

Den gode fødsel

### **Projektets problemstilling og formål:**

Projektet ønsker at beskrive og analysere fænomenet 'den gode fødsel'. På fødeafdelinger landet over oplever lægerne og jordemødrene i stigende grad en uoverensstemmelse mellem deres opfattelse af, hvad det vil sige at gennemgå et godt fødselsforløb, og hvad det vil sige for de fødende. Flere og flere fødende har konkrete ønsker og valg i forhold til fødemåde, fødested, indgreb og smertelindring, f.eks. øget ønske om kejsersnit eller epiduralblokade. På den ene side forsøger sundhedspersonalet at imødekomme disse ønsker ud fra princippet om brugerindflydelse på baggrund af objektiv information, mens de på den anden side kan stå uforstående overfor de fødendes baggrund for at vælge, som de gør. Der mangler således i sundhedssystemet viden om, hvilke forventninger de fødende har til en fødsel, hvad de oplever som en god og meningsgivende fødsel, og hvordan fødsler overordnet set bliver moralske, normative og kulturelle fortællinger i en kvindes liv. Projektet ønsker således at studere 'den gode fødsel' med fokus på analyser af 1) kommunikation og samspil mellem fødende og sundhedspersonale, herunder dannelsen og betydningen af forventninger til fødslen, 2) oplevelsen af kontrol for de fødende, 3) oplevelsen af kontinuitet og 4) forholdet mellem en fødsel og de fødendes livssituation iøvrigt. Formålet med at undersøge dette vil være at give sundhedspersonalet redskaber til at erkende og forstå fødende kvinders forventninger, valg og fødselsoplevelser for at kunne forbedre og målrette samarbejdet mellem fødende og personale i den konkrete fødselssituation.

### **Baggrund**

Graviditet og fødsel er både biologiske fænomener og sociale og kulturelle begivenheder, der er omdrejningspunkt for forskellige måder at forholde sig til forandringer i ens liv på. Hvad der sker med ens krop, hvordan en fødsel skal foregå, hvordan man bliver en familie m.v. diskuteres og gives mening af de enkelte på baggrund af bl.a. normer og moral i det omgivende samfund. Indenfor de sidste årtier synes fødsler og graviditeter at have været genstand for en øget både pragmatisk, moralsk og etisk betydningsdimension – forandringer, nye værdier og normer i samfundet spiller ind. Teknologien omkring kunstig befrugtning og genetisk rådgivning har udviklet sig enormt i dette tidsrum og udfordrer

gravide med hensyn til valg af børn og muligheder for fravalg. Dette skal ses i takt med, at par og familier oplever, at fertiliteten falder og at børn har status som en vigtig del i især kvinders livskarriere. Derfor bliver det at sætte børn i verden et velovervejet og velarrangeret projekt på det rette tidspunkt i ens liv og i de rette rammer. Graviditet og børnefødsler opleves som et projekt, der overvejes, modnes, planlægges, arrangeres og implementeres (Beck-Gernsheim 1996). Undervejs kan projektet risikosikres og er åbent for afprøvning af alle muligheder, der kan støtte eller befordre dets gennemførelse, dvs. f.eks. benyttelse af de seneste genteknologiske risikovurderinger. Således også under selve fødslen, hvor forskellige hjælpemidler og indgreb kan vælges/ønskes i henhold til ens individuelle projektønsker. Projektet kan også evalueres og vurderes ud fra forskellige kriterier, dvs. det ligger naturligt for at vurdere en graviditet og en fødsel ud fra, hvad der gik godt, dårligt, og hvad kan gøres bedre.

Men hvem står bag projektet? Som Giddens påpeger (1991), er individet i den højmoderne tid overladt til sig selv og må i høj grad være selvvurderende og selvbestemmende, idet tilliden til og troen på de ultimative autoriteter er opgivet. I stedet er enhver sin egen autoritet og må søge viden og information for at foretage egne vurderinger, f.eks. risikovurderinger. Disse vurderinger foretages dog stadig på baggrund af forskellige former for kommunikation og samspil med andre aktører, og ens livssituation (erfaringer, normer, moral, viden) spiller ind på samme niveau som f.eks. biomedicinsk rationel viden (Risør 2002). Men autoriteten er fordelt, og alle kræver retten til at være eksperter i deres eget liv. Jo mindre indlejret den traditionelle viden og teknologi bliver, jo mere presser individet sig på som en særskilt autoritet. Og jo mere biomedicinen fokuserer på f.eks. risikofaktorer i ens livsstil, jo mere uddelegerer man ansvaret for at foretage ændringer til den enkelte, hvilket igen giver den enkelte øget autoritet og legitim selvbestemmelsesret.

Set fra sundhedssystemets side fører denne situation og udvikling over i konkrete forsøg på at tage patienter/brugere alvorligt. Dette ses f.eks. i udviklingen af patientrettigheder, retten til brugerindflydelse, udviklingen af 'det informerede valg' m.v., hvor der lægges vægt på, at behandling og undersøgelsesprogrammer planlægges sammen med den gravide og hendes partner ud fra hendes/deres behov, ønsker og livssituation. Men vi ved i realiteten ikke meget om, hvordan disse ønsker og behov formes og udvikles, og vi ved heller ikke meget om, hvornår den gravide/fødende oplever, at fødsel og graviditet er gode forløb, og hvornår noget er gået skævt. Vi vil gerne vide mere, og gennem de seneste

årtier har der generelt været stigende interesse for, at en given behandling ikke alene skal være evidens baseret, men også at patienter skal være tilfredse, eller have en positiv oplevelse af behandlingen.

De engelske sundhedsmyndigheder samt engelske obstetriske og jordemoderfaglige selskaber, gav i starten af 1990'erne en række anbefalinger for svangreomsorgen. I disse anbefalinger blev faktorer som kontinuitet (omsorg givet af en enkelt person), valgfrihed (informeret valg) og kontrol (indflydelse på processen) udpeget som afgørende for kvindernes oplevelse af fødselsforløbet (Hundley V.A. et al 1997). Igennem det seneste årti er de ovennævnte faktorer betydning for oplevelsen af fødselsforløbet blevet yderligere understreget og bekræftet gennem en række videnskabelige undersøgelser (Lavender, T. et al 1999, Mackey M.C. & Stepan M.E. 1994, Shields N et al 1998, Walker, J.M. et al 1995). Betydningen af kontinuitet for den positive fødselsoplevelse er f.eks. bekræftet hos Waldenstrom, U. et al 2000 og Williamson, S. & Thomson, A.M. 1996, ligesom betydningen af kontinuitet i graviditeten (Hildingsson, I. et al 2002). Green et al. (2000) diskuterer dog i et review, hvorledes kontinuitet kan defineres, og hvad der faktisk er evidens for. Der findes imidlertid undersøgelser, der bekræfter betydningen af kendt jordemoder i forhold til fødselsoplevelsen (Page, L. et al 1999, Walsh D. 1999). I to svenske undersøgelser af Waldenstrom (1999) og Waldenstrom et al (1996) påpeges, at en fødselsoplevelse kan opfattes som positiv, selv om der i selve forløbet er forekommet negative oplevelser omkring enkeltstående ting. Involvering i fødselsprocessen (at have kontrol), og jordemoderens support (opmærksomhed over for kvindens behov), længden af fødsel, smerter, forventninger til fødselen samt kirurgiske indgreb var faktorer, der havde betydning for fødselsoplevelsen. En nærliggende antagelse kunne være, at oplevelsen af fødselssmerter var proportional med, hvorledes fødslen opleves. Både Heitman et al. (1995) og Hodnett (2002b) fandt, at faktorer som smerte og smertelindring ikke var de faktorer, der havde størst betydning for fødselsoplevelsen. Derimod var kvindernes oplevelse af fødslen i højere grad bestemt af faktorer som personalets (jordemoderens/ lægens) holdning og adfærd.

I lighed med sundhedsmyndighedernes i England har den Danske Sundhedsstyrelse udgivet vejledende retningslinier for svangreomsorgen (Sundhedsstyrelsen 1998). Her er det blandt andet anbefalet, at kvinden skal sikres mulighed for at træffe reelle valg, og der skal tilstræbes kontinuitet. De danske anbefalinger er dog ikke blevet fulgt op af en

forsknings aktivitet i samme grad som i England. I Danmark foreligger der ikke større undersøgelser af kvinders fødselsoplevelse efter 1984 (Kamper-Jørgensen 1985). Ikke alene må man antage, at den generation, der får børn i 2003, har andre værdi normer end familier fra midten af '80erne, men også de organisatoriske rammer for svangreomsorgen er og bliver fortsat ændret, og de teknologiske muligheder øges og varieres. Samtidig giver forskningen ikke svar på, hvad de fødende præcist forstår ved f.eks. kontrol, kontinuitet eller relationen til personalet, og oplevelsen af smerte og ønsket om forskellige indgreb uden medicinsk indikation synes at være relateret til den fødendes erfaringer og livssituation i øvrigt. Desuden synes kriterierne for en god fødselsoplevelse at blive blandet sammen for både de fødendes og sundhedspersonalets vedkommende. Det er usikkert, hvem der står for hvilke kriterier og definitioner på tilfredshed. Endelig er det uklart, hvordan de fødendes forventninger formes, hvordan ideer udvikles om, hvilke behov og ønsker man har, og hvem/hvad der påvirker denne proces. At få udrett disse felter vil kvalificere svangreomsorgen yderligere. Disse ønskes derfor belyst gennem en kvalitativ undersøgelse og analyse af fødselsoplevelser i Danmark.

## **Teori og analyse**

Projektet ønsker at anvende narrativ teori og analyse i studiet af 'den gode fødsel'. Indenfor medicinsk antropologi har der længe eksisteret en tradition for studier af fortællinger og disses relation til sygdom, lidelse og behandling. Arthur Kleinman (1988) og senere Cheryl Mattingly (1998a) har begge været skelsættende i deres måde at forstå fortællingen på henholdsvis med et fokus på den fortalte sygehistorie og på fortællingen som en integreret del af en handling. Indenfor sundhedsvidenskaben er fortællingen heller ikke et ukendt fænomen, især forstået som anamnesen, og i dag foregår der betydelige teoretiske diskussioner om f.eks. narrativ medicin (Greenhalgh & Hurwitz 1998). Overordnet sættes fortællingen eller narrativet ofte i gang ved en begivenhed, f.eks. en sygdom, og udgør den enkeltes måde at berette om og give mening til de hændelser, individet udsættes for. Det individuelle sygdomsforløb er i sig selv en dramatisk begivenhed, der er velegnet som narrativt moment (Mattingly 1998a). Narrativet er samtidig en socialt informeret beretning, idet handling og elementer i fortællingen ikke alene kan knyttes til fortælleren, men er betinget af sociale og kulturelle værdier og normer i det samfund, individet lever i. Med andre ord, ved at studere narrativer, studeres både

den enkeltes måde at forstå sin tilværelse på og særlige kendetegn ved det pågældende samfund.

Fortællinger opfattes generelt som en måde at udtrykke erfaring på. Ifølge Mattingly (1998a) og Bruner (1986) er erfaringer ikke adskilt fra eller gående forud for fortællingen, således at fortællingen først sker efter en erfaring, evt. for at give erfaringen sprog eller udtryk. Narrativet dannes samtidig med erfaringen og handlingen, og handling er i sig selv narrativt struktureret og strukturerende. En narrativ handling synes således at blive studeret bedst ved at studere handlingsforløbet, dvs. hvad der sker i løbet af f.eks. en fødsel, hvem har noget at sige og gøre, hvordan er relationen mellem aktørerne, og hvilke aktører gør hvad.

At fortælle om sin fødsel er dog også en ganske naturlig og forventet måde at indvie familie og venner i, hvad der har været oplevet som en dybt personlig og ofte grænseoverskridende oplevelse. En fødsel kan således forstås som en skelsættende begivenhed og handlingsforløb, der er et narrativ og producerer et narrativ på en gang. Dette narrativ indeholder som andre fortællinger et drama (fødslen) og en fremstilling af drama og plot i narrativ tid – set fra en position i nutiden, der forholder sig til fortidens erfaringer og søger at forestille sig mulige fremtider (Mattingly 1998b). Det vil sige, at man handler i nuet i lyset af en forestillet fremtid, og en fortælling vil afspejle disse handlinger ud fra vurderinger af, hvad der har været betydningsfuldt, både godt og dårligt. Dette sammenholdes af fortælleren/aktøren med tidligere erfaringer, forventninger og ideer, og ender ofte ud i, hvordan det skal være næste gang, hvordan det burde have været osv. Dette giver fortællingen en intention og viser desuden motiv og morale i begivenheden – den foretrukne fortælling vil altid være den gode historie i en eller anden grad. Historien om 'den gode fødsel' er således en moralsk fortælling, der skal forstås som individets måde at udtrykke og samle sine erfaringer på. Men det er også en fortælling, der er intersubjektiv, det vil sige skabt i samspillet mellem alle aktører under handlingsforløbet, hvilket betyder at relationen mellem fortæller og øvrige involverede er central. Sidst, men ikke mindst, er fortællingen kontekstbestemt, idet normer og moral omkring graviditet og fødsel, således som de kommer til udtryk i 'den gode fødsel', i høj grad er sociale og kulturelle fænomener.

## Metode

Undersøgelsen udføres af to forskningsassistenter (etnografer) og vil strække sig over et år, hvoraf de første seks måneder består af et etnografisk feltarbejde på udvalgte fødeafdelinger samt i de fødendes private hjem. Undersøgelsen vil omfatte Rigshospitalets, Skejby Sygehus' og Slagelse Sygehus' fødeafdelinger. De to førstnævnte sygehuse er valgt, fordi afdelingerne er højt specialiserede, og mange gravide vælger at føde her. Slagelse Sygehus er inkluderet som et mindre specialiseret sygehus med færre fødsler og med en anderledes population end i København og Århus.

Projektet vil inkludere førstegangsfødende uden tidligere sene aborter (efter uge 15). Et antal tilfældigt udvalgte førstegangsfødende i 35. graviditetsuge – identificeres løbende af jordemodercenteret - vil blive kontaktet via et informationsbrev, der uddeles af konsultationsjordemoderen. Dette vil ske hver 14. dag i projektets første 5 måneder. De kontaktede vil blive ringet op umiddelbart efter modtagelsen af informationsbrevet, og der vil blive truffet aftaler med i alt 30 gravide kvinder (10 pr. by), som giver tilsagn til at deltage i projektet. Kvinderne udvælges konsekutivt fra en liste over de inkluderede, indtil det ønskede antal er opnået. At deltage indebærer, at den gravide og hendes partner interviewes før og efter fødslen, samt at de tillader forskningssistentens tilstedeværelse under selve fødselsforløbet. Sundhedspersonalet på fødeafdelingerne informeres ligeledes og giver deres samtykke til at blive interviewet efter deltagelse i en fødsel.

Undersøgelsen baserer sig overordnet på deltagerobservation. Deltagerobservation er valgt som metodisk tilgang, fordi den narrative analyse og forståelsen af narrativ som et element af vore indbyrdes handlinger nødvendigvis må basere sig på beskrivelsen af situationer og handlingsprocesser og de handlende aktører. Deltagerobservation vil derfor især være fremtrædende under fødselsforløbet, og denne metode giver den bedste mulighed for at kunne følge den fødende kvinde fra fødsels start til dens afslutning samt undersøge interaktionen mellem alle de implicerede omkring fødslen. Vægten vil dog hovedsageligt ligge på observatørrollen under selve fødslen. Udover deltagerobservation vil vi med udgangspunkt i en interviewguide foretage semistrukturerede, bandede interviews med de fødende kvinder og deres partnere. Disse interviews foretages i de fødendes private hjem cirka en måned før forventet fødsel og igen cirka to uger efter fødslen. Derudover vil vi foretage interviews med det implicerede sundhedspersonale, der har været med til den enkelte fødsel, dvs. den ansvarlige jordemoder, sygehjælper samt

evt. obstetriker og børnelæge. Desuden vil de mere uformelle samtaler, der kan komme i stand under besøgene i jordemoderhusene og på fødeafdelingerne, også være en metodisk prioritering, der kan give data til undersøgelsen.

Projektet vil blive indledt med et pilotprojekt, der omfatter 4 fødende og deres fødsler på hhv. Skejby Sygehus og Rigshospitalet. Pilotprojektet skal især ses som væsentlig for udformningen af den endelige interviewguide og for den ideelle tidsmæssige og praktiske afvikling af interviews og observationer.

### **Etiske overvejelser:**

Informanterne vil blive informeret skriftligt og mundtligt om projektets ide og formål og vil blive anmodet om at give deres samtykke til deltagelse i undersøgelsen. De to forskningsassistenter, der udfører feltarbejdet, vil være underlagt tavshedspligt og vil optræde som observatører under fødslerne. En fødsel er en privat oplevelse, der almindeligvis kun deles med sundhedspersonalet og en eller flere udvalgte pårørende. Derfor er det af stor vigtighed som udenforstående at indtage en ydmyg rolle under de fødselsforløb, som indgår i undersøgelsen. Det betyder, at forskningsassistenterne vil holde sig i baggrunden og undlade at tage aktivt del i begivenhederne. De er ligeledes opmærksomme på, at der f.eks. kan blive behov for at foretage et akut kejsersnit, og at der altid er risiko for komplikationer og uforudsete hændelser. I forhold til sådanne kritiske situationer vil den fødende i forvejen være informeret om, at hun til enhver tid kan bede den tilstedeværende forskningsassistent om at gå. Projektet er ikke omfattet af anmeldelsespligt til Videnskabsetisk Komite.

### **Institutionel tilknytning, tværfaglig følgegruppe og perspektiv:**

Projektet udføres på anmodning af arbejdsgruppen 'Den gode fødsel' under DADJ og DSOG, hvor jordemødre og læger har samarbejdet siden 2000 om et fælles kommissorium. Via dette samarbejde har projektet en forankring i og en etableret kontakt til de udvalgte fødeafdelinger. Under det tværfaglige samarbejde i gruppen opstod der et behov for at udføre en kvalitativ (antropologisk) undersøgelse, der kunne bringe arbejdet videre, og nærværende projekt blev formuleret. Den oprindelige arbejdsgruppe vil under denne undersøgelse fungere som følgegruppe for forskningsassistenterne, hvilket vil sige

som ligeværdig sparringspartner for projektet og som rådgiver i sundhedsvidenskabelige spørgsmål. Gruppen inddrages f.eks. i udformningen af informationsbreve, interviewguide, pilotprojekt m.v. og følger projektet undervejs på tæt hold. Hermed ønsker man at understrege og udvide det tværfaglige element, som har været en central del af arbejdet indtil nu, og som fortsat bør styrkes.

Nærværende undersøgelse vil udover at bidrage med ny viden og nye erkendelser om de fødendes behov og ønsker kunne danne baggrund for en større spørgeskemaundersøgelse til et bredere udsnit af fødende kvinder og familier. Det vil desuden være en del af projektet at kunne gentage den kvalitative undersøgelse om en årrække og sammenligne udviklingen af fødendes ønsker, behov og vurderinger af, hvad den gode fødsel er. Projektet har ydermere relevans i lyset af f.eks. Århus Amts fokus på kvalitetssikring af de 'bløde værdier' i sundhedssektoren (Århus Amt 2003).

### **Tidsplan:**

0.-1. måned:

- \* pilotprojekt (herunder feltforberedelse, udarbejdelse af interviewguide, informationsbreve og kontakt til fødeafdelinger og jordemodercentre)
- \* møde med følgegruppen efter pilotprojekt
- \* informationsbrev med samtykkeerklæring om deltagelse udsendes med 14 dages interval til førstegangsfødende i 35. uge.

2.-6. måned:

- \* informationsbrev med samtykkeerklæring om deltagelse udsendes med 14 dages interval til førstegangsfødende i 35. uge.
- \* feltarbejde (interviews med gravide, deltagerobservation under fødsler, interviews med fødende efter fødslen, interviews med sundhedspersonale efter fødsler), transskription, kodning, foreløbige analyser
- \* 3 møder med følgegruppen, primo, medio og ultimo feltarbejdsperiode.

7.-12. måned:

- \* fortsat transskription, kodning, analyse, rapportskrivning
- \* 2 møder med følgegruppen om analyse af data



## Referencer:

Bauman, Richard (1986): *Story, Performance and Event: Contextual Studies of Oral Narratives*. Cambridge University Press, England.

Beck-Gernsheim, Elisabeth (1996): Life as a Planning Project. In Scott Lash, Bronislaw Szerszynski & Brian Wynne (eds.): *Risk, Environment and Modernity. Towards a New Ecology*. Sage Publications

Bruner, Edward (1986): Experience and its Expressions. In V. Turner & E. Bruner (eds.): *The Anthropology of Experience*. Chicago, University of Illinois Press

Davis-Floyd, Robbie (1992): *Birth as an American Rite of Passage*. University of California Press, New York.

Geary, M., M. Fanagan, and P. Boylan (1997): *Maternal satisfaction with management in labour and preference for mode of delivery*. J.Perinat.Med. **25**:433-439.

Giddens, Anthony (1991): *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*. London, Polity Press.

Green, J. M., M. J. Renfrew, and P. A. Curtis (2000): *Continuity of carer: what matters to women? A review of the evidence*. Midwifery **16**:186-196.

Greenhalgh, Trisha and Brian Hurwitz (1998): *Narrative Based Medicine: Dialogue and Discourse in Clinical Practice*. Chicago, Login Brothers Book Company.

Heitman, D. E., S. W. Birdwell, and D. L. Bennett (1995): *Patient satisfaction as an outcome indicator of pain management during labor and delivery*. Hosp.Pharm. **30**:589-595.

Hildingsson, I., U. Waldenstrom, and I. Radestad (2002): *Women's expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of caregiver and general content*. Acta Obstet.Gynecol.Scand. **81**:118-125.

Hodnett, E. D. (2002a): *Caregiver support for women during childbirth*.  
Cochrane.Database.Syst.Rev.

Hodnett, E. D. (2002b): *Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review*. Am.J.Obstet.Gynecol.

Hundley, V. A., J. M. Milne, C. M. Glazener, and J. Mollison (1997): *Satisfaction and the three C's: continuity, choice and control. Women's views from a randomised controlled trial of midwife-led care*. Br.J.Obstet.Gynaecol. **104**:1273-1280.

Jordan, Brigitte (1983): *Birth in Four Cultures. A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Eden Press, Montreal, Quebec.

Kamper-Jørgensen, F. (1985): *Graviditet, fødsel og valg af fødested. Kvindernes oplevelser, ønsker og meninger*. DIKE.

Kleinman, Arthur (1988): *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. New York, Basic Books.

Lazarus, Ellen S. (1994): *What do Women Want? Issues of Choice, Control, and Class in Pregnancy and Childbirth*. I: Medical Anthropology Quarterly 8 (1): 25-46.

Lavender, T., S. A. Walkinshaw, and I. Walton (1999): *A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience*. Midwifery **15**:40-46.

Mackey, M. C. and M. E. Stepan (1994): *Women's evaluations of their labor and delivery nurses*. J.Obstet.Gynecol.Neonatal Nurs. **23**:413-420.

Mattingly, Cheryl (1998a): *Healing Dramas and Clinical Plots: The Narrative Structure of Experience*. Cambridge, Cambridge University Press.

Mattingly, Cheryl (1998b): *In Search of the Good: Narrative Reasoning in Clinical Practice*. Medical Anthropology Quarterly 12(3):273-297.

Mattingly, Cheryl & Garro, Linda (eds.) (2000): *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*. University of California Press, USA.

Mitchell W.J.T (1981): *On Narrative*. University of Chicago press, USA.

O'Cathain, A., K. Thomas, S. J. Walters, J. Nicholl, and M. Kirkham (2002a): *Women's perceptions of informed choice in maternity care*. Midwifery **18**:136-144.

O'Cathain, A., S. J. Walters, J. P. Nicholl, K. J. Thomas, and M. Kirkham (2002b): *Use of evidence based leaflets to promote informed choice in maternity care: randomised controlled trial in everyday practice*. BMJ **324**:643.

Omar, M. A. and R. F. Schiffman (1995): *Pregnant women's perceptions of prenatal care*. Matern.Child Nurs.J. **23**:132-142.

Page, L., C. McCourt, S. Beake, A. Vail, and J. Hewison (1999): *Clinical interventions and outcomes of One-to-One midwifery practice*. J.Public Health Med. **21**:243-248.

Ricoeur, Paul (1991): *Life in Quest of Narrative*. I: On Paul Ricoeur, narrative and interpretation. (Ed.) David Wood. Routledge, London.

Risør, Mette Bech (2002): *Den gyldne middelvej. Sundhedsfremme i hverdagen – en antropologisk analyse af gravide kvinders praktiske ræsonnement i relation til rygevaner*. Ph.d.-afhandling, Aarhus Universitet, Afd. For Etnografi og Socialantropologi.

Shields, N., D. Turnbull, M. Reid, A. Holmes, M. McGinley, and L. N. Smith (1998): *Satisfaction with midwife-managed care in different time periods: a randomised controlled trial of 1299 women*. Midwifery **14**:85-93.

Sundhedsstyrelsen (1998): *Svangreomsorg. Retningslinier og redegørelse. Sundhedsvæsnets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselperiode*.

Waldenstrom, U. (1999): *Experience of labor and birth in 1111 women*. J.Psychosom.Res. **47**:471-482.

Waldenstrom, U., I. M. Borg, B. Olsson, M. Skold, and S. Wall (1996): *The childbirth experience: a study of 295 new mothers*. Birth **23**:144-153.

Waldenstrom, U., S. Brown, H. McLachlan, D. Forster, and S. Brennecke (2000): *Does team midwife care increase satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care? A randomised controlled trial*. Birth **27**:156-167.

Walker, J. M., S. Hall, and M. Thomas (1995): *The experience of labour: a perspective from those receiving care in a midwife-led unit*. Midwifery **11**:120-129.

Walsh, D. (1999): *An ethnographic study of women's experience of partnership caseload midwifery practice: the professional as a friend*. Midwifery **15**:165-176

Wilhelm Jahn, Annette (1998): *Forskelsskaber og fællesskaber i fødselsrummet; om sociale kategoriseringsprocesser med etnicitet som eksempel*. Institut for Antropologi, Københavns Universitet

Williamson, S. and A.M. Thomson (1996): *Women's satisfaction with antenatal care in a changing maternity service*. Midwifery **12**:198-204.

Århus Amt v/Kvalitetsafdelingen, konsulent Hanne Dahlerup (2003): *Patientens møde med sundhedsvæsenet. De mellem menneskelige relationer – anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet*.