* (ibid). Vi tolker dermed, at jordemoderens for-forståelse af den gode fødsel, spiller ind på, i hvilken retning jordemoderen forsøger at manipulere obstetrikeren eller kvinden. Dog mener vi, set i lyset af Wackerhausens begreb sædvanen, at jordemoderens forsøg på at præge obstetrikeren og kvinden, kan ses som et forsøg på at imødekomme sædvanen på afdelingen - *det vi gør*.

7.2 Hvordan påvirkes det informerede samtykke

Når jordemødre skal indhente et informeret samtykke kræver det, at de giver fyldestgørende information til kvinden, da dette står beskrevet i Sundhedsloven (LBK nr 95 af 7/2/2008, kap 5 § 15, stk 3). Vi har nu i ovenstående vist, hvordan en obstetriker kan gennemtvinge en behandling pga. det, der kan ses som hans symbolske magt i form af lovgivning. I Sundhedsloven står beskrevet, at ingen behandling må påbegyndes uden et informeret samtykke (ibid,§15). Inden jordemoderen kan påbegynde den ordinerede behandling må hun således indhente et informeret samtykke fra kvinden. Vi mener, at der kan opstå et dilemma når obstetrikeren allerede har ordineret en behandling, og der først derefter skal indhentes et informeret samtykke. I tidligere analyse fandt vi, at en jordemoder er i stand til at præge kvinder i den retning, hun ønsker. Da jordemoderen desuden er lovmæssigt pålagt at bistå obstetrikeren (CIR nr 149 § 8 af 08/08/2001), vurderer vi, at den information, som hun giver kvinden, kan blive påvirket i retningen af obstetrikere ns ordination. Dette mener vi, kan bevirke at jordemoderens information bliver entydig og derfor mangelfuld, hvilket ikke giver kvinden mulighed for at give et informeret samtykke.

I analyseafsnittet *Midwives professional selves* fandt vi, at jordemoderen træffer beslutninger med udgangspunkt i egne erfaringer og livsverden. Set i forhold til de lovmæssige forhold omkring informeret samtykke, hermed at jordemoderen skal tilpasse informationen til patientens individuelle forudsætninger (LBK nr 95 af 7/2/2008 kap 5 § 16 stk 3), ser vi denne tilgang som positiv. Som vi ser det, retter jordemoderen sig ikke kun efter sædvanen i forhold til behandlingsmuligheder, men tager udgangspunkt i det enkelte forløb og den enkelte kvindes behov. På denne måde, mener vi, at jordemoderen kan ses at imødekomme lovgivningen om informeret samtykke og bestemmelsen om, at patienten skal medinddrages i beslutningen inden en behandling iværksættes (ibid,§15). Dog kan vi udlede af afsnittet *Women in labour*, at der er stor forskel på jordemødrenes holdning til nutidens kvinder, som er meget oplyste på fødselsområdet, hvilket kan ses at tage udgangspunkt i den enkelte jordemoder s livsverden. Her, mener vi, det kan ses, at deres professionsidentitet spiller en rolle. Nogle af jordemødrene er åbne overfor nye input og har accepteret, at deres professionsidentitet aldrig færdigudvikles, mens andre jordemød-

re, kan ses, at værne om deres værdier og principper. Tidligere i analysen fremhævede vi to jordemødre, som netop kan ses at have forskellige livsverdener. Den ene jordemoder er mere åben over for kvindens ideer og kan således ses, at være mere opmærksom på at inddrage hende i beslutninger. Dermed kan jordemoderen indhente et informeret samtykke, som er i overensstemmelse med Sundhedsloven (LBK nr 95 af 7/2/2008 kap 5, § 15). Modsat mener vi, at den anden jordemoder kan anskues, at have tendens til at lade sin livsverden, der er præget af sædvanen, påvirke forløbet. Som vi ser det, kan jordemoderen dermed påvirke kvinden til at give hende det samtykke, hun ønsker. Denne jordemoder, mener vi dermed, ikke opfylder de lovmæssige forpligtelser i forhold til at indhente et informeret samtykke (ibid).

På baggrund af tidligere analyse fandt vi, at jordemødrene ofte er præget af deres professionsidentitet, sædvane og dermed det *vore slags gør* (Wackerhausen 2002:66). Hvis vi antager, at brugen af S-drop er afdelingens sædvane, så mener vi med udgangspunkt i Wackerhausens teori (ibid), at jordemoderen vil få svært ved, at lade kvinden træffe en selvstændig beslutning. Vi mener, der kan ses at være en potentiel risiko for, at jordemoderen vil forsøge at vægte sin information i retningen af sædvanen. Dermed mener vi, at jordemoderen tydeligt indikerer, hvilket valg hun finder rigtigt og dermed påvirker hun kvindens samtykke. Dette mener vi, hun gør for at følge de veltrådte stier, ikke skille sig ud og dermed handle ud fra, hvad hun tror, flertallet ville have gjort. På baggrund af dette, ser vi, at jordemoderen kan komme til at stå i et etisk dilemma. Vi vil derfor kort beskrive teorien herom og efterfølgende udfolde det etiske dilemma. Et etisk dilemma beskriver Jacob Birkler⁶ som et vanskeligt valg, hvor man skal træffe et valg mellem to lige dårlige eller to lige gode muligheder (Birkler 2010:20). Det etiske dilemma defineres således: *"En vanskelig værdikonflikt, hvor der skal træffes et valg mellem flere handlingsalternativer. Et valg hvis udfald får konsekvenser for andre mennesker"* (ibid:21). Det etiske dilemma afspejler nogle af livets almenmenneskelige grundværdier såsom; respekt, ansvarlighed, tillid osv. Inden for sundhedsarbejdet knytter sig desuden værdier som; autonomi, solidaritet/loyalitet, godgørenhed osv. Alle disse værdier er med til at

⁶ Dansk forfatter (f 1974), cand. mag. i filosofi, psykologi og formand for Etisk Råd

skabe positive rammer i omsorgsarbejdet, men de bliver udfordret i de situationer, hvor det etiske dilemma opstår (ibid).

Birkler taler desuden om, at "[d]et etiske dilemma opstår i reglen som en konflikt mellem det, jeg kan, skal og bør gøre" (ibid:22). Her taler han således om, hvad vi rent praktisk kan gøre, hvad vi ifølge loven skal gøre og hvad vi i forhold til vore værdier og dermed etik, bør gøre (ibid).

Som vi ser det, så opstår det etiske dilemma, da jordemoderen på den ene side kan følge sædvanen, hvilket kan indebære at hun, som følge af eksemplet ovenfor, ikke giver kvinden mulighed for at kunne give et informeret samtykke, idet informationen er præget af sædvanen. Ifølge Wackerhausens terminologi om sædvanen (Wackerhausen 2002:66) kan dette ses, som en konsekvens af, at jordemoderen ønsker at være en af *vore slags*. På den anden side kan hun give kvinden mulighed for at kunne give et informeret samtykke, hvilket er i overensstemmelse med Sundhedsloven (LBK nr 95 af 7/2/2008 kap 5, § 15). Som følge heraf bryder jordemoderen med sædvanen og hun risikerer at blive udstødt, idet *immunsystemet* træder i kraft for at beskytte sædvanen og professionen.

8.0 Diskussion

Stine

I de følgende afsnit vil vi diskutere og udfolde nogle af de pointer, vi har fundet i analysen af vores empiri. Vi har, afslutningsvis i analysen, fundet frem til, at jordemødre kan komme til at stå i et etisk dilemma, derfor vil vi starte med at diskutere og udfolde dette emne. Herefter vil vi diskutere, hvorfor obstetrikeren kan ses at have mere symbolsk kapital end jordemoderen, hvilket vi i analysen fandt, var tilfældet. Vi vælger at udfolde dette perspektiv, da vi i analysen fandt at magt i høj grad udspiller sig mellem disse parter, og dermed påvirker jordemoderens oplevelse af handlemuligheder. Vi vil yderligere diskutere, hvorledes magt og sædvanen kan påvirke relationen mellem jordemødre, da vi i praksis og i arbejdet med studiet er blevet bevidste om, at disse begreber kan ses at have en betydning for jordemødres oplevelse af handlemuligheder. Afslutningsvis vil vi diskutere sædvanen, som den udfolder sig blandt jordemødre, da denne synes at have central betydning for jordemødres oplevelse af handlemuligheder.

8.1 Jordemoderen kan ende i et etisk dilemma

I analysen af vores empiri har vi fundet, at jordemødrenes oplevelse af deres handlemuligheder, i høj grad, er præget af deres professionsidentitet samt immunsystemet og det *vore slags gør*. Vi har i analysen fundet frem til, at jordemoderen grundet disse forhold kan komme til at stå i et etisk dilemma, når hun skal træffe en beslutning om videre handling ved dystoci. Vi ser det etiske dilemma opstå, idet jordemoderen skal efterstræbe at indhente det lovmæssige informerede samtykke og samtidig jonglere mellem forskellige værdier såsom jordemoderens grundværdier og immunsystemet. Birkler definerer det etiske dilemma som *"[e]n vanskelig værdikonflikt, hvor der skal træffes et valg mellem flere handlingsalternativer. Et valg hvis udfald får konsekvenser for andre mennesker"* (Birkler 2010:20). Som vi skriver i analysen, ser vi, at der kan opstå et etisk dilemma, idet jordemoderen kommer til at stå i en vanskelig værdikonflikt, hvor hun skal træffe valget mellem, at følge sædvanen og dermed risikere at fratage kvinden muligheden for at give et informeret samtykke, eller om hun skal bryde sædvanen, give kvinden mulighed for at kunne give et informeret samtykke, men dermed risikere at igangsætte immunsystemet med udstødelse som konsekvens.

Umiddelbart kunne det tænkes, at valget er nemt, idet jordemoderen lovmæssigt er forpligtet til at indhente et informeret samtykke (LBK nr 95 af 7/2/2008, kap 5 § 15, stk 3). Vi har dog i praksis erfaret, hvorledes det kan være svært at få givet kvinden mulighed for at kunne give et informeret samtykke ved dystoci. Men hvorfor er det sådan? Ser vi på resultaterne fra vores analyse, er der flere kategorier, som ligger til grund for jordemoderens oplevelse af handlemuligheder, hvor en af dem er sædvanen. I analysen fandt vi, at sædvanen præger vores information, hvilket vi ligeledes har oplevet i praksis. Vi har oplevet, hvorledes vores information præges af sædvanen og dermed, hvordan S-drop ofte tilbydes som første valg, når der opstår dystoci i fødselsforløbet. Vi mener således, at S-drop kan ses at være blevet sædvanen på de danske fødeafdelinger. Undersøgelser taler da også sit tydelige sprog, i forhold til brugen af S-drop, da S-drop er den mest almindelige intervention hos førstegangsfødende (Kjærgaard 2009).

Men når nu valget synes indlysende, fordi jordemoderen lovmæssigt er forpligtet til at indhente et informeret samtykke (LBK nr 95 af 7/2/2008, kap 5 § 15, stk 3), hvorfor opstår det etiske dilemma så? Som Birkler skriver, så opstår det etiske dilemma, fordi den fagprofessionelle kan komme til at stå i en konflikt mellem det den *kan*, *skal* og *bør* gøre (Birkler 2010:22). Som vi ser det, *kan* jordemoderen enten følge eller bryde sædvanen, det hun *skal* gøre er at indhente et informeret samtykke og det hun *bør* gøre, bliver her det svære spørgsmål, da det berører hendes grundværdier og dermed det etiske.

For at indhente et informeret samtykke, som hun *skal*, *bør* hun bryde med sædvanen, og give kvinden mulighed for at træffe et valg mellem to eller flere handlingsalternativer, som hun lovmæssigt er forpligtet til (LBK nr 95 af 7/2/2008, kap 5 § 16, stk 4). Dette velvidende om, at hun kan aktivere immunsystemet og dermed risikere udstødelse. Derimod *bør* hun følge sædvanen, hvis hun ønsker at forblive en del af fællesskabet. På denne måde får kvinden dog ikke mulighed for at give et informeret samtykke, idet informationen vil være præget af sædvanen, og jordemoderen opfylder dermed ikke, det hun *skal*. Man kan her diskutere, hvad der så er bedst? Det etiske dilemma handler, i høj grad, om grundværdier, såsom respekt, tillid, autonomi, loyalitet mm. (Birkler 2010:21). Vælger jordemoderen at bryde med sædvanen, kan det ses, at hun ønsker at udvise tillid til kvinden, give hende ansvarlighed og udvise respekt for hendes beslutning, men dette kan samtidig gøre, at hun udviser manglende loyalitet over for fællesskabet. Derimod, hvis jordemoderen præger sin information i den retning, hun ønsker for at følge sædvanen, så udviser jordemoderen manglende tillid til kvindens beslutning, og som vi ser det, kan det komme til at gå ud over kvindens oplevelse af fødselsforløbet i sidste ende, men på den måde udviser jordemoderen loyalitet overfor fællesskabet. Som vi ser det, står jordemoderen således med valget om, at følge lovgivningen om informeret samtykke, men risikere derved at blive udstødt af fællesskabet, eller trodse lovgivningen, men fortsat være en del af fællesskabet. Vi mener, det etiske dilemma kan synes uretfærdigt og det endelige svar endeløst. Men vi mener, at det er en del af vores arbejde og vi vil ofte stå i denne situation, fordi vi arbejder med mennesker. På baggrund af ovenstående ser vi, at det kan være svært at løse det etiske dilemma, men det er en nødvendighed, og det er op til den

enkelte jordemoder, hvordan det etiske dilemma udfolder sig for hende, og hvordan hun løser det.

8.2 Obstetrikerens symbolske kapital

Laura

I analysen har vi set, hvorledes obstetrikerens ord ofte kan ses at vægte højere end jordemoderens, hvilket vi ligeledes har oplevet i praktikken. I analysen fandt vi, at obstetrikeren kan ses at besidde mere symbolsk kapital end jordemoderen, idet han i højere grad accepteres i feltet og dermed besidder indflydelse. Denne symbolske kapital er dog ikke ensbetydende med, at jordemoderen besidder mindre kapital end ham. Det kan blot være et udtryk for, at obstetrikeren har mulighed for at sætte sine kapitalformer i spil, idet de accepteres som værdifulde af feltets doxa, som ifølge Bourdieu bestemmer, hvilke kapitalformer, der anerkendes i feltet (Mathiesen & Højberg 2009:247). Hvad skyldes så at to forskellige professioner, der muligvis besidder samme form for kapital, ikke har lige mulighed for at sætte denne kapital i spil? Vi mener, at obstetrikeren, såvel som andre læger, har en ophøjet status i samfundet som følge af deres uddannelse, deraf deres evne til at diagnosticere og behandle og som følge heraf en autoritet. Denne autoritet, mener vi, netop kan anskues at ligge til grund for det doxa, som giver obstetrikeren mulighed for at omsætte sin kapital til symbolsk kapital og dermed blive anerkendt i feltet. I relationen mellem kvinden og obstetrikeren, mener vi således, at den samfundsmæssige status, som obstetrikeren kan ses at besidde, kan påvirke kvindens oplevelse af valgmuligheder. Hans autoritære status kan ses at resultere i, at kvinden accepterer S-droppet uden at betvivle behandlingen. Dette understøttes yderligere af, at vi, i praksis, har oplevet, hvordan nogle kvinder kræver at tale med en obstetriker for at få bekræftet jordemoderens ordination.

8.3 Relationers påvirkning

I vores analyse fandt vi, at jordemødre, i høj grad, kan blive præget af obstetrikerens ordination, når de informerer om behandling ved dystoci. Dette stiller vi os undrende overfor, idet jordemødrene i studiet angav, at flergangsfødende, som tidligere har oplevet at få et S-drop, ikke ønsker det igen (Blix-Lindström et al. 2008:195). I praksis og i studiet ser vi alligevel, at jordemødre bevidst eller ubevidst vælger at præge førstegangsfødende i forløb med dystoci til at acceptere et S-drop, idet det er lægens ordination. Dette virker

for os paradoksalt, idet jordemødrene netop besidder viden om flergangsfødendes modvillighed i forhold til S-drop, men alligevel forsøger de, via deres information, at præge kvinden i retning af et S-drop. Skyldes det kun det faktum, at jordemødre lovmæssigt er forpligtet til at følge lægens ordination (CIR nr 149 af 08/08/2001) eller ligger der andet til grund? Ifølge Sundhedsloven må ingen behandling opstartes uden kvindens samtykke (LOV nr 95 af 7/2/2008. Kap 5 §15 stk 1). Dvs. at hvis en jordemoder har givet fyldestgørende information om de forskellige handlingsalternativer, som er krævet ved et informeret samtykke (ibid,§16,stk 4) og kvinden ikke ønsker et S-drop, så er jordemoderen ikke længere forpligtet i forhold til obstetrikere. Derfor må vi antage, at det er noget andet, der ligger til grund. Kan det således være jordemoderens habitus, der gør, at hun egentlig ikke ønsker at afvente behandling? Denne påstand kan understøttes af studiet, hvor nogle af jordemødrene værdsatte muligheden for at fremme fødselsprocessen med et S-drop (Blix-Lindström et al. 2008:195). Her kommer det således til udtryk, hvordan jordemødre har forskelligt temperament i forhold til S-drop. I Danmark har jordemødre en generel bemyndigelse til at opsætte S-drop ved førstegangsfødende (CIR nr 149 af 08/08/2001 § 4), hvorfor hun selv skal tage stilling til, hvornår hun finder det nødvendigt med et S-drop. I praksis har vi oplevet, hvordan nogle jordemødre er meget afventende, mens andre opsætter S-droppet, så snart de mistænker dystoci. Denne forskellige praksis kan således være et udtryk for den individualitet, der kan forekomme i sædvanen. Vi har dog også oplevet, hvordan jordemødre, som ikke er afventende med S-droppet, kan præge de, som afventer. Under forløb fra praksis har vi oplevet, hvordan en kollega under en sparring i kaffestuen bevidst eller ubevidst har forsøgt at præge forløbet i retningen af et S-drop med kommentarer såsom: "Hvorfor har du ikke sat et S-drop endnu?" Med ordet *endnu* indikerer kollegaen sin mening og prøver således at overføre den til dette forløb. Sådan en mening har ikke blot indvirkning på det enkelte forløb, men ligeledes fremadrettet. Vi har oplevet, at man er opmærksom på, hvilken jordemoder, der sidder ude i kaffestuen. Er det en kollega, der ikke er afventende, så har vi oplevet, hvordan vi i højere grad sætter S-droppet hurtigere end, hvis det havde været en afventende kollega. Disse oplevelser understøttes ligeledes af studiet, hvor jordemødrene oplevede, hvordan nogle kollegaer skyndte på hinanden i forhold til brugen af S-drop (Blix-Lindström et al.

2008:195). Hermed mener vi, at sædvanen og immunsystemet har stor betydning for jordemødres daglige praksis og at det her tydeligt kommer til udtryk, at individuelle holdninger ikke accepteres, da forventningen om at blive *en af vore* er større.

8.4 Sædvanen

Lene

På baggrund af vores analyse fandt vi, at jordemødrene søger at følge sædvanen. Vi har i praksis oplevet, hvordan S-drop er blevet en selvfølge blandt jordemødre. Vi vurderer på denne baggrund, at jordemoderprofessionen kan miste evnen til fornyelse, hvis tilgangen til S-drop er en selvfølge og sædvane. Som vi ser det, kan konsekvensen være, at jordemødrene ubevidst undlader at reflekterer over egen for-forståelse i den enkelte situation og andre handlemuligheder, hvis jordemødrenes ønske er at imødekomme sædvanen og det *vore slags gør*. Vi ser dermed en fare i at gøre som *vore slags gør*.

Derudover vurderer vi at, hvis jordemødrene ubevidst søger sædvanen, kan det ses at blive vanskeligt, for dem at indhente et informeret samtykke, som det er dem lovmæssigt pålagt (LBK nr 95 af 7/2/2008, kap 5, § 15). Dette mener vi på baggrund af vores analyse, hvor vi fandt at jordemødrenes professionsidentitet, i høj grad, kan være afgørende for, hvordan informationen udformes. Hermed mener vi, at fødestedets praksis, kan være afgørende for, hvorvidt kvinden får muligheden for at give et informeret samtykke forud for S-drop. Dette understøttes af, at vi i praksis har erfaret, at kvinden sjældent medinddrages i beslutningsprocessen ved dystoci. Dette mener vi er paradoksalt, da det er kvindens ret at blive informeret forud for en intervention (ibid). Det kan derfor diskuteres om S-drop som sædvane overhovedet lægger op til et informeret samtykke eller om jordemødre blot fastholdes og føler sig tvunget til at følge sædvanen. Er dette tilfældet ser vi, en risiko for at intervention, på baggrund af det *vore slags gør*, vil stride mod lovgivningen.

Vi mener yderligere, at det kan diskuteres, om S-drop som sædvane kan blive en sygeliggørelse af den ukomplicerede fødsel. Hvis jordemødrene ikke forholder sig til andre handlemuligheder end S-drop ved dystoci, mener vi, det kan ses, at hun ubevidst går imod egen faglighed. På den anden side ser vi dog, at det kan være et udtryk for, at jordemødrene accepterer S-drop som en del af deres kernefaglighed. Jordemødrenes virk-

somhedsområde er den ukomplicerede spontane fødsel (CIR nr 149 af 08/08/2001). Da oxytocin er på den amerikanske liste over farligt medicin (ISMP 2012), mener vi, at fødsler med S-drop kan betegnes som en kompliceret fødsel og dermed ikke længere jordemoderens kompetence område. Vi mener på den baggrund, at det kan ses at være paradoksalt, at jordemødrene på de fleste fødeafdelinger har en generel bemyndigelse til at anvende vefremmende medicin til førstegangsfødende (VEJ nr 151 af 08/08/2001 § 4) og dermed kan komme til at stå i situationer, hvor de er tvunget til selvstændigt, at varetage den komplicerede fødsel.

Vi har som studerende oplevet, hvordan det kan være svært at bryde med sædvanen. Dette til trods for, at vi ikke er socialiseret i afdelingen og dermed ikke burde være en del af afdelingens sædvane. Når vi alligevel har oplevet, at det som studerende kan være svært at afvige fra sædvanen, mener vi, dette kan være et udtryk for, at vi som jordemoderstuderende uddannelsen igennem er tilknyttet samme sygehuse. På den baggrund bliver vi en del af afdelingen, da professionsidentiteten grundlægges under uddannelse og er påvirkelig gennem hele livet (Wackerhausen 2004:17). Som studerende vil vi naturligt tage sædvanen til os og måske endda bringe den med os videre. Dette bl.a. fordi professionsidentiteten er et udtryk for tidligere relationer, som man har indgået i (Wackerhausen 2004:18). Vi har desuden erfaret, hvordan vi som studerende kopierer vores kontaktjordemødres formuleringer, som kan ses at være udtryk for sædvanen. Dette understøtter, vores tanker om, at det som studerende er vanskeligt at bryde med sædvanen. Vi mener derfor, at den studerende skal være en stærk person for at gå i mod sædvanen, og at den studerende skal være opmærksom på afdelingens sædvane for ikke blot at gøre som *vore slags gør*.

8.5 Kritisk refleksion over projektet

Laura

I dette projekt har vi bevidst forenklet Bourdieus teori og brugt hans begreber mere pragmatisk end de er tiltænkt. Ifølge Bourdieu er det empirien, frem for begreber, der skal ligge til grund for analysen. Dvs., at man ikke skal forsøge at forklare empirien ud fra begreberne, men derimod forme begreberne, så de passer til empirien. Ved brug af såkaldte *åbne begreber* mener Bourdieu, at man får flest mulige facetter med og samtidig undgår man alle former for reduktion (Bourdieu & Wacquant 2001:83). Dette har bety-

det, at vi har valgt, at tage udgangspunkt i en sekundær kilde, som netop forsøger at definere Bourdieus begreber. Dette har vi gjort med de forbehold, at forfatteren selv kan have tolket på begreberne. Som følge heraf har vi valgt, at supplere med litteratur af Bourdieu, som skal sikre, at vi ikke mistolker hans teori.

Vi ser, der kan rettes kritik af, at vi opstiller nogle af vores pointer, så de fremstår sort/hvid. Et eksempel herpå kan være dilemmaet med jordemoderen, som skal vælge mellem at følge loven, men dermed risikere at blive udstødt pga. immunsystemet eller trodse loven, men forblive en del af fællesskabet. Dog ser vi en nødvendighed i dette, for at illustrere Wackerhausens teori om immunsystemet (Wackerhausen 2002:66). I praksis har vi oplevet, hvordan nogle kvinder er indforstået med S-drop, idet de ligeledes har et ønske om at fremskynde fødselsprocessen. Dermed står jordemoderen ikke i et etisk dilemma.

Vi har valgt at bruge en artikel af Wackerhausen fra 2004 samt en bog fra 2002. Vi er i skriveprocessen blevet opmærksomme på, at der foreligger nyere materiale fra 2012. Dette materiale omhandler det tværfaglige samarbejde, hvorfor der kunne argumenteres for relevansen i forhold samarbejdet med obstetrikeren. Da vi alligevel ikke har valgt at inddrage dette materiale, skyldes det, at vores problemformulering ikke primært lægger op til denne vinkel.

I projektet har vi valgt kun at have fokus på, hvordan magt og professionsidentitet påvirker jordemødres oplevelse af deres handlemuligheder. Vi er bevidste om, at der forekommer andre faktorer, som også kan ses at have indflydelse og hvis vi havde valgt en anden tilgang eller andre teoretikere, ville dette have givet andre resultater.

9.0 Konklusion

Alle

Formålet med dette projekt var at undersøge, hvordan jordemødre oplever deres handlemuligheder i forløb med dystoci, og hvordan magt og professionsidentitet i den forbindelse kan ses som centrale begreber. Yderligere ønskede vi at vurdere, hvordan jordemode-

ren, med viden om ovenstående, kan handle på baggrund af lovgivning, således at kvinden får mulighed for at kunne give et informeret samtykke.

I vores empiri fandt vi, at jordemødrenes oplevelser i forløb med dystoci, kunne inddeles i fem kategorier. Disse kunne ses at have indflydelse på deres oplevelse af deres handlemuligheder. Disse kategorier var afdelingens procedurer, mangel på fødestuer, obstetrikernes indflydelse, kvinden og jordemoderens professionelle jeg. På baggrund af vores analyse kan vi konkludere, at magt og professionsidentitet har indflydelse på jordemødres oplevelse af handlemuligheder:

Magt ser vi at påvirke jordemoderen, når hun er i en relation. Dette kan både være i relationen med obstetrikeren, kollegaen eller kvinden. På baggrund af Bourdieus teori om sociale relationer finder vi, at jordemoderen kan ses som en agent i et socialt spil om kapital. Vi kan konkludere, at jordemoderen kan ansues at besidde forskellige kapitalformer, men hvorvidt hun kan benytte sig af disse kapitaler og få dem i spil afhænger af det givne felt og dets doxa. I forhold til obstetrikeren kan vi konkludere, at han i højere grad kan ses at være i stand til at sætte sin kapital i spil og dermed gennemtvinge behandlinger. Dog vurderer vi, at jordemoderen kan benytte sig af sin evne til at *spille spillet* og dermed manipulere obstetrikeren, så hendes synspunkter anerkendes. Ligeledes kan hun omgå procedureerne, så hun undgår en intervention, som hun finder skadelig for fødselsprocessen. I relationen til kvinden, konkluderer vi, at jordemoderen ligeledes formår at benytte sig af sin symbolske kapital i form af ekspertviden til at præge kvinden i den retning, jordemoderen vurderer bedst.

I arbejdet med jordemoderens professionsidentitet kan vi konkludere, at denne ligeledes kan ses som en del af de magtrelationer, jordemoderen befinder sig i. Vi vurderer, at professionsidentiteten, i høj grad, kan sammenlignes med habitus og dermed kan ses som en rettesnor for, hvordan jordemødre handler i givne situationer. I vores analyse kommer professionsidentiteten især til udtryk jordemødrene imellem. Her ser vi, at jordemødrene retter hinanden ind efter, hvad der kan anses som professionsidentitetens sædvane. Dette, mener vi, kan have betydning for, hvornår jordemødrene opsætter S-drop. Ud fra vores analyse kan vi konkludere, at jordemødrenes professionsidentitet ligeledes kommer til

udtryk i deres tilgang til de *nutidens kvinder*, som har ideer til deres egen fødsel. Vi vurderer, at jordemødrene handler på baggrund af deres professionsidentitet, og derfor ser nogle af disse kvinders ideer, som et angreb på deres ekspertviden.

For at jordemoderen skal være i stand til at give kvinden mulighed for at kunne give et informeret samtykke i forløb med dystoci, så mener vi, det kræver, at hun er bevidst om den magt og dermed den indflydelse, hun kan have på kvinden. Ligeledes skal hun være sig bevidst om sin for-forståelse som, vi mener, afhænger af hendes livsverden og professionsidentitet. Disse elementer kan have betydning for den måde, hvorpå jordemoderen vælger at udlægge sin information, som dermed ligger til grund for, hvilket valg, kvinden træffer. På denne baggrund, mener vi, at jordemoderen kan komme til at stå i et etisk dilemma, da hun på den ene side skal følge lovgivningen om informeret samtykke, men på den anden side også ønsker at være en del af sædvanen. Idet dette spørgsmål udmunder i et etisk dilemma, mener vi ikke, der kan formes et entydigt svar på denne problemstilling. Vi ser således, at det må være op til den enkelte jordemoder at vurdere, hvordan den etiske situation udvikler sig for hende og dermed handle ud fra eget værdigrundlag.

10.0 Perspektivering

Lene

Vi har i dette projekt ønsket at sætte fokus på jordemødres oplevelse af deres handlemuligheder ved dystoci, da det ikke er et ret omdiskuteret område. Vi mener, at vi kan bruge vores resultater til at belyse, at jordemoderen skal være sig bevidst om, at der er flere faktorer, som præger hendes valg i forløb med dystoci. I projektet har vi valgt at afgrænse os fra kvindernes oplevelse af dystoci, men vi har i arbejdet med vores problemformulering erfaret, at kvindernes oplevelse faktisk synes at have en betydning for jordemødres oplevelse af handlemuligheder. Vi mener endda, at kvindernes oplevelse af dystoci, har langt større betydning, end studiet lægger op til, hvorfor vi finder denne vinkel relevant at undersøge nærmere. I udarbejdningen af projektet har vi erfaret, at der ikke findes meget empiri om kvindernes oplevelse af dystoci. Vi finder yderligere denne vinkel relevant, da vi er blevet opmærksomme på, at over 45 % af alle førstegangsfødende, med ukompliceret graviditet får et S-drop (Kjærgaard 2009) og at S-drop dermed er en udbredt praksis

på de danske fødeafdelinger. Vi synes det kunne være interessant at undersøge, om dystoci kunne have nogle konsekvenser for kvindens oplevelse af fødslen. Vi mener, der må være nogle konsekvenser idet vores empiri beskriver, at flergangsfødende, som tidligere har fået S-drop, ikke ønsker denne oplevelse igen. Vi finder desuden relevant at undersøge dette område i et samfundsfagligt perspektiv og dermed se på, om S-drop har nogle samfundsøkonomiske konsekvenser. Disse kunne være øget behov for opfølgning på forløb, hvor kvinden har fået S-drop, behov for større opmærksomhed ved en kommende graviditet, eller måske endda et ønske om sectio. Vi mener, at sådan et studie ville være relevant også til at sætte fokus på procedurerne for, hvornår brugen af S-drop er væsentlig.

11.0 Litteraturliste

- Barfoed, Anne et al. (2011): *Fagligt indstik: Vækkelse om vesvækkelse - om S-drop med omtanke*. Jordemoderforeningen. Lokaliseret [080413] på <http://www.jordemoderforeningen.dk/tidsskrift-for-jordemoedre/singlevisning/artikel/vaekkelse-om-vesvaekkelse-om-s-drop-med-omtanke/>
- Bekendtgørelse af sundhedsloven. LOV nr 95 af 7/2/2008. Kap 5. Lokaliseret [090413] på <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=130455#K5>
- Birkler, Jacob (2009): *Videnskabsteori, en grundbog*. Kap. 5-6. 1. udgave, 5. oplag. København, Munksgaard Danmark
- Birkler, Jacob (2010): *Etik i sundhedsvæsenet*. S. 20-24. 1. udgave, 4. oplag. København, Munksgaard Danmark
- Blix-Lindström et al. (2008): Midwives navigation and perceived power during decision-making related to augmentation of labour. *ELSEVIER* (190-198)
- Bourdieu, Pierre (2001): *Af praktiske grunde. Omkring teorien om menneskelig handlen*. 2. oplag. Hans Reitzels Forlag
- Bourdieu, Pierre; Wacquant, Loïc J.D. (2001): *Refleksiv sociologi - mål og midler*. 2. oplag. København. Hans Reitzels Forlag
- Brinkkjær, Ulf; Høyen, Marianne (2011): *Videnskabsteori for de pædagogiske professionsuddannelser*. 1. udgave, 2. oplag. København, Hans Reitzels Forlag, s. 98-105
- Cirkulære om jordemodervirksomhed. CIR nr 149 af 08/08/2001. Lokaliseret [090413] på <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=21702>
- Ebsco (2012): The CINAHL database lokaliseret [180413] på <http://www.ebscohost.com/biomedical-libraries/the-cinahl-database>
- Hovmand, Bente & Præstegaard, Jeanette (2002): *Kvalitative forskningsmetoder i fysioterapien – en introduktion*. *Nyt om forskning*. 2002 (2) s. 40-57
- Institute for Safe Medication Practices (2012): ISMP's List of High-Alert Medications. Lokaliseret [190413] på <http://www.ismp.org/Tools/institutionalhighAlert.asp>

- Iversen, Randi et al. (2010): *Etiske Retningslinjer for jordemødre*. Jordemoderforeningen. Lokaliseret [240413] på http://www.jordemoderforeningen.dk/fileadmin/Fag_Forskning/Etiske_retningslinjer/Etiske_Retningslinjer_2010.pdf
- Kjaergaard, Hanne et al. (2007): Experiences of non-progressive and augmented labour among nulliparous women: a qualitative interview study in a Grounded Theory approach. *BMC Pregnancy and Childbirth* (s. 1-10)
- Kjærgaard, Hanne (2009): *Fagligt indstik: Vesvækkelse hos førstegangsfødende*. Jordemoderforeningen. Lokaliseret [080413] på <http://www.jordemoderforeningen.dk/tidsskrift-for-jordemoedre/singlevisning/artikel/fagligt-indstik-vesvaekkelse-hos-foerstegangsoedende/>
- Lindahl, Marianne & Juhl, Carsten B. (2002): *Vurdering af kvalitative artikler. Nyt om forskning. 2002 (1) s. 17-21*
- Malterud, Kirsti (2011): *Kvalitative metoder i medicinsk forskning - En innføring. Oslo, Universitetsforlaget s.40-42*
- Mathiesen, Anders; Henriette Højberg (2009): “Sociologiske feltanalyser – om at anvende Bourdieus feltbegreb i historisk konkrete analyser“, i Fuglsang, Lars; Bitsch Olsen, Poul (red.): *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne*. 2. udgave, 4. oplag. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag
- Mikkelsen, Connie (2005): *Rystende metoder*. Jordemoderforeningen. Lokaliseret [240413] på <http://www.jordemoderforeningen.dk/tidsskrift-for-jordemoedre/singlevisning/artikel/rystende-metoder/>
- Møller et al (1999): *DYSTOCI*. DSOG. Lokaliseret [150313] på <http://www.dsog.dk/files/dystoci-aktiv-fase.htm>
- Onlinecitater.dk: *Søren Kierkegaard*. Lokaliseret [080413] på <http://www.onlinecitater.dk/?Quote=367>
- Rienecker, Lotte; Jørgensen, Peter Stray et al. (2012): *Den gode opgave – håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser*. 4. udgave, København, Forlaget Samfundslitteratur.
- Rigshospitalet: *Ve-projektet*. Lokaliseret [140413] på <http://www.rigshospitalet.dk/menu/AFDELINGER/Juliane+Marie+Centret/Klinikker/Obstetrisk+Klinik/Forskning/Ve-projektet/>

- Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv. VEJ nr 151 af 08/08/2001. Afsnit 2.2. § 4. Lokaliseret [190413] på <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=21704>
- Wackerhausen, Steen (2002): *Humanisme, Professionsidentitet og Uddannelse - i sundhedsområdet*. Hans Reitzels Forlag
- Wackerhausen, Steen (2004): *Professionsidentitet, Sædvane og Akademiske dyder* i Hansen, Niels Buur; Gleerup, Jørgen (red.): *Videnteori, Professionsuddannelse og Professionsforskning*. Syddansk Universitetsforlag
- Wilken, Lisanne (2006): *Pierre Bourdieu*. Roskilde Universitetsforlag