

Hvem sidder dér bag skærmen?

Et projekt om Safe Delivery App og fødselshjælperes viden og handlinger i relation til postpartum blødning og respectful care



Hanna Engell Vagner - 63081041

7. semester, november 2020

Eksamensprojekt i jordemoderkundskab,
bachelorprojekt

Vejleder: Mikala Heinsen

Jordemoderuddannelsen, Københavns
Professionshøjskole

Antal anslag inklusive mellemrum: 76.660

"Dette projekteksempel er ikke rettet eller kommenteret af Jordemoderuddannelsen, Københavns Professionshøjskole."

INDHOLDSFORTEGNELSE

Resumé	3
1. Problemstilling	4
1.1 International Year of the Nurse and the Midwife.....	4
1.2 Burundi.....	4
1.3 Postpartum blødning	5
1.4 Respectful care.....	6
1.5 Safe Delivery App	7
2. Problemformulering	8
3. Metode	8
3.1 Det videnskabsteoretiske grundlag	8
3.1.1 Naturvidenskab	9
3.1.2 Humanvidenskab	10
3.2 Søgestrategi	11
3.3 Valg af studier	12
3.4 Redegørelse for empiri	13
3.4.1 Studiet af Bolan et al. (2018).....	13
3.4.2 Studiet af Thomsen et al. (2019)	14
4. Analysestrategi	14
4.1 Kritisk læsning	14
4.2 Tematisk analyse.....	15
5. Kritisk læsning	16
5.1 Den kvantitative del af studiet af Bolan et al. (2018)	16
5.2 Den kvalitative del af studiet af Bolan et al. (2018).....	17
5.3 Det kvalitative studie af Thomsen et al. (2019)	18
6. Tematisk analyse	19
6.1 Viden	19
6.1.1 Ny viden.....	19
6.1.2 Postpartum blødning.....	21
6.1.3 Respectful Care	22

6.1.4 Delkonklusion på Viden.....	23
6.2 Handlinger.....	24
6.2.1 Fra tanke til handling.....	24
6.2.2 Fra læring til handling.....	25
6.2.3 Fra handlinger til tillid	26
6.2.4 Delkonklusion på Handlinger	27
7. Diskussion	27
7.1 SDA og det teknokratiske paradigme	27
7.2 SDA på længere sigt	29
7.3 SDA og Respectful care	30
7.4 SDA i Danmark	31
8. Metodekritik	32
8.1 Den videnskabsteoretiske tilgang.....	32
8.2 Pilotstudie	32
8.3 Studiernes begrænsninger.....	33
8.4 Forforståelse	33
9. Konklusion	34
10. Referencer	35
11. Bilag	41
11.1 Bilag 1: Forkortelser	41
11.2 Bilag 2: Søgehistorik i PubMed	42
11.3 Bilag 3: Søgehistorik i CINAHL Complete	43
11.4 Bilag 4: Tjekliste fra CFKR til kritisk læsning af rct-delen af studiet af bolan et al. (2018)	44
11.5 Bilag 5: VAKS-modellen til kritisk læsning af den kvalitative del af studiet af Bolan et al. (2019)	49
11.6 Bilag 6: VAKS-modellen til kritisk læsning af studiet af Thomsen et al. (2019)	58
11.7 Bilag 7: Information fra Namibia om SDA og optjening af point	62

RESUMÉ

Dette projekt undersøger, hvilken indflydelse Safe Delivery App (SDA) har på fødselshjælperes viden og handlinger i relation til postpartum blødning og respectful care i landsbyer i afrikanske lav- og middelindkomstlande. SDA er udviklet af danske læger og jordemødre. Grundlaget for analysen er studier med kvantitative og kvalitative data samt udvalgte filmklip i SDA. Projektet konkluderer, at SDA overordnet har en positiv indflydelse på fødselshjælpernes viden og handlinger i relation til postpartum blødning. Fremtiden må vise, hvilken indflydelse SDA har på viden og handlinger i relation til respectful care.

1. PROBLEMSTILLING

1.1 INTERNATIONAL YEAR OF THE NURSE AND THE MIDWIFE

World Health Organization (WHO) har udråbt år 2020 til at være 'International Year of the Nurse and the Midwife' (WHO, 2020b). På den internationale jordemoderdag den 5. maj i år udtalte WHO's generalsekretær, at der er behov for flere jordemødre især i ressourcetsvage lande, og at jordemoderfaglige ydelser kan afværge over 80 % af alle maternelle og neonatale dødsfald samt dødsfødsler. Ligeledes påpegede han jordemødres ledende rolle bl.a. i forhold til at undgå unødvendige medicinske interventioner, forebygge komplikationer og give kvinder værdighed (WHO, 2020b).

Formand for Jordemoderforeningen i Danmark, Lis Munk, udtalte også på den internationale jordemoderdag i år, at der er sammenhæng mellem antallet af veluddannede jordemødre og mødre- og spædbarnsdødeligheden. Hun påpegede desuden, at jordemødre, på baggrund af deres selvstændige virksomhedsområde, har ansvar for, at kvinder og familier styrkes (Jordemoderforeningen, 2020).

United Nations Children's Fund (UNICEF) (projektets forkortelser ses i bilag 1) udgav i år en artikel som konstaterede, at der i 2017 på verdensplan døde 810 kvinder dagligt som følge af graviditets- og fødselskomplikationer. 2/3 af dødsfaldene forekom i afrikanske lande syd for Sahara og kunne relateres til en høj fertilitetsrate kombineret med manglende adgang til kompetent sundhedspersonale (UNICEF, 2020).

1.2 BURUNDI

I 2017 rejste jeg nogle måneder til Burundi som volontør og arbejdede bl.a. på en sundhedsklinik i en landsby i den nordlige region, Kayanza. Burundi ligger i Centralafrika og er et af verdens fattigste lande (Agence France Presse, 2020). På klinikken var mangel på rindende vand, periodisk elektricitet og dårlig internetforbindelse en del af hverdagen. Kvinderne lå på en hård briks på ryggen og fødte uden pårørende på fødestuen. Hjertelyden på barnet blev målt tilfældigt under fødslen. Der blev rutinemæssigt lagt episiotomi på alle førstegangsfødende uden informeret samtykke. Den nyfødte blev straks efter fødslen pakket ind og rakt til de pårørende, som ventede udenfor. Antibiotikaforbruget var enormt, og der eksisterede en generel opfattelse af, at alt skulle behandles med medicin. Personalet på klinikken, også kaldet 'nurses', havde enten en 2-årig eller 4-årig sund-

hedsfaglig uddannelse efter 10. klasse, eller også havde de ingen uddannelse, men var oplært for mange år siden. I dagligdagen var der ingen læger, og nærmeste hospital lå ca. 30 minutters kørsel væk. Jeg var vidne til et stort behov for hjælp især i forhold til opkvalificering af personalet.

1.3 POSTPARTUM BLØDNING

Postpartum blødning (PPH) er ifølge WHO defineret som et blodtab på 500 ml eller mere inden for de første 24 timer efter fødslen og er den største direkte maternelle dødsårsag globalt set (WHO, 2017; Say, 2014). På verdensplan dør cirka 100.000 kvinder om året af PPH. 99 % af dødsfaldene forekommer i lav- og mellemindkomstlande (LMIC) (Bødker, Hvidman, Edwards & Sørensen, 2020; WHO 2018b). WHO (2019b) påpeger, at en stor del af de maternelle dødsfald kunne være undgået ved rettidig håndtering og korrekt behandling af PPH. Især i fjerne områder med stor fattigdom er der få fødselshjælpere, og de, der er til stede, mangler evidensbaserede guidelines og træning.

Ifølge cirkulære om jordemodervirksomhed (Sundheds- og ældreministeriet, 2001a) har jordemoderen pligt til at kalde en læge ved sygelige tilstande og komplikationer. Ind til lægen kan overtage ansvaret for behandlingen skal jordemoderen yde den fornødne hjælp. Ligeledes skal jordemoderen bistå lægen i forhold til den behandling, der skønnes nødvendig. På baggrund af dette finder jeg det vigtigt som kommende jordemoder at have viden om PPH og kunne handle kompetent fx i forhold til at vurdere, om der skal kaldes hjælp samt at kunne opstarte korrekt behandling og bistå lægen. Jf. ovenstående afsnit kan der i fjerne områder i LMIC være få fødselshjælpere og ingen læger, hvorfor rettidig håndtering og korrekt behandling er livsnødvendigt.

I dette projekt anvender jeg ofte ordet 'fødselshjælpere' om det personale, der varetager fødselsforløbene i LMIC. Dette bunder i en bevidsthed om, at der i flere af disse lande, især på klinikker i landsbyer, ikke altid er jordemødre, men kun lokale 'nurses' til at varetage fødslerne (WHO, 2013).

1.4 RESPECTFUL CARE

Ifølge WHO (2020a) kan det blot at overleve graviditet og fødsel aldrig være en markør for vellykket svangre-omsorg. Det er kritisk nødvendigt, at vi også er opmærksomme på uligheder i omsorgen for kvinder og fremmer respekten for alle. WHO (2018a) anvender begrebet 'Respectful care' (RC) om den omsorg, der bør gives til alle kvinder. Med RC menes en opretholdelse af kvindernes værdighed og privatsfære. Ligeledes indebærer RC, at kvinderne ikke oplever mishandling, at der indhentes informeret samtykke, og at de oplever støtte gennem hele fødslen. I Danmark arbejder jordemødre under sundhedsloven, som tilsvarende fastslår, at kravene til sundhedsvæsenet skal "*sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse*" (Sundheds- og ældreministeriet, 2019). Da der ikke forekommer et dansk ord, som samlet dækker ovenstående beskrivelse af RC, anvender jeg fortsat den engelske betegnelse.

Ifølge WHO (2015) har mange kvinder verden over en oplevelse af manglende respekt og grov behandling på fødesteder. Fysisk og verbal mishandling, ydmygelse, tvang, mangel på informeret samtykke og afslag på et ønske om medicinsk smertelindring er eksempler på dette. Oplevelserne gælder især unge, ugifte kvinder, kvinder med lav socioøkonomisk status, migranter og kvinder med HIV. En følge af dette kan være, at kvinderne afholder sig fra at søge maternelle sundhedsydelser. Et studie udført i Ghana, Guinea, Myanmar og Nigeria viser, at 1/3 af kvinderne oplever mishandling under fødslen. Kvinderne er i højest risiko for at opleve fysisk og verbalt overgreb mellem 30 min før fødslen og frem til 15 min efter fødslen (Bohren et al., 2019). Et studie fra Nigeria påpeger ligeledes, at en følge af mishandling kan være, at forventningerne til fødestederne bliver så lave, at fysisk og verbal vold accepteres. Fx mener kvinderne og fødselshjælperne, at det at blive slået kan opmuntre kvinderne til at presse (Bohren et al., 2016).

I et systematisk review fra 2015 sættes der globalt fokus på mishandling af kvinder under fødslen. Et af temaerne er kvindernes oplevelse af manglende støtte og omsorg. Her nævnes bl.a. et ønske om at have en pårørende hos sig under fødslen. Dette er nogle steder forbudt og efterlader kvinderne med en følelse af at være bange og alene (Bohren et al., 2015). En af de lokale fødselshjælpere fra Burundi har givet mig følgende forklaring på, at der ikke må være en pårørende på fødestuen: "*it avoids disorder during the labour*" (WhatsApp, 23. august 2020). Det er imidlertid WHO's anbefaling, at alle kvinder har en ledsager efter eget valg hos sig under fødslen, da dette bl.a. kan modvirke mishandling, forkorte fødselsforløbet, virke smertelindrende, nedbringe

sectiofrekvensen og give bedre outcome for den nyfødte de første 5 min efter fødslen (WHO, 2019a). Manglende uddannelse, træning og supervision af fødselshjælperne påpeges i reviewet som et problem og som en af årsagerne til den uværdige behandling af kvinderne (Bohren et al., 2015).

