

Det jordemoderfaglige skøn

Det jordemoderfaglige skøn i praksisudøvelse baseret på faglige retningslinjer

Hvorledes kan evidensbaseret praksisudøvelse påvirke jordemoderstuderendes muligheder for at lære at anlægge selvstændige jordemoderfaglige skøn gennem den kliniske del af uddannelsen?

Masteruddannelsen i Læreprocesser med specialisering i Didaktik og professionsudvikling

Aalborg Universitet,
Institut for læring og filosofi

Vejleder: **Birthe Lund**

Masterprojekt
4. Semester
Afleveringsdato: 18.12. 2014

Udarbejdet af: **Gitte Bjørnlund**
Studienummer: 20130273
Underskrift:

Antal normalsider: 60
Anslag: 143.995
Abstracts:
Antal normalsider: 2
Anslag: 4795

Abstract

This project is prepared at the *Master of Learning Processes* at Aalborg University during the fall of 2014 and is written by Gitte Bjørnlund, senior educational midwife.

The study investigates the opportunity of midwife students to learn to adopt independent professional midwifery judgments during the clinical part of their education.

The background of the study is the fact, that the clinical education has been organized in such a way that the students mainly learn by participating in midwifery work with pregnant and parturient women. However, in recent years the conditions of the midwifery work have changed markedly, following the efforts of the hospital organization to standardize treatment on the basis of general, professional guidelines based on medical research. This situation implies that several interests and values come into play, thus actualizing a potential contrast between on the one hand the historical tradition of the midwifery profession to care for the individual woman on the basis of midwifery judgment, and on the other hand a more generalized treatment model.

The starting point of the project has been a presumption that midwives work, when thus loaded in more fixed frames, will change the students' learning conditions. Based on this the following question is raised:

How can an evidence based practice exercise influence midwife students' opportunities to learn to adopt independent professional midwifery judgment through the clinical part of the education?

The aim of the study is to investigate and make didactic reflections on the following:

- What does the phenomenon "professional midwifery judgement" imply?
- How do the changed frames around midwifery work influence the practice exercise, and which learning conditions does this bring to the students' opportunity to learn to make independent midwifery judgement?

Methods:

The project, based on hermeneutics, mainly takes a literature study as a starting point, by which, through studies of different theoretical perspectives, a varied understanding of the complex phenomenon, professional midwifery judgement, is achieved.

Professional research is used to study and achieve understanding of the influence on the practice exercise by the framing of midwifery work as done by the hospital organization.

A former exercised observational study of the practice of two midwives is included to investigate, how two different approaches to practice exercise based on professional guidelines leads to different learning conditions for the students.

Findings:

The midwifery profession has, by society, been appointed the task of taking as one's starting point the pregnant individual's wants and needs, and to exercise an individual and differentiated care, focused on supporting the normal development of the pregnancy and birth process.

Based on the work of researchers Grimen & Molander, who have studied the professional judgment on a general level, the professional midwifery judgement can be presented thus, that the midwife, focusing on supporting the development of an uncomplicated pregnancy and birth process based on professional guidelines, in concrete, isolated cases must make a judgment of, what serves the individual woman best.

The nursing theoretician Kari Martinsen highlights the fact that the objective-rational reason embedded in professional guidelines, out of which midwives must classify the concrete situation, might lead to a problem solving focus. Thereby the risk arises, that a limited impression of the individual woman's situation is formed, which reduces the possibility of a qualified judgment as to what serves the individual woman best.

Lennart G. Svensson states that the effort of the hospital organization to achieve a minimum of control of the work through professional guidelines interacts with the professional autonomy as appointed to the midwifery profession by society, thus being in a direct and tense opposition to a more individual-centred treatment model. His research shows that the individual midwife, being in the dilemma between the consideration for the individual woman and the hospital organization, is socialized into and adapting to a practice exercise in concordance with the professional guidelines, and is thus to a certain degree bound to be practicing in concordance with the values and perspectives of the hospital culture.

The research of Billie Hunter shows that this leads to a practice exercise based on a less complex professional judgment. As far as the students are concerned, and according to Donald Schön, this again leads to educational learning conditions, where the students only to a lesser degree can succeed in developing an embedded, professional knowledge, which in turn can limit their ability to handle complex practice situations.

Indhold

Det jordemoderfaglige skøn	1
Indledning	6
Problemformulering	9
Underspørgsmål	9
Begrebsafklaring:.....	9
Valg af teori og metode	11
Videnskabsteori.....	11
Metode.....	12
Litteraturstudie.....	12
Projektet opbygget efter didaktisk strukturering.....	13
Projektets struktur	13
Læringsteoretisk ramme	14
Etienne Wenger.....	14
Donald Schön.....	15
Hvad kendetegner det jordemoderfaglige skøn?	17
Det professionelle skøn og professionelles råderum.....	17
En sanselig dimension af det professionelle skøn.....	20
Dømmekraften i det professionelle skøn.....	22
Dømmekraften	23
Faktorerne i tre planer	26
Det jordemoderfaglige skøn.....	26
Sammenfatning	28
Hvilke værdier dominerer i jordemoderfaget?	31
Fødselsparadigmer	31
Teknokratisk paradigme	32
Humanistisk paradigme.....	33
Holistisk paradigme	33
Danske forhold	34
Hospitalsorganisationen.....	34
Lægeprofessionen	34
Jordemoderprofessionen	35

Praksisudøvelse på baggrund af faglige retningslinjer	35
Sammenfatning og vurdering	37
Hvad karakteriserer den nuværende kliniske jordemoderuddannelse?	39
Jordemoderuddannelsen	39
Den kliniske uddannelse	39
Professionens praksisudøvelse i hospitalsorganisation.	42
Hospitalsorganisationen	42
Professionen	42
Modsætning	43
Socialisering	43
Forskellige forståelser af evidensbaseret praksisudøvelse	44
Sammenfatning og vurdering	45
Hvilke betingelser har man konkret for at lære om skøn, og hvordan viser det sig i praksis.	47
Den organisatoriske kontekstpåvirkning af jordemødres ideologier	47
"Hospital midwives"	48
"Community midwives"	48
Observationsstudie.....	50
Første observation.....	51
Anden observation	52
Udbredelsen af det teknokratiske paradigme.....	53
Sammenfatning og vurdering	54
Konklusion	57
Perspektivering	60
Litteraturliste:	61

Indledning

I dette projekt vil jeg studere mulighederne for, at jordemoderstuderende igennem deres kliniske uddannelse kan opøve evnen til at foretage selvstændige jordemoderfaglige skøn.

Baggrunden for min interesse i dette tema er, at jeg igennem de seneste tre år har fungeret som uddannelsesansvarlig jordemoder og har et medansvar for tilrettelæggelsen af jordemoderuddannelsens kliniske del, som udgør halvdelen af den samlede uddannelse.

Praktikken er hovedsageligt tilrettelagt på den måde, at de studerende deltager i jordemødres arbejde med gravide og fødende kvinder, hvorved de lærer igennem det, de ser, oplever og selv erfarer. De studerendes læring understøttes dertil gennem mundtlig refleksion med den daglige vejleder og skriftlig refleksion, hvor oplevede praksissituationer belyses og reflekteres ud fra teori.

Det er min vurdering, at den tilrettelagte læringsform er velegnet til at støtte de studerende i at opnå evne til at udøve fagkundskaben, som den for nuværende praktiseres og til at understøtte de studerende i integration af teoretisk og praksis viden, når de studerende under refleksion anvender teoretisk tilegnede teorier og begreber på oplevede praksissituationer.

Imidlertid undergår den etablerede jordemoderpraksis forandringer, som jeg vil illustrere igennem et kort historisk tilbageblik. Forandringer, som jeg antager, får betydning for de studerendes læringsmuligheder.

Jordemodererhvervet har igennem flere hundrede år været tilrettelagt som et liberalt og selvstændigt erhverv praktiseret udenfor hospitalsregi. Ifølge Helen Cliff, der har bidraget til at skrive jordemoderfagets historie, har dét at være selvstændige netop været en vigtig del af jordemødres faglige identitet. Hun konkluderer:

Man kan ikke tale om jordemoderidentitet uden samtidigt at medtænke selvstændigheden (Cliff, H. (1994) s. 114).

I 1974 med centerordningens indførelse overgik alle jordemødre til offentlig ansættelse, og stort set alle fødsler blev samlet på landets fødeafdelinger. Dermed blev organiseringen af svangreomsorgen og fødselsbetjeningen, som vi kender den i dag, hvor hospitalsansatte jordemødre selvstændigt varetager svangreomsorgen for ukomplicerede gravide og fødende og samarbejder med lægerne, når der i forløb opstår komplikationer. Ved overgangen til hospitalsansættelse bevarede jordemødrene i vid udstrækning deres hidtidige store råderum til selvstændigt at vurdere en praksissituation og foretage et fagligt skøn over, hvad der skulle gøres. Et forhold der fortsat var gældende for 25 år siden, da jeg trådte ind i erhvervet.

I de mellemliggende år er erhvervet blevet påvirket af den medicinske, videnskabelige og teknologiske udvikling, samt ikke mindst af kravet om evidensbaseret praksis, som vores samfund generelt er præget af.

Knappe økonomiske ressourcer har i offentlige styringssystemer ført til en bestræbelse på at sikre den bedst mulige udnyttelse af de økonomiske midler ved indførelse af rationelle arbejdsgange, effektivisering og kvalitetssikring på baggrund af evidensbaseret videnskabelig viden.

På sundhedsområdet indførte Staten i 2005 således Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS). Her udarbejdede man Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), hvori en hovedbestræbelse er at understøtte og kontrollere, at den behandling, som udøves på landets hospitaler, er baseret på faglige retningslinjer udarbejdet på baggrund af forskning og evidensbaseret viden (IKAS, 2012 s. 8).

I hospitalsvæsenet og således også i jordemødres praksis har moderniseringen af den offentlige sektor ført til, at behandlingsopgaver i udtalt grad baseres på *generelle faglige retningslinjer*. Derved er råderummet til selvstændig skønsudøvelse blevet indskrænket, og det har medført store ændringer i jordemødrenes betingelser for udøvelse af deres erhverv, og har aktualiseret en mulig konflikt imellem henholdsvis jordemoderprofessionens historiske tradition for en individuelt tilpasset behandling, og en mere generaliseret og standardiseret vurdering og handling på basis af videnskabelig viden.

For de faglige retningslinjer, som jordemødre praktiserer på baggrund af, gælder desuden det særlige, at de især er baseret på lægevidenskab, idet arbejdsgrupper tilknyttet det lægefagligtselskab DSOG udarbejder de guidelines, der ligger bag retningslinjerne (Tidsskrift for jordemødre (3, 2009) s. 8). En medvirkende forklaring herpå er, at jordemoderprofessionen hidtil har haft en sparsom selvstændig teoridannelse.

Ifølge Annegrethe Nielsen, som har studeret jordemoderuddannelsen, skyldes dette:

at jordemoderfaget ikke har haft behov for at manifestere sig som profession i teorien, fordi man så tydeligt havde en profession i praksis. For det andet har jordemødre altid administreret sig selv og deres genstandsområde – ganske vist i samarbejde med og under kontrol af lægerne, men i praksis ganske selvstændigt...

(Nielsen, 2004, s. 44).

Disse forhold har samlet haft stor indflydelse på og medført en markant ændring af jordemoderprofessionens praksisudøvelse, der gennem de senere år er blevet lagt i stadigt fastere rammer. Det forhold, antager jeg, får betydning for det læringsrum og de læringsbetingelser, de studerede tilbydes, og som kunne have indflydelse på den kliniske uddannelses muligheder for at støtte de studerende i at nå målsætningen for uddannelsen.

Uddannelsens mål

Jordemoderuddannelsen blev i 2001 på linje med de øvrige mellemlange videregående sundhedsuddannelser reformeret, ændrede status og blev en professionsbacheloruddannelse i jordemoderkundskab. Formålet med moderniseringen var, at uddannelsen i højere grad skulle ruste de studerende til at kunne matche den hastige videnskabelige og teknologiske udvikling i vores samfund.

Det overordnede mål blev, at de studerende under uddannelsen skal opnå evne til at udføre erhvervet, og udvikle personlige kompetencer såsom evne til omstilling, nytænkning og livslang læring (Reform af de mellemlange videregående sundhedsuddannelser s. 5).

Det bredere sigte med uddannelsen fremgår af bekendtgørelsen om uddannelse til professionsbachelor i jordemoderkundskab. Formålet med uddannelsen er, at den studerende (min parafrasering):

- Får kvalifikationer til at kunne udøve fagkundskaben.
- Udvikler analytiske evner for at kunne vurdere og begrunde professionsudøvelsen.
- Opnår evner til videreudvikling af jordemoderkundskaben.
- Udvikler studiekompetencer i forhold til at kunne fortsætte i videregående kompetencegivende uddannelse.

(Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i jordemodervidenskab (2009) s. 1)

Det fremgår således, at jordemoderstuderende skal tilegne sig såvel evne til at udøve fagkundskaben som personlige kompetencer til at kunne medvirke til at videreudvikle den.

Af bekendtgørelsen fremgår det, at udviklingen af personlige kompetencer i forhold til læring, selvstændighed og evne til at skabe faglig fornyelse skal understøttes ved at anvende varierende studieformer (Ibid. s. 2).

Om den kliniske uddannelse, som skal have fokus på såvel den faglige som personlige udvikling, fremgår det specifikt, at den skal tilrettelægges med progression fra det observerende til det reflekterende og selvstændigt udøvende, således at kvalifikationer til at udøve faget opnås, og dertil at evnen og ansvarlighed i forhold til at vurdere og træffe kvalificerede valg opøves (Ibid. s. 2).

Den kliniske uddannelse

Set i lyset af de forandringer, som praksisudøvelsen undergår, finder jeg det relevant at studere, hvorledes den som læringsramme kan medvirke til at understøtte, at de studerende opnår personlige kompetencer som selvstændighed og evne til at vurdere og træffe kvalificerede valg. Eftersom udøvelse af det *jordemoderfaglige skøn* under ét stimulerer udvikling af disse evner, bliver det fokus for mit studie.

De mere fastlagte rammer omkring jordemødres praksisudøvelse aktualiserer desuden et muligt dilemma imellem henholdsvis jordemoderprofessionens historiske tradition for en individuelt tilpasset behandling på baggrund af faglige skøn, og den nuværende bestræbelse på en mere standardiseret og generaliseret behandling. Dette medfører ændrede muligheder for at udøve jordemoderfaglige skøn og skærper efter min vurdering behovet for at studere, hvorledes de studerende i den kliniske uddannelse kan lære at anlægge jordemoderfaglige skøn.

Jeg antager her, at det at støtte de studerende i udvikling af selvstændige jordemoderfaglige skøn, kan være en måde, hvorpå den kliniske uddannelse kan bidrage til målet om, at de studerende udvikler personlige evner til at kunne medvirke til at videreudvikle faget.

Eftersom jeg imidlertid oplever ændrede vilkår for at udøve det faglige skøn, bliver min bestræbelse i dette projekt at foretage didaktiske refleksioner over, hvilke muligheder den etablerede jordemoderpraksis giver de studerende for at opnå evne til at foretage selvstændige skøn.

De didaktiske refleksioner omhandler således et studie af:

- Hvad det er, de studerende skal lære: Altså et grundigt studie af, hvad det komplekse begreb jordemoderfagligt skøn indebærer.
- Hvilke betingelser der er for at lære det: Et studie af, hvilke muligheder den nuværende praksisudøvelse som læringskontekst giver for at opøve evne til at anlægge jordemoderfaglige skøn.

Dette fører til følgende problemformulering.

Problemformulering

Hvorledes kan en evidensbaseret praksisudøvelse påvirke jordemoderstuderendes muligheder for at lære at anlægge selvstændige jordemoderfaglige skøn gennem den kliniske del af uddannelsen?

Underspørgsmål

- 1: Hvad kendetegner det jordemoderfaglige skøn?
- 2: Hvilke værdier dominerer i jordemoderprofessionen?
- 3: Hvad karakteriserer den nuværende kliniske jordemoderuddannelse?
- 4: Hvilke betingelser har man konkret for at lære om skøn, og hvordan viser det sig i praksis?

Begrebsafklaring:

Evidensbaseret praksisudøvelse

Praksisudøvelse tilrettelagt på baggrund af standardiserede faglige retningslinjer baseret på generaliseret videnskabelig viden.

Jordemoderfagligt skøn

Begrebet, som her anvendes sidestillet med *professionelt skøn* og *fagligt skøn*, er omdiskuteret, og udfoldes i kapitel et, hvorfor definitionen her begrænses til:

Skjønn er en form for praktisk resonnering, hvor formålet er konklusjoner om, hva som bør gjøres i konkrete enkelttilfeller...

(Molander, A. & Terum, L. I. (2010) s. 179).

Værdier

Der refereres til, hvilke generelle faglige, etiske og menneskelige værdier, som dominerer i jordemoderprofessionen, og som har indflydelse på, hvorledes faglige retningslinjer anvendes og i hvilken grad, der anvendes faglige skøn.

Jordemoderprofession

Selve begrebet *profession* er omdiskuteret, og derfor vil jeg afklare, hvad der ligger i begrebet *jordemoderprofession* på baggrund af en generel definition af begrebet. Jeg anvender indledningen til bogen *Profesjonsstudier* (2010), hvor der fremstilles en generel definition af begrebet, skrevet af Anders Molander, førsteamanuensis, og Lars Inge Terum, professor, begge ansat ved Senter for profesjonsstudier i Oslo.

Jordemoderprofessionen udgør en kollektiv aktør, bestående af jordemødre, der er uddannet i jordemoder fagkundskab og har opnået autorisation til at udøve erhvervet, og som med samfundet har indgået en aftale om at varetage opgaver i forhold til gravide og fødende kvinder. I aftalen indgår, at professionen ud fra udstukne samfundsmæssige retningslinjer har relativ autonomi i forhold til at definere fagkundskaben og udvikle standarder og etiske retningslinjer for, hvordan opgaven med de gravide og fødende skal håndteres.

For at professionen kan opretholde sin legitimitet i samfundet, må der vedvarende arbejdes for at opnå en kollektiv forståelse af professionen og dens opgaver, som professionens medlemmer må optræde i overensstemmelse med.

Professionens tjenesteydelser er reguleret af normative krav, som f.eks. at jordemoderfagkundskaben skal være gyldig, samt moralske krav om, at behandlingen af de gravide og fødende kvinder skal være rimelig og løses med kompetence til kvindernes bedste. Dertil stilles der krav om, at den besluttede handling, skal være formålstjenlig og skal kunne begrundes (Molander, A. & Terum, L. I. (2010) s. 20).

For professionelle tjenesteydelser gælder sædvanligvis, ifølge Molander og Terum, at de vil være orienteret imod at opnå en ændringstilstand hos den hjælpsøgende, f.eks. fra at være syg til at blive rask.

På dette punkt skiller jordemoderprofessionens opgave sig ud, for selv om gravide og fødende med komplikationer skal behandles, så fremgår det af *Anbefalinger til Svangreomsorgen*, udarbejdet af *Sundhedsstyrelsen*, at det at være gravid og føde betragtes som naturlige livsprocesser. Når kvinder konsulterer jordemødre, så er der således ikke nødvendigvis et problem, der skal løses (*Anbefalinger til Svangreomsorgen* (2009) s. 3).

Dette perspektiv finder jeg det vigtigt at holde sig for øje.

Valg af teori og metode

I afsnittet redegør jeg for de videnskabsteoretiske og metodiske overvejelser, som projektet er udarbejdet på baggrund af.

Videnskabsteori

Jeg foretager et humanvidenskabeligt studie, idet bestræbelsen er at opnå forståelse for fænomenet *jordemoderfagligt skøn*, som jordemoderen udøver i omsorgen for den enkelte gravide kvinde. Desuden studerer jeg muligheden for, at jordemoderstuderende i samspillet med jordemødrene om praksisudøvelsen, opnår evne til at foretage jordemoderfaglige skøn. Studiet udgør således en bestræbelse på at opnå forståelse for de menneskelige sammenhænge, hvori der udøves faglige skøn.

Imidlertid studeres fænomenet ikke blot på individ niveau, men i vid udstrækning også på et kollektivt niveau som et studie af jordemoderprofessionen set som en helhed i relation til det omkringliggende samfund og til den hospitalsorganisation, som professionen praktiserer i. Dermed får studiet samtidigt et samfundsvidenskabeligt præg.

I naturlig forlængelse af det humanvidenskabelige studie vælges en kvalitativ tilgang, idet det jordemoderfaglige skøn er et meget komplekst fænomen, der fordrer et fordybet studie. Samtidig er der behov for at studere det fra forskellige perspektiver og synsvinkler, for at opnå et indtryk af og forståelse for hvilke forhold, der påvirker det faglige skøn.

Der tages videnskabsteoretisk udgangspunkt i en ontologisk forståelse af hermeneutikken, som Gadamer er talsmand for, og hvor mennesket anses for at være et forstående og fortolkende væsen (Fuglsang, L. & Olsen, P., B. (2004) s. 320).

Virkeligheden erkendes subjektivt af det enkelte menneske. Viden og forståelse opnås på baggrund af antagelser og forventninger, såkaldte for-forståelser, som enten be- eller afkræftes, hvorved der opstår forståelse. Forforståelsens indhold er fordomme, der udgør de forventninger og formeninger, som vi lever vores liv på baggrund af, og som til sammen udgør den forståelseshorisont, som vi fortolker vores verden ud fra. Vores fordomme er præget af den historie og tradition, som vi lever i, hvorved vores fortolkning og forståelse præges af den kontekst, som vi lever i (Birkler (2005) s. 96).

Udgangspunktet i hermeneutikken betyder, at forskeren i kraft af sin mere eller mindre bevidste forståelseshorisont præget af historie og tradition, bliver en aktiv medspiller i forskningsprocessen, hvor forskerens horisont og forforståelse inkluderes i erkendelsesprocessen. Forskeren klarlægger egen forforståelse og stiller sig derefter åben for, gennem analyse og fortolkning af det undersøgte, at opnå en ændret forståelse.

Centralt i denne fortolkningsproces er det, at forståelsen opnås igennem en cirkulær bevægelse imellem på den ene side en forståelse af delene i kraft af en helhedsforståelse og på den anden side en helhedsforståelse baseret på en forståelse af delene (Ibid. s. 98).

I dette projekt betyder den cirkulære bevægelse imellem helhed og del konkret, at når jeg som led i min besvarelse af problemformuleringen ønsker at forstå, hvad der kendetegner det jordemoderfaglige skøn, og hvad der påvirker den enkelte jordemoders udøvelse af faglige skøn, så er det nødvendigt at medtænke den kontekst, som skønsudøvelsen foregår i. På den baggrund inddrages spørgsmålet om, hvilke værdier, der dominerer i jordemoderfaget, idet disse har betydning for, hvorledes den enkelte jordemoder udøver sine faglige skøn, hvad der tillige påvirker jordemoderstuderendes muligheder for at udvikle evnen til at anlægge faglige skøn.

Som forsker i studiet af jordemødres faglige skøn har det betydning, at jeg har praktiseret som jordemoder i 25 år. Jeg er således indlejret i genstandsfeltet og har en egen erfaring med udøvelse af jordemoderfaglige skøn, og dertil en subjektiv fortolket forståelse af, hvilke værdier der dominerer i jordemoderfaget, og hvad der øver indflydelse på det. Den situation påvirker den forståelseshorisont, hvormed jeg går ind i studiet, og kan udgøre en fordel, idet jeg har et indgående kendskab til genstandsfeltet. Modsat kan det samtidigt medføre en risiko for, at jeg ikke kan se genstandsfeltet klart. Jeg er bevidst om dette forhold, hvorfor jeg har bevidstgjort egen for-forståelse og igennem studiet tilstræber at forholde mig åben med villighed til at sætte egen for-forståelse i spil og opnå nye erkendelser og forståelser.

Metode

Litteraturstudie

Den metodiske tilgang til besvarelse af problemformuleringen er et litteraturstudie kombineret med inddragelse af et observationsstudie af to jordemødres praksisudøvelse, gennemført i tilknytning til mit 2. semester projekt.

Begrundelsen for at vælge et overvejende teoretisk studie er, at det ikke igennem iagttagelse er muligt at opnå forståelse af fænomenet jordemoderfagligt skøn, samtidigt med at et teoretisk studie kan give mulighed for at belyse og analysere det komplekse fænomen ud fra forskellige opfattelser og perspektiver m.h.p. at opnå en nuanceret forståelse.

Mit eget observationsstudie inddrages, fordi det konkret demonstrerer anvendelse af faglige skøn, som indebærer forskellige læringsbetingelser for de studerendes mulighed for at opnå evne til at kunne vurdere komplekse praksissituationer.

Den udvalgte litteratur består af såvel artikler omhandlende professionsforskning introduceret på uddannelsen, som af fagbøger og forskningsartikler.

Litteraturen er udvalgt på baggrund af forskellige litteratursøgningsstrategier. Metoden har i den indledende fase været en systematisk litteratursøgning, som frembragte artikler, der har fungeret som udgangspunkt for senere kædesøgning. På dén måde fremkom de inddragne forskningsartikler, samt to af Kari Martinsens bøger.

(Litteratursøgning fremgår af bilag 1).

Bibliotekarhjælp på fagbibliotek førte mig desuden til en fagbog om professionsetik og en artikel om evidens.

Forskerne og forfatterne bag den udvalgte litteratur præsenteres løbende i rapporten, når litteraturen anvendes.

Projektet opbygget efter didaktisk strukturering

Målet med uddannelsen er som nævnt tidligere bl.a. at støtte de studerende i at udvikle selvstændighed samt evne til og ansvarlighed for at vurdere og træffe kvalificerede valg. Evner jeg har valgt at studere muligheden for udvikling af ved at fokusere på det selvstændige jordemoderfaglige skøn.

Projektet er baseret på den forståelse, at de studerende teoretisk kan forberedes på den mangfoldighed af faktorer, der må tages i betragtning, når der skal skønnes, men at evnen til at anlægge faglige skøn først og fremmest opnås igennem erfaringer med at gøre det. Fokus for de didaktiske refleksioner bliver derfor den etablerede praksisudøvelse, og hvad der øver indflydelse på den.

Den didaktiske strukturering af projektet er følgende:

- Hvad er det, de studerende skal lære: Et studie af fænomenet jordemoderfagligt skøn og hvad det på individniveau er påvirket af.
- Hvad er rammebetingelserne for at lære det: På professionsniveau undersøges, hvilke værdier jordemoderprofessionen praktiserer efter, og hvorledes hospitalsorganisationen og lægeprofessionen øver indflydelse herpå. Hvilken praksis er etableret omkring udøvelse af jordemoderfaglige skøn, og hvilke læringsbetingelser giver det de studerende.

Projektets struktur

Projektet er opdelt i kapitler, svarende til problemformuleringens fire underspørgsmål, hvor kapitel 1 giver svar på, hvad der kendetegner det jordemoderfaglige skøn, og kapitlerne 2-4 bygger op til en samlet forståelse af, hvilke muligheder den etablerede praksisudøvelse giver for at lære at udøve faglige skøn.

Hvert kapitel indledes med en oversigt over kapitlets afsnit. Litteraturen fremstilles, fortolkes og præsenteres som afslutning på kapitlet i en sammenfatning og vurdering, der fungerer som svar på kapitlets stillede spørgsmål.

De fire kapitlers konklusioner tjener tilsammen som besvarelse af problemformuleringen.

En præsentation af de fire kapitler:

1: Hvad kendetegner det jordemoderfaglige skøn?

Først studeres på et generelt plan fænomenet professionelt skøn og den professionelle råderum til skønsudøvelse. Dette suppleres med tilføjelsen af en sanselig dimension af det professionelle skøn; hvorefter det udfoldes, hvad den professionelle dømmekraft under skønsudøvelsen er påvirket af. Ud fra jordemoderprofessionens samfundstildelte opgave anvendes det generelle indtryk af det professionelle skøn til at fremstille det jordemoderfaglige skøn.

2: Hvilke værdier dominerer i jordemoderprofessionen?

De værdier, der dominerer jordemødres praksisudøvelse, har betydning for, hvorledes der udøves jordemoderfaglige skøn. På den baggrund undersøges hvilke værdier og perspektiver, der råder i hhv. jordemoderprofessionen, hospitalsorganisationen og lægeprofessionen, og som øver indflydelse på praksisudøvelsen.

3: Hvad karakteriserer den nuværende kliniske jordemoderuddannelse?

Den kliniske uddannelse er funderet i den etablerede praksisudøvelse. Der undersøges, hvorledes hospitalsorganisationens bestræbelse på at kvalitetssikre behandlingen ved at standardisere behandlingen på baggrund af faglige retningslinjer påvirker jordemoderprofessionens bestræbelse på en individcentreret behandling, og hvilken indflydelse dette har på hvilke værdier, der praktiseres efter.

4: Hvilke betingelser har man konkret for at lære om skøn, og hvordan viser det sig i praksis?

På basis af kapitlerne 2 og 3 og ud fra forskning i hvilke værdier, som engelske jordemødre praktiserer på baggrund af, fremstilles et generelt indtryk af udviklingen af, hvilke værdier danske jordemødre arbejder efter. Ud fra et observationsstudie af to jordemødres praksisudøvelse fremstilles herefter to eksempler på faglige skøn, funderet på forskellige grader af kompleksitet i skønsudøvelsen.

Læringsteoretisk ramme

I dette afsnit beskriver jeg først den læringsforståelse, der ligger bag tilrettelæggelsen af de studerendes kliniske uddannelse ved at inddrage Etienne Wenger, schweizisk-amerikansk datalog og læringsteoretiker. Dernæst inddrages Donald Schön, amerikansk psykolog og læringsteoretiker, til at belyse, hvorledes de studerende kan støttes i udvikling af evne til at håndtere mere og mere komplekse praksissituationer.

Etienne Wenger

Den kliniske uddannelse er tilrettelagt ud fra den kulturhistoriske læringsforståelse, som Etienne Wenger er repræsentant for, der forholder sig sammenhængende til såvel indre læreprocesser som ydre samspilsprocesser, der samtidig er under indflydelse af samfundsmæssige forhold.

Centralt i Wengers læringsteori er hans forståelse af, at deltagelse i fællesskaber, der er relationelt betinget og forudsætter engagement, igennem *meningsforhandling* om praksis medfører *læring* og *identitetsdannelse* (Wenger (2004) s. 13-26).

Når den studerende på baggrund af faglige retningslinjer sammen med jordemoderen deltager i meningsforhandlingen om praksisudøvelsen lærer den studerende at udøve erhvervet, samtidig med, at denne gennemgår en faglig identitetsdannelse. Dette arbejde understøttes af såvel mundtlige som skriftlige refleksioner.

Donald Schön

Schöns forskning tager udgangspunkt i en kritik af den dominerende forståelse af forholdet imellem teori og praksis, at videnskaben skal anvendes til udvikling af teknikker til at håndtere praksisproblemer. I dét perspektiv ses professionel praksis som problemløsning, hvor den professionelles opgave er blandt tilgængelige handlingsmuligheder at vælge den, som bedst løser problemet. En fremgangsmåde, som fordrer entydige praksissituationer med enighed om målsætningen.

Imidlertid er praksissituationer ofte komplekse og kan indebære væsentlige problemstillinger med modstridende målsætninger. Derfor kan de ikke betragtes som teknisk rationelle problemer, der skal løses

Schön argumenterer for, at der er behov for en ikke-rationel proces, der klarlægger hvilket perspektiv, en situation skal betragtes ud fra, for at der kan fastlægges nogle mål, som der skal findes egnede metoder til at nå (Schön (2001) [1983] s. 44).

I modsætning til den dominerende forståelse, at professionel praksis er ensbetydende med anvendelse af videnskabeligt udarbejdede problemløsningsteknikker, har Schöns forskning vist, at erfarne professionelle i stedet for hurtigt og logisk at overskue og analysere store informationsmængder, intuitivt udpeger relevante løsningsmuligheder.

Baggrunden herfor er, at mennesker generelt besidder en særlig viden om, hvordan handlinger i hverdagens opgaver skal udføres. Denne indlejrede rutine gør os i stand til uden nærmere eftertanke at udføre kvalificerede handlinger. En *viden-i-handling* vi kun mangelfuldt kan verbalisere og redegøre for, men som er funderet i vore handlemønstre og i en spontan fornemmelse for den situation, som vi handler i. Om det skriver Schön: "Det forekommer korrekt at sige, at vores viden ligger i vores handlinger" (Ibid. s. 52).

På tilsvarende vis kan den professionelle ud fra en indsigt i såvel fagkundskaben som dens udførelse oparbejde en *viden-i-handling*, hvor den professionelle i genkendelige praksissituationer opnår en evne til spontant at vide, hvad der skal gøres, og på den måde kvalificeret kan håndtere praksissituationer.

En rutinehandling kan imidlertid falde overraskende ud, så den i forhold til tidligere erfaringer virker overraskende, vanskelig eller interessant. Den professionelle kan enten ignorere situationen eller foretage en *refleksion-i-handling*, hvor den indlejrede viden kritisk kan bedømmes og rekonstrueres,

hvorefter den igangværende handling kan justeres og resultere i en korrigeret handling (Schön (2013)[1987] s. 28).

Refleksion-i-handling adskiller sig fra andre refleksionsformer ved at foregå under og påvirke en igangværende handling (Ibid. s. 29). På den måde vil den professionelle i divergerende praksissituationer hele tiden få udvidet og opkvalificeret sin viden-i-handling, og opnår med erfaringen en stadig større evne til at håndtere komplekse situationer adækvat (Schön (2001) [1983] s. 62).

Denne evne har Schön kaldt *Professionel kunstnerisk kunnen*, der skal forstås sådan, at den professionelle igennem refleksion-i-handling er i stand til at tilpasse en lokal regel eller procedure til den konkrete situation, men samtidig ud fra en usædvanlig situation er i stand til at improvisere og opfinde nye regler, som situationen håndteres efter (Schön (2013)[1987] s. 22).

Efterfølgende er det muligt at foretage refleksion over den udførte handling, hvilket Schön kalder *refleksion-over-refleksion i handling*, hvorved der sker en genoprettelse af viden-i-handling. Denne refleksionsform har ikke betydning for den aktuelle handling, men begge refleksionsformer har betydning for fremtidige handlinger.

Uddannelse af studerende:

Når studerende skal tilegne sig en profession, opnås det ifølge Schön bedst ved, at den studerende opnår erfaringer med at udøve det. Ved at deltage i en vejleders praksisudøvelse får den studerende udviklet en fagspecifik viden-i-handling, og socialiseres ind i fællesskabets etablerede konventioner, rutiner, værdisystemer og traditioner. Igennem vejlederens demonstrationer, anvisninger, spørgsmål og kritik tilegner den studerende sig først kendskab til standardregler og fremgangsmåder (Schön (2013)[1987] s. 38).

For at den studerende herefter kan opnå evne til at omsætte den generelle viden til komplekse praksissituationer, må denne ifølge Schön støttes i at kombinere teoretisk viden med vejledning indenfor kunsten refleksion-i-handling. På den måde kan den studerende få udviklet sin i starten begrænsede viden-i-handling.

Ud fra dén opfattelse at den eksisterende professionelle viden ikke omfatter ethvert tilfælde, og at ethvert tilfælde samtidigt ikke har ét rigtigt svar, medfører det hos de studerende behov for at udvikle evnen til at definere problemer, og en villighed til at afprøve nye metoder. Dette kan ifølge Schön opnås ved i komplekse praksissituationer at nedtone fokus på regler og i stedet lægge vægt på en reflekterende dialog om situationen.

På dén måde kan man understøtte en udvikling hos den studerende, som med stigende erfaring efter uddannelsen kan udvikle den kunstneriske kunnen i praksisudøvelsen, at se ud over sædvanlige standarder, improvisere og opfinde nye regler, som bedre kan løse komplekse situationer (Ibid. s. 37-38).

Kapitel 1

Hvad kendetegner det jordemoderfaglige skøn?

I afsnittet *Det professionelle skøn og professionelles råderum* vil jeg først studere, hvad der kendetegner det professionelle skøn i menneskeprofessioner generelt. Hvorfor dette krav om en "skøns-mæssig" vurdering, og på hvilke betingelser foretages disse skøn?

Det derved opståede indtryk af det professionelle skøn suppleres i det følgende afsnit *En sanselig dimension af det professionelle skøn*.

I afsnittet *Dømmekraften i det professionelle skøn* udforsker jeg, hvad der under skønsudøvelsen påvirker den professionelle dømmekraft.

På baggrund af disse generelle beskrivelser af det professionelle skøn fører afsnittet *Det jordemoderfaglige skøn*, hvori jordemoderprofessionens tildelte samfundsmæssige opgave med de gravide og fødende beskrives, til en samlet konklusion på, hvad der kendetegner det jordemoderfaglige skøn.

Det professionelle skøn og professionelles råderum.

Forskere, der især har været optaget af det professionelle skøn, er professor Harald Grimen og førsteamanuensis Anders Molander, begge ansat ved Senter for profesjonsstudier i Oslo.

Jeg tager udgangspunkt i deres artikel *Profesjon og skjønn* fra bogen *Profesjonsstudier* (2010), som de anser som et første skridt til at få beskrevet det mangetydige og komplekse begreb "skøn", idet de mener, at det begreb ofte står tilbage, som en "uanalysert restkategori" (Grimen & Molander, i: Molander & Terum (2010) s. 179).

Professionsarbejde er oftest baseret på generel fagkundskab, nedfældet i faglige retningslinjer, der anviser generelle handlingsforskrifter, som sjældent giver entydige konklusioner på, hvad der bør gøres i konkrete enkelt tilfælde. For at nå til den konklusion, må den professionelle derfor anlægge et fagligt skøn (Ibid. s. 179).

"Skøn" definerer de to forfattere, som "en praktisk ræsonnerings form: "... hvor formålet er konklusioner om hva som bør gøres i konkrete enkelttilfeller, men hvor *holdepunkterne er svake*" (Ibid. s. 179).

Skønnet beskrives på linje med det praktiske ræsonnement, hvor der ud fra en specifik situation (præmis) på baggrund af en gældende handlingsnorm (garantist) fældes en dom over, hvad der skal gøres. Handlingsnormen retfærdiggør skridtet fra situationen til den begrundede konklusion om

handling. I det faglige skøn er det beskrivelsen af en situation, der sammen med en fungerende handlingsnorm giver os begrundelserne for de handlinger, der iværksættes (Ibid. s. 182-183).

Men det professionelle skøn indebærer ifølge forfatterne svage garantister, idet handlingsnormen kun nævner forhold, der må tages i betragtning ved overgangen fra situation til konklusion. Det kan være helt åbent, såvel hvordan forholdene skal tages i betragtning, som hvordan de skal fortolkes. Det faglige skøn udøves på denne måde under betingelser af u-bestemthed, som netop gør skønnet nødvendigt for at nå frem til begrundede konklusioner om, hvad der bør gøres (Ibid. s. 184).

I konkrete situationer er det den professionelle opgave at identificere en problemstilling og ud fra den faglige viden at belyse og fortolke den fra forskellige synsvinkler, for derefter at ræsonnere sig frem til den mest formålstjenlige handling til at løse den specifikke situation.

I det ræsonnement kan der ifølge Grimen og Molander identificeres følgende svage holdepunkter:

- **Situationen:** Beskrivelsen må henvise til relevante træk ved situationen, hvilket ifølge forfatterne kan være kompliceret og kræve både hverdags- og videnskabelig kundskab (Ibid. s. 183).
- **Normer:** Der kan være forskellige og modstridende handlingsnormer i spil, hvilket komplicerer valget af hvilken norm, der skal begrunde skridtet til en handling (Ibid. s. 190).
- **Handling:** En valgt handling kan medføre flere virkninger, hvilket gør det vanskeligt samlet at vurdere, hvorvidt handlingen kan anses som formålstjenlig eller ej (Ibid. s. 180).

Forfatterne oplister forskellige typer handlingsnormer, som kan være i spil. Jeg nævner her kort nogle relevante normer i forhold til det jordemoderfaglige skøn.

- **Pligtenormer:** Fortæller, hvad vi har pligt til, f.eks. at behandle medmennesker med respekt.
- **Instrumentelle normer:** F.eks. faglige retningslinjer, der ud fra en mål-middel rationalitet, anviser det middel, der skal anvendes for at opnå en ønsket effekt.
- **Teleologiske normer:** Pålægger os at efterstræbe bestemte mål og finde egnede midler, f.eks. jordemoderprofessionens bestræbelse på at bevare fødsler normale.
- **Etiske normer:** F.eks. at arbejde til klienternes bedste. (Ibid. s. 183)

Konteksten

Grimen og Molander fremhæver, at det professionelle skøn er under påvirkning af praksiskonteksten, hvilket overordnet foregår på følgende to måder:

Råderummet:

Den professionelle råderum til selvstændigt at udøve faglige skøn er begrænset og indhegnet af restriktioner og generelle standarder udstukket af den myndighed, der har uddelegeret skønsmyndigheden.

I råderummet kan den professionelle autonomt vælge og skønne imellem tilladte handlingsalternativer på baggrund af en antagelse om, at den professionelle kan forvalte det tildelte råderum og være i stand

til at udvise dømmekraft og tage beslutninger, som kan begrundes med alment gyldige grunde (Ibid. s. 181).

Normative forventninger:

Det professionelle skøn er dertil bundet til forskellige generelle normative forventninger og krav fra konteksten. For professioner praktiserende i en hospitalsorganisation, vurderer jeg, at følgende normative forventninger, der står i et modsætningsforhold og kan komme i konflikt, er på spil:

I omsorgsprofessioner er der en normativ forventning om, at den professionelle ud fra en forståelse for det enkelte individs specifikke situation, herunder individuelle ønsker og behov, skal skønne over hvilken handling, som tjener individet bedst. Herved opnås en konklusion, som ikke fortæller noget om, hvorledes et andet individs situation skal løses (Ibid. s. 190).

I samfundet er der en generel hensigt om, at borgere skal behandles lige, hvilket i hospitalskonteksten medfører et reproducerbarhedsprincip, som omhandler, dels at to læger på samme patient skal kunne stille den samme diagnose, og at to patienter med den samme diagnose, derefter skal behandles ens (Ibid. s. 189).

Det professionelle skøns svage garantister medfører imidlertid, at to professionelle med selv de bedste hensigter og med et omhyggeligt ræsonnement kan nå frem til forskellige konklusioner på, hvad der skal gøres.

Dét moment af vilkårlighed står i et indre spændingsforhold til den normative forventning om, at skønnets konklusion skal være reproducerbar (Ibid. s. 189).

Ifølge Grimen og Molander er det velkendt, at der kan opstå konflikt imellem de to normative principper, når knappe ressourcer må fordeles blandt mange (Ibid. s. 190).

Skønsudøvelse på baggrund af faglige retningslinjer:

I hospitalsvæsenet tilstræbes behandlingen standardiseret på baggrund af generelle faglige retningslinjer. Disse er efter principper fra den medicinske verden ideelt set bundet sammen som instrumentelle normer, hvor der ud fra en diagnose (situationsbeskrivelse) kan anvises en behandling for at nå et fastlagt mål. Imidlertid afhænger normens styrke som garantist af, hvor godt bekræftet forbindelsen mellem mål og midler, antages at være (Ibid. s. 186).

Problemet er, at forbindelsen må dokumenteres statistisk og ofte:

...foreligger som aggregerte data, hvor man selvsagt også kan gjøre velbegrunnede antakelser om kausalitet. Men fra aggregerte data kan man ikke trekke entydige konklusjoner til individnivå (Ibid. s. 187).

Jeg udleder heraf at trods hensigten om ligebehandling, så peger den beskrevne usikkerhed omkring, hvor veldokumenteret forbindelsen er imellem den instrumentelle norm og den handling, som anvises, på, at der i konkrete praksissituationer dels må skønnes over den evidens, som ligger bag den enkelte retningslinje, og samtidigt skønnes, hvor velegnet retningslinjer er til anvendelse i den specifikke situation.

Trods det faglige skøns omstændigheder med svage holdepunkter og vilkårlighed i konklusionen, må der således skønnes over, hvorledes den faglige retningslinje kan medvirke til at løse en konkret situation.

En sanselig dimension af det professionelle skøn

Jeg inddrager den indflydelsesrige norske sygeplejeforsker Kari Martinsen, for i forhold til Grimen og Molanders fremstilling af det professionelle skøn at tilføje en sanselig dimension, som forekommer relevant i det jordemoderfaglige skøn. Martinsen argumenterer således for, at den professionelle ved brug af kropslige sanser kan opnå et indtryk af patientens situation, hvilket er velkendt i fødselsarbejdet, hvor jordemødre i vid udstrækning anvender syns-, høre- og følesansen for at få indtryk af fødselens progression. Som fødslen udvikler sig nedtones den sproglige kommunikation og kommunikationen bliver mere kropslig og nonverbal.

I det følgende tager jeg udgangspunkt i Kari Martinsens to bøger *Fra Marx til Løgstrup* (1993) samt *Samtalen, skjønnnet og evidensen* (2005). Derudover supplerer jeg med bogen *Omsorgstænkning* redigeret af Herdis Alsvåg og Eva Gjengedal (2000), hvor en række personer har udlagt Martinsens tekster.

Det skrevne i afsnittet er et koncentrat af det i denne sammenhæng relevante fra Martinsens to bøger, hvorfor der er kildehenvisninger, der skal ses som ét blandt flere steder, hvor Martinsen har beskrevet det omtalte tema.

Kari Martinsen er oprindeligt uddannet sygeplejerske men har senere opnået en doktorgrad i filosofi, hvilket har ført til filosofiske betragtninger over omsorg baseret på et kollektivistisk og helhedssyn på mennesket (Alsvåg & Gjengedal (2000) s.21).

Hun er stærkt inspireret af og har på områder baseret sin omsorgsfilosofi på den danske teolog og filosof Knud Eiler Løgstrups tanker. Jeg fremhæver her to forhold, som har afgørende betydning for hendes omsorgsfilosofi:

Løgstrup mener, at omsorg er en fundamental forudsætning for det menneskelige liv. I og med at mennesker er afhængige af hinanden, medfører det en etisk forpligtelse til at modtage det andet menneske umiddelbart uden forbehold og bagtanker og uden at forvente at få noget igen.

I relationer fordrer det et radikalt skift fra et fokus på mig selv til et fokus på at tage imod og drage omsorg for den anden (Martinsen (1993) s. 62-63). Et forhold der står i et modsætningsforhold til samtidens vestlige kultur med fokus på individet og dyrkelse af dets muligheder.

Centralt hos Løgstrup er hans opfattelse af, at mennesker igennem den sansende krop er afstandsøst indfældet i naturen og i fællesskabet med andre. Igennem kropsbundne sanser gør mennesker indtryk på hinanden, indtryk der efter reflektorisk bearbejdning kan anvendes til at forstå, og som er afgørende for vores erfaringer og handlinger i forhold til den anden (Ibid. s. 113).

Disse opfattelser fører hos Martinsen til et syn på sygepleje, hvor opmærksomheden rettes imod patienten og hvor relationen imellem den professionelle og patienten bliver afgørende for omsorgen.

Omsorgen

I omsorgen tilstræbes en ligeværdig relation, men i kraft af fagkundskab befinder den professionelle sig i en magtposition i forhold til patienten, som er sårbar, fordi denne er afhængig af den professionelle viden. Den asymmetriske relation medfører, i forhold til den etiske fordring om at drage omsorg for patienten, at Martinsen anser den professionelle for at være etisk og moralsk forpligtiget til at udvise interesse for patientens situation (Martinsen (2005) s. 146).

Den professionelle må gå åbent og følelsesmæssigt engageret ind i relationen til patienten, og kan anvende kropslige udtryksformer, som tonefaldet, blikket og berøring til at forvisse patienten om sin reelle interesse i at drage omsorg for denne. Herved kan patienten opnå tillid til, at den professionelle er optaget af at varetage patientens tarv (Ibid. s. 145).

På den måde kan den professionelle understøtte, at patienten tør åbne op og give den professionelle indsigt i sin situation. For at danne sig et indtryk kan den professionelle ud over dialog med fordel anvende kropslige sanser, fordi det åbner op for det filter, som vores kultur har lagt over mere fundamentale forhold af f.eks. følelsesmæssig karakter, og derfor giver mulighed for et fordybet indtryk af patientens situation (Martinsen (1993) s. 113-114).

Det faglige skøn

I en evidensbaseret praksisudøvelse, hvor den professionelle ud fra generelle faglige retningslinjer skal tage stilling til konkrete enkelttilfælde, vil det i nogle tilfælde være den professionelle, der i kraft af sin faglige viden tager den endelige afgørelse om, hvad der skal gøres. I den asymmetriske relation forstærker en sådan svagt paternalistisk rolle kravet om, at det alene foregår ud fra et engagement og en sensitivitet overfor det at ville gavne den enkelte patient mest muligt (Martinsen (2005) s. 147).

Heraf følger det centrale i Martinsens forståelse af det professionelle skøn: at det må praktiseres som en integration imellem såvel den generelle viden om de faglige standarder som en situationsspecifik viden om patientens situation.

Den situationsspecifikke viden opnås som sagt ved, at den professionelle stiller sig åben og anvender såvel dialog som kropslige sanser for at samle indtryk af patienten, dennes situation, perspektiv og værdier.

Indtrykkene bearbejdes reflektorisk, struktureres ved hjælp af faglig viden og fører hos den professionelle til en forståelse af patientens situation. Den opnåede forståelse forhandles, hvilket indebærer, at den professionelle og klienten flytter sig forståelsesmæssigt imod hinanden.

Den professionelle anvender det fælles forhandlede indtryk af situationen til på basis af sin faglige viden og den faglige retningslinje at udpege handlingsalternativer, som efter vurdering sammen med klienten fører til valg af det handlingsalternativ, som fagligt og etisk anses for at være den bedste løsning i forhold til klientens situation.

Evidensbaseret praksisudøvelse

Den beskrevne omsorg og skønsudøvelse ser Martinsen imidlertid udfordret i den etablerede evidensbaserede praksisudøvelse. Dels er det i tidens kultur af effektivitet og kvalitetskontrolsystemer vanskeligt at få tilpas med tid, ro og nærvær til at indsamle situationsspecifik viden, dels er faglige retningslinjer udformet som instrumentelle normer, hvor der ud fra et fastlagt mål anvises et middel. Den indlejrede formålsrationelle fornuft resulterer i, at den professionelle bliver optaget af at få klassificeret den konkrete situation i forhold til retningslinjens variabler. I omsorgen kan fokus på den måde rettes imod problemløsning (Ibid. s. 40).

Det medfører en risiko for at bestræbelsen på at opnå et *indtryk* af den enkelte patient og det mangetydige og ubestemte i dennes situation reduceres. Underbetoning af situationsspecifik viden kan resultere i dårligere muligheder for, at den professionelle i det konkrete tilfælde kvalificeret kan skønne over, hvad der fagligt og etisk er rigtigt at gøre (Ibid. s. 49).

I modsætning til den omsorg som Martinsen anbefaler, kan en sådan praksisudøvelse resultere i, at den professionelle med sine kropslige sanser lægger afstand til patienten, og at det kliniske blik bliver "... distanceret - klassificerende og dissekerende" (Ibid. s. 46).

Martinsen mener, at den evidensbaserede viden har sin fulde berettigelse, men at den generelle viden i det professionelle skøn må integreres med den situationsspecifikke viden.

Hvis den professionelle uden indsigt i, hvad der tæller for patienten, alene ud fra sin faglige viden skønner over, hvad der tjener patienten bedst, da fører det til magtmisbrug. (Lomborg, i: Alsvåg og Gjengedal (2000) s.77).

Et vægtigt argument for anlæggelse af et professionelt skøn begrundes således i, at eftersom det integrerer evidensbaseret videnskabelig viden med en situationsspecifik forståelse for patientens situation, fungerer det for patienten som en sikring imod en paternalistisk magtudøvelse fra fagpersonens side.

Dømmekraften i det professionelle skøn

Når professionelles faglige skøn som nævnt kan falde forskelligt ud rejser det spørgsmålet, hvad der under skønsudøvelsen påvirker den professionelles dømmekraft?

For at belyse dette tager jeg afsæt i kapitlet *Professionsetik som dømmekraft* i bogen *Professionsetik*, hvor Svein Aage Christoffersen, professor ved det teologiske fakultet i Oslo, præsenterer faktorer, som påvirker dømmekraften.

Christoffersen retter fokus mod den etiske dimension ved skønsprocessen. Han fremhæver tilsvarende Martinsen og med udgangspunkt i Løgstrup, at når den professionelle i kraft af sin fagkompetence skal

skønne på klientens vegne, da er denne forpligtiget til at udvise interesse for, og rette sit fokus imod, hvad der tjener klienten bedst (Ibid. s. 86).

Med baggrund i den opfattelse, at: "der er meget vi fagligt set kan gøre, men ikke bør gøre" (Ibid. s. 69), argumenterer han for, at det professionelle skøn omhandler såvel en faglig som en etisk dimension. En integreret del af skønsprocessen er at udskille og vurdere de etiske komponenter, således at den faglige konklusion på, hvad der kan gøres, bliver udsat for en vurdering af, om dette samtidigt kan anses som det etisk rigtige at gøre. Det er således i mødet ansigt til ansigt imellem den professionelle og klienten, at den egentlige professionsetik udspiller sig (Ibid. s. 69-70).

I praksis er skønsudøvelsen kendetegnet ved, at den professionelle i konkrete situationer og ofte på egen hånd skal træffe hurtige beslutninger om, hvad der skal gøres. Dette handlingspres resulterer i, at der sjældent levnes tid og rum til at identificere etiske komponenter og til fordybende etiske overvejelser over, hvad der er det rette at gøre (Ibid. s. 66).

Disse omstændigheder gør, at Christoffersen finder behov for at professionelle støttes i udvikling af etisk dømmekraft. Han argumenterer for, at der blandt kollegaer må afsættes tid og rum til kollektive etiske drøftelser over udført praksis for at opnå en fælles forhandlet forståelse af, hvorledes klienter skal mødes og behandles. På den måde kan man understøtte en "professionsetisk kvalitetssikring" af udført praksis (Ibid. s. 66).

Gennem de kollektive refleksioner vil der opnås erfaring med at udskille etiske komponenter, som understøtter, at de professionelle udvikler etisk dømmekraft i forhold til, i fremtidige professionelle skøn, at kunne identificere etiske dimensioner og vurdere, hvorvidt en fagligt set relevant handling også kan skønnes at være etisk forsvarlig (Ibid. s. 69-70). Christoffersen mener i øvrigt, at den enkelte ikke kan stå alene med dette refleksionsarbejde.

Dømmekraften

Christoffersen fremhæver, at det at foretage faglige skøn indebærer brug af dømmekraft, og om den skriver han:

Dømmekraften er en form for klogskab, der involverer og forener en række forskellige evner og egenskaber (Ibid. s. 75).

Det er en intellektuel proces, som involverer følelser, den udspringer af teoretisk viden som fagkundskab, etik, menneske- og livssyn, og er dertil forankret i erfaring med såvel professionel praksisudøvelse som med almindelig omgang med andre mennesker (Ibid. s. 75-76).

Dømmekraften opstår og udvikles som: "en vurderingsevne i vekselvirkning imellem teori og praksis" (Ibid. s. 77). Vekselvirkningen foregår som beskrevet i den hermeneutiske cirkel, hvor forståelse forudsættes at opstå som en fortløbende vekselvirkning imellem forståelse af delene, set i lyset af helheden, og helheden set i lyset af delene (Ibid. s. 76).

Den teoretiske viden kan belyse den konkrete situation, og den konkrete situation kan omvendt påvirke den teoretiske forståelse.

Imidlertid vil der være dele af den teoretiske viden, som ikke lader sig påvirke af enkeltstående praksissituationer. Et eksempel herpå er den professionelle livs- og menneskesyn, som dermed sætter et aftryk på dennes etiske helhedsforståelse (Ibid. s. 77).

Christoffersen har indkredset seks elementer, som han vurderer, indgår i vekselvirkningen imellem teori og praksis, og som på et integreret niveau udgør dømmekraften:

Faglig viden inklusiv etik

Den faglige viden udgør fundamentet for, at den professionelle reelt kan skønne over klientens situation, fordi det kræver faglig indsigt at kunne skønne om, hvorvidt det er forsvarligt at afvige fra en procedure, hvis det etisk set er det rigtige at gøre.

I komplekse praksissituationer er faglig indsigt basis for, at den professionelle, i forhold til den faglige retningslinjes entydige handlingsanvisning, er i stand til at udpege alternative handlinger, som bedre rummer og favner forskellige, væsentlige problemstillinger i den konkrete situation.

Kendskab til etiske teorier og modeller medvirker til, at den professionelle har et analyseberedskab til i konkrete situationer at vurdere etiske aspekter, hvilket fungerer som grundlag for udvikling af etisk dømmekraft.

Samlet set udvikler dette et overordnet perspektiv på praksis, der kan fungere som udgangspunkt for kritisk analyse og vurdering af, hvorvidt udført praksis kan betragtes som etisk forsvarlig. (Ibid. s. 79).

Konventioner og rutiner

Rutiner og konventioner fungerer som kollektivt forhandlede forståelser af, hvordan teori i denne kontekst omsættes til praksis, hvilket hjælper nyankomne, idet disse kan koncentrere sig om, at tilegne sig dem.

Christoffersen skriver:

Vi er i stand til at træffe indsigtfulde afgørelser på en brøkdel af et sekund, fordi vi har tilegnet os indsigtfulde rutiner (Ibid. s. 80).

Ud fra en forventning om at konventionerne og rutinerne er kollektivt forhandlede og fundet såvel fagligt som etiske forsvarlige, kan der således foretages hurtige indsigtfulde afgørelser.

Imidlertid handler konventioner ”om at gøre det, som andre vil og forventer”. En praksis, der hviler på en konventionel moral, kan opfattes som en mere overfladisk og upersonlig praksis, hvor den professionelle risikerer blot at gøre det, der er alment accepteret, uden at forholde sig til, hvad der i konkrete situationer er rigtigt at gøre (Ibid. 80).

Praksis og arbejdserfaring.

I takt med at den professionelle opnår erfaring med at håndtere konkrete situationer udvides handlingsrepertoiret, og vedkommende vil i forhold til konventioner og rutiner i stigende omfang foretage egne vurderinger som grundlag for beslutning om handlinger (Ibid. s. 80).

For at opnå erfaring er det imidlertid nødvendigt, at oplevede hændelser bliver bearbejdet gennem refleksion, for at oplevelserne kan fordybe sig og blive til erfaringer, der kan anvendes som ressourcer til at bedømme fremtidige situationer.

Dette forhold gælder også oplevelser af etisk karakter, der kollektivt må reflekteres og bearbejdes for at blive til erfaringer, der rusten den enkelte i forhold til fremadrettet at udvikle etisk dømmekraft (Ibid. s. 82).

Christoffersen finder tilsvarende, at studerende må tilbydes hjælp til at få bearbejdet både faglige og etiske hændelser, for at de gennem refleksion kan tilegne sig og forstå hændelserne, som på den måde kan blive til erfaringer (Ibid. s. 81).

Personlig erfaring og karakter

Såvel private som arbejdsrelaterede erfaringer påvirker dømmekraften og optræder som en integreret enhed i den faglige identitet. Det betyder, at private erfaringer sætter sig igennem også i det professionelle arbejde, hvilket ifølge Christoffersen er en realitet, som må tildeles opmærksomhed og refleksion (Ibid. s. 82).

Dette gælder også for de studerende, som påbegynder uddannelsen med forskellige baggrunde og forudsætninger. Det, at de studerende allerede har en etisk og moralsk dømmekraft, ser Christoffersen som en forudsætning for, at de kan udvikle og lære et professionsetisk skøn (Ibid. s. 83).

Forbilleder og eksempler

Vi lærer bl.a. igennem imitation, hvilket bevirker, at fremtrædende personer kan fremstå som rollemodeller ved at vise kollegaer, hvad der skal gøres og hvordan.

Christoffersen fremhæver, at når det gælder det at lære om etik og moral, har vi en tendens til at glemme det gamle ordsprog:

Hvad der tæller, er ikke det, vi siger, men det vi gør (Ibid. s. 83).

En forklaring herpå kan være, at den etiske opgave fremstiles som et selvstændigt projekt, hvor det vigtigste er at foretage selvstændige "autentiske valg", frem for at komme til at efterligne andre. En anden forklaring kan være, at det kan opleves som en tung opgave at skulle agere forbillede, hvilket i forhold til studerende kan føre til en uhensigtsmæssig forsigtighed (Ibid. s. 84).

Vi kan desuden lære af særligt vigtige erfaringer, som kan fortættes og blive retningsgivende for, hvordan vi generelt forsøger at håndtere lignende situationer i fremtiden. Det gør sig især gældende, når der foregår etiske refleksioner (Ibid. s. 84).

Livssyn og menneskesyn

Forskellige livs- og menneskesyn, som til dels men ikke kun har rod i forskellige trosretninger, påvirker, men siger i sig selv ikke noget om kvaliteten af den professionelle dømmekraft, fordi mange andre elementer, som beskrevet indgår heri.

Af særlig betydning for dømmekraften er synet på menneskeværd og ligeværd, som ikke nødvendigvis er vidt forskellig trods eventuelle store religiøse forskelle.

Livssynet kan hos nogle omhandle bevidste grundlæggende holdninger og overbevisninger, som kun vanskeligt lader sig artikulere, mens andre har et ubevidst og uartikuleret forhold hertil; men til trods herfor influerer det på praksisudøvelsen (Ibid. s. 84).

Faktorerne i tre planer

De seks faktorer, som er skitseret, samler Christoffersen i tre planer, der overordnet kan ses, som de komponenter dømmekraften opstår ud fra. De tre planer er:

Et praksisplan der udgøres af såvel private som arbejdsrelaterede erfaringer, samt den professionelle personlighed og karakter.

Et teoretisk plan, hvor vi finder vores viden, meninger og overbevisninger, samt menneske- og livssyn.

Og et interaktivt plan imellem disse. Dette plan består af konventioner og rutiner, såvel private som arbejdsrelaterede. Her figurerer såvel de gode rollemodeller som de gode eksempler. Det er ligeledes på dette plan, at de paradigmer, som vi arbejder efter, viser sig (Ibid. s. 85).

Christoffersen fremhæver, at de her opstillede faktorer sandsynligvis ikke er udtømmende i forhold til, hvad dømmekraften påvirkes af, eftersom dømmekraften er et yderst sammensat og avanceret fænomen (Ibid. s. 85).

Det jordemoderfaglige skøn

Jeg undersøger, hvad det jordemoderfaglige skøn omfatter, ved, med udgangspunkt i *Cirkulære om jordemodervirksomhed og Anbefalinger til svangreomsorgen*, kort at beskrive den samfundsmæssige opgave, som jordemoderprofessionen er blevet tildelt. Med udgangspunkt i de professionsetiske retningslinjer suppleres dette ved at beskrive hvilke normative forventninger det jordemoderfaglige skøn er underlagt, hvilket samlet fører til en fremstilling af karakteristika ved det jordemoderfaglige skøn.

Ifølge cirkulære om jordemodervirksomhed kan jordemødre selvstændigt varetage omsorgen for ukomplicerede gravide og fødende kvinder, og dertil skal jordemødre, når de diagnosticerer sygelige tilstande eller komplikationer, henvise til eller tilkalde læge og bistå denne i det videre forløb. (Cirkulære om jordemodervirksomhed § 1 + § 7 + § 8).

Jordemødre varetager med andre ord selvstændigt arbejdet med normale gravide og fødende kvinder. De har dertil en vigtig opgave i forhold til at kunne diagnosticere komplikationer, for at kunne henvise til og samarbejde med læger om det videre forløb.

Af *Anbefalinger til svangreomsorgen* fremgår det, at graviditet, fødsel og barsel betragtes som naturlige livsprocesser. På den baggrund forudsættes hensigten med jordemødres og lægers arbejde med de gravide, fødende og barslende kvinder at omfatte:

... sundhedsfremme, forebyggelse og behandling og at der ydes en differentieret indsats med udgangspunkt i den enkelte gravides ønsker og behov.
(*Anbefalinger til Svangreomsorgen* (2009) s. 3)

Jordemoderprofessionens opgave er således at styrke og støtte den gravide og hendes partner ved at arbejde sundhedsfremmende, forebyggende og behandlende, således at graviditeten og fødslen, anset som normale processer i et livsforløb, kan forløbe så godt som muligt (Ibid. s 19).

Anbefalingerne tildeler desuden jordemødre en vigtig opgave i forhold til at medinddrage og respektere kvindernes integritet, idet de er udformet ud fra et princip om, at der i omsorgen og behandlingen skal tages hensyn til den enkelte gravide kvindes individuelle ønsker og behov (Ibid. s. 17).

Samlet er jordemødres fundamentale opgave, ud fra en individorienteret omsorg og behandling, at understøtte den normale udvikling gennem graviditets- og fødselsforløbet.

At jordemoderprofessionen støtter op om og har indoptaget *Sundhedsstyrelsens* perspektiv på professionens opgaver ses af følgende citater fra professionens etiske retningslinjer:

Jordemoderen støtter kvinden i, at fødslen forløber så ukompliceret som muligt, da den spontant forløbende fødsel antages at rumme kvaliteter som fysisk sikkerhed, menneskelig styrke og personlig vækst.
(Etiske retningslinjer for jordemødre (2010) punkt 4).

Jordemoderen støtter kvinden til at erkende, formulere og forfølge sine mål.
Jordemoderen udviser imødekommenhed og åbenhed som forudsætning for, at kvinden har tillid til at fremkomme med sine mål (Ibid. punkt 1).

På dette grundlag mener jeg at kunne uddrage følgende centrale karakteristika ved det jordemoderfaglige skøn:

- Jordemødre skal fagligt kunne vurdere og skelne imellem ukomplicerede og komplicerede forhold.
- Jordemødre er underlagt en overordnet bestræbelse på at understøtte at graviditets- og fødselsforløb kan forløbe så ukompliceret som muligt.

Dertil er jordemødre underlagt normative forventninger fra såvel samfundet som fra professionen om, at de i det jordemoderfaglige skøn:

- Medinddrager kvinden i omsorgen og behandlingen.
- Støtter kvinden i at erkende og forfølge sine mål.
- Udøver en differentieret omsorg og behandling, der tager udgangspunkt i kvindens ønsker og behov.

I en praksisudøvelse på basis af generelle faglige standarder må jordemoderen på dén baggrund dels inddrage situationspecifik viden for at kunne skønne over, hvad der tjener kvinden bedst, og samtidigt skønne over hvilke handlinger, som bedst understøtter, at fødslen bevares så ukompliceret som muligt.

Sammenfatning

Jordemødre er af samfundet ansat til at varetage omsorgen for gravide og fødende kvinder, og ved en sundhedsfremmende og forebyggende indsats at understøtte den normale udvikling gennem graviditets- og fødselsforløb. Hensigten er, at jordemødre med udgangspunkt i kvinders ønsker og behov yder en differentieret og individuel behandling.

I en standardiseret praksisudøvelse indebærer det, ifølge Grimen og Molander, at jordemoderen ud fra en situationsbeskrivelse og en gældende handlingsnorm vælger den handling, som tjener kvinden bedst. Det jordemoderfaglige skøn indebærer samtidigt en vurdering af hvilke tiltag, som kan understøtte den overordnede bestræbelse på at bevare forløbet så ukompliceret som muligt.

For at skønne om, hvad der tjener kvinden bedst, må jordemoderen opnå et indtryk af kvindens situation, perspektiver og værdier, hvilket, som Martinsen argumenter for, med fordel kan opnås ved, at jordemoderen anvender egne kropslige sanser for at indgyde kvinden tillid til, at hun er optaget af at varetage dennes tarv. Det øger muligheden for, at kvinden føler sig tryk og åbner op for mere fundamentale forhold i sit liv, hvorved jordemoderen kan opnå et fordybet indtryk af kvindens situation.

Imidlertid indeholder det jordemoderfaglige skøn flere usikre holdepunkter. Selve situationsbeskrivelsen kræver en individuel tolkning, men dertil kan der være flere og modstridende handlingsnormer i spil, ligesom fødselsarbejdets uforudsigelige karakter, hvor et forløb pludseligt kan udvikle sig i en uforudset retning, kan gøre det vanskeligt at vurdere, hvorvidt en valgt handling fremadrettet kan anses for at være formålstjenlig.

I det jordemoderfaglige skøn kan jeg lokalisere følgende forhold omkring forskellige handlingsnormer, der kan forårsage, at skønnet hos jordemødre kan falde forskelligt ud:

Professionens samfundsmæssigt tildelte opgave om at yde en individuelt tilpasset omsorg og behandling, står, som Grimen og Molander fremhæver, i et modsætningsforhold til hospitalsorganisationens standardiserede behandling ud fra faglige retningslinjer, hvor handlinger

anvises ud fra fastlagte mål. Dertil kan hensigten om, at jordemødre arbejder for at bevare graviditets- og fødselsforløb så ukomplicerede som muligt, stå i et modsætningsforhold til faglige retningslinjers bestræbelse på at forebygge en potentiel risiko ved at anvende forebyggende indgreb. Et forhold, som uddybes i kapitel 2.

Samlet indebærer det jordemoderfaglige skøn, anset som et logisk ræsonnement, således en del usikre holdepunkter og modstridende handlingsnormer, der kan resultere i et noget varierende skøn over, hvad der er det rette at gøre. På dén baggrund er det relevant at rette fokus imod, hvad der under skønsudøvelsen påvirker jordemødres dømmekraft.

I relation til anvendelse senere i projektet vil jeg her rette fokus imod nogle af de faktorer, som ifl. Christoffersen har indflydelse på dømmekraften, nemlig personlige forudsætninger og kontekstens indflydelse.

Eftersom dén dømmekraft, som anvendes i privatlivet, er den samme som anvendes i professionel sammenhæng, vil dels forskellige personlige erfaringer i omgang med mennesker samt mulige forskellige menneske- og livssyn have indflydelse på jordemødres dømmekraft og foranledige, at faglige skøn kan falde forskelligt ud.

Det fungerende paradigme for fødselshåndtering øver indflydelse på dømmekraften: et forhold som jeg studerer i de følgende kapitler. Dertil påvirker konventioner og rutiner dømmekraften, fordi de anset som kollektivt forhandlede forståelser af, hvorledes teori i denne kontekst kan omsættes til praksis, kan anvendes til at træffe hurtige indsigtfulde beslutninger.

Christoffersen antager, at konventioner og rutiner er kollektivt drøftede og vurderede og på den baggrund fundet såvel fagligt som etisk forsvarlige. Dette er imidlertid ikke altid tilfældet, f.eks. ikke i min nuværende organisation, der som følge af besparelser er opstået som en fusion af to fødeafdelinger. Fusionen blev gennemført udgiftsneutralt, og der skulle samtidigt "produceres" mere for færre penge, hvilket har resulteret i så knappe økonomiske ressourcer, at der i de forløbne 3 år er afholdt ganske få møder for fødegangsjordemødre. Det har ikke givet rum for kollegiale etiske drøftelser og kun begrænset rum for kollektive faglige drøftelser, hvilket har betydning på to måder. For det første kan konventioner og rutiner i min organisation ikke anses som kollektivt drøftede, hvorved jordemødre, der praktiserer efter konventioner og rutiner, ikke kan være forvisset om, at de dermed udfører en etisk forsvarlig praksis. For det andet får den enkelte jordemoder, som Christoffersen argumenterer for vigtigheden af, ikke støtte til at få udviklet sin etiske dømmekraft, hvorved hun er på egen hånd, når der skal skønnes over, hvorvidt den rette faglige handling samtidigt kan anses som den etisk forsvarlige.

Jeg ved ikke, om dén situation adskiller sig fra andre fødeafdelinger, men det er alment kendt, at hospitalsvæsenet generelt og dermed også fødeafdelinger er underlagt effektiviseringsbestræbelser, hvilket kan få betydning for hvilke økonomiske ressourcer, der er til rådighed for at sikre rum for kollegiale drøftelser.

At den enkelte jordemoder således ikke gennem kollektive drøftelser får støtte til at udvikle sin etiske dømmekraft vil, antager jeg, påvirke dennes mulighed for fra sag til sag at indfri den etiske fordring,

som Martinsen på linje med Christoffersen argumenterer for, nemlig at jordemoderen i den asymmetriske relation er forpligtet til at rette fokus imod, hvad der tjener kvindens situation bedst. Dette indebærer, at jordemoderen er etisk og moralsk forpligtet til med følelsesmæssigt engagement at danne sig et indtryk af, hvad der tæller for den gravide og fødende kvinde.

Jeg antager, at dette kan understøtte den risiko, som Martinsen påpeger i relation til en evidensbaseret sygeplejepraksis, nemlig at den professionelle i bestræbelsen på at få klassificeret en konkret situation i forhold til en faglig retningslinjes variable bliver fokuseret på at få løst problemer. Dette indebærer en risiko for, at den professionelle får reduceret sin situationsspecifikke viden i forhold til at kunne foretage en såvel faglig som etisk vurdering af, hvad der tjener patienten bedst. Skønner den professionelle på vegne af patienten uden at være sensitiv overfor patientens specifikke situation, fører det efter Martinsens opfattelse til dominans og magtmisbrug.

Det er nødvendigt at forholde sig kritisk til, hvorvidt denne risiko, som Martinsen har identificeret i en evidensbaseret sygepleje, samtidigt kan antages at være gældende også i en evidensbaseret jordemoderpraksis. I og med at jordemødre har et selvstændigt virkefelt, og at de i modsætning til sygeplejersker ofte drager omsorg for en enkelt eller få gravide eller fødende kvinder, er det min vurdering, at jordemødre har langt bedre mulighed for at udøve en individuelt tilpasset behandling.

Alligevel udøver jordemødre et omsorgsarbejde, der tilsvarende sygeplejersker for nuværende praktiseres på baggrund af faglige retningslinjer med en risiko for, at omsorgen og behandlingen i modsætning til professionernes bestræbelse på at udføre en individcentreret behandling kan blive mere standardiseret.

Dertil mener jeg, at fødselsarbejdets karakter, hvor den enkelte fødende kvinde ofte kan blive så afmægtig, at hun helt overlader jordemoderen styringen, placerer jordemoderen i en magtposition, hvor det for ikke at risikere at føre til dominans og magtmisbrug bliver yderst vigtigt, at jordemoderen er sensitiv overfor kvindens situation. Jordemoderen må anvende såvel dialog som kropslige sanser for at opnå indsigt i den fødende kvindes ønsker og behov for dermed bedre at kunne skønne over det rette at gøre i kvindens situation.

Kapitel 2

Hvilke værdier dominerer i jordemoderfaget?

Hvilke værdier, der dominerer jordemødres praksisudøvelse, har relation til, hvorledes faglige retningslinjer anvendes. Det er desuden associeret med anvendelse af faglige skøn, med forskellig kompleksitetsgrad i skønsudøvelsen. På den baggrund har det for de studerendes læringsmuligheder betydning, hvilke værdier og perspektiver, der praktiseres efter.

I afsnittet *Fødselsparadigmer* studeres ud fra især amerikansk forskning tre paradigmer med indflydelse på fødselshåndteringen i vestlige lande.

På baggrund af disse identificeres i afsnittet *Danske forhold* hvilke paradigmer, der er repræsenteret i den danske fødekultur, hvor såvel hospitalsorganisationen som lægeprofessionen og jordemoderprofessionen øver indflydelse på, hvorledes fødsler håndteres af danske jordemødre.

I afsnittet *Praksisudøvelse på baggrund af faglige retningslinjer* belyses, at dét at jordemødre praktiserer på basis af faglige retningslinjer baseret på lægevidenskabelig forskning, medfører et værdimæssigt dilemma.

Fødselsparadigmer

Som et bidrag til at indkredse hvilke værdier, der influerer på danske jordemødres fødselshåndtering, inddrager jeg Robbie Davis-Floyd, seniorforsker ved Institut for antropologi, University of Texas. Hun har igennem omfattende forskning indkredset tre paradigmer for fødselshåndtering, som hun præsenterer i artiklen: *Technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth* (Davis-Floyd (2001).

De tre paradigmer adskiller sig især i forhold til deres syn på relationen imellem den menneskelige krop og det menneskelige sind. Forskellene medfører stor variation i forhold til i hvilken grad den gravide og fødende kvinde involveres i behandlingen.

I *det teknokratiske paradigme*, hvor kroppen betragtes som en maskine adskilt fra sindet, anses der ikke at være behov for nogen nævneværdig involvering af kvinden og hendes partner i behandlingen (Davis-Floyd (2001) s. 6).

I *det humanistiske paradigme*, hvor krop og sind ses som en samlet organisme, anses såvel biologiske, psykologiske og sociale forhold for at være væsentlige, hvilket medfører involvering af den gravide og fødende kvinde (Ibid. s. 11).

I *det holistiske paradigme* anses organismen sammen med sjælen at udgøre en integreret helhed, hvorved den gravide og fødende bliver centrum for behandlingen (Ibid. s. 18).

Hvilket af de tre paradigmer, som i en samfundskultur bliver det dominerende, afgøres af de fremherskende kulturelle værdier og det bagvedliggende menneskesyn.

I Vesten, hvor der tilstræbes økonomisk vækst, og hvor der hersker stor tiltro til videnskab og teknologi, er det dominerende paradigme det teknokratiske. Kendetegnende for dette er, at der tilstræbes at standardisere behandlingen på baggrund af evidensbaseret videnskabelig viden, og at fremskridt associeres med udvikling af mere avanceret teknologi (Ibid. s. 5-6).

En anden central bestræbelse i de vestlige samfund har siden den industrielle revolution været at dominere og kontrollere naturen, inklusive den menneskelige krop, hvilket har ført til studier af især mandekroppen og en forståelse af, at kroppen i tilfælde af sygdom bedst behandles udefra (Ibid. s. 6). Vores nuværende sundhedsvæsen og lægevidenskab er ifl. Davis-Floyd funderet i denne opfattelse, hvilket bl.a. har resulteret i en udtalt anvendelse af videnskab og teknologisk udstyr til udefra at diagnosticere og behandle sygdom og dysfunktion.

Teknokratisk paradigme

I det teknokratiske paradigme betragtes den kvindelige krop, som jo naturgivent fungerer anderledes end den oftest studerede mandlige krop, at være under indflydelse af uforudsigelige naturkræfter. Det betyder, at kvindekroppen anses for at være utilstrækkelig til gennemførelsen af graviditets- og fødselsprocessen. Davis-Floyd beskriver dette således:

...the metaphor of the female body as a defective machine eventually formed the philosophical foundation of modern obstetrics (Ibid. s. 6).

En følge af dette syn på kvindekroppen har været målrettede bestræbelser på at få den under kontrol. Dette er tilstræbt gennem udvikling af teknologi, redskaber og medicin, som anvendes til såvel diagnosticering som til at intervenere i den naturlige graviditets- og fødselsproces med henblik på at optimere udfaldet af fødselsforløbet.

Davis-Floyd fremhæver, at incitamentet til at kontrollere naturen gennem teknologisk udvikling har dén bagside, at jo mere vi kan kontrollere, jo mere frygter vi de aspekter ved naturen, som vi ikke kan kontrollere. For at holde denne frygt væk bekæmper vi disse ukontrollerbare områder ved at indføre nye procedurer:

These procedures keep fear at bay by giving both practioners and birthing Women the illusion of safety (ibid. s. 10).

Davis-Floyd fremhæver, at procedurerne ofte indføres for at bekæmpe skadevirkninger af andre procedurer. På dén måde synes procedurerne at minimere risikoen, men i virkeligheden, argumenterer hun for, genererer de flere problemer end de løser (Ibid. s.10).

Idet sindet og kroppen anses for at være adskilte, vil individuelle forhold ikke influere på, hvad der anses for at være den bedste behandling, hvorfor der styres efter faglige retningslinjer.

Humanistisk paradigme

I det humanistiske paradigme, hvor sind og krop opfattes som én organisme, anses fysiske processer for at kunne påvirkes af psykiske og følelsesmæssige forhold. I arbejdet med de gravide og fødende vægtlægges derfor at følge kvindens ønsker og behov. Davis-Floyd skriver:

Humanistic obstetricians and midwives try to evaluate the evidence and to make decisions that reflect the balance between what science shows to work and the needs and desires of the women they attend (Ibid. s. 14).

Paradigmet er opstået som en reaktion på det ikke - menneskelige aspekt af det teknokratiske paradigme, og adskiller sig mest tydeligt herfra ved at udvise engagement for klienten (Ibid. s. 10). Den professionelle påtager sig et individuelt ansvar og går engageret ind i relationen til den gravide og fødende, for at få indsigt i dennes situation.

Den professionelle vil anvende såvel faglige retningslinjer som tilgængelig teknologi, men vil gøre det ud fra indlevelse i og respekt for den person, som trænger til hjælp. Medfølelse for klienten er dominerende:

The driving ethos of the humanist is compassion – the ability to sense and feel the needs of others even if they are outside of one's own experience (Ibid. s. 15).

Ud fra en forståelse for den gravide og fødendes situation og værdier, arbejdes der for at opnå fælles beslutningstagen ift., hvad der skal gøres (Ibid. s. 10).

Den professionelle tilstræber således, at opnå en balance mellem de faglige retningslinjers anvisninger og kvindens ønsker og behov, og skønner ud fra indsigt i begge forhold, hvad der tjener kvinden bedst.

Holistisk paradigme

I det holistiske paradigme ses mennesket som helhed som et energisystem. Jordemoderen og den fødende kvinde er da to energisystemer, der gensidigt påvirker hinanden, hvilket medfører, at den følelsesmæssige dimension får en væsentlig betydning.

Den gravide og fødende kvinde tildes hovedansvaret for graviditeten og fødslen og opfordres til at stole på egne kropslige fornemmelser. Det helt centrale i omsorgen er kvindens psykiske og følelsesmæssige tilstand, idet en ubalance på disse parametre påvirker den fysiske udvikling i graviditeten. En følgeslutning heraf er, at den naturlige udvikling i fødselsprocessen forudsættes at kunne understøttes på mangfoldige måder.

Det er her centralt, at der ikke anvendes standardiseret behandling. Jordmoderen er fokuseret på at følge den fødendes unikke behov og rytmer, som er afgørende for muligheden for at opnå et naturligt fødselsforløb.

I paradigmet er der stor tiltro til intuitionen. I fødselsforløbet vil jordmoderen derfor intuitivt reagere på det, der måtte opstå undervejs, hvorved behandlingen bliver meget individuel.

Holistiske praktiserende anvender teknologi, men lader den ikke i modsætning til det konventionelle system dominere og sætte standarden for behandlingen. Teknologien anvendes, når det i det enkelte tilfælde viser sig påkrævet, men da først når alternative muligheder er afprøvet (Ibid. s. 16-19).

Davis-Floyd har fundet jordemødre, praktiserende i teknokratiske hospitalsorganisationer, som definerer sig selv som holistiske, og som bevidst i deres arbejde forsøger at påvirke fødselsenergien, hvorved konventionelle indgreb muligvis kan forebygges (Ibid. s. 17).

Danske forhold

Davis-Floyd hævder som nævnt, at det teknokratiske paradigme er det dominerende i den vestlige kultur. Hendes forskning er primært foregået i USA, hvor fødsler i udtalt grad varetages af læger assisteret af sygeplejersker eller jordemødre.

I modsætning hertil har danske jordemødre et selvstændigt virksomhedsområde. Eftersom Davis-Floyd har fundet jordemødre, der i større eller mindre grad praktiserede efter et holistisk paradigme, hvor der vil være en langt mere udbredt anvendelse af jordemoderfaglige skøn, er det for de studerendes læringsmuligheder relevant at undersøge, hvilket paradigme fødsler i Danmark håndteres ud fra. I det følgende identificeres de paradigmer, som er dominerende i hospitalsorganisationen, lægeprofessionen og jordemoderprofessionen, som alle tre øver indflydelse på, hvorledes fødsler håndteres i Danmark.

Hospitalsorganisationen

Hospitalsorganisationen øver indflydelse ud fra det teknokratiske paradigme ved at rammesætte og regulere behandlingen af de gravide og fødende kvinder ved hjælp af faglige retningslinjer. Et kendetegn på det regime er, ifølge Davis-Floyd, standardiseret behandling, hvorfor indførelsen af Den Danske Kvalitetsmodel kan ses som et tydeligt tegn på en teknokratisk tilgang.

Lægeprofessionen

Et tværfagligt forum af læger og jordemødre udarbejder de faglige retningslinjer, som jordemødre praktiserer efter. De er imidlertid funderet på guidelines udarbejdet i arbejdsgrupper tilknyttet DSOG og baseret på lægevidenskabelig forskning. På den måde tegner lægeprofessionen og lægevidenskabelig forskning de faglige retningslinjer, som jordemødre praktiserer efter (Tidsskrift for jordemødre (3) 2009 s. 8).

Da lægevidenskaben ifølge Davis-Floyd er funderet i det teknokratiske paradigme, betyder det, at de faglige retningslinjer er baseret på den opfattelse, at der er behov for at kontrollere og intervenere for at optimere udfaldet af graviditeter og fødsler. Det medfører retningslinjer, der for at minimere en potentiel risiko, medfører profylaktiske indgreb hos en gruppe af ukomplicerede gravide og fødende kvinder.

Jordemoderprofessionen

Jordemoderprofessionen øver indflydelse på fødselshåndteringen, idet den selvstændigt varetager arbejdet omkring ukomplicerede gravide og fødende.

I afsnittet om det jordemoderfaglige skøn (s. 27) har jeg citeret fra jordemoderprofessionens etiske retningslinjer, og ud fra de citater finder jeg belæg for, at jordemoderprofessionen tilstræber at varetage opgaven med de gravide og fødende ud fra det humanistiske paradigme, med indslag fra det holistiske paradigme.

Begrundelsen herfor er, at jordemoderen ved at udvise åbenhed og imødekommenhed skal understøtte kvinden i at få afklaret egne individuelle ønsker og behov, således at omsorgen og behandlingen kan tage udgangspunkt i disse. På dén måde tildeles kvinden autoritet og får en central rolle i forhold til at få forløbet tilrettelagt ud fra egne ønsker og værdier.

Desuden fremgår det, at jordemoderprofessionen har et syn på kvindekroppen som ikke harmonerer med det, som det teknokratiske paradigme er baseret på. Jordemødre anser det at være gravid og fødende som værende naturlige faser i et livsforløb, hvor opgaven derfor er at indgyde tryghed og understøtte den normale udvikling, således at kvinden og hendes partner kan komme personligt styrket igennem forløbet.

At jordemødres syn på kvindekroppen og dens evne til at gennemleve en spontan og naturlig fødsel ikke altid harmonerer med dét syn, der ligger bag faglige retningslinjer, kan ses af følgende citat, hvor jordemoderforeningens formand Lillian Bondo har udtalt sig på baggrund af indførelsen af en ny faglig retningslinje, der resulterer i at flere ukomplicerede gravide vil få fødslen sat i gang:

I 2011 blev knap hver fjerde fødsel sat i gang mod kun 7 procent i 1997” og ”det er alt for mange, [...] for hver eneste gang man forsøger at fremprovokere en fødsel, udsætter man både barn og mor for risici. Så skal man satse på, at naturen går sin gang, eller ved lægevidenskaben bedre?

(Internet:<http://www.dr.dk/Nyheder/Indland/2013/03/18/112304.htm>)

Praksisudøvelse på baggrund af faglige retningslinjer

At jordemoderprofessionen praktiserer på baggrund af faglige retningslinjer baseret på en teknokratisk opfattelse af, at der er behov for forebyggende indgreb i graviditets og fødselsforløb, står i modsætning til jordemoderprofessionens bestræbelse på at understøtte det ukomplicerede og spontane forløb.

At nogle af disse faglige retningslinjer, som Davis-Floyd fremhæver, samtidigt i et jordemoderperspektiv kan anses for potentielt at medføre mere skade end gavn, kan ses af følgende eksempel:

I Region Midtjylland blev der i starten af 2012 indført en procedure: *Graviditet efter terminen*, som omhandler, hvornår fødsler skal sættes i gang (Bilag 2).

En normal graviditet er defineret til at vare indtil 14 dage efter fødselsterminen, hvorefter fødslen tidligere blev anbefalet igangsat. Det problematiske i at fortsætte graviditeten er, at moderkagefunktionen hos nogle reduceres efter fødselsterminen, således at barnet får mindre forsyninger i livmoderen, kan tabe sig og i sjældne tilfælde kan dø.

Proceduren indfører, at fødsler generelt anbefales igangsat 2 dage tidligere, altså 12 dage efter terminen, og samtidigt indføres en kontrol 10 dage over fødselstermin, hvor det undersøges, hvorvidt der fortsat er normale forhold i graviditeten, således at det er forsvarligt at afvente igangsættelse. Ved denne undersøgelse har det gravide par mulighed for at ønske fødslen igangsat umiddelbart.

Proceduren er udarbejdet på baggrund af en guideline fra 2009 udarbejdet i en arbejdsgruppe med tilknytning til DSOG på baggrund af en Cochrane meta-analyse af 19 "randomised controlled trials", som sammenligner udfaldet af igangsatte fødsler med spontant afventende fødsler (Bilag 3).

Undersøgelserne omfatter i alt 7984 kvinder og viser, når der er korrigeret for dødsårsager som følge af medfødte misdannelser, at blandt de 2986 kvinder, der fik fødslen sat i gang, døde ingen børn, mens antallet af perinatal¹ døde børn var 7 ud af 2953 fødsler, hvor man afventede en spontan fødsel (Bilag 3).

Metaanalysen inddrager forskning i perioden 1965 til 2005, hvilket udgør en bias, idet teknikken til fosterovervågning i denne tidsperiode er blevet forfinet. Inkluderer man udelukkende undersøgelser efter 1992 reduceres tallene således, at der er tale om et enkelt dødsfald i gruppen af afventende spontan fødsel (Bilag 3).

På den baggrund konkluderer Charlotte Wilken-Jensen, tovholder for arbejdsgruppen, som har udarbejdet denne guideline, at der ikke er evidens, som berettiger til at fremrykke det anbefalede igangsættelsestidspunkt (Bilag 4).

Wilken-Jensen udtaler: "... customers demand er en væsentlig årsag til at ændre retningslinjer" (Bilag 4 s.2)

Proceduren er således primært indført for at give det gravide par mulighed for indflydelse på igangsættelsestidspunktet.

I tidsrummet imellem 10 dage efter termin, hvor det gravide par kan vælge at få fødslen sat i gang, og det tidligere tidspunkt 14 dage efter terminen, vil 6 % af alle gravide på en årgang opnå en spontan

¹ Perinatal mortalitet: Antal børn, der fødes døde eller dør indenfor første leveuge pr. 1000 levendefødte og dødfødte.

fødsel (Bilag 2). På den baggrund medfører proceduren, at et relativt stort antal ukomplicerede gravide vil få deres fødsel sat i gang. For den fødende betyder det, set i et jordemoderperspektiv, at den mulige personlighedsstyrkende effekt associeret med en spontan fødsel reduceres.

Det er imidlertid mere alvorligt, at én af de måder hvorpå fødsler sættes i gang med, ve-stimulerende drop, er associeret med en ganske vist lille men alligevel øget risiko for at barnet udsættes for tilstødende komplikationer. Det fremgår af, at ét af flere indsatsområder i et landsdækkende projekt *Sikre fødsler* iværksat af *Danske Regioner*, som har til formål at reducere antallet af børn, der som følge af alvorlig iltmangel under fødslen enten dør eller får alvorlige hjerneskader, er at reducere antallet af fødende, som udsættes for ve-stimulerende drop (Sikre Fødsler 2012, s. 5).

En anden igangsættelsesmetode, med brug af lægemidlet Misoprostol, har medført så alvorlige komplikationer hos enkelte kvinder og børn, at *Sundhedsstyrelsen* af Sundhedsministeren har fået til opgave at føre en skærpet kontrol med anvendelsen af lægemidlet. Et konkret tiltag er, at jordemødre ved lovændring af 1.5.2014 har fået pligt til at indberette bivirkninger ved anvendelsen af lægemiddelpræparater (Tidsskrift for jordemødre (9) (2014) s. 29).

De beskrevne forhold gør, at jeg i forhold til denne procedure finder belæg for Davis-Floyds opfattelse, at nogle procedurer potentielt kan gøre mere skade end gavn.

Sammenfatning og vurdering

Situationen i den danske fødselskultur er således, at jordemoderprofessionen, som primært varetager arbejdet med de gravide og fødende kvinder, tilstræber at arbejde ud fra det humanistiske paradigme med fokus på den enkelte kvinde, mens arbejdet rammesættes teknokratisk af hospitalsorganisationen gennem standardisering af behandlingen. Standardiseringen foregår på baggrund af faglige retningslinjer, der er baserede på lægevidenskabelig forskning funderet i et teknokratisk syn på kvindekroppen, medførende at mange potentielt normale gravide og fødende overvåges og udsættes for indgreb i dén hensigt at minimere en risiko for alvorlige komplikationer hos kvinde og barn.

Det beskrevne eksempel illustrerer, at når jordemødre, som tilstræber at bevare fødsler normale, i specifikke situationer ud fra faglige retningslinjer skal skønne over, hvad der er det rette at gøre, så kan de befinde sig i et alvorligt såvel fagligt som etisk dilemma. Er det at arbejde for kvindens bedste, foreneligt med at udsætte en potentielt normal gravid og fødende kvinde for et indgreb, som har til hensigt at afhjælpe en generel risiko?

Hvilket af de tre paradigmer, der i den danske fødselskultur er dominerende kommer som følge af dette dilemma i høj grad til at afhænge af, hvad den enkelte jordemoder i konkrete situationer lægger vægt på, når hun skal skønne over, hvad der er det rette at gøre.

Jeg mener på den baggrund og ud fra de tre paradigmer at kunne identificere tre tilgange, hvorudfra den enkelte jordemoder kan håndtere denne situation. De kan i grove træk og stærkt forenklet beskrives således:

Teknokratisk:

Jordemoderen anskuer den faglige retningslinje som værende udtryk for den bedst dokumenterede behandling, som hun derfor følger. Som følge af kravet om informeret samtykke, videregiver hun procedurens information og vægtlægger den anbefalede behandling. Jordemoderen vil i praksisudøvelsen holde sig tæt til den faglige anbefaling og vil være mindre optaget af at undersøge, hvorvidt den faglige retningslinje stemmer overens med en helhedsbedømmelse af den enkelte kvindes situation. Det faglige skøn indebærer her en sondering af den aktuelle situation for at kunne klassificere den i forhold til retningslinjens variable.

Humanistisk

Jordemoderen engagerer og indlever sig i den gravide og fødende kvindes situation og værdier. Derudfra informerer jordemoderen om den faglige retningslinje og drøfter sammen med den gravide og fødende forskellige muligheder, hvorefter der tilstræbes en fælles beslutning om, hvad der skal ske. Relationen er ligeværdig om end asymmetrisk p.g.a. jordemoderens faglige viden. Det faglige skøn indebærer indsamling af situationsspecifik viden, vurdering af den faglige retningslinjes anvendelighed, vurdering af hvilket perspektiv situationen skal betragtes ud fra samt valg af handlingsnorm. Dertil kommer en etisk vurdering af, hvad der ud fra respekt for den gravide og fødende vil være det rigtige at gøre.

Holistisk

Enhver kvindes fødselsproces betragtes som unik, hvorfor den fødende tildeles autoriteten i forløbet. Jordemoderen vil følge den fødendes ønsker og behov og vil tilsidesætte faglige retningslinjer, hvilket kan praktiseres, såfremt det kan begrundes fagligt, men som praktiseret konsekvent vil komme i opposition til organisationen. Dette indebærer det mest komplekse faglige skøn, idet der ikke anvendes standardiseret behandling, hvilket igen fordrer, at jordemoderen kan foretage faglige sonderinger af, hvilke mulige perspektiver der kan lægges ned over situationen, og kan vurdere de mulige, faglige konsekvenser af handlingsvalg. I denne fremgangsmåde vil den etiske fordring om at stå til rådighed for den fødende kunne indfries helt konsekvent.

De tre paradigmer indebærer således vidt forskellig anvendelse af det faglige skøn. I forhold til de jordemoderstuderendes læring, har det derfor betydning, hvilket paradigme der dominerer danske jordemødres praksisudøvelse.

Kapital 3

Hvad karakteriserer den nuværende kliniske jordemoderuddannelse?

I afsnittet *Jordemoderuddannelsen* giver jeg et indtryk af, hvorledes uddannelsen overordnet er tilrettelagt med fokus på den kliniske uddannelse.

I afsnittet *Professionens praksisudøvelse i hospitalsorganisation* udforskes, hvorledes hospitalsorganisationens bestræbelse på at kvalitetssikre ved at standardisere behandlingen påvirker jordemoderprofessionens bestræbelse på en individcentreret behandling, og hvilken betydning det får, at flere og modsatrettede interesser og værdier på den måde kommer i spil.

I afsnittet *Forskellige forståelser af evidensbaseret praksisudøvelse* diskuteres, hvilken indflydelse på praksisudøvelsen det antages at have, at jordemødre arbejder i en kontekst præget af uklarhed ift., om evidensbaseret praksisudøvelse indebærer brug af dømmekraft og faglige skøn.

Jordemoderuddannelsen

Uddannelsens målsætning om, at de studerende opnår såvel evne til at udøve erhvervet som evne til at medvirke til at videreudvikle det, tilstræbes overordnet nået ved, at de studerende veksler imellem teoretisk og klinisk uddannelse.

Udviklingen af de personlige kompetencer, som disse mål fordrer, skal ifølge uddannelsesbekendtgørelsen understøttes ved at anvende varierende studieformer (Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i jordemoderkundskab (2009) s. 2).

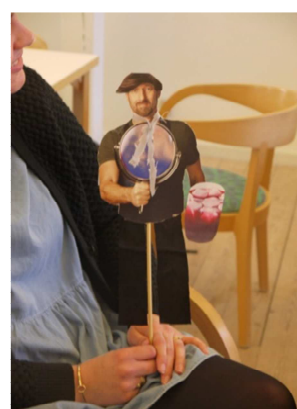
I den teoretiske del af uddannelsen understøttes dette gennem såvel tværfagligt som monofagligt projektarbejde indlagt på visse moduler.

Den kliniske uddannelse

I den kliniske uddannelse tilrettelægges på månedligt afholdte klinikmøder kreative læreprocesser, som i foråret har omhandlet erfaring i selvstændig anlæggelse af faglige skøn.

Læreprocesserne har været tilrettelagt som et "fødselsspil" med anvendelse af karakterer, som henholdsvis fødende kvinde, mand, jordemoder, jordemoderstuderende og læge, skabt som dukker af de studerende. Rammen har været, at når der i fødselsspillet blev indlagt "forstyrrelser" skulle de studerende uden anvendelse af procedurer, via individuel eller kollektiv refleksion, selvstændigt skønne over, hvad der skulle gøres.

Nedenstående billeder fra egen 3. semester Specialiseringsopgave i Didaktik og Professionsudvikling illustrerer processerne:



Klinikmøderne udgør et vigtigt læringsrum på afstand af praksisudøvelsens handletvang, men udgør en meget begrænset andel af de studerendes samlede læring set i forhold til, at de i 30 timer om ugen lærer gennem deltagelse i praktisk jordemoder arbejde.

Den kliniske uddannelse er således tilrettelagt som en art mesterlære, hvor Jean Lave og Etienne Wengers teori om "den perifere legitime deltager" (Wenger (2004) s, 121) illustrerer, hvordan praktikken er tilrettelagt. De studerende gennemgår et forløb, hvor de i begyndelsen indtager en observerende rolle og gradvist får en mere aktiv rolle for til slut at nærme sig en selvstændig praksisudøvelse. De studerende lærer således gennem dét de ser, oplever og erfarer.

Læringen faciliteres derudover ved at understøtte de studerendes evne til at reflektere, dels gennem mundtlig refleksion med vejlederen, dels gennem udarbejdelse af to skriftlige refleksionsark pr. uge, hvor den studerende belyser en oplevet praksissituation ved at inddrage relevant litteratur, og derefter foretager refleksion over fremtidige handlinger. En proces, der understøtter integration af teori og praksis.

Jordemødres arbejde udføres ofte selvstændigt og har en karakter, der bevirker, at der gennem uddannelsen må stiles imod, at de studerende opnår kvalifikationer i forhold til at kunne udøve en høj grad af selvstændig virksomhed ved afslutningen af uddannelsen.

Nyuddannede kan på større fødeafdelinger almindeligvis opnå sparring med ældre jordemødre, men står grundlæggende alene med ansvaret på fødestuen. I fødselsarbejdet kan en situation pludseligt og uden forvarsel ændre sig og kræve akut og resolut indgriben, hvor selv nyuddannede uden mulighed for at konsultere en faglig retningslinje eller en læge skal kunne agere og foretage det fornødne for at afværge den kritiske situation, indtil en læge eller en jordemoderkollega kan tilkaldes til hjælp i det videre forløb.

Derudover skal nyuddannede også selvstændigt kunne varetage hjemmefødsler, hvilket skærper kravene til at have overblik og evne til selvstændig beslutningstagen, idet jordemoderen i hjemmet må kunne skønne over og eventuelt forudse en mulig kompliceret udvikling i fødselsforløbet, således at der ved behov i tide kan overflyttes til hospitalet.

Grundet disse forhold er det afgørende, at de studerende gennem uddannelsen får understøttet udvikling af dømmekraft og evne til at foretage jordemoderfaglige skøn i komplekse praksissituationer.

Imidlertid er mesterlæren som læringsform udsat for kritik, jævnfør artikelen *Exploring cognitive skill development in midwifery education* skrevet af Suzanne Lake og Rhona McInnes, ansat ved jordemoderuddannelsen i Skotland.

De skriver, at der er forskning, der viser, at de studerende i realiteten kopierer og adopterer deres vejleders måde at praktisere på (Bluff and Holloway (2008); Armstrong (2009) i Lake og McInnes (2012) s. 264).

Årsagen hertil er, at de studerende finder det svært at udfordre den praksis, de ser, og har en tendens til snarere at tilpasse sig end bruge deres evne til kritisk tænkning (Ibid. s. 267).

Hvis de studerende ikke anvender deres kritiske sans og blot tilpasser sig, dét de ser praktiseret, fører det til en mere "overfladisk rutinelæring" (Banning (2008) i Ibid. s. 267).

Denne kritik af mesterlæren peger på, at den skønsudøvelse, som de studerende er vidende til, bliver retningsgivende for, hvad de studerende lærer om at udøve jordemoderfaglige skøn.

Professionens praksisudøvelse i hospitalsorganisation.

For at belyse, hvorledes det påvirker jordemoderprofessionen at praktisere i en hospitalsorganisation inddrager jeg Lennart G. Svensson, professor i sociologi ved Gøteborgs Universitet, som har forsket i, hvad der styrer professionelles praksisudøvelse. Jeg tager udgangspunkt i artiklen *Profesjon og organisasjon*, fra bogen *Profesjonsstudier* (2010).

Svensson fremhæver, at for at professioner kan opretholde deres legitimitet, må professionsmedlemmer praktisere loyalt i forhold til den kollektive forståelse af professionens opgaver og værdier. Tilsvarende må professionsmedlemmer, der praktiserer i en hospitalsorganisation, optræde loyalt for at hospitalet kan fungere og opretholde et troværdigt omdømme.

Dét indebærer, at jordemødre ansat i en hospitalsorganisation må afgive en vis grad af autonomi og kontrol over egne beslutningsprocesser til såvel professionen som til hospitalsorganisationen, hvilket medfører, at jordemødre både må arbejde efter professionens værdier og samtidigt må samtykke og afstemme egne handlinger efter organisationens regler, faglige retningslinjer og grundlæggende værdier (Svensson, i Molander & Terum, (2010) s. 131).

Generelt for organisationer gælder, at der opstår systemer, rutiner og normer, som udgør "regler" for, hvordan tingene gøres lokalt. Det betyder, at der udvikles traditioner og kulturer, som organisationens medlemmer er bærere af, og som nye medlemmer socialiseres ind i (Ibid. s. 130).

Men trods disse fælles træk så fungerer der forskellige styrings- og forvaltningsformer i henholdsvis professionen og hospitalsorganisationen, som igen medfører forskellige former for logik knyttet til beslutningstagen (Ibid. s. 138).

Hospitalsorganisationen

Hospitalsorganisationen styres som offentlig organisation efter dét Svensson kalder en formel bureaukratisk styringsform, der: "... bygger på centralt besluttede og præcise lover og regler som kan anvendes generelt av saklige, upartiske og nøytrale..." ansatte (Ibid. s. 138). Et kendetegn ved det system er, at der arbejdes efter en norm om ligebehandling af alle borgere (Ibid. s. 138).

En norm, der udfordres af især de menneskebehandlende professioners arbejde, idet dét arbejde indebærer, ud fra individuelle forudsætninger og ofte under selvstændigt arbejde på professionens vegne, at skønne om, hvad der er det rette at gøre i forhold til en klient, som den professionelle følelsesmæssigt er engageret i. Omstændigheder, der kan føre til forskellig behandling. Set fra et ledelsesperspektiv medfører dét, at der er behov for at få arbejdet underlagt kontrol. Af hensyn til klienterne er dette ikke muligt gennem direkte overvågning, hvorfor kontrol tilstræbes sikret ved generalisering og standardisering af arbejdet via faglige retningslinjer (Ibid. s. 132).

Professionen

I professionen er fagkundskaben samt dens anvendelse og etiske udførelse kollektivt defineret. Hver jordemoder er i overensstemmelse med professionen bemyndiget til indenfor organisationens udstukne love og regler at skønne om, hvad der tjener den enkelte gravide og fødende bedst. En beslutning jordemoderen baserer på baggrund af professionens fagkundskab, egne individuelle forudsætninger og erfaringer (Ibid. s. 133-134).

I arbejdet engagerer jordemoderen sig følelsesmæssigt i den enkelte kvinde og forventes at rette sit fokus mod hendes særlige ønsker og behov, hvilket står i et spændingsforhold til organisationens krav om ligebehandling, saglighed og følelsesmæssig neutralitet. Hos jordemoderen kan det resultere i en rollekonflikt, hvor hun må vælge imellem at følge kvinden eller organisationen.

Modsætning

Hospitals organisationens bestræbelse på at opnå en vis kontrol over arbejdet ved at regulere jordemoderprofessionens tildelte myndighedsudøvelse gennem faglige retningslinjer interfererer som sagt med professionens faglige autonomi i behandlingen af de gravide og fødende og står i direkte spændingsforhold til bestræbelsen på at udøve en individcentreret behandling (Ibid. s. 138).

I praksissituationer betyder det, at en jordemoder under skønsudøvelse er under indflydelse af to hierarkier: "... ett administrativt med regler, ordrer og delegering, og ett profesjonelt med kunnskap under kollegial kontroll." (Ibid. s. 139). Det påvirker jordemoderens beslutningstagen på baggrund af to former for legitimitet, en regelbaseret og en kundskabsbaseret.

Modsætningen mellem disse interesser er ifølge Svensson et velkendt dilemma indenfor organisationsforskningen (Ibid. s. 139 – 140). Imidlertid optræder professionens autonome ret til at definere fagkundskaben og den ledelsesmæssige kontrol med arbejdet ofte i en kombination, hvor det er uklart, hvad modsætningen består i, og hvor det derfor bliver uklart hvilke normer, der kommer til at dominere praksisudøvelsen.

Retter jordemoderen sig efter etiske retningslinjer, så er det professionelle forhold hun vægter, og modsat hvis hun styrer efter faglige forskrifter, så er det de organisatoriske forhold, hun lader dominere (Ibid. s. 140).

Den sidste fremgangsmåde udelukker det værdiladede element i arbejdet, idet såvel den gravide og fødende kvinde som jordemoderen har egne værdier og normer, der influerer på arbejdet, men som ved standardiseret behandling lades ude af betragtning (Ibid. s. 137).

Socialisering

Organisationens indflydelse på professioners arbejde foregår imidlertid også, ud over den åbenlyse standardisering, på en mere indirekte måde, nemlig i form af socialisering ind i organisationskulturen. Svensson skriver:

Men for professionelle sker denne kontrol mindre direkte i form af aktiv beordring og overvågning, og mere indirekte i form af passive bureaukratiske teknikker, rutiner og hierarkier og i form af diskret indbygget og overbevisende socialisering (Ibid. s. 132).

Svensson fremhæver, at fordi organisationskulturen udgør de professionelles daglige omgivelser og fordi de regler og forordninger, der hersker her, ofte er formuleret mere stramt i modsætning til den faglige organisations mere blødt formulerede forskrifter, så vil arbejdsorganisationen udgøre den mest dominerende indflydelse på de professionelles arbejde.

En tendens, der som følge af de senere års ændrede ledelsesstrategier er blevet så udtalt, at Svensson taler om en udvikling fra en tidligere fagprofessionalisme til en nuværende organisationsprofessionalisme (Ibid. s. 141).

Forskellige forståelser af evidensbaseret praksisudøvelse

For at belyse to modstridende opfattelser af, hvorvidt evidensbaseret praksisudøvelse inkluderer dømmekraft og faglige skøn, inddrager jeg artiklen *Evidensbevægelsen – en bevægelse i konflikt med sig selv*, skrevet af Keld Thorgård, lektor ved institut for kultur og samfund ved Århus Universitet.

Evidensbevægelsen er opstået på baggrund af en skepsis overfor beslutninger baseret på personlige holdninger og overbevisninger, hvorfor bestræbelsen er at minimere brugen af dømmekraft og faglige skøn.

På det statslige og administrative niveau, hvor denne opfattelse ifølge Thorgård verserer, er bestræbelsen en standardiseret indsats på baggrund af videnskabelig viden (Thorgård, K. (2012) s. 154). Statens indførelse af IKAS, vidner om, at denne opfattelse også gælder i hospitalsorganisationen.

Thorgård fremhæver, at der på det sundhedsfaglige område imidlertid verserer en anden hovedretning i evidensbevægelsen, hvor personlig og faglig dømmekraft anses for at være påkrævet for at kunne vurdere, hvorvidt den forskning, der ligger bag en procedure, også er anvendelig og brugbar i en specifik kontekst.

En anerkendt repræsentant for denne opfattelse er David Sackett, stifteren af det internationale Cochrane samarbejde, som leverer forskningsresultaterne bag de faglige retningslinjer, der regulerer jordemødrenes arbejde.

Sackett har følgende definition på evidensbaseret beslutningstagning (egen oversættelse):

Den samvittighedsfulde, klare og skønsomme brug af nuværende bedste evidens, når der skal træffes sundhedsfaglige beslutninger (Sackett et al. (1996) i Ibid. s. 153).

Sackett argumenterer således for, at den professionelle i den konkrete situation samvittighedsfuldt må skønne over anvendelsen af den generelle videnskabelige viden anvendt i den specifikke kontekst. (Ibid. s. 153).

For jordemødre betyder det, at de praktiserer i en kontekst med to modstridende opfattelser af, hvad en evidensbaseret praksisudøvelse indebærer. I hospitalsorganisationen betyder det at følge den

faglige retningslinje, hvorimod det i den faglige kontekst indebærer at vurdere den konkrete situation og vurdere den faglige retningslinjes anvendelighed til at beslutte, hvad der skal ske. I den kontekst er det fuldt legalt at afvige fra en faglig retningslinje, hvis der er faglige begrundelser for det.

Det problematiske er, at selv om dilemmaet er kendt blandt fortalere for de to retninger, har ingen udfoldet og afklaret det. Thorgård fremfører:

Man står med andre ord med et uafklaret forhold til de forskellige betydninger af judgement, dømmekraft og skøn i en beslutningsproces (Ibid. s. 158).

Det har for jordemødre den betydning, at det er uklart i hvilken grad det i hospitalsorganisationen er tilladt at afvige fra en faglig retningslinje og hvilke konsekvenser det får, ifald et fagligt skøn senere i et forløb medfører uforudsete alvorlige komplikationer. Et forhold, der formentlig kan medvirke til, at jordemødre tilpasser sig en praksisudøvelse mere i overensstemmelse med hospitalsorganisationens end med professionens værdier og perspektiver.

Sammenfatning og vurdering

Svenssons forskning viser, at trods jordemoderprofessionens hensigt om dels at arbejde individcentreret og dels at understøtte udviklingen af et ukompliceret graviditets- og fødselsforløb, så socialiseres jordemødre ind i hospitalskulturen og tilpasser sig i en vis grad en mere standardiseret praksis i overensstemmelse med faglige retningslinjer. Han peger på, at en medvirkende forklaring på tilpasningen til hospitalsorganisationens perspektiver og værdier er, at når der opstår spændingsforhold imellem jordemødres autonome ret til at definere, hvordan kvinder skal behandles, og hospitalsorganisationens ledelsesmæssige kontrol med arbejdet, så er det i den konkrete skønsudøvelse uklart, hvori modsætningen består, hvorved det bliver uklart, hvad der kommer til at dominere.

Jeg antager desuden, at en anden medvirkende faktor kan være den i jordemødres arbejdskontekst verserende uklarhed over, hvorvidt evidensbaseret praksisudøvelse tillader brug af dømmekraft og faglige skøn.

At udøve faglige skøn indebærer ifølge Grimen og Molander usikre holdepunkter, hvorved det at skønne medfører en risiko for at tage fejl. Forskellige personlige forudsætninger, som ifølge Christoffersen påvirker dømmekraften, kan få betydning for, hvorvidt den enkelte jordemoder i skønsudøvelsen tør tage et medansvar og gøre, hvad situationen fagligt og etisk fordrer, eller om hun ved at fastholde den faglige retningslinje vil sikre sig mod et muligt medansvar, såfremt noget udvikler sig ugunstigt.

Dét, at det i hospitalsorganisationen er uklart hvilke konsekvenser, det får, såfremt en jordemoder foretager et "fejlskøn", vurderer jeg, kan understøtte en udvikling, hvor der i en vis udstrækning tages udgangspunkt i den faglige retningslinje uden en medtænkning af, hvordan denne er anvendelig i den specifikke kontekst.

Jordemødres praksisudøvelse på baggrund af faglige retningslinjer medfører, som Martinsen fremhæver, en risiko for, at jordemoderen i sin bestræbelse på at klassificere den konkrete situation i forhold til den faglige retningslinjes variable kan blive fokuseret på at løse problemer. Det fører til et mindre fokus på det at indhente situationsspecifik viden, hvorved jordemoderen opnår et reduceret indtryk af kvindens værdier og perspektiv på egen situation, og dermed har ringere forudsætninger for at skønne over, hvad der tjener kvinden bedst.

Tilpasningen til en praksisudøvelse baseret på faglige retningslinjer medfører samtidig en socialisering ind i praksis baseret på mere teknokratiske værdier og perspektiver. Dette indebærer, at jordemødre medvirker til at udsætte et antal ukomplicerede gravide og fødende for profylaktiske indgreb, trods hensigten om at understøtte den spontane graviditet og fødsel (Jævnfør eksemplet om igangsættelse af fødsler på side 36).

Udviklingen i jordemoderprofessionens arbejdsbetingelser, hvor hensigten om en humanistisk tilgang i arbejdet med de gravide og fødende kvinder i større eller mindre grad via hospitalsorganisationen og de faglige retningslinjer influeres af en teknokratisk tilgang, har afgørende betydning for de studerendes læringsbetingelser.

Årsagen er, at det faglige skøn i en teknokratisk tilgang begrænser sig til at omhandle dét at få klassificeret den konkrete situation, hvorimod det i den humanistiske tilgang er noget mere komplekst og drejer sig om, ud fra situationsspecifik viden, at skønne over, dels hvilket perspektiv situationen skal anskues ud fra, og dels den faglige retningslinjes anvendelighed til at belyse den konkrete situation, for derefter at skønne over, hvad der som helhed tjener kvinden bedst.

Set i forhold til, at kritikken af mesterlæren indikerer, at de studerende lærer det, de oplever praktiseret, så vil anvendelsen af et mindre komplekst fagligt skøn medføre en mere overfladisk læring, som i mindre grad understøtter de studerendes udvikling af dømmekraft og senere evne til udøvelse af komplekse jordemoderfaglige skøn.

Dén udvikling finder jeg bekymrende, idet jeg vurderer, at de studerende dermed gennem uddannelsen bliver mindre rustet til selvstændig og resolut beslutningstagen, når der opstår akutte og kritiske situationer.

Kapital 4

Hvilke betingelser har man konkret for at lære om skøn, og hvordan viser det sig i praksis.

For at indkredse hvilke betingelser de studerende konkret har for at lære at udøve jordemoderfaglige skøn, inddrager jeg i afsnittet *Den organisatoriske kontekst påvirkning af jordemødres ideologier* forskning, som viser, hvorledes en gruppe engelske jordemødre praktiserer.

Dette relateres til danske forhold ved at jeg i afsnittet *Observationsstudie*, inddrager eget studie af, hvorledes to tilfældigt udvalgte jordemødre praktiserer.

I afsnittet *Udbredelsen af det teknokratiske regime* anvendes derefter citater fra jordemoderprofessionens faglige tidsskrift til at fremstille et mere generelt indtryk af, hvorledes danske jordemødre praktiserer.

Den organisatoriske kontekstpåvirkning af jordemødres ideologier

Jeg tager afsæt i artiklen *Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery*, hvori Billie Hunter, professor i jordemodervidenskab ved Cardiff University, beskriver sine resultater af et etnografisk studie af, hvorledes to grupper af jordemødre håndterede følelsesmæssigt "arbejde" opstået i forbindelse med deres arbejde. Jordemødrene arbejdede i to forskellige kontekster, og her fremstiller jeg, hvorledes kontekstens forskellige værdier og perspektiver påvirkede jordemødrenes praksisudøvelse.

Jordemødrene var tilknyttet den samme store "fødselsenhed" i Syd Wales, men arbejdede i forskellige kontekster, som praktiserede på baggrund af forskellige værdier. De to grupper kan kort beskrives således:

- Den ene gruppe, ansat i en hospitalskontekst, bestod af jordemødre, der arbejdede i skiftende vagter på en fødeafdeling med ca. 3600 årlige fødsler.
- Den anden gruppe, ansat i en kommunal kontekst, bestod af to undergrupperinger:
 - Nogle jordemødre arbejdede alene i primærsektoren med svangreomsorg og barselspleje
 - Andre arbejdede såvel i primærsektoren, som på fødeafdelingen.

Hunter fandt, at de to grupper af jordemødre præget af forskellige værdier og perspektiver i henholdsvis den kommunale kontekst og hospitalskonteksten udviklede forskellige fagidentiteter og modstridende ideologier i forhold til arbejdet med de gravide og fødende kvinder (Hunter, B. (2003) s. 262). Hun analyserede sig frem til følgende to karakteristikker af de to ideologier.

”Hospital midwives”

De jordemødre, der indgik i et vagtberedskab, som i døgndrift alle ugens dage skulle yde effektiv pleje af fødende, var overordnet drevet af at opfylde institutionens behov og havde en ”with institution” ideologi.

De havde større fokus på kollegiale relationer end på relationen med de fødende, og var derfor optaget af at få opgaverne løst, således at mindst muligt arbejde var efterladt til næste vagthold.

På trods af, at der blandt jordemødrene var en udtalt kritik af den medicinske tilgang til arbejdet med de fødende, var der en dominerende medicinsk tilgang i plejen af de fødende, idet obstetriske retningslinjer udarbejdet i bestræbelsen på at reducere fødselsrelaterede komplikationer kontrollerede praksisudøvelsen.

I plejen af de fødende førte ideologien til en bestræbelse på at sikre den fødende fysisk sikkerhed, men derudover ringe opmærksomhed på den enkelte fødendes specifikke situation.

Observationerne viste, at den udførte pleje gjorde jordemødrene mindre selvstændige og resulterede i en rolle, der kan sammenlignes med sygeplejerskernes, hvor arbejdet udføres efter instruktion fra lægerne (Ibid. s. 267-268).

”Community midwives”

De kommunale jordemødre kunne i deres kontekst i højere grad arbejde efter en ”with woman” ideologi, hvor der arbejdes ud fra en individualiseret og kvindecentreret pleje med tiltro til den naturlige fødselsproces.

Deres fokus var på kvinden og hendes familie, og den relation blev tillagt langt større betydning end hos hospitalsjordemødrene.

Jordemødre observeret på hjemmebesøg hos gravide viste, at de havde tiltro til psykologiske processer og fokus på sociale aspekter. De oplevede, at ved at tale med den gravide om disse aspekter opnåede de et kendskab til hende, som de senere anvendte og baserede deres pleje af kvinden på. Netop det lidt

diskret at kunne opsamle signaler fra kvinden, anså de som en af jordemødrenes vigtigste opgaver (Ibid. s. 268-269)

Historiske rødder

Hunter fremfører, at begge de observerede ideologier har rødder i den historiske arv, idet jordemodererhvervet langt tilbage i tid blev praktiseret som et håndværk i samfundet, som i løbet af 1970'erne blev et hospitalsbaseret, medicinsk og højteknokratisk erhverv. På trods af disse fælles rødder, så fandt Hunter, at de to ideologier førte til konflikter de to grupperinger imellem, især fordi der ikke var nogen bevidsthed om sameksistensen af de modstridende ideologier. Dette udgjorde ifølge Hunter jordemødrenes største følelsesmæssige udfordring.

Problematikken var mest tydelig blandt de jordemødre, der arbejdede i begge sektorer. Men også blandt studerende og nyuddannede var der en oplevelse af, at det var vanskeligt at praktisere en "with woman" ideologi på hospitalsafdelingen, fordi man ofte for at falde ind måtte gå på kompromis med denne ideologi.

Hunter fandt imidlertid, at de forskellige ideologier også var repræsenteret hos de jordemødre, der arbejdede i samme kontekst.

Vurdering

På trods af at jordemødrene tilhørte den samme profession, så demonstrerer Hunters studie, at jordemødrene socialiseredes ind i de to arbejds kontekster, præges af kontekstens forskellige perspektiver og værdier og tilsyneladende som følge heraf kommer til at arbejde efter forskellige ideologier.

Jeg finder det sandsynligt, at en medvirkende forklaring på dette markante fund kan være, at jordemødrene har forskellige personligheder og som følge deraf har søgt arbejde, hvor de finder de bedste muligheder for at praktisere efter egen overbevisning.

Ikke desto mindre peger det forhold, at jordemødre drevet af en "with woman" ideologi fandt det vanskeligt indenfor hospitalskonteksten at praktisere i overensstemmelse hermed, på, at jordemødrene i deres arbejde blev præget af hospitalskontekstens værdier, fordi de så sig nødsaget til at gå på kompromis for at "passe ind".

De to ideologier, som jordemødrene praktiserede efter, kan identificeres som to af de paradigmer, som Davis-Floyds præsenterer (jævnfør side 32-33).

Hospitalsjordemødrene praktiserede efter det teknokratiske paradigme, fordi de på trods af beklagelse over den medicinske tilgang til de fødende, alligevel praktiserede på baggrund af faglige retningslinjer med fokus på fysisk sikkerhed, og med kun begrænset opmærksomhed på den fødendes følelsesmæssige tilstand.

Jordemødrene ansat i den primære sektor udviklede en humanistisk tilgang, idet de havde fokus på relationen til den gravide og fødende og rettede deres opmærksomhed imod kvinden. I omsorgen integrerede de desuden såvel psykiske som sociale faktorer. En ideologi der er i større overensstemmelse med i hvert fald den danske jordemoderprofessionens forståelse af opgaven med de gravide.

Hunters forskning peger således på, at de hospitalsansatte jordemødre socialiseredes ind i hospitalskontekstens perspektiver og værdier og udøvede en praksis domineret af det teknokratiske paradigme.

Den engelske og danske kultur minder om hinanden, og den danske jordemoderprofession har tilsvarende historiske og kulturelle rødder tilfælles med den engelske.

I Danmark arbejder jordemødre imidlertid ikke i tilsvarende adskilte grupperinger, her arbejder den enkelte jordemoder oftest i begge kontekster.

Det forhold indikerer, at der i danske forhold sandsynligvis ikke kan genfindes en tilsvarende markant forskel i tilgangen til de gravide og fødende kvinder, hvilket bevirker, at Hunters resultater ikke umiddelbart kan antages at være gældende for danske forhold.

Observationsstudie

I mit 2. semesters projekt foretog jeg et observationsstudie af to tilfældigt udvalgte jordemødres praksisudøvelse med det formål at opnå viden om, hvilken reel praksisændring det resulterer i, at nye faglige retningslinjer implementeres alene ved distribution via e-mail.

Observationen omhandlede konsultation med to gravide par, som i henhold til proceduren *graviditet efter terminen* (omtalt på s. 36), 10 dage efter terminen skulle have undersøgt, hvorvidt graviditeten fortsat var normal. Fokus for observationen var forhandlingen af, hvilken dag fødslen skulle sættes i gang (Bjørnlund (2013), *Gravid over termin*, 2. semesters Eksamensopgave s. 6).

Proceduren er indført, for at give det gravide par mulighed for at ønske fødslen umiddelbart igangsat, hvilket en del kvinder vil have lyst til, når de endnu ikke har født 10 dage efter terminen.

Det problematiske ved den situation er, at den gravide sjældent vil have tilstrækkelig faglig indsigt til at gennemskue, hvad det valg indebærer (Ibid. s. 5).

Jordemoderen, som tidligere blot skulle informere om, hvornår fødslen skulle sættes i gang, har fået tildelt en ny rolle, som hun på egen hånd har skullet definere, og hvor hun skal forhandle med parret. En forhandling, som set i lyset af professionens hensigt om at arbejde for at bevare fødsler normale, potentielt indebærer såvel faglige som etiske dilemmaer, når hun skal informere parret om eventuelle risici forbundet med såvel at få fødslen sat i gang, som at afvente spontan fødsel. Ifølge proceduren skal

parret informeres om, at risikoen ved at blive igangsat er, at fødslen bliver længere. (Ibid. s. 5) Som det fremgår på side 35-37, mener jordemoderprofessionen, at igangsatte fødsler indebærer flere ulemper.

Det mest bemærkelsesværdige og for mig overraskende fund ved studiet var, hvor fundamentalt forskelligt de to jordemødre løste opgaven; den ene i en humanistisk og den anden i en teknokratisk tilgang, hvilket jeg vil uddybe i det følgende.

Første observation

Parret skulle have deres tredje barn. Parret oplevede første fødselsforløb meget langtrukket, og blev beskrevet som træls (14²); noget de ikke havde lyst til at opleve igen. Den gravide var nervøs, fordi hun havde mærket mindre liv.

Før konsultationen havde parret besluttet, at de ønskede fødslen sat i gang, hvis det kunne gøres ved at "tage fostervandet". (15)

Jordemoderen var under konsultationen i dialog med parret og opnåede derved et indblik i parrets perspektiv. Hun gav omfattende information og problematiserede før den fysiske undersøgelse, hvorvidt det var en god ide at få fødslen igangsat, hvis man samtidigt ønskede at forebygge et langtrukket og vanskeligt forløb (18).

Imidlertid viste den fysiske undersøgelse, at der var aftagende mængde fostervand og dermed indikation for umiddelbar igangsættelse. Jordemoderen informerede fagligt detaljeret om igangsættelsesmuligheder og anviste den, som hun med baggrund i sin faglige indsigt anså for at være bedst i den pågældende situation (20, 25, 26). Da manden imidlertid rejste spørgsmål om, hvorvidt der kunne være en anden metode, medgav jordemoderen, at det var en faglig skønssag at afgøre hvilken metode, der fagligt set var bedst egnet i situationen (25). Hun gav yderligere information, hvor situationen drøftedes med parret, og der blev foretaget en fælles beslutning. Faderens bekymring for barnet, medførte at jordemoderen fagligt sparrede med en kollega om, hvilken metode der ville være bedst (27).

Fortolkning

Jordemoderen arbejdede efter min vurdering efter det humanistiske paradigme, fordi hun i overensstemmelse med professionens etiske retningslinjer gav parret en så omfattende faglig information, at parret fik en reel mulighed for indflydelse på valg af behandlingen.

Jordemoderen engagerede sig i parrets situation og anvendte sin faglige viden til at skønne over, hvad der tjente kvinden bedst. Hun problematiserede først deres ønske om at få fødslen sat i gang, idet det i modsætning til parrets ønsker kunne medføre en lang og vanskelig fødsel. Dernæst engagerede hun sig i at finde den igangsættelsesmetode, som bedst løste den konkrete situation, og gav så detaljeret faglig

² De transskriberede dialoger fra observationerne fremgår af bilag 6 og 7. Tallene refererer til sidetal i bilagsfortegnelsen

information, at det var muligt at foretage en fælles beslutning om, hvad der skulle gøres. Hun udviste villighed til, at følge parrets ønsker.

Anden observation

Parret skulle have det tredje barn. Den gravide var utålmodig og overrasket over, at hun imod sædvane endnu ikke havde født (29).

Parret vidste ikke at de kunne vælge igangsættelse, hvilket var uden betydning, idet kvinden ønskede at undgå igangsættelse (33).

I forhold til barnets trivsel i maven, viste undersøgelsen normale forhold. Desuden viste livmoderhalsen sig at være lang, hvilket kan ses som et tegn på umodne forhold i relation til spontan fødsel. Med baggrund i den faglige anbefaling kom dialogen derfor til at dreje sig om en sandsynlig igangsættelse af fødslen to dage senere ved brug af lægemidlet Augusta (32).

Dette kom til at præge konsultationen, idet den gravide var utryk ved at skulle følge denne anbefaling på baggrund af kendskab til en mediedebat om præparatet³, hvor der var fremført tilfælde af, at anvendelsen af præparatet havde ført til alvorlige komplikationer hos enkelte kvinder eller børn.

Den gravide meldte fra starten ikke klart ud, hvor bekymret hun reelt var, men gentagne gange under konsultationen spurgte hun til risici forbundet med at følge behandlingen. Jordmoderen valgte en beroligende tilgang til spørgsmålene (32), og først henimod slutningen af konsultationen fortalte hun, at hun også kendte til disse medieomtalte tilfælde af utilsigtede alvorlige bivirkninger ved anvendelsen af Augusta.

Grundet den gravides ulyst til at følge behandlingen foreslog manden at afvente spontan fødsel yderligere to dage (34).

Jordmoderen fortalte så, at en spontan fødsel er at foretrække, fordi den medfører færre indgreb (34), og det at afvente svarer til praksis for ikke så lang tid siden, men p.g.a. at der sker rigtig meget i forhold til nedsættelse af moderkagefunktionen de sidste dage, så er anbefalingen nu igangsættelse 12 dage efter terminen (34).

Hun fortalte, at parret selv kunne vælge at afvige den faglige anbefaling, men formulerede sig på en måde, hvorpå personer uden faglig indsigt, efter min vurdering, ville have vanskeligt ved at træffe det valg. Som belæg for det synspunkt, citerer jeg fra den transskriberede dialog under observationen.

J= jordmoder, M= mand og K=kvinde:

J: Så som sagt så følger man så bestemmer man jo selv om man vil følge de anbefalinger. Æh vi har haft en enkelt der er gået til uge 42+0.

K: Nå

J: Æh men det har været efter eget ønske ikke også.

M: Ja

K: Ja

³ I bilag 5 kort beskrivelse af den daværende mediedebat om præparatet.

J: Og det er ikke det vi anbefaler. Vi anbefaler at sætte i gang senest uge 41+5 og man kan jo sige at man ved jo heller ikke om du føder lige præcis den dag vi så sætter dig i gang. Det kan jo godt være at der kommer til at gå en dag ekstra ikke også. Så så der er altså nogen som kommer til at nå hen til uge en og til slutningen til uge 42+0 inden de får født. Ja

K: (Nikker)

J: Ja men vores anbefaling lyder på 41+5" (Bilag 7 s. 34-35).

Parret gik hjem med et dilemma imellem på egen hånd at skulle tage ansvaret for at afvige den faglige retningslinje, og en udtalt ulyst til at følge den anbefalede behandling.

Fortolkning

Jordmoderen arbejdede efter min vurdering efter det teknokratiske paradigme, for selv om hun gennem dialogen, opnåede et godt indtryk af, at især den gravide kvinde var ualmindeligt bekymret over at skulle følge den faglige anbefaling, så anvendte hun ikke dette indtryk til at skønne over den faglige retningslinjes anvendelighed i situationen.

Parrets forslag om at afvente spontan fødsel i yderligere to dage, bakkede hun fagligt ikke op om, selv om der var konstateret normale forhold i graviditeten. Dette sandsynliggør, at jordmoderen mener, at det er forbundet med en øget risici at fortsætte graviditeten, hvilket stemmer med hendes forklaring om, at moderkagefunktionen aftager.

Muligvis begrundet i, at den gravide fra starten ikke meldte klart ud, hvor bekymret hun reelt var, valgte jordmoderen en beroligende tilgang, sandsynligvis for at gøre den gravide tryk ved at følge den anbefalede behandling. Herved tilbageholdt jordmoderen trods kvindens mange spørgsmål indtil slutningen af konsultationen information om risici forbundet med at følge den faglige anbefaling. Dét bevirkede, at parret ikke fik en reel mulighed for at medvirke til at beslutte, hvad der skulle ske.

Jordmoderen anvendte ikke sin faglige indsigt til ud fra den konkrete situation at medvirke til at anviser en brugbar løsning på parrets totale situation. Jordmoderen indtog på den baggrund en paternalistisk rolle.

Min observation afdækkede således en hhv. humanistisk og teknokratisk tilgang hos de to jordemødre.

Udbredelsen af det teknokratiske paradigme

Svenssons og Hunters forskning indikerer, at også danske jordemødre trods professionens hensigt om at tage afsæt i en humanistisk tilgang kunne socialiseres ind i hospitalskulturen og tilpasse sig en praksisudøvelse der i større eller mindre grad er baseret på teknokratiske værdier. Mit studie indikerer imidlertid, at nogle jordemødre formår at stå op imod hospitalskulturens dominans og anvende faglige retningslinjer i en integration med den situationsspecifikke viden. For at opnå et indtryk af den mere generelle tilgang hos danske jordemødre anvender jeg to citater fra Tidsskrift for jordemødre.

Jordemoderprofessionen ønsker som lægeprofessionen og hospitalsorganisationen at arbejde for at gøre fødsler mere sikre, men finder, at der er en grænse for hvor mange ukomplicerede fødselsforløb, der skal udsættes for indgreb for at forebygge alvorlig risiko hos nogle få. En grænse, der er vanskelig at fastsætte, men som professionen repræsenteret af jordemoderforeningens formand Lillian Bondo og næstformand Kit Dynnes Hansen i den nuværende praksis finder overskredet:

Når fire ud af ti førstegangsfødende med forventet normal fødsel, får stimuleret vevne medicinsk, når mere end hver femte af alle gravide forløses ved kejsersnit, og hver fjerde får fødslen sat i gang, godt syv procent får hjælp af sugekop[...] så griber vi ind i over halvdelen af alle fødsler[...] Vi kan og skal arbejde for at nedbringe antallet af indgreb i de helt ukomplicerede forløb. (Tidsskrift for jordemødre, (9) 2013, s. 5)

Citatet vidner om, at jordemoderprofessionen, på trods af en hensigt om at arbejde for at bevare fødsler normale, for tiden er medvirkende til en praksisudøvelse, der udsætter en stor gruppe af normale gravide og fødende for indgreb for at sikre imod en generel risiko hos nogle få, en praksis associeret med teknokratiske værdier.

Derudover tyder følgende udtalelse på, at jordemødre i det faglige skøns dilemma imellem professionens hensigt om en individcentreret behandling og hospitalsorganisationens bestræbelse på en generaliseret behandling i vid udstrækning tilpasser sig en praksisudøvelse efter faglige retningslinjer.

I et interview omkring forringede muligheder for den normale fødsel udtaler Lillian Bondo følgende:

... som jordemødre bliver vi suget ind i et proceduretyranni, der ikke altid rummer plads til overvejelser over vilkårene for det enkelte menneske, eller plads til overvejelser sammen med kvinden. Vi skal helt sikkert handle efter evidens og statistik, men indsigten i den enkelte kvinders forhold er også afgørende for at kunne støtte hendes arbejde for at bringe sit barn sikkert til verden i trygge omgivelser. (Tidsskrift for jordemødre, (3) 2013 s. 19)

En praksisudøvelse efter faglige retningslinjer, som ikke fortolkes ind i den specifikke kontekst, medfører en teknokratisk praksisudøvelse. De to citater sandsynliggør efter min vurdering, at den teknokratiske tilgang også blandt danske jordemødre, har en vis udbredelse.

Sammenfatning og vurdering

Hunters forskning viser, at de jordemødre, der arbejder på en større engelsk fødeafdeling, tilpasser sig organisationens perspektiver og værdier og udvikler en teknokratisk tilgang til arbejdet med kvinderne.

Danske jordemødres arbejde er organiseret anderledes, men alligevel tyder Lillian Bondos udtalelser på, at den teknokratiske tilgang også på danske fødeafdelinger har en større udbredelse. Selv om mit studie demonstrerede, at det lykkes nogle jordemødre fortsat at have en humanistisk tilgang i

overensstemmelse med professionens etiske retningslinjer, så peger udtalelserne på, at den udtalte teknokratiske tilgang, jeg observerede, ikke er en enlig svale.

Denne situation har afgørende konsekvenser for både de gravide og fødende kvinder, samt for de studerendes muligheder for at opøve evne til at foretage jordemoderfaglige skøn i komplekse praksissituationer.

For de gravide og fødende kvinder vil en teknokratisk tilgang medføre flere indgreb i fødslerne, hvilket mit studie er et eksempel på.

Den ene gravide kvinde ønsker at opnå en spontan fødsel, hvorfor hun gerne vil "slippe" for at følge anbefalingen om igangsættelse. Eftersom der ikke er klar evidens for, at det skulle formindske en risiko at sætte fødslen i gang to dage tidligere, må det antages at være forsvarligt at følge den hidtidige praksis. Eftersom der samtidigt er konstateret normale forhold i graviditeten, forekommer det forsvarligt og i overensstemmelse med professionens hensigt at følge kvindens ønske.

Jordemoderens fokus på at forebygge en risiko medfører, at hun trods kvindens ønsker fastholder den faglige anbefaling, hvorved fødslen med en vis sandsynlighed to dage senere kan blive sat i gang, og kvinden dermed blive udsat for et indgreb i form af igangsættelse af fødslen.

Med sin fremgangsmåde indfrier jordemoderen faktisk ikke den etiske fordring, som såvel Martinsen som Christoffersen fremfører, om alene at skønne på kvindens vegne ud fra et engagement i, hvad der tjener kvinden bedst. Efter min vurdering tjener det i denne situation, hvor kvinden er oprigtigt bekymret for at skulle sættes i gang, ikke kvinden bedst at fastholde anbefalingen om igangsættelse.

Jeg skal understrege, at jeg har fuld forståelse for denne jordemoderes handlinger, idet hun set i lyset af mængden af nye faglige retningslinjer og travle vagter, der sjældent efterlader rum til at studere den bagvedliggende evidens, sandsynligvis ikke ved, at den ikke berettiger til en tidligere igangsættelse.

Bevægelsen henimod en mere teknokratisk tilgang har stor betydning for den læring, de studerende opnår, når der anlægges faglige skøn. Ud fra observationerne vil jeg give et indtryk af kompleksitetsgraden, der er forbundet med skønsudøvelsen i de to konkrete eksempler på en henholdsvis humanistisk og teknokratisk tilgang.

Humanistisk:

Jordemoderen indsamlede indtryk af parrets egne perspektiver og værdier og fik afdækket, at der var flere problematikker i spil, idet parret ønskede at få fødslen sat i gang, men samtidigt gerne ville undgå et langt og vanskeligt forløb. Det generelle træk ved situationen var, at igangsatte fødsler kan blive langtrukne og vanskelige, hvilket fik jordemoderen til at problematisere deres ønske.

Da der blev konstateret for lidt fostervand, som et tegn på aftagende moderkagefunktion, integrerede jordemoderen den generelle viden om, at den situation er relateret til en øget risiko for fosterdød, hvorfor hun vurderede, at fødslen måtte sættes i gang.

Jordemoderen anskuede situationen ud fra forskellige synsvinkler og opstillede handlingsalternativer, ved at informere om forskellige igangsættelsesmetoder. Hun anvendte sin faglige indsigt til at anvis

den, hun anså for at være bedst egnet til at få fødslen sat i gang. Da manden p.g.a. bekymring for barnet spurgte til, hvorvidt en anden metode måske kunne være bedre egnet, gav jordemoderen efter sparring med kollega parret et detaljeret fagligt indblik. Sammen med parret besluttede hun derefter hvilken behandling, der bedst rummede den totale situation med et behov for igangsættelse, ønsket om at undgå et vanskeligt forløb og mandens bekymring for barnet.

Teknokratisk:

I dette tilfælde, hvor kvinden ikke ønskede igangsættelse, og jordemoderen var optaget af at forebygge en potentiel risiko, kom det jordemoderfaglige skøn til at omhandle det at få konstateret, hvorvidt der var normale graviditetsforhold, således at det var forsvarligt at fortsætte graviditeten yderligere to dage, før fødslen skulle sættes i gang.

Jordemoderen opnåede igennem kvindens spørgsmål et indtryk af kvindens perspektiver og værdier, som ikke harmonerede med at følge den faglige anbefaling om igangsættelse. Men idet jordemoderen formodentligt anså dét at følge den faglige anbefaling som udtryk for forsvarlig praksis, førte det ikke til et forsøg på at integrere den situationsspecifikke viden og anvise en anden handling, som bedre kunne rumme den aktuelle situation. Jordemoderens bestræbelse kom på den baggrund til at handle om at berolige kvinden og gøre hende tryk ved at skulle have fødslen sat i gang.

På baggrund af de to skitserede anvendelser af faglige skøn, fremgår det, at betingelserne for at skønne varierer i kompleksitet, hvilket medfører forskellige betingelser for, hvilken læring der kan faciliteres.

Konklusion

Jordemødre er af samfundet tildelt den opgave, ud fra en differentieret og individuel behandling og med udgangspunkt i den enkelte kvindes ønsker og behov, gennem en sundhedsfremmende og forebyggende indsats, at understøtte den normale udvikling af graviditets- og fødselsforløb.

I hospitalsorganisationen, hvor behandling kvalitetssikres ved standardisering på baggrund af faglige retningslinjer, omhandler opgaven, ifølge Grimen og Molander, således i konkrete enkelttilfælde at anvende den generelle handlingsnorm til at ræsonnere (skønne) over, hvad der tjener den enkelte kvinde bedst.

Martinsen fremhæver, at eftersom jordemoderen befinder sig i en magtposition i den asymmetriske relation til kvinden, og hun i nogle tilfælde i kraft af sin fagkundskab skal skønne på dennes vegne, så er jordemoderen moralsk og etisk forpligtiget til at dette udelukkende gøres ud fra et følelsesmæssigt engagement i, hvad der er vigtigt for kvinden.

På den måde kan jordemødres skønsmæssige opgave beskrives således:

Jordemoderen indsamler situationsspecifik viden ved gennem dialog og kropslige sanser at opnå et indtryk af kvindens værdier og perspektiv. Et indtryk, der efter forhandling fører til en forståelse af kvindens situation, som fortolkes i forhold til at lokalisere generelle træk ved situationen. Der kan være flere problemstillinger i spil, hvorfor situationen må anskues fra forskellige synsvinkler. Jordemoderen vurderer, hvorvidt den evidens, der ligger bag retningslinjen er brugbar i den konkrete situation, og hvorvidt den generelle handlingsforskrift kan anviser en brugbar løsning i den aktuelle situation. Hvis ikke anvender hun fagkundskaben til at opstille alternative handlingsforslag, der efter forhandling kan føre til valg af den handling, der findes fagligt og etisk bedst egnet til at afhjælpe kvindens situation.

Imidlertid fremhæver Martinsen, at en praksisudøvelse på baggrund af faglige retningslinjer medfører en risiko for, at jordemoderen bliver fokuseret på at få klassificeret den pågældende situation, hvorved hun er mindre fokuseret på den specifikke situation, og hvad der tjener den enkelte kvinde bedst.

Den støt stigende mængde faglige retningslinjer kunne i dét perspektiv indikere en udvikling henimod en stigende grad af teknokratisk tilgang i arbejdet. En udvikling svarende til, at Hunter i sin forskning fandt, at de hospitalsansatte jordemødre praktiserede efter det teknokratiske paradigme.

Jeg antager, at en medvirkende faktor til denne udvikling kan være, at faglige retningslinjer baseret på et teknokratisk syn på kvindekroppen, som ikke harmonerer med jordemødres, implementeres uden at

der levnes tid og rum for kollegiale faglige og etiske drøftelser af, hvorledes disse skal fortolkes i et jordemoderperspektiv.

Christoffersen argumenter med udgangspunkt i, at skønsudøvelsen ofte foregår alene og under handletvang, at der er behov for, at den enkelte jordemoder understøttes i udvikling af etisk dømmekraft igennem rum for kollegiale drøftelser af udført praksis.

Da økonomien i min organisation ikke tillader dette, står den enkelte jordemoder her alene med udviklingen af egen dømmekraft og fortolkningen af faglige retningslinjer til praksisanvendelse.

Mit observationsstudie kan tjene som eksempel på, at dette efter min vurdering kan få betydning for jordemoderens tilgang til arbejdet med kvinderne.

Kollegiale drøftelser kunne for den ene jordemoder have afklaret, at evidensen bag proceduren *graviditet efter terminen* ikke berettiger til at sætte fødsler i gang to dage tidligere. I og med at der var konstateret normale forhold i graviditeten, ville det dermed være forsvarligt og i overensstemmelse med jordemoderfaglige værdier og den samfundstildelte opgave at bakke kvinden op i hendes ønske om at afvente spontan fødsel i yderligere to dage.

Hvorvidt den stigende mængde af faglige retningslinjer fører til en stigende grad af teknokratisk tilgang, må stå åbent, men Lillian Bondos udtalelser tyder på, at den tilgang allerede har en større udbredelse.

For de studerende betyder det, at de i en vis udstrækning deltager i en praksisudøvelse med anvendelse af et fagligt skøn baseret på en mindre kompleksitetsgrad, hvilket har afgørende indflydelse på fordybelsen af den læring, de opnår, samt, set i lyset af risikoen for, at de ukritisk adopterer og kopierer den praksis, de ser, hvorledes de selv kommer til at anlægge jordemoderfaglige skøn. Jeg vil i det følgende forsøge at give et indtryk af læringen forbundet med anvendelsen af de to forskellige faglige skøn.

Humanistisk

I den humanistiske tilgang vil skønsudøvelsen indebære, at den studerende opøver analytiske evner, når den faglige retningslinje og evidensen bag skal vurderes i forhold til anvendelse i den specifikke situation. Selvstændighed understøttes, når der skal indsamles indtryk af kvindens situation og denne derefter skal reflekteres i forhold til at vælge det perspektiv, hvorfra den ud fra fagkundskab og retningslinje skal vurderes.

I skønsprocessen får den studerende træning i at inddrage og ræsonnere over flere faktorer, der kan være i spil, og får træning i at overveje de etiske aspekter i forhold til, hvorvidt den faglige retningslinjes generelle handlingsanvisning også er det etisk rigtige at gøre i den konkrete situation.

De erfaringer, som den studerende derved opnår, understøtter den læring, som iflg. Donald Schöns teori gør den praktiserende i stand til at håndtere praksissituationer.

Når den situationsspecifikke viden inddrages i skønsprocessen giver det nye perspektiver og nuancer i forhold til den studerendes hidtidige erfaringer med skønsudøvelse.

I mødet med nye, vanskelige eller foruroligende praksissituationer, som den studerende ikke kan løse ved hjælp af sin hidtidigt tilegnede faglige viden-i-handling, er der igennem refleksion-i-handling mulighed for kritisk at få vurderet, korrigeret og udviklet den indlejrede faglige viden.

På denne måde får den studerende udviklet sin viden-i-handling og vil med tiden opnå en evne til at håndtere stadigt mere udfordrende og komplekse situationer adækvat.

Teknokratisk

I den teknokratiske praksisudøvelse anses de faglige retningslinjer for at være udtryk for den mest forsvarlige praksis, hvorfor der i mindre grad er behov for både at inddrage den situationsspecifikke viden og at vurdere den generelle handlingsforskrifts anvendelighed i den pågældende situation. Det faglige skøn begrænser sig til at indsamle og fortolke tilstrækkelig information, til at kunne klassificere den pågældende situation i forhold til den faglige retningslinjes variable.

Idet den situationsspecifikke viden kun i begrænset grad medinddrages, medfører skønsudøvelsen et langt mindre refleksionsarbejde, hvilket fører til en mere begrænset udvikling af faglig viden-i-handling, fordi denne netop stimuleres igennem erfaringer med at håndtere varierende praksissituationer.

På denne baggrund vurderer jeg, at såfremt de studerende alene deltager i en teknokratisk praksisudøvelse medfører det en mere overfladisk læring, og eftersom Hunter fandt, at de teknokratiske praktiserende jordemødre blev mindre selvstændige, finder jeg grund til bekymring over, om disse studerende når målet om, at udvikle evne til selvstændigt at kunne træffe kvalificerede valg i komplekse praksissituationer.

Jeg finder det endvidere tvivlsomt, om de studerendes deltagelse i en teknokratisk praksisudøvelse medfører læringsmuligheder, hvor man kan forestille sig at de studerende udvikler personlige kompetencer som bl.a. analytiske evner og selvstændighed. På den baggrund finder jeg grund til generel bekymring over, hvorvidt den kliniske jordemoderuddannelse i den nuværende praksisudøvelse kan bidrage til, at de studerende når den med uddannelsesreformen øgede målsætning om, at de studerende opnår evne til såvel at udøve erhvervet, som til at medvirke til at videreudvikle det.

På det grundlag mener jeg, at der er behov for at iværksætte en proces m.h.p. at bevidstgøre jordemødre om, at faglige retningslinjer ikke skal anvendes som "opskrifter", der rutinemæssigt anvendes uden samtidig, relevante refleksioner over deres anvendelighed i den konkrete situation. Dette både i forhold til at opnå indsigt i, hvilken betydning det har for de studerendes læring, og samtidigt for at iværksætte en bevidstgørelsesproces blandt jordemoderkollegaer om de forhold, jeg igennem dette studie har fået indsigt i: at jordemødre ved den fremgangsmåde faktisk ikke foretager en vurdering af, hvad der tjener den enkelte kvinde bedst, og dermed kommer til at praktisere efter teknokratiske perspektiver og værdier i modsætning til professionens primært humanistiske værdier.

I forhold til jordemødre, der fungerer som kliniske vejledere, vil jeg argumentere for, at de studerende, som har tilegnet sig grundlæggende færdigheder og opnået kendskab til etablerede konventioner,

rutiner og fremgangsmåder, har behov for at møde udfordringer i forhold til anvendelsen af faglige retningslinjer for at få udviklet deres dømmekraft.

Til trods for at jordemoderen eventuelt i egen praksisudøvelse anser dét at følge den faglige retningslinje for at være udtryk for en forsvarlig praksis, vil det være muligt at udfordre den studerende med reflekterende dialog over, hvad der ligger bag det, at den faglige retningslinje er udformet, som den er. Hvad er det for en risiko, som den faglige retningslinje tilstræber at forebygge, og hvorledes kan den anviste handling anses for at være en hjælp til at forebygge den?

Derudover vil det være muligt at udfordre den studerende ved at lade denne indsamle situationsspecifik viden og sammen med jordemoderen analysere sig frem til væsentlige problemstillinger, for på dén måde, som Schön fremhæver vigtigheden af, at give den studerende støtte til at udvikle en evne til at definere problemer og opøve en åbenhed overfor, at der kan være alternative handlingsmuligheder.

Perspektivering

Jordemoderprofessionens historisk kulturelle fagidentitet knyttet til selvstændigheden, ændrer sig ifølge Hunter til en mindre selvstændig rolle, der kan sammenlignes med sygeplejerskers rolle, hvor arbejdet udføres efter instruktion fra lægerne. Denne udvikling finder jeg på vegne af de fødende kvinder stærkt bekymrende, idet der så ikke længere er en faggruppe, som tror på kvindekroppens naturlige formåen, og som kan dæmme op for anvendelsen af stadigt flere indgreb i ellers spontane og ukomplicerede forløb.

Personligt mener jeg, at vi må gøre os store anstrengelser for, at børn fødes så godt som muligt. Og hermed mener jeg ikke udelukkende så sikkert som muligt, idet jeg er optaget af, at de fødende kvinder skal hjælpes igennem graviditets- og fødselsprocessen så "helstøbte" som muligt for at opnå den personlighedsstyrkende effekt, som professionen mener, at den spontane fødsel medfører. En effekt der er behov for, når det nye barn skal integreres i familien.

På dén baggrund, mener jeg, som den nyligt udnævnte første danske professor i jordemodervidenskab Ellen Aagaard Nøhr har udtalt, at der må igangsættes forskning omkring den normale fødsel.

Der må uddannes jordemødre, der opnår kompetencer til at fortsætte på den nyligt opstartede kandidatuddannelse i jordemodervidenskab, således at der kan iværksættes jordemoderforskning, som jordemødre kan praktisere på baggrund af.

Derfor er det vigtigt, at den kliniske uddannelse kan medvirke til, at de studerende opnår personlige kompetencer til at kunne medvirke til at udvikle faget og fortsætte videregående uddannelse. Der er behov for yderligere forskning i, hvorledes dette kan understøttes i den nuværende praksisudøvelse.

Litteraturliste:

Bøger og projekter:

Alvsvåg, Herdis & Gjengedal Eva (2000): *Omsorgstænkning*. Gads Forlag, København

Birkler, Jakob (2005): *Videnskabsteori*. Munksgaard. Danmark

Bjørnlund, Gitte (2013), *Gravid over termin*, 2. semesters Eksamensopgave i lærings- og videnskabsteori på Masteruddannelsen i Læreprocesser. Institut for læring og Filosofi, Aalborg Universitet.

Bjørnlund, Gitte (2014), *Fagligt skøn*, 3. semester Specialiseringsopgave i Didaktik og Professionsudvikling på Masteruddannelsen i Læreprocesser. Institut for læring og Filosofi, Aalborg Universitet.

Cliff, Helen (1993): *Jordemødres Livs – og arbejdsvilkår*. Ph. D. afhandling: Institut for Folkloristik, Københavns universitet.

Christoffersen, Svein Aage (2011): *Professionsetik*. Universitetsforlaget, Oslo

Fuglsang, Lars og Olsen, Poul Bitsch (red.) (2004). *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne*. Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg

Glasdam, Stinne (ed) (2013) *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. Nyt nordisk forlag Arnold Busck, København.

Martinsen, Kari (1993) *Fra Max til Løgstrup*. Munksgaard, Danmark

Martinsen, Kari (2005) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Akribe, Oslo.

Nielsen, Anne Grethe (2005): *Udvikling af interaktionelle kvalifikationer i jordemoderuddannelsen*. Ph. D. afhandling: Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg

Molander, A. & Terum, L., I., (red),(2008): *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget AS, Oslo.

Reinecker, Lotte & Jørgensen, Peter Stray (2006): *Den gode opgave*. Samfundslitteratur, Frederiksberg

Schön, Donald (2001) [1983]: *Den reflekterede praktiker: Hvordan professionelle tænker når de arbejder*. Klim, Århus

Schön, Donald (2013) [1987]: Uddannelse af den reflekterende praktiker. Klim, Århus

Wenger, Etienne (2004): *Praksisfællesskaber: Læring, mening og identitet*, oversat af Bjørn Nake fra *Communities of Practice. Learning, Meaning, and Identity* (1998); Hans Reitzels Forlag, København.

Artikler:

Lake, Suzanne & McInnes, Rhona (2012): *Exploring cognitive skill development in midwifery education*. Nurse education in Practice 12, s. 264 – s. 268.

Davis-Floyd, Robbie (2001): *Technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth*. International Journal of Gynecology & Obstetrics 75, s. 5 - s. 23

Hunter, Billie (2004): *Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery*. Midwifery 20, s. 261 – s. 272

Thorgård, Kjeld (2012): *Evidensbevægelsen – en bevægelse i konflikt med sig selv*. Pædagogisk psykologisk tidsskrift. Årgang 49, nr. 3, s. 151- s. 158.

Tidsskrifter:

Tidsskrift for jordemødre (3) 2009: Sandbjerg guidelines

Tidsskrift for jordemødre (9) 2014: Vi skal turde være tålmodige; Jordemoderforeningen

Tidsskrift for jordemødre (9) 2013: Mange indgreb i fødselshjælpen; Jordemoderforeningen

Tidsskrift for jordemødre (3) 2013: Jordemoderprofessionen - et stærkt brand; Jordemoderforeningen

Internet-adresser:

Institut for kvalitet og akkreditering i sundhedsvæsenet, IKAS (2012): Akkrediteringsstandarder for sygehuse 2. version

Internet: <http://www.ikas.dk/Sundhedsfaglig/Sygehuse/2.-version.-Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse.aspx>

Reform af de mellemlange videregående sundhedsuddannelser.

Internet: <http://pub.uvm.dk/2001/sund/hel.pdf>

Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i jordemoderkundskab. Nr. 43, 26/01/2009

Internet: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=123208>

Sundhedsstyrelse: Cirkulære om jordemodervirksomhed. Nr. 149, 08.08.2001

Internet: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=21702>

Sundhedsstyrelsen: Anbefalinger for Svangreomsorgen, (2009)

Internet: <http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2009/CFF/gravide/svangreomsorgen.pdf>

Jordemoderforeningen: Etiske retningslinjer (2010).

Internet: <http://www.jordemoderforeningen.dk/fag-forskning/>

Lægefagligt selskab DSOG (2009): Guidelines: Graviditet efter termin

Internet: http://www.dsog.dk/files/Graviditas%20prolongata2011_endelig.pdf

Tidsskrift for jordemødre (2009): Sandbjerg guidelines

Internet: <http://www.jordemoderforeningen.dk/tidsskrift-for-jordemoedre/singlevisning/artikel/sandbjerg-guidelines/>

Danske regioner (2012): Om Sikre Fødsler

Internet:

http://www.regioner.dk/~media/Filer/Sundhed/It%20og%20Kvalitet/Sikre%20fødsler_Om_2012.ashx

Danske regioner (2012): Sikre Fødsler

Internet:

http://www.regioner.dk/Sundhed/Kvalitet+og+forskning/~media/Filer/Sundhed/It%20og%20Kvalitet/Sikre%20fødsler_brev_2012.ashx

Danmarks radio, P1 debat

Internet: <http://www.dr.dk/Nyheder/Indland/2013/03/18/112304.htm>

Hentet 2.9.2014