1.5 SAFE DELIVERY APP

Mobiltelefoners udbredelse har været enorm i hele verden de seneste årtier. I 2015 udgav Danmarks Radio en artikel med overskriften *"Mobiltelefonen har revolutioneret Afrika"* (Albertsen, 2015). Artiklen beskriver bl.a., hvordan Afrika, på grund af mobiltelefonen, har gennemgået den største forandring siden afkoloniseringen. Anna Frellsen, direktør for den danske udviklingsorganisation Maternity Foundation (MF), har udtalt: *"Der er flere mennesker i Afrika, der har en telefon, end der er mennesker med adgang til vand og sanitet"* (Jakobsen, 2015). Ifølge World Bank havde 82 ud af 100 mennesker i subsaharisk Afrika i 2018 et mobilabonnement. East Africa Business Week, en ledende online avis i Uganda, skrev i august 2020, at 39% af alle mobilforbindelser i subsaharisk Afrika udgøres af smartphones (EABW Editor, 2020).

For nogle år siden hørte jeg noget af et interview i fjernsynet. Interviewet omhandlede en dansk udviklet app kaldet Safe Delivery App (SDA). Min opmærksomhed blev fanget, idet formålet med appen er at sikre gravide, fødende og nyfødtes helbred ved at forbedre obstetrisk og neonatal viden og handlinger hos lokale fødselshjælpere, der arbejder i periferien af sundhedsvæsenet i LMIC (MF, u.å.). Hensigten med SDA er at nå ud til landsbyer, hvor det normalt er svært og dyrt at nå ud med traditionelle træningsprogrammer (Globalnyt, 2015). SDA er oprindeligt udviklet af obstetriker Bjarke Lund Sørensen og pædiater Stine Lund i et samarbejde med Syddansk Universitet, Københavns Universitet og den danske udviklingsorganisation MF, som arbejder for at redde kvinder og nyfødtes liv i forbindelse med graviditet og fødsel (Region H Rigshospitalet, 2015). SDA blev lanceret første gang i Etiopien i 2015. Den bliver i dag anvendt aktivt i mere end 40 lande, hovedsageligt LMIC, og kan downloades gratis på mere end 12 forskellige sprog (MF, u.å.). Appen indeholder animerede film, action cards, guidelines og træningsprogrammet MyLearning. Agnete Nørrelund, jordemoder og klinisk direktør i MF, blev i 2016 ansat som ansvarlig for det kliniske indhold i SDA, som hovedsageligt bygger på WHO's retningslinjer. Hun fortæller, hvordan SDA har udviklet sig fra i 2015 kun at have fokus på akutte obstetriske og neonatale færdigheder til i årene efter at implementere emner som hygiejne og RC, og senest er håndtering af COVID-19 også kommet med (telefonsamtale, 3. september 2020).

Jeg finder SDA interessant, fordi den er udviklet i Danmark, har fokus på udvalgte områder af svangreomsorgen i et internationalt perspektiv og kan nå de mest udsatte områder i verden. SDA har bl.a. et modul om PPH og et underafsnit om RC, som jeg på baggrund af problemstillingen især finder relevant. Jeg har en formodning om, at SDA kan bibringe fødselshjælpere i LMIC i Afrika ny viden og nye handlekompetencer i forhold til PPH og RC, men finder det nødvendigt at undersøge, om der er forsket i dette.

2. PROBLEMFORMULERING

Hvilken indflydelse har Safe Delivery App på fødselshjælperes viden og handlinger i relation til postpartum blødning og respectful care i landsbyer i afrikanske lav- og middelindkomstlande?

3. METODE

I dette afsnit udfolder jeg den metode, hvormed jeg vil besvare problemformuleringen. Først reflekterer jeg over de videnskabsteoretiske retninger, der danner grundlag for mit projekt. Dernæst beskriver og begrundes jeg min litteratursøgning. I forlængelse af dette følger et afsnit, hvor jeg begrundes, hvilke studier jeg har udvalgt. Disse vil blive kort præsenteret efterfølgende. Jeg afslutter med en beskrivelse af strategien for min analyse.

3.1 DET VIDENSKABSTEORETISKE GRUNDLAG

Videnskab er ifølge Jens Thisted, magister i filosofi, menneskelige aktiviteter, der ud fra forskellige virkelighedsopfattelser udforsker verden (Thisted, 2018). I dette projekt udforsker jeg, hvilken indflydelse SDA har på fødselshjælpernes viden og handlinger i relation til PPH og RC. Ordet indflydelse er valgt, da jeg mener, det rummer muligheden for at besvare min problemformulering med udgangspunkt i forskellige videnskabsteoretiske retninger. Videnskaben inddeles ofte i hovedområderne natur-, human- og samfundsvidenskab (Birkler, 2005).

I dette projekt anvender jeg ordet indflydelse, fordi jeg både ønsker at udforske SDA's *effekt* på fødselshjælpernes viden og handlinger i relation til PPH og RC og fødselshjælpernes *oplevelse* af at anvende SDA i forbindelse

med PPH og RC. Jeg bevæger mig derfor hovedsageligt inden for natur- og humanvidenskaben samt den kvantitative og kvalitative metode og reflekterer over dette i de nedenstående afsnit.

3.1.1 NATURVIDENSKAB

Naturvidenskaben er karakteriseret ved et søge årsagssammenhænge, lovmæssigheder, det målbare samt at analysere objektivt og forklare (Birkler, 2005; Thisted, 2018). Dette harmonerer med mit ønske om at udforske effekten af SDA på fødselshjælpernes viden og handlinger. Positivismen og falsifikationismen er to retninger inden for naturvidenskaben. Elementer fra begge retninger finder jeg repræsenteret i dette projekt, hvilket eksemplificeres i det følgende.

En af de grundlæggende antagelser i positivismen er, at al viden stammer fra det, vi kan sanse. Det kaldes også den grundlæggende epistemologiske tese (Thisted, 2018). I dette projekt kan det fx vise sig ved, at jeg ønsker at undersøge SDA's effekt på viden og handlinger på baggrund af det, forskerne i de studier, jeg anvender, har sanset. Den grundlæggende opfattelse af virkeligheden bliver dermed, at der er en objektiv virkelighed om effekten af SDA, som hviler på objektive empiriske fakta. At virkeligheden ligger objektivt foran os kaldes også positivismens grundlæggende ontologi (Thisted, 2018).

Hvis jeg alene på baggrund af de objektive empiriske data søger at sige noget generelt om SDA's effekt på fødselshjælpernes viden og handlinger i relation til PPH og RC, kan det lede mig til det, der i flere videnskabsteoretiske bøger beskrives som det induktive problem. Det betyder, at den fremkomne viden er sandsynlig, men ikke nødvendigvis endegyldigt sand. En af de grundlæggende antagelser i falsifikationismen er netop, at viden er foreløbig og skal være åben for korrektion. På den baggrund gør videnskabsfilosof Karl Popper i 1960'erne op med tanken om en endelig sandhed. Popper mener, at vi har foreløbige hypoteser eller antagelser, som ved en kritisk undersøgelse skal forsøges falsificeret. Lykkes det ikke, er hypotesen eller antagelsen bestyrket (Birkler, 2005; Thisted, 2018). En hypotese i dette projekt er, at SDA har en positiv effekt på fødselshjælpernes viden og handlinger i relation til PPH og RC. Hvis det ikke lykkes at falsificere denne hypotese, er den bestyrket. Hvis det lykkes, må der eventuelt søges en ny hypotese. Dette kaldes også den hypotetisk deduktive metode (Thisted, 2018). En måde, hvorpå hypotesen om SDA kan bestyrkes eller falsificeres, er via en randomiseret klinisk undersøgelse (RCT). Denne er en kvantitativ metode, der i naturvidenskabelig sammenhæng sættes i relation til høj grad af evidensniveau, fordi den hviler på et stærkt undersøgelsesdesign. Forsøgspersonerne fordeles tilfældigt i en interventions- og kontrolgruppe, hvor effekten vurderes ud fra på forhånd fastlagte effektmål

(Madsen & Andersen, 2014; Linneberg, Christensen & Jørgensen, 2016). I min litteratursøgning vil jeg være opmærksom på, om der er publiceret studier, hvor effekten af SDA undersøges ved en RCT.

3.1.2 HUMANVIDENSKAB

Humanvidenskaben er ifølge Thisted (2018) "*kendetegnet ved en fortolkende tilgang til det, som vi søger viden om*" (s. 57). Til forskel fra naturvidenskaben, der søger en forklaring, er det centralt i humanvidenskaben at søge forståelse. Humanvidenskab kan også kaldes menneskevidenskab, fordi den søger en forståelse for menneskers livsverden som fx værdier, følelser, opfattelser og handlinger (Birkler, 2005; Thisted, 2018). Dette harmonerer med mit ønske om at udforske fødselshjælpernes oplevelse af SDA. Hermeneutikken hører under humanvidenskaben og uddybes i det følgende afsnit.

Hermeneutik betyder at tolke, fortolke eller læren om forståelse. Hermeneutikken var oprindelig en metode til at forstå bibelske tekster, men blev bl.a. med filosofferne Martin Heidegger og Hans-Georg Gadamer udviklet til at se på menneskets måde at være i verden på. De betragtede ikke verden som en objektiv virkelighed omkring os, men som menneskets subjektive forståelse af den (Thisted, 2018). Det står dermed i modsætning til det videnssyn, jeg præsenterede under naturvidenskaben, hvor fødselshjælpernes viden og handlinger blev anskuet som noget, der kunne måles objektivt. Et hermeneutisk princip er, at vi forstår og fortolker med afsæt i vores forforståelse, som bl.a. rummer vores forventninger og meninger (Birkler, 2005). Selv om vi aldrig kan blive helt bevidste om vores forforståelse, er det nødvendigt at reflektere over den og udfordre den i et projekt som dette, så nye erkendelser opnås. Det gøres bl.a. ved at samle erfaringer og faglig viden om projektets emne (Frederiksen & Beedholm, 2018). Min forforståelse fremgår af projektets problemstilling, hvor jeg bl.a. har inddraget globale og nationale udtalelser, egne erfaringer, internationale studier og personlig kommunikation. Den proces, hvor jeg bringer min forforståelse i spil, søger forståelse og opnår en efterforståelse eller ny forforståelse, kaldes også den hermeneutiske cirkel og er et andet centralt princip ved hermeneutikken (Birkler, 2005). Forståelsen søger jeg at opnå ved den cirkulære proces i min analyse, hvor jeg analyserer enkeltdele, som skal give mig en helhedsforståelse af SDA's indflydelse på fødselshjælpernes viden og handlinger. Med udgangspunkt i den hermeneutiske cirkel søger jeg at opnå forståelse for enkeltdelene på baggrund af helhedsforståelsen og omvendt.

For at kunne analysere, hvordan fødselshjælperne oplever SDA, vil det være brugbart for mig i litteratursøgningen at finde frem til kvalitative studier. Formålet med kvalitative undersøgelser er netop at søge en dybere forståelse inden for et konkret område. Dette opnås fx gennem individuelle interviews eller fokusgruppeinterviews, hvor informanterne bl.a. kan udtrykke følelser, holdninger og bevægegrunde (Witt & Thorsen, 2014).

3.2 SØGESTRATEGI

Med inspiration fra Ester Hørmanns artikel 'Litteratursøgning' har jeg først udført en bevidst tilfældig søgning i bl.a. online-avisartikler, videoklip, tidsskrifter og på MF's hjemmeside. Derudover har jeg foretaget en struktureret søgning i PubMed, som er en medicinsk international anerkendt database, samt i CINAHL Complete, der retter sig mod sundhedsprofessioner og især indeholder kvalitative forskningsartikler (Hørmann, 2018). Jeg har anvendt PICO-modellen, som hjælper til at opbygge søgningen ud fra centrale ord i relation til problemformuleringen. Bogstaverne i PICO kan stå for noget forskelligt afhængigt af, om der søges efter kvantitative eller kvalitative studier. Da jeg er interesseret i begge dele, har jeg lavet en kombination af begge PICO-modeller. For at gøre søgningerne så brede som muligt har jeg foretaget fritekstsøgninger, da der dermed bliver søgt i alle ord i databaserne (Hørmann, 2018). Nedenstående tabel illustrerer søgeprocessen. Denne er vedlagt i bilag 2 og 3.

	Søgeord	Hits PubMed	Hits CINAHL Complete
P: Population	Africa	373.862	46.386
I: Intervention/Interest	Safe Delivery App	36 (Kun 3 af studierne omhandler Safe Delivery App)	2
CO: Context/Outcome	Knowledge OR skills OR Postpartum Haemorrhage OR respectful		
Relevante studier		3	2

Ved enkeltsøgningen i PubMed på Safe Delivery App fremkom 36 hits. Kun 3 af disse omhandlede specifikt SDA og fremkom ved kombinationen med Africa. Jeg foretog ikke sidste kombination med Context/Outcome, da jeg ikke ønskede at indskrænke søgningen yderligere. På samme måde fremkom der ved enkeltsøgningen på Safe

Delivery App i CINAHL Complete kun 2 hits, hvorfor jeg ikke indskrænkede søgningen yderligere. De 2 fremkomne studier i CINAHL Complete var også blandt de 3 studier, min søgning i PubMed endte med. Enkeltsøgningerne på Safe Delivery App kan tyde på, at der kun er publiceret 3 studier specifikt om SDA. For at bekræfte dette læste jeg alle referencerne blandt de 3 studier igennem samt foretog en kædesøgning. Her fandt jeg adskillige studier om mobile enheders relation til sundhed i andre sammenhænge, men ikke specifikke studier om SDA, som jeg ønskede. Slutteligt kontaktede jeg MF (e-mail, 16. september, 2020), hvor jeg blev oplyst af førstefatteren på et 4. studie, som fandt sted i Ghana. Via en søgning på Google Scholar fandt jeg frem til, at studiet er publiceret i det internationale tidsskrift Cogent Medicine (Kokkenga et al., 2019).

3.3 VALG AF STUDIER

Ved udvælgelsen af studier var mine inklusionskriterier først og fremmest, at de skulle være udført i LMIC i Afrika. Dernæst ønskede jeg studierne udført i fjerne landsbyer med fokus på udvikling af fødselshjælpernes kompetencer. Jeg ønskede både studier af kvantitativ og kvalitativ karakter.

Jeg dannede jeg mig først et overblik ved at læse titler og abstracts. Dernæst foretog jeg en kritisk gennemlæsning af alle 4 studier. Studierne er udført i henholdsvis Etiopien, Congo og Ghana. Dette stemte overens med mine inklusionskriterier om at være udført i afrikanske LMIC.

Et af studierne analyserer SDA's effekt på den perinatale mortalitet samt fødselshjælpernes viden og færdigheder i relation til neonatal genoplivning (Lund et al., 2016). Jeg fravalgte dette studie, da perinatal mortalitet ikke er dette projekts fokus.

Det andet studie måler incidensen af PPH, når fødselshjælperne anvender SDA. Studiet er udført i et byområde i Ghana med god infrastruktur og i forvejen høj kvalitet i plejen (Kokkenga et al., 2019). Dette harmonerer ikke med mine inklusionskriterier, hvorfor studiet blev fravalgt.

Ud af de sidste 2 studier var det ene et kombineret kvantitativt og kvalitativt pilotstudie udført i et provinsområde i Congo med meget få ressourcer. Studiet måler bl.a. effekten af SDA på fødselshjælpernes viden om PPH og selvtillid i forhold til at håndtere akutte neonatale og obstetriske komplikationer. Derudover er der foretaget interviews om anvendeligheden af SDA og læring via mobiltelefoner (Bolan et al., 2018). Det andet studie ana-

lyserer fødselshjælpernes erfaringer med at anvende SDA og er udført i fem distrikter i Etiopien præget af dårlig infrastruktur og fjerne landsbyer (Thomsen et al., 2019). Begge studier matchede mine inklusionskriterier og blev derfor udvalgt.

Ingen af de 4 ovenstående studier inddrager RC på samme måde som PPH. Jeg foretog derfor atter en omfattende kædesøgning via alle referencerne i de 4 studier samt søgte mere bredt på PubMed, CINAHL Complete og PsycINFO med henblik på undervisningsapps indflydelse generelt på sundhedspersonales adfærd i forhold til psykisk omsorg for patienter. Jeg fandt dog ingen relevante studier for dette projekt, da de fremkomne studier relateret til RC analyserer på baggrund af workshops og ikke apps.

Da jeg ikke har mulighed for at rejse til afrikanske LMIC under projektperioden for at indsamle empiri, besluttede jeg, at analysen af studierne hovedsageligt vil være med fokus på fødselshjælpernes viden og handlinger relateret til PPH. RC vil indgå i en indholdsanalyse af SDA's film om PPH, og RC og vil ligeledes inddrages i diskussionen.

3.4 REDEGØRELSE FOR EMPIRI

I dette afsnit foretager jeg en kort redegørelse af de to udvalgte studier. Redegørelserne skal udgøre en baggrundsviden for analysen.

3.4.1 STUDIET AF BOLAN ET AL. (2018)

mLearning in the Democratic Republic of the Congo: A Mixed-Methods Feasibility and Pilot Cluster Randomized Trial Using the Safe Delivery App (Bolan et al., 2018) er et kombineret kvantitativt og kvalitativt pilotstudie fra Congo, som måler 62 fødselshjælperes viden om PPH og neonatal genoplivning samt selvtillid i forhold til 12 obstetriske og neonatale basisfærdigheder. Målingen foregår via spørgsmål på SDA eller skriftligt. Fødestederne randomiseres til enten at anvende SDA eller standardpraksis. Der måles ved baseline samt 3 måneder efter. Derudover udføres 18 individuelle semistrukturerede interviews med fødselshjælper fra de to randomiserede grupper 3 måneder efter baseline. På baggrund af en teoretisk referenceramme om adfærdsændring interviewes interventionsgruppen om anvendeligheden af SDA, samt om hvad der kan fremme eller hæmme brugen af denne. Kontrolgruppen bliver interviewet mere bredt om anvendeligheden af mobillæring og implementering af efteruddannelse.

3.4.2 STUDIET AF THOMSEN ET AL. (2019)

Health workers' experiences with the Safe Delivery App in West Wollega Zone, Ethiopia: a qualitative study (Thomsen et al., 2019) er et kvalitativt studie fra Etiopien, som undersøger 56 fødselshjælperes erfaringer med at bruge SDA. Der undersøges, hvordan de oplever, at SDA påvirker deres arbejde og evnen til at håndtere fødsler sikkert. Der er foretaget 11 fokusgruppe-interviews og 4 individuelle interviews, som analyseres med en fænomenologisk tilgang. Derudover indeholder analysen også materiale fra observationer og samtaler.

4. ANALYSESTRATEGI

Analysen er overordnet opdelt i en kritisk læsning af studierne og en tematisk analyse. I den kritiske læsning finder jeg styrker og svagheder ved studiernes metode med henblik på, hvorvidt de kan indgå i den tematiske analyse. I den tematiske del analyserer jeg studierne og SDA's film om PPH og RC med henblik på besvarelse af problemformuleringen. I det følgende uddyber jeg analysestrategien.

4.1 KRITISK LÆSNING

Jeg indleder med en kritisk læsning af den kvantitative del af studiet af Bolan et al. (2018). Her anvender jeg hovedsageligt Center for Kliniske Retningslinjers (CfKR) tjekliste til RCT (Sekretariatet for Referenceprogrammer, 2014), fordi den er udviklet med henblik på en kritisk vurdering af RCT-studiers metodiske kvalitet. Jeg supplerer med udvalgte begreber fra bøgerne 'Klinisk forskningsmetode' (Jørgensen, Christensen & Linneberg, 2016) og 'Den sundhedsvidenskabelige opgave' (Lindahl & Juhl, 2016).

Efterfølgende foretager jeg en kritisk læsning af den kvalitative del af studiet af Bolan et al. (2018) og af studiet af Thomasen et al. (2019). Her anvender jeg en guide til vurdering af kvalitative studier (VAKS) (Høstrup, Schou, Poulsen, Larsen, & Lyngsø, 2009), som er udviklet til at vurdere styrker og svagheder ved videnskabelige artikler baseret på den kvalitative metode. Jeg inddrager relevante begreber fra bogen 'Kvalitative forskningsmetoder for medicin og helsefag' (Malterud, 2017).

Den udfyldte tjekliste fra CfKR og de udfyldte VAKS-modeller er vedlagt som bilag 4-6.

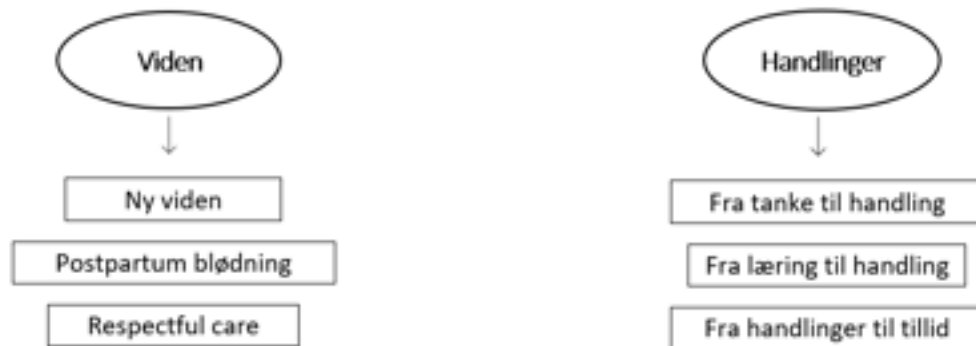
4.2 TEMATISK ANALYSE

I den tematiske analyse har jeg en abduktiv tilgang. At arbejde abduktivt er ifølge Loni Ledderer, ph.d. i sundhedsvidenskab, en kombination af den induktive og deduktive tilgang. I den induktive tilgang tager analysen udgangspunkt i empiren og skaber en generel slutning. I den deduktive tilgang tager analysen udgangspunkt i teoretiske modeller og begreber, som efterprøves i empirien. I den abduktive tilgang tager analysen udgangspunkt i empirien, hvorfra der via kodning og kategorisering kan udledes nogle mønstre, som forbindes til teoretiske antagelser. I dette projekt kalder jeg mønstrene for temaer. Modsat kan man også gå fra den generelle teori tilbage og se, om de udledte temaer stadig er holdbare (Ledderer, 2018). Denne vekselvirkning mellem dele og helheder mener jeg har mange ligheder med den hermeneutiske cirkel, jf. afsnit 3.2.1.

Da jeg ønsker at undersøge SDA's indflydelse på fødselshjælpernes viden og handlinger, gør jeg 'Viden' og 'Handlinger' til overordnede hovedtemaer. Formålet er at give analysen en struktur. Jeg er bevidst om, at i praksis kan man ikke altid foretage denne stringente opdeling. Med udgangspunkt i den abduktive tilgang starter jeg med at kode alle små og store afsnit i studierne, som har relation til 'Viden' og 'Handlinger'. Mit fokus er på PPH og RC, hvorfor afsnit, der ikke relaterer sig til dette, sorteres fra efterfølgende. Som tidligere nævnt er der stort set ingen afsnit, der specifikt omhandler RC. De udvalgte afsnit samler jeg i kategorier, hvorfra jeg udleder undertemaerne 'Ny viden', 'Fra tanke til handling', 'Fra læring til handling' og 'Fra handlinger til tillid'.

For at relatere undertemaerne til anbefalinger for god praksis vil jeg relevante steder forbinde dem med udvalgte afsnit fra de danske og internationale etiske retningslinjer for jordemødre. Ligeledes inddrager jeg begreber fra lektor i erhvervspædagogik Vibeke Aarkrogs bog 'Fra teori til praksis' (2010), fordi begreberne har fokus på, hvordan viden overføres til praksis. Under hovedtemaet 'Viden' ønsker jeg ikke blot at analysere, hvad studierne viser om SDA's indflydelse på fødselshjælpernes viden, men med ordet indflydelse finder jeg det også relevant at analysere indholdet af den viden og de handlinger, som SDA formidler om PPH og RC. Ifølge studiet af Bolan et al. (2018) foretrækker fødselshjælperne at se SDA's film frem for de skriftlige instrukser. Jeg vil derfor sammenligne udvalgte filmklip i SDA's moduler omhandlende 'Active Management of Third Stage of Labour' (AMTSL), PPH og RC med danske retningslinjer. Da jeg har haft mine sidste klinikperioder på Slagelse Sygehus vælger jeg retningslinjerne derfra. SDA og retningslinjerne fra Slagelse kan begge ses som fødselshjælperes og jordemødres daglige arbejdsredskab, hvorfor disse sammenlignes. Jeg analyserer ikke alle SDA's film om AMTSL og PPH, men har fokus på, hvad filmene formidler om de indledende handlinger på fødestuen ved PPH.

Følgende model giver et overblik over hoved- og undertemaer i min tematiske analyse.



5. KRITISK LÆSNING

I dette afsnit foretager jeg en kritisk læsning af studierne af Bolan et al. (2018) og Thomsen et al. (2019). I afsnit 4.1 har jeg beskrevet, hvordan den kritiske læsning gribes an.

5.1 DEN KVANTITATIVE DEL AF STUDIET AF BOLAN ET AL. (2018)

I randomiseringsprocessen var det fødestederne og ikke fødselshjælperne, der blev randomiseret. Dette var for at undgå, at nogle fra kontrolgruppen kunne se med på SDA hos interventionsgruppen, og derefter påvirke resultaterne. Dermed elimineredes denne bias (Bolan et al., 2018; Jørgensen & Linneberg, 2016). Det var ikke muligt at blinde kontrol- og interventionsgruppen, da interventionen var brug af SDA. Studiet påpeger, at det kan øge risikoen for informationsbias. Fx kan man forestille sig, at SDA-brugerne vil have en tilbøjelighed til at score højere på deres selvtillid i forhold til at håndtere PPH, fordi de ved, at de har anvendt SDA (Bolan et al., 2018; Jørgensen & Linneberg, 2016). Det fremgår ikke tydeligt, om forskerne har været blindede i deres analyse af de kvantitative data. Jeg formoder ikke dette, da de kvantitative data blev fusionerede med de kvalitative interviews, som det ikke er muligt at blinde.

Studiet beskriver i høj grad og analyserer på baggrundsdata som fødselshjælpernes alder, køn, faggrupper, erfaringer med fødsler og smartphones. Det styrker studiets troværdighed, at det forholder sig til disse mulige confoundere (Sekretariatet for Referenceprogrammer, 2004; Jørgensen & Linneberg, 2016).

Der var ved baseline rekrutteret 64 deltagere. Frem til opfølgningen 3 måneder efter var der et frafald på 2 personer i interventionsgruppen grundet sygdom. Studiet analyserer kun data på baggrund af de 62 personer, altså en per protocol analyse. Ud fra princippet om intention-to-treat burde alle deltagere dog indgå i analysen for at lade den afspejle den kliniske hverdag uden for studiets rammer (Bolan et al., 2018; Lindahl & Juhl, 2016).

Studiet har fastsat p-værdien i alle beregninger til at være under 0,05 (Bolan et al., 2018). Denne er et udtryk for, at sandsynligheden er mindre end 5% for, at resultaterne er fremkommet ved et tilfælde, og de kan dermed betragtes som signifikante (Thisted, 2018). P-værdierne for de forskellige resultater er opstillet i studiets tabeller, som giver et overblik (Bolan et al., 2018). Der er ikke foretaget en styrkeberegning, som er en beregning på, hvor mange deltagere der skal være i forsøget for at påvise en signifikant effekt. Styrken fastsættes oftest til 80, hvilket er et udtryk for, at sandsynligheden for at påvise en signifikant effekt er 80% (Christensen & Jørgensen, 2018). Forskerne begrundet den manglende styrkeberegning med, at det er et pilotstudie. De havde dog på forhånd vurderet, at de skulle have mindst 30 deltagere i hver gruppe for at kunne anvende statistiske tests (Bolan et al., 2018).

5.2 DEN KVALITATIVE DEL AF STUDIET AF BOLAN ET AL. (2018)

Studiet anvender triangulering, hvilket styrker troværdigheden. Fx ses en høj grad af teoritriangulering, idet den teoretiske ramme, der danner baggrund for de 18 interviews, bygger på 33 teorier om adfærdsændring, som er samlet til temaer, hvortil deltagernes udsagn kodes. Der analyseres dermed deduktivt, idet teorien styrer analysen. Både fødselshjælpere fra interventions- og kontrolgruppen interviewes. Dermed anvender studiet kildetriangulering. Da det kun er førsteforfatteren, der har udformet interviewguide og analyseret indholdet, har studiet en svaghed omkring forskertriangulering (Bolan et al., 2018; Høstrup et al., 2009; Malterud, 2017).

I forhold til studiets overførbarhed er der ikke en beskrivelse af, hvordan de 18 interviewpersoner er udvalgt ud af de 62 deltagere i RCT-studiet. Ligeledes mangler en beskrivelse af konteksten omkring interviewene og forskerens relation til interviewpersonerne. Til gengæld er demografiske karakteristika fra RCT-studiet tydeligt opstillet i en tabel (Bolan et al., 2018; Høstrup et al., 2009).

Studiet er transparent omkring den anvendte teori og den deduktive proces, og forskernes for forståelse udspringer af introduktionen. Det svækker dog studiets transparens, at førsteforfatteren, der har udført interviewene, ikke reflekterer over sin egen eventuelle indflydelse på fundene (Høstrup et al., 2009).

På baggrund af ovenstående fremstår både den kvantitative del af studiet og de kvalitative interviews med tydelige svagheder og styrker. Samlet vurderer jeg dog studiet validt og vælger at inddrage det i den tematiske analyse, da jeg mener, det kan være med til at besvare problemformuleringen.

5.3 DET KVALITATIVE STUDIE AF THOMSEN ET AL. (2019)

Studiet anvender metodetriangulering ved at kombinere fokusgruppeinterviews med individuelle interviews. Derudover inddrages også data fra observationer og samtaler. At informanterne har forskellige uddannelsesmæssige baggrunde, og der både er interviewet fødselshjælpere, der anvender og ikke anvender SDA, er et udtryk for kildetriangulering (Høstrup et al., 2009; Thomsen et al., 2019). I forhold til Malteruds beskrivelse af teoritriangulering kan det i første omgang ses som en svaghed, at der ikke analyseres med forskellige teoretiske perspektiver. Studiet har dog en fænomenologisk tilgang og arbejder med systematisk tekstkondensering, hvor de i henhold til denne analysemetode afslutningsvis diskuterer deres fund op mod relevante undersøgelser og studier (Malterud, 2017; Thomsen et al., 2019). På den baggrund anskuer jeg ikke den manglende teoritriangulering i analysen som en svaghed. To tolke har samarbejdet om at oversætte og transskribere, og en forsker har interviewet ved baseline og en anden ved follow-up året efter. Dette er et udtryk for forskertriangulering (Thomsen et al., 2019; Høstrup et al., 2009).

I forhold til at vurdere overførbarheden til andre sammenhænge er der en beskrivelse af informanternes faglige baggrund samt kønsfordeling i den ene gruppe. Der mangler en generel beskrivelse af fx køn, alder og års erfaring efter endt uddannelse. Forskerne beskriver til gengæld karakteristika for de distrikter i Etiopien, hvor studiet er udført (Høstrup et al., 2009; Thomsen et al., 2019).

Studiet udviser transparens ved at vise overvejelser om, hvorvidt informanterne drejede svarene om deres oplevelse med SDA i en positiv retning, fordi de blev interviewet af nogle med association til MF. Ligeledes nævner studiet muligheden for informationsbias, hvis nogle af informanterne i fokusgruppeinterviewene udtrykte enighed med de andres svar for ikke at skille sig ud. På baggrund af forskelligartede svar angives dette dog ikke som noget overordnet problem (Thomsen, 2019; Høstrup et al., 2009).

På baggrund af den kritiske læsning vurderer jeg studiet validt i forhold til den tematiske analyse.

6. TEMATISK ANALYSE

I de følgende afsnit udfører jeg en tematisk analyse under hovedtemaerne 'Viden' og 'Handler'. I afsnit 4.2 har jeg gjort rede for, hvordan jeg griber den tematiske analyse an.

6.1 VIDEN

I dette afsnit redegør jeg først kort for studierne resultater i forhold til fødselshjælpernes viden om PPH. Derefter analyserer jeg, hvilken sammenhæng der er mellem faglig viden og jordemoderens omsorg for kvinden, samt hvilken relation det har til SDA. Til sidst analyserer jeg det faglige indhold i SDA ved at sammenligne udvalgte dele af SDA's film om AMTSL, PPH og RC med danske retningslinjer.

6.1.1 NY VIDEN

Både i studiet af Bolan et al. (2018) og studiet af Thomsen et al. (2019) fremgår det, at SDA-brugerne har fået ny viden om PPH. I studiet af Thomsen et al. (2019) udtaler en af fødselshjælperne: *"I didn't know that by massaging the uterus, the uterus can be contracted, but now I have learned from the app that massaging the uterus will make the uterus contract and stop the bleeding"* (s. 8). Ligeledes udtaler en anden af fødselshjælperne: *"For example, if PPH happens, you need to know whether the medication should be given as fluid, orally or as a muscular injection... since we got this app, it helps us to remember medication dosage and the medication instructions"* (s. 7). Nogle af SDA-brugerne efterlyser endnu flere instrukser, fx hvordan man anlægger en intravenøs adgang eller suturerer en bristning (Thomsen et al., 2019).

I studiet af Bolan et al. (2018) fik både kontrolgruppen og interventionsgruppen testet deres viden om PPH ved baseline og 3 måneder efter. Deres viden blev scoret ud fra spørgsmål om PPH på SDA. Gennemsnitsværdien for denne score var næsten ens i begge grupper ved baseline. Kontrolgruppen havde en gennemsnitsscore på 47,5 point og interventionsgruppen på 47,8 ud af 100 point. 3 måneder efter baseline havde kontrolgruppen en gennemsnitsscore på 49,1 point og interventionsgruppen på 66,7 point. Forskellen mellem ændringen i de to gruppers score er 17,4, og p-værdien blev udregnet til at være 0,001. Resultatet er således statistisk signifikant, idet studiet har sat p-værdien til at være under 0,05 (Bolan et al., 2018).

De Etiske Retningslinjer for Jordemødre i Danmark (ERJ) beskriver jordemoderfaglig omsorg *"som en samlebetegnelse for jordemoderens fagligt begrundede interaktion med gravide og fødende, deres partnere, ufødte og nyfødte børn, familien efter fødslen og unge fremtidige forældre"* (Jordemoderforeningen, 2010, s. 3). Jeg hæfter mig ved ordene 'fagligt begrundede', som inddrages i dette afsnit samt ordet 'interaktion', der inddrages i afsnit 6.1.3.

Ifølge 'Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv.' er det jordemoderens pligt *"at holde sin uddannelse ved lige, følge udviklingen inden for jordemoderfaget og gøre sig fortrolig med ny viden af betydning for erhvervsudøvelsen"* (Sundheds- og ældreministeriet, 2001b). At jordemoderen følger udviklingen og gør sig fortrolig med ny viden harmonerer med den del af den jordemoderfaglige omsorg, der jf. ERJ skal være 'fagligt begrundet'. De internationale etiske retningslinjer for jordemødre (ICEM) har et mål om at forbedre kvaliteten af den omsorg, der ydes for kvinder, nyfødte og familier ud over hele verden. Her er et af punkterne ligeledes, at jordemoderen bør anvende up-to-date og evidensbaseret viden, sådan at der skabes en tryk og sikker jordemoderfaglig omsorg i alle miljøer og kulturer (International Confederation of Midwives, 2014). På baggrund af dette bliver SDA's indflydelse på den faglige viden vigtig, fordi øget viden kan være med til at skabe et trygt og sikkert miljø for kvinderne.

Som nævnt i afsnit 1.2 og 1.3 har mange af fødselshjælperne i landsbyerne i LMIC i Afrika ikke en jordemoderuddannelse på samme niveau som i Danmark. Jeg finder ICEM's retningslinjer relevante for fødselshjælperne også, da målet for retningslinjerne er at øge kvaliteten af omsorgen for kvinder, nyfødte og familier over hele verden.

6.1.2 POSTPARTUM BLØDNING

Jf. afsnit 1.5 bygger det faglige indhold i SDA hovedsageligt på WHO's anbefalinger. Retningslinjen 'Postpartum blødning' fra Slagelse Sygehus (D4-PPH) (D4, 2020) er overvejende udarbejdet på baggrund af en guideline fra Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG, 2017). Denne har flere af de samme referencer som WHO's anbefaling om forebyggelse og behandling af PPH (WHO, 2012).

Både i SDA og D4-PPH anbefales det, at der som blødningsprofylakse gives 10 IE oxytocin til alle fødende. SDA anbefaler 10 IE intramuskulært (i.m.) eller intravenøst (i.v.) inden for 1 min. efter barnets fødsel. D4-PPH anbefaler 10 IE i.m. efter første skulders fødsel eller lige efter. SDA nævner nogle alternativer som fx misoprostol, hvis oxytocin ikke er tilgængeligt.

D4-PPH anbefaler at skifte det blå underlag lige efter barnets fødsel, sådan at blødningen kan vejes med så lidt fostervand som muligt. SDA omtaler ikke, at underlaget bør skiftes. I Burundi erfarede jeg, at kvinderne ikke altid lå på et. I SDA anbefales det at holde navlesnoren fast og trække forsigtigt med den ene hånd i fødselskanalens retning, mens den anden hånd holder på uterus lige over symfyen. D4-PPH anbefaler at føde placenta med et let træk i navlesnoren. (MF, u.å.; D4, 2020).

I løbet af jordemoderuddannelsen er jeg flere gange stødt på undervisere og studerende, der har refereret til projekter, som har undersøgt effekten fx af injektion af oxytocin som blødningsprofylakse eller skønnet versus afmålt blødningsmængde i forhold til opgørelse af den samlede blødning. Dette projekts sigte er ikke en analyse af evidensen for de enkelte kliniske handlinger i relation til forebyggelse og behandling af PPH. Jeg mener dog, der kan være kliniske procedurer, hvor vi i en dansk kontekst bedre kan forholde os afventende over for den profylaktiske behandling end i en afrikansk landsby, fordi vi har muligheden for hurtig behandling, hvis komplikationer opstår. Det kan fx være i relation til injektion af oxytocin som blødningsprofylakse.

I forhold til behandlingen af PPH har jeg fokus på nogle af de indledende handlinger på fødestuen ved PPH. Både i SDA og D4-PPH er handlinger som at tilkalde hjælp, kugle uterus, katerisere blæren, anlægge i.v. adgang, undersøge blødningsårsagen, udøve bimanuel kompression af uterus og/eller aorta kompression rekommanderet. Anbefalingerne for medicinen er overordnet de samme dog med enkelte forskelle. Fx anbefales det i SDA at blande 20 IE oxytocin i 1 liter natriumklorid eller Ringer Laktat med indløb så hurtigt som muligt. I D4-PPH anbefales 20 IE oxytocin i 500 ml natriumklorid med et indløb på 200 ml/t (MF, u.å.; D4, 2020). I SDA anbefales misoprostol sublingualt eller rektalt, misoprostol anbefales ikke i D4-PPH. Både i studiet af Bolan et al. (2018) og studiet af Thomsen et al. (2019) bemærker jeg flere steder, hvor fødselshjælperne omtaler, at de

nu har lært at anvende misoprostol og oplever, at det stopper blødningen. Anvendelsen af oxytocin omtales ikke på samme måde. Dette kan i første omgang give anledning til undren, da SDA anbefaler oxytocin som førstevalg, og WHO skriver, at der er færre bivirkninger ved oxytocin end misoprostol (WHO, 2012). Med tanke på, at oxytocin er mere temperaturfølsomt end misoprostol og skal opbevares i køleskab eller højst 3 måneder ved højst 25 grader (pro.medicin.dk, 2020), giver anvendelsen af misoprostol god mening. I mange landsbyer er det varmt, og mange af fødestederne har ikke et køleskab. Har de et køleskab, rammes det ofte af strømsvigt (e-mail, 8. oktober 2020).

6.1.3 RESPECTFUL CARE

Som tidligere nævnt definerer ERJ den jordemoderfaglige omsorg som en fagligt begrundet interaktion med bl.a. kvinden og hendes partner (Jordemoderforeningen, 2010). Den faglige begrundelse har jeg uddybet tidligere. I dette afsnit inddrager jeg begrebet 'interaktion'.

'Interaktion' betyder ifølge psykolog Per Shultz Jørgensen *"et socialt samspil, hvor grupper eller individer gennem deres gensidige handlinger påvirker hinanden"* (Jørgensen, 2020). Jeg vil hovedsageligt se på jordemoderens interaktion med kvinden på fødestuen. I den forbindelse finder jeg det centralt, at ICEM skriver følgende: *"Midwives respond to the psychological, physical, emotional and spiritual needs of women seeking health care, whatever their circumstances (non-discrimination)"* (International Confederation of Midwives, 2014, s. 2). Dette perspektiv tydeliggør, at jordemoderen bør interagere med kvinden som et helt menneske med behov af forskellig karakter. Grundtonen i dette mener jeg altid skal være, at jordemoderen udviser respekt over for kvinden og hendes behov. På den baggrund bliver det yderst relevant, at SDA har inkluderet RC.

SDA's film om RC er en af de første ud af de 8 små film omhandlende 'Normal Labour and Birth'. Enkelte sætninger relateret til RC indgår i SDA's skriftlige praktiske procedurer, og elementer fra filmen om RC er inddraget i andre moduler. Fx nævnes det i modulet 'Prolonged Labour', at kvinden bør behandles varsomt og med respekt (MF, u.å.). Fordi RC er en film i SDA's modul om den normale fødsel, vil jeg i det følgende sammenligne indholdet med retningslinjen 'Fødsel, ukompliceret' fra Slagelse Sygehus (D4-FU) (D4, 2019). Min holdning er dog, at RC altid bør være en del af jordemoderens interaktion med kvinden, uanset fødselens forløb.

D4-FU har ikke et særskilt afsnit om RC, men nogle af de samme anbefalinger, som er i SDA's film om RC, er indskrevet forskellige steder i retningslinjen. SDA indleder filmen om RC med at påpege, at en fødsel kan være

en sårbar og smertefuld oplevelse, og at alle kvinder og deres ledsagere fortjener og har ret til at blive behandlet med venlighed, værdighed og respekt. Filmen nævner efterfølgende, at hvis kvinden er bange for at blive mishandlet, kan det medføre, at hun ikke opsøger den professionelle hjælp, hun har brug for (MF, u.å.). Denne problematik påpegede jeg i afsnit 1.4. I D4-FU nævnes ordet respekt også i et af de indledende afsnit. Her sættes det i relation til at udvise respekt for den fødendes og parrets forventninger til fødslen (D4, 2019). En specifik frygt for mishandling nævnes ikke i D4-FU.

I SDA påpeges det, at det er fødselshjælperens opgave, at kvinden føler sig i trygge hænder hele tiden. D4-FU skriver tilsvarende, hovedsageligt i forbindelse med passager om smertelindring, at det er vigtigt, at kvinden føler sig hørt og tryk og hjælpes til at give udtryk for behov og ønsker (D4, 2019). SDA har enkelte praktiske anvisninger som at tale til kvinden i et simpelt, forståeligt sprog, indhente tilladelse før kliniske handlinger, tillade en ledsager på fødestuen og aldrig efterlade kvinden alene (MF, u.å.) D4-FU skriver ikke, at jordemoderen skal tillade kvinden at have en ledsager på fødestuen, hvilket jeg formoder bundet i, at en ledsager på fødestuen i Danmark betragtes som en selvfølge. Jordemoderens kontinuerlige tilstedeværelse på stuen i den aktive del af fødslen nævnes også i D4-FU med begrundelsen, at det *"skaber tryghed, nedsætter behovet for smertestillende medicin og medvirker til, at parret kommer styrket ud af fødslen"* (D4, 2019, s. 3). Et fokus på, at parret kommer styrket ud af fødslen, harmonerer med ERJ, som skriver, at jordemoderen skal understøtte, at fødslen forløber så ukompliceret som muligt, *"da den spontant forløbne fødsel antages at rumme kvaliteter som fysisk sikkerhed, menneskelig styrke og personlig vækst"* (Jordemoderforeningen, s. 5). At understøtte, at fødslen forløber så ukompliceret som muligt, mener jeg, jf. den tidligere nævnte retningslinje fra ICEM, inkluderer, at jordemoderen imødekommer kvindens fysiske, psykiske, emotionelle og åndelige behov. Jeg vender tilbage til dette i diskussionen.

6.1.4 DELKONKLUSION PÅ VIDEN

Den kvantitative måling i studiet af Bolan et al. (2018) viser, at interventionsgruppen har fået signifikant øget viden om PPH efter 3 måneders brug af SDA. Dette bekræftes i de kvalitative interviews i begge studier. Ny viden, som er up-to-date og evidensbaseret, er en vigtig del af den jordemoderfaglige omsorg, da det kan være med til at skabe et trygt og sikkert miljø for kvinderne. Det faglige indhold i SDA's film om PPH og RC har mange lighedspunkter med retningslinjerne fra Slagelse Sygehus. Der er dog nogle forskelle fx i anbefalingerne for medicinen ved PPH.

6.2 HANDLINGER

På baggrund af studiet af Bolan et al. (2018) og Thomasen et al. (2019) analyserer jeg i dette afsnit, hvilken indflydelse SDA har på fødselshjælpernes handlinger. Jeg opdeler analysen i tre afsnit, hvor første del omhandler SDA's indflydelse på måden at tænke på og hvilken konsekvens, det har for fødselshjælpernes handlinger. Dernæst analyserer jeg SDA's indflydelse på måden at lære på og konsekvensen for fødselshjælpernes handlinger. Til sidst analyserer jeg sammenhængen mellem SDA-brugernes nye handlinger og deres selvtillid samt tillid fra omgivelserne.

6.2.1 FRA TANKE TIL HANDLING

Studiet af Bolan et al. (2018) viser, at flere fra interventionsgruppen har oplevet, hvordan SDA har ændret deres måde at tænke på, og at dette har medført nye måder at handle på: *"Respondents reported changes in their intentions, belief about capabilities, and memory/attention/decision processes, which led them to change their management of BEmONC"* (s. 702). BEmONC betyder Basis Emergency Obstetric and Newborn Care (Bolan et al., 2018). Studiet nævner 12 BEmONC-procedurer, hvoraf håndtering af PPH er en af dem. Ifølge ICEM bør jordmoderen stræbe efter at vokse personligt, intellektuelt og professionelt og integrere dette i sin praksis (International Confederation of Midwives, 2014). At SDA-brugerne ikke kun får ny viden, men også forandres i deres måde at tænke og handle på, kan ses som en måde, hvorpå de vokser personligt, intellektuelt og professionelt.

Aarkrog påpeger, at ved at lære noget nyt udvikler man også sine generelle evner. Hun mener, at denne udvikling fx kan dreje sig om *"evnen til at systematisere eller planlægge eller udviklingen af fingerfærdighed og evnen til at håndtere værktøjer"* (Aarkrog, 2010, s. 25). I begge studier beskriver SDA-brugerne, hvilken konsekvens denne udvikling af deres evner har. I studiet af Bolan et al. (2018) fortæller interventionsgruppen, hvordan de nu i akutte situationer kan udføre måling af vitale værdier, uterus massage, bimanuel uteruskompression, kontrolleret træk i navlesnoren, opsætte intravenøs væske og give misoprostol. Nogle fra interventionsgruppen udtaler ligeledes, at de ikke ser flere dødsfald relateret til PPH nu. I studiet af Thomsen et al. (2019) beskriver SDA-brugerne tilsvarende, hvordan SDA har bidraget til, at de har udviklet flere kliniske færdigheder. Dette har bl.a. resulteret i, at de i højere grad formår at stoppe blødning og forstår, hvorfor dette er vigtigt, før de overflytter kvinderne til hospitalet. SDA-brugernes udvikling kommer dermed i høj grad kvinderne til gode og harmonerer med ICEM's målsætning om, at jordmoderens personlige, intellektuelle og professionelle udvikling bør integreres i praksis (International Confederation of Midwives, 2014).

6.2.2 FRA LÆRING TIL HANDLING

Flere steder nævner SDA-brugerne, at den undervisning og træning, de har modtaget før, er alt for teoretisk og svær at omsætte til praksis. SDA har givet anledning til en helt ny måde at lære på. Følgende udtalelser understreger dette: *"... the tool is experienced to be practical in its instructions, and helps its users translate theoretical knowledge into practice by visually communicating which steps to take."* (Thomsen et al., 2019, s. 9). *"When we hear and see [the information] at the same time it teaches a lot."* (Bolan et al., 2018, s.706). SDA-brugerne oplever det ligeledes motiverende, når de kan se, at det, de lærer, forbedrer praksis: *"PPH resolves if you use what is in the video... It's really encouraging."* (Bolan et al., 2019, s. 702).

Den nye måde at lære på viser sig i forskellige situationer. SDA-brugerne fortæller, at de både bruger appen før, under og efter et fødselsforløb. Ligeledes anvendes SDA både individuelt, i grupper, blandt fødselshjælpere trænet for mange år siden og som en guide til hjælpere på fødestuen (Bolan et al., 2018; Thomsen et al., 2019). Dette harmonerer med følgende retningslinjefra ICEM: *"Midwives contribute to the formal education of midwifery students and ongoing education of midwives"* (International Confederation of Midwives, 2014, s. 3). En indsigt i, hvordan jordemødre og studerende lærer bedst, kan ses som en vigtig og relevant del af denne 'ongoing education', hvor formålet, jf. ICEM's overordnede mål, er, at omsorgen for kvinder, nyfødte og familier ud over hele verden, forbedres (International Confederation of Midwives, 2014).

SDA-brugerne beskriver, hvordan de før fødslen bruger SDA til at opdatere deres viden og forberede sig, når kvinden er på vej til fødestedet. Under fødslen skruer nogle op for lyden på videoerne og følger de forskellige steps. I en akut situation som PPH bruges SDA som en reference til at se, hvordan situationen skal håndteres eller til at repetere medicindoseringer og administrationsmåder. Efter fødslen anvendes SDA som hjælp til at reflektere over et kompliceret forløb og vurdere, om nogle af SDA's anbefalinger blev glemt (Thomsen, 2019). Aarkrog (2010) bruger begrebet transfer om en måde, hvorpå man overfører noget, man har lært i en situation til en anden situation. Transfer kan både være nær med mange ligheder mellem lærings- og anvendelsessituationen og fjern med få ligheder mellem lærings- og anvendelsessituationen. I en tidsmæssig kontekst er den nære transfer et udtryk for kort tid mellem indlærings- og anvendelsessituationen, og den fjerne transfer er lang tid mellem lærings- og anvendelsessituationen. Den nære transfer gør det lettere at overføre det, man har lært i en situation til en anden. I studiet af Thomsen et al. (2019) påpeges følgende: *"For some of the health workers, the app seems to similarly become indispensable in complicated delivery situations and can be portrayed as an extended hand helping them to do something in situations they cannot manage otherwise."* (s.10). Når SDA-brugerne udtrykker, at de anvender SDA lige før, under eller kort tid efter et fødselsforløb, og at SDA

bliver deres 'forlængede arm', kan det med reference til Aarkrog ses som en nær transfer, der næsten får læring og anvendelse til at smelte sammen.

6.2.3 FRA HANDLINGER TIL TILLID

I studiet af Bolan et al. (2018) skulle kontrolgruppen og interventionsgruppen score deres selvtillid i forhold til at håndtere 12 forskellige BEmONC. Et scoresystem var udviklet og testet af MF til dette formål. Deltagerne udfyldte scoreskemaet både ved baseline og 3 måneder efter. I 5 ud af de 12 færdigheder sås en stigning af selvtillidsscoren hos interventionsgruppen. En af disse var håndtering af PPH, hvor scoren fra baseline til 3 måneder i gennemsnit øgedes med 0,50 på en skala med 4 point. Dette gav en p-værdi på 0,03 og var således signifikant. Målingen kan på den ene side sige noget om, at selvtillid i forhold til håndtering af PPH øgedes signifikant hos SDA-brugerne. Dette understøttes af de kvalitative interviews, hvor interventionsgruppen bl.a. fortalte, at gamle vaner var blevet brudt, og at de ikke vidste nok før, men oplevede større tro på egen kapacitet efter implementeringen af SDA (Bolan et al., 2018). På den anden side er det vigtigt at understrege, at denne måling ikke er en objektiv måling af viden og handlinger i relation til PPH, men den baserer sig kun på interventionsgruppens subjektive oplevelse af selvtillid. Den objektive 'knowledge score' i relation til PPH har jeg beskrevet i afsnittet 6.1.1.

I studiet af Thomsen et al. (2019) beretter SDA-brugerne også om øget selvtillid, og hvordan det har resulteret i mindre frygt for akutte situationer og færre overflyttelser af blødende kvinder. SDA-brugerne oplever imidlertid ikke kun øget selvtillid, men også øget tillid fra landsbyen, fordi de kan se, at fødselshjælpernes kompetencer er steget. En af SDA-brugerne udtaler: *"I can say there is a great change at the health posts and in our skills too. It develops our trust in community... the number of women being delivered at my health post has increased."* (Thomsen et al., 2019, s. 9). Med henvisning til bl.a. danske, engelske og Hollandske studier siger vi i Danmark, at det for lav-risiko-gravide er sikkert at føde hjemme (Thomsen, L. N., u.å.). I en afrikansk landsby med ringe infrastruktur er det mere sikkert at føde på et fødested med trænet personale frem for derhjemme (Pearson, Larsson, Fauveau, & Standley, 2006). At flere kvinder vælger at føde på et af landsbyens fødesteder er dermed positivt.

Thomsen et al. (2019) henviser i diskussionen til et studie, som har undersøgt, hvordan sygeplejersker og jordemødres empowerment kan styrkes. Empowerment handler om at styrke individet til at få kontrol, tage ansvar og modvirke en følelse af afmagt (Renolen, 2011). Studiet konkluderer følgende: *"... nurses and midwives, who have access to continuous training and skill development experience greater autonomy and self-confidence,*

which can lead to improved quality of care delivery and respect from peers and communities". (Thomsen, 2019, s. 10). Dette citat bekræfter ovenstående analyse, som viser, at når fødselshjælpernes empowerment styrkes via SDA, stiger kvaliteten af omsorgen for de fødende og tilliden fra omgivelserne øges.

6.2.4 DELKONKLUSION PÅ HANDLINGER

I studiet af Bolan et al. (2018) nævner flere fra interventionsgruppen, at SDA har ændret deres måde at tænke på. Dette har medført en bedre håndtering af akutte situationer som fx PPH. Studiet af Thomsen et al. (2019) beretter ligeledes om flere kliniske handlekompetencer blandt SDA-brugerne, som bl.a. har medført evnen til at stoppe blødning hos kvinderne. Generelt berettes det i begge studier, at SDA har givet anledning til en helt ny måde at lære på. SDA bruges både før, under og efter fødslerne og mindsker den tidsmæssige afstand mellem læring og anvendelse af den nytilegnede viden. Den kvantitative måling af kontrol- og interventionsgruppens selvtillids-score viser en signifikant øget selvtillid hos interventionsgruppen i forhold til at håndtere PPH. De kvalitative interviews bekræfter dette. SDA-brugerne oplever ikke kun øget selvtillid, men også øget tillid fra landsbyen. Dette har medført, at flere kvinder vælger at føde på de lokale fødesteder.

7. DISKUSSION

Analysen viser overvejende, hvilke fordele der er for fødselshjælperne ved at anvende SDA. I det følgende vil jeg diskutere analysens fund i lyset af, hvilke begrænsninger og udfordringer der kan være forbundet med SDA. I den forbindelse definerer og inddrager jeg begrebet 'det teknokratiske paradigme' (Davis-Floyd, 2001) samt begreberne 'specifik transfer' og 'generel transfer' (Aarkrog, 2010). Slutteligt vil jeg kort diskutere, hvorvidt SDA kan anvendes i Danmark.

7.1 SDA OG DET TEKNOKRATISKE PARADIGME

Af analysen fremgår det, at SDA medfører signifikant øget viden om PPH. Ligeledes beretter SDA-brugerne om nye måder at tænke og lære på, som har medført nye handlekompetencer. Det kan diskuteres, hvorvidt der er en bagside af denne positive indflydelse. I begge studier nævnes svingende elektricitet som en udfordring i forhold til at få opladet mobiltelefoner og dermed kunne anvende SDA. Ved manglende elektricitet må nogle af fødselshjælperne rejse til et andet distrikt for at oplade deres telefon. I forbindelse med manglende elektricitet

nævner nogle af fødselshjælperne også, at de på deres fødested mangler de materialer, som SDA anbefaler (Bolan et al., 2018; Thomsen et al. 2019). Analysen viser, at SDA-brugernes selvtillid bliver styrket, og tilliden fra landsbyen stiger. Det kan dog tyde på, at SDA også kan tydeliggøre, hvad fødselshjælperne mangler bl.a. i forhold til elektricitet og materialer. På den baggrund kan det diskuteres, om SDA får en helt modsat indflydelse og medfører en oplevelse af afmagt, fordi fødselshjælperne begrænses i at få adgang til den viden og de handlemuligheder, der er forbundet med SDA.

En opmærksomhed på denne afmagt kan endvidere give anledning til at diskutere, hvorvidt et fokus på bl.a. manglende materialer for nogle fødselshjælpere kan tage fokus fra de af SDA's anbefalinger, som blot kræver hænder, handsker og den medicin, de har til rådighed (Thomsen et al., 2019). I den forbindelse finder jeg det relevant at inddrage et perspektiv fra antropolog Robbie Davis-Floyds artikel 'The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth' (2001). Davis-Floyd påpeger, at i det teknokratiske paradigme anses kroppen som en maskine og den fødende kvinde som et objekt. Fødslen betragtes som en mekanisk proces, hvor barnet er produktet. I den forbindelse er begreberne 'high tech' og 'low touch' centrale, fordi udvikling anses at gå gennem teknik, og det, der under fødslen kan kontrolleres med maskiner og teknisk udstyr, er mere pålideligt frem for det, der kan sanses (Davis-Floyd, 2001).

I Burundi erfarede jeg, at der for fødselshjælperne på klinikken var status i at få nyt udstyr, selvom om de ikke helt vidste, hvordan det skulle anvendes. Således oplevede jeg en tendens til at tro, at faglig udvikling hovedsageligt skulle foregå via anskaffelse af materielle ting frem for at udvikle deres viden og handlinger ud fra, hvad de i forvejen havde til rådighed. En tilsvarende interessant overvejelse i studiet af Thomsen et al. (2019) er, hvorvidt den tillid, som fødselshjælperne oplever fra landsbyen og kvinderne efter implementeringen af SDA, kun skal tilskrives fødselshjælpernes nye viden og handlinger, eller om den symbolske værdi i at have et nyt teknisk værktøj også er en væsentlig faktor. Med Floyds begreber 'high tech' og 'low touch' ser jeg en mulighed for, at grundlæggende jordemoderfaglige handlinger som fx at kugle uterus, udøve bimanuel kompression af uterus eller aortakompression samt bruge sine sanser til at undersøge årsagen til blødning og kvindens generelle velbefindende nedprioriteres i forhold til at kunne anvende SDA og bruge det materielle udstyr, som den anbefaler.

7.2 SDA PÅ LÆNGERE SIGT

Analysen viser, at SDA-brugerne finder det motiverende at anvende SDA, bl.a. fordi de kan se, at praksis forbedres. Ligeledes oplever de, som tidligere nævnt, at få større selvtillid, tillid fra landsbyen og flere kvinder, der opsøger fødestederne. Dette er som udgangspunkt positivt, men giver også anledning til at diskutere, om disse faktorer er nok på den lange bane i forhold til at fastholde anvendelsen af SDA. Er fødselshjælperne fortsat motiverede for at udvikle deres viden og handlinger via nye moduler i SDA, når den første begejstring har lagt sig?

I analysen påpeges det, at jordemoderen jf. ICEM bør anvende up-to-date og evidensbaseret viden samt stræbe efter at vokse personligt, intellektuelt og professionelt og integrere dette i sin praksis. En af barriererne for at implementere SDA kan ifølge studiet af Bolan et al. (2018) være manglende nationale eller regionale krav om vedvarende faglig udvikling og efteruddannelse. Ligeledes nævner flere af fødselshjælperne, at de ikke oplever forbindelse mellem faglig udvikling og progression i deres karriere. Dårlig løn, og at de ikke skal stå til regnskab for dårlig praksis, nævnes også som barrierer for implementering af SDA og som forhold, der generelt medfører ringe omsorg for patienterne (Bolan et al., 2018).

På den ene side viser analysen en umiddelbar begejstring og motivation for SDA. På den anden side er de førnævnte barrierer mulige begrænsninger på sigt. Ifølge MF (e-mail, 20. oktober & 26. oktober 2020) har jordemoderforeningerne i bl.a. Etiopien, Namibia og Cambodia indført krav om, at deres medlemmer skal optjene et vist antal point årligt for at vise, at udvikler sig fagligt (se bilag 7 fra Namibia). I Etiopien skal jordemødres autorisation fornyes hvert 3. år. Er kravet om antal point ikke opfyldt, bliver autorisationen ikke fornyet. SDA's afsnit 'MyLearning' med spørgsmål og optjening af stjerner samt afsnittet 'The Safe Delivery Champion Certification Exam' er bl.a. blevet måder, hvorpå der kan optjenes og indsendes point. Derudover er SDA's indhold ved at blive lagt ind på en platform kaldet World Continuing Education Alliance. Formålet er, at alle jordemoderforeninger i verden kan få adgang til indholdet og derigennem lade deres medlemmer optjene point via SDA. At optjene og indsende point er næppe løsningen på alle barrierer i forhold til implementering og fastholdelse af SDA. Ikke desto mindre er der på baggrund af ovenstående diskussion grundlag for at tro, at det for nogle fødselshjælpere kan være et redskab til at fastholde faglig udvikling.

7.3 SDA OG RESPECTFUL CARE

På baggrund af analysen kan RC ses som en grundtone i jordemoderens interaktion med kvinden. Interaktionen gælder både kvindens fysiske, psykiske, sociale og åndelige behov. Det var på baggrund af studierne ikke muligt at analysere, hvorvidt SDA har indflydelse på SDA-brugernes viden og handlinger i relation til RC. Jeg vil derfor i det følgende diskutere, hvorvidt RC kan læres via en app.

I SDA's film om RC nævnes indledningsvist ord som venlighed, værdighed og respekt. Senere følger anbefalinger som at indhente samtykke, tillade en ledsager på fødestuen og ikke efterlade kvinden alene (MF, u.å.). Aarkrog (2010) bruger begrebet specifik transfer om situationer, hvor afgrænsede færdigheder og teknikker skal læres og anvendes. Generel transfer drejer sig derimod om generelle teorier og begreber. Som regel er de afgrænsede færdigheder og teknikker nemmere at anvende frem for den generelle viden. Analysen viser, at fødselshjælperne på baggrund af SDA fx lærer at kugle uterus, samt hvilken medicin der skal gives PPH. Med Aarkrogs definition kan dette ses som en specifik transfer. På den baggrund er det muligt at tro, at SDA også kan lære fødselshjælperne konkrete aspekter af RC som fx at tillade en ledsager på stuen eller ikke efterlade kvinden alene. Venlighed, værdighed og respekt betragter jeg derimod som generelle teorier og begreber. Jeg stiller spørgsmål ved, om dette kan læres via SDA.

Ifølge Aarkrog (2010) er de forhold, hvori læringen foregår, af betydning. Et eksempel på dette er den tavse viden, hvor man i en praktisk læringssituation efterligner nogle, der er mere erfarne, uden nødvendigvis at kunne sætte ord på det. I afsnit 1.4 påpegede jeg, at mange kvinder verden over oplever fysisk og verbal mishandling, ydmygelse og tvang. Hvis fødselshjælperne skal lære, hvordan de imødekommer kvindernes individuelle behov, og hvordan venlighed, værdighed og respekt indgår som en generel grundtone, mener jeg, det kræver mere, end hvad de kan lære fra SDA. Med reference til Aarkrog kræver det bl.a., at de indgår i en kontekst, hvor dette udspiller sig, og hvor de efterligner nogle, der udviser RC. Som jordemoderstuderende har jeg selv erfaret, at det har inspireret mig at se og høre, hvordan erfarne jordemødre fx i akutte situationer som PPH har samarbejdet og talt venligt, værdigt og respektfuldt til kvinden og hele tiden forklaret enkelt og roligt, hvad der sker på stuen. Jeg mener dog også, at undervisning, simulationsøvelser, personlig modenhed og livserfaring er forhold, der spiller en rolle i forhold til at lære RC.

Ovenstående diskussion giver anledning til at antage, at SDA bibringer nogle overordnede betragtninger om, hvad RC er samt enkelte konkrete anbefalinger. Men SDA bør ses som et supplement i forhold til den læring, der sker, når fødselshjælpere lærer RC under andre forhold.

7.4 SDA I DANMARK

Analysen viser, at der er flere lighedspunkter, når SDA's film om AMTSL, PPH og RC sammenlignes med retningslinjer fra Slagelse Sygehus. I forhold til medicin ved PPH er der dog enkelte forskelle. Fx er et oxytocindrop ved PPH mindre koncentreret i SDA end i D4-PPHs anbefaling. Ligeledes anbefaler SDA misoprostol, hvilket D4-PPH ikke gør. I SDA's film om RC er der flere overensstemmelser med de små spredte afsnit i D4-FU, som relaterer sig til RC. Fx lægger både SDA og D4-FU vægt på, at kvinden skal føle sig tryk og ikke efterlades alene. SDA påpeger, at kvinderne kan have en frygt for at blive mishandlet. Dette indgår ikke i D4-FU.

Anvendelse af SDA i Danmark kan på den ene side betragtes med en vis skepsis, idet SDA er udviklet til LMIC. Derudover forekommer enkelte forskelle i forhold til en dansk retningslinje, og SDA har nogle begrænsninger i forhold til at lære, hvad RC er. På den anden side viser analysen af det indhold, jeg har udvalgt om PPH og RC også, at der overvejende er ligheder med de danske retningslinjer. Derudover viser analysen, at interventionsgruppens viden og selvtillid i forhold til PPH stiger signifikant efter implementering af SDA. Muligheden for at have en mobiltelefon på sig og anvende SDA før, under eller efter et fødselsforløb viser sig ligeledes gunstigt i forhold til en nær transfer. Under en samtale med den kliniske direktør i MF blev jeg opmærksom på, at nogle medicin- og jordemoderstuderende i Danmark anvender SDA som supplement til deres læsning (telefonsamtale, 3. september 2020). Disse betragtninger taler for en anvendelse af SDA i dansk sammenhæng fx hos studerende og nyuddannede jordemødre. Jeg mener dog, det er vigtigt at være opmærksom på, at man altid bør være bekendt med sin lokale retningslinje. Ligeledes kan SDA ikke erstatte grundlæggende undervisning i fx anatomi, fysiologi, farmakologi, pædagogik og psykologi.

Det kan på baggrund af ovenstående overvejes, hvorvidt læring via apps og kliniske retningslinjer i apps kan udgøre et positivt supplement i jordemoderfaget i Danmark fremtiden. Jeg har endnu ikke selv erfaret det, men har hørt om afdelinger, der har implementeret apps som en del af deres daglige arbejde.

8. METODEKRITIK

I dette afsnit forholder jeg mig kritisk til projektets metode. Jeg har udvalgt de områder i projektet, som jeg finder vigtige at fremhæve i et kritisk perspektiv.

8.1 DEN VIDENSKABSTEORETISKE TILGANG

Til at besvare problemformuleringen valgte jeg både en natur- og humanvidenskabelig tilgang, idet jeg både ønskede at analysere den målbare effekt af SDA på fødselshjælpernes viden og handlinger i relation til PPH og RC samt fødselshjælpernes subjektive oplevelse af at anvende SDA. I diskussionen inddragede jeg få samfundsmæssige perspektiver som det nationale og regionale syn på videreuddannelse samt nyt teknisk udstyr som statusværdi i landsbyerne. Det kunne have styrket analysen, hvis jeg også havde haft en samfundsmæssig tilgang og fx havde analyseret SDA's indflydelse på fødselshjælperes viden og handlinger i forskellige lande, forskellige områder i de enkelte lande eller blandt forskellige faggrupper. I forbindelse med SDA's modul om RC kunne det også have været relevant at analysere forskellige kulturers opfattelser af RC. Fx henviste jeg i afsnit 1.4 til et studie (Bohen et al., 2016), hvor fødselshjælper fra Nigeria var af den opfattelse, at det fik kvinderne til at presse bedre, hvis de blev slået i pressefasen.

8.2 PILOTSTUDIE

Via en bred litteratursøgning og kontakt til MF fandt jeg frem til, at der indtil videre kun er publiceret 4 studier, der har fokus specifikt på SDA. Jeg udvalgte de to, som jeg mente havde størst relevans for besvarelse af projektets problemstilling. Studiet af Bolan et al. (2018) er et kombineret kvantitativt og kvalitativt pilotstudie. Et pilotstudie skal afprøve et projekts design med det formål at sikre, at der fx ikke opstår uforudsete forhindringer i projektfasen (Jørgensen et al., 2016). I analysen har jeg dermed inddraget resultaterne fra et studie, hvor hovedfokus ikke er på resultaterne, men projektets design. Dette mener jeg kan svække den eksterne validitet af min analyse, som ifølge Malterud (2017) betyder, hvorvidt ens fund kan gøre sig gældende i andre sammenhænge.

8.3 STUDIERNES BEGRÆNSNINGER

I analysen har jeg inddraget studier, hvor fokus har været på fødselshjælpernes viden og handlinger i relation til SDA. Ligeledes er modulerne i SDA samt D4-PPH og D4-FU udarbejdet som arbejdsredskaber til fødselshjælpere. Gennem hele analysen har jeg haft for øje, at formålet med at opkvalificere fødselshjælperne er, at kvaliteten af omsorgen for de fødende kvinder forbedres. Som nævnt flere steder er dette i harmoni med ICEM's overordnede mål. Det kunne have nuanceret projektet, hvis jeg også havde inddraget forskning, der undersøger, hvordan kvinderne oplever det, når fødselshjælpernes viden og handlekompetencer øges via SDA. Af litteratursøgningen fremgik det, at ingen af de fire publicerede studier om SDA har undersøgt dette.

Det ville ligeledes have været relevant at undersøge, om fødselshjælperens øgede viden og handlekompetencer har en målbar effekt på PPH fx set i forhold til den materielle morbiditet eller mortalitet. I Studiet af Bolan et al. (2018) fremgår det, at interventionsgruppen har en oplevelse af, at de ikke ser flere dødsfald fra PPH efter implementeringen af SDA. Studiet måler dog ikke på dette og begrundet det med den korte interventionsperiode, en begrænset datamængde, samt at det er et pilotstudie. Ingen af de 3 andre studier, der fremkom ved litteratursøgningen, har materiel morbiditet eller mortalitet som effektmål. Jf. afsnit 3.3 er der publiceret et studie, der undersøger SDA's effekt på incidensen af PPH. Studiet er dog udført i et byområde i Ghana med god infrastruktur og i forvejen høj kvalitet i plejen, hvorfor jeg ikke fandt det relevant for dette projekt.

8.4 FORFORSTÅELSE

I hermeneutikken er det ifølge Thisted (2018) givet, at en forsker bringer sin forforståelse ind i forskningsprocessen. Min forforståelse var, at mange fødselshjælpere i afrikanske LMIC mangler viden og handlemuligheder i forhold til PPH og RC. Jeg havde en formodning om, at SDA kan være et redskab til at opkvalificere fødselshjælperne. Denne forforståelse fik jeg overordnet bekræftet i analysen. Jeg blev dog også opmærksom på, at der kan være nogle udfordringer og begrænsninger forbundet med SDA. Dette diskuterede jeg efter analysen. Jeg er bevidst om, at min forforståelse har influeret fx på min udvælgelse af studier, hoved- og undertemaer i analysen samt udvælgelsen af afsnit fra ICEM og teoretiske begreber fra Aarkrogs bog. Ved at udfolde min forforståelse i problemstillingen samt være transparent gennem hele projektet omkring, hvordan jeg har arbejdet og hvorfor, har jeg, jf. Malterud (2017), arbejdet systematisk og reflekterende, hvilket styrker den videnskabelig proces.

9. KONKLUSION

På baggrund af analysen kan det konkluderes, at effekten af SDA er en signifikant øget viden om PPH. Resultatet er dog fremkommet på baggrund af et pilotstudie, hvorfor der er behov for et større studie til at be- eller afkræfte resultatet. Med udgangspunkt i analysen af de kvalitative studier kan det konkluderes, at SDA-brugerne selv oplever, at SDA bringer dem ny viden.

SDA's effekt på fødselshjælpernes handlinger er ikke målt ved observationer på fødestuen, men som det fremgår af analysen, har fødselshjælperne scoret deres selvtilid i forhold til at håndtere PPH i praksis. På baggrund af denne måling kan det konkluderes, at selvtilidsscoren stiger signifikant hos SDA-brugerne fra baseline til 3 måneder efter. Analysen af de kvalitative studier viser ligeledes, at SDA-brugerne oplever at få nye handlekompetencer i relation til PPH.

Da ingen af de publicerede studier om SDA beskæftiger sig med RC, er det ikke inddraget i analysen på samme måde som PPH. Under hovedtemaet 'viden' indgår RC dog i en indholdsanalyse, hvor udvalgte dele af SDA's film om AMTSL, PPH og RC sammenlignes med retningslinjer fra Slagelse Sygehus. Analysen viser, at der er enkelte forskelle, men overordnet er anbefalingerne i SDA og de danske vejledninger enslydende.

På baggrund af diskussionen kan det konkluderes, at SDA er et brugbart redskab til at give afgrænset og specifik viden om PPH og RC samt konkrete handlingsanvisninger. Det kan diskuteres, hvorvidt SDA er egnet til at lære generelle aspekter af RC som venlighed, værdighed og respekt. Diskussionen viser ligeledes, at der er fare for, at SDA medfører fokus på tekniske værktøjer med den konsekvens, at grundlæggende jordemoderfaglige færdigheder, som at bruge sine hænder og sanser, glider i baggrunden. Hvis fødselshjælpernes viden og handlinger fortsat skal udvikles via SDA, viser diskussionen, at overordnede politiske forhold som fx den generelle holdning til videreuddannelse, anerkendelse af personalets indsats samt løn spiller en vigtig rolle.

Overordnet er SDA et brugbart redskab med positiv indflydelse på fødselshjælperes viden og handlinger i relation til PPH i landsbyer i afrikanske LMIC. Fremtiden må vise, hvilken indflydelse SDA har på viden og handlinger i relation til RC.

10. REFERENCER

- Aarkrog, V. (2010). *Fra teori til praksis – Undervisning med fokus på transfer*. København: Munksgaard Danmark
- Agence France Presse (2020, 9. juni). Burundi: Poor Country Wracked By Ethnic Conflict. *Barrons.com*.
Lokaliseret 7. september 2020 på: <https://www.barrons.com/news/burundi-poor-country-wracked-by-ethnic-conflict-01591721705>
- Albertsen, K. (2015). Mobiltelefonen har revolutioneret Afrika. *Dr.dk/nyheder/udland*. Lokaliseret 9. september 2020 på: <https://www.dr.dk/nyheder/udland/mobiltelefonen-har-revolutioneret-afrika>
- Birkler, J. (2015). *Videnskabsteori – En grundbog*. København: Munksgaard Danmark
- Bohren, M. A., Vogen, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., ... Gülmezoglu, M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Medicine*, 12(6), E1001847
- Bohren, M. A., Vogen, J.P., Tuncalp, Ö., Fawole, B., Titiloye, M. A., Olutayo, A. O., ... Hindin, M. J. (2016). “By slapping the laps, the patient will know that you truly care for her”: A qualitative on social norms and acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria. *SSM – Population Health*, 2, 640-655
- Bohren, M.A., Mehrtash, H., Fawole, B., Maung, T. M., Balde, N.D., Maya, E., ... Tuncalp, Ö. (2019). How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *Lancet*, 394 (10210), 1750-1763
- Bolan, N. E., Sthreshley, L., Ngoy, B., Ledy, F., Ntaying, M., Makasy, D., ... Newman, S. (2018). mLearning in the Democratic Republic of the Congo: A Mixed-Methods Feasibility and Pilot Cluster Randomized Trial Using the Safe Delivery App. *Global Health: Science and Practice*, 6(4), 693-710
- Bødker, B., Hvidman, L., Edwards, H., & Sørensen, J. L. (2020). Blødning postpartum. I: J. L. Sørensen, M. Johansen, T. Weber, & B. Ottesen (Red.), *Ars Pariendi* (s. 271-284). København: Munksgaard Danmark
- Christensen, E., & Jørgensen, T. (2016). Statistik. I: T. Jørgensen, E. Christensen, & A. Linneberg (Red.), *Klinisk forskningsmetode* (s. 197-246). København: Munksgaard Danmark

- Davis-Floyd, R., (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75, (S5-S23)
- D4 (2019, 1. juni). *Fødsel, ukompliceret*. Slagelse: Gynækologi/Obstetrik
- D4 (2020, 22. oktober). *Postpartum blødning*. Slagelse: Gynækologi/Obstetrik
- DSOG (2017). *Postpartum blødning*. Lokaliseret 7. oktober 2020 på: <https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/5db194e7121bba34d27df760/1571919087875/Postpartum+bl%C3%B8dning+2019.+Rev+fotografier.pdf>
- EABW Editor (2020). Affordable Smartphones Drive Digital Inclusion In Africa. *EABW News*. Lokaliseret 9. september 2020 på: <https://www.busiweek.com/affordable-smartphones-drive-digital-inclusion-in-africa/>
- Frederiksen, K. & Beedholm, K. (2018). Analyse af forskellige former for tekstmateriale. I Glasdam, S. (Red.), *Bachelorprojekter inden for det sundhedsvidenskabelige område – indblik i videnskabelige metoder* (s. 41-45). København: Munksgaard Danmark
- Globalnyt (2015, 20. april). *Ny dansk app redder mødres liv*. Lokaliseret 10. september 2020 på: <https://globalnyt.dk/content/ny-dansk-app-redder-moedres-liv>
- Hørmann, E. (2018). Litteratursøgning. I: S. Glasdam (Red.), *Bachelorprojekter inden for det sundhedsvidenskabelige område – indblik i videnskabelige metoder* (s. 37-49). København: Munksgaard Danmark
- Høstrup, H., Schou, L., Poulsen, I., Larsen, S., & Lyngsø, E. (2009, 17. september). *Vurdering Af Kvalitative Studier – VAKS*. Lokaliseret 30. september 2020 på: <http://dasys.dk/images/VAKS-danskversion.pdf>
- International Confederation of Midwives (2014). *International Code of Ethics for Midwives*. Lokaliseret 6. oktober 2020 på: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
- Jakobsen, T. G. (2015). Dansk fødselsapp redder liv i Afrika. *Verdensbedstehyheder.dk*. Lokaliseret 9. september 2020 på <https://verdensbedstehyheder.dk/nyheder/dansk-foedsels-app-redder-liv-i-afrika/>

Jordemoderforeningen (2010). *Etiske retningslinjer for jordemødre*. Lokaliseret 18. september 2020 på:

https://www.jordemoderforeningen.dk/fileadmin/Fag_Forskning/Etiske_retningslinjer/Etiske_Retningslinjer_2010.pdf

Jordemoderforeningen (2020, 5. maj). *Hilsen fra Lis Munk på den internationale jordemoderdag 5. maj*. Lokaliseret 2. september 2020 på: <https://www.facebook.com/watch/?v=2627126790939565>

Jørgensen, T., Christensen, E., & Linneberg, A. (2016). Praktisk gennemførelsen af et projekt. I: T. Jørgensen, E. Christensen, & A. Linneberg (Red.), *Klinisk forskningsmetode* (s. 19-27). København: Munksgaard Danmark

Jørgensen, T., & Linneberg, A. (2016). Epidemiologi. I: T. Jørgensen, E. Christensen, & A. Linneberg (Red.), *Klinisk forskningsmetode* (s. 29-64). København: Munksgaard Danmark

Jørgensen, P. S. (2020, 10. september). *Interaktion – social proces*. Lokaliseret 19. september 2020 på: [https://denstoredanske.lex.dk/interaktion - social proces](https://denstoredanske.lex.dk/interaktion_-_social_proces)

Kokkenga, C. M. B., Enemark, U., Adanu, R., Lund, S., Sørensen, B., & Attermann, Jørn. (2019). The effect of smartphone training of Ghanaian midwives by the Safe Delivery application on the incidence of postpartum hemorrhage: A cluster randomized controlled trial. *Cogent Medicine*, 6(1),1632016

Ledderer, L. (2018). Casestudier. I: S. Glasdam (Red.), *Bachelorprojekter inden for det sundhedsvidenskabelige område – indblik i videnskabelige metoder* (s. 166-176). København: Munksgaard

Lindahl, M., & Juhl, C. (2016). *Den sundhedsvidenskabelige opgave*. København: Munksgaard Danmark

Linneberg, A., Christensen, E., & Jørgensen, T. (2016). Den randomiserede kliniske undersøgelse. I: T. Jørgensen, E. Christensen, & A. Linneberg (Red.), *Klinisk forskningsmetode* (s. 65-83). København: Munksgaard Danmark

Lund, S., Boas, I. M., Bedesa, T., Fekede, W., Nielsen, H. S., & Sørensen, B. L. (2016). Association Between the Safe Delivery App and Quality of Care and Perinatal Survival in Ethiopia: A Randomized Clinical Trial. *Jama Pediatr.* 170(8), 765-771.

Madsen, J. S., & Andersen, I. B. (2014). At skelne skidt fra kanel – kritisk udvælgelse og læsning af evidens. I: I.B. Andersen, & P. Matzen (Red.), *Evidensbaseret medicin* (s. 53-74). København: Gads Forlag

- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medicin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget
- Maternity Foundation (u.å.). *The Safe Delivery App* (Version 3.3.8i). [Mobil applikation software] Lokaliseret 10. september 2020 på: <https://www.maternity.dk/safe-delivery-app/>
- Pearson, L., Larsson, M., Fauveau, V., & Standley J. (2006). *Childbirth Care. I: The Partnership For Maternal, Newborn & Child Health., Opportunities for Africa's Newborns*. World Health Organization.
- Pro.medicin.dk (2020, 7. juli). *Oxytocin Orifarm*. Lokaliseret 8. oktober 2020 på: <https://pro.medicin.dk/Medicin/Praeparater/9008>
- Pro.medicin.dk (2020, 7. juli). *Syntocinon*. Lokaliseret 8. oktober 2020 på: <https://pro.medicin.dk/Medicin/Praeparater/397>
- Region H Rigshospitalet (2015, 22. april). *Rigshospitalet bag app, der skal redde afrikanske mødre og spædbørn fra døden*. Lokaliseret 10. september 2020 på: <https://www.rigshospitalet.dk/presse-og-nyt/nyheder/nyheder/Sider/2015/April/Rigshospitalet-bag-app,-der-skal-redde-afrikanske-moedre-og-spaedb%C3%B8rn-fra-doeden.aspx>
- Renolen, Å. (2011). *Psykologi for sundhedsprofessionelle*. København: Gads Forlag Danmark
- Say, L., Chou, D., Gemill, A., Tuncalp, Ö., Moller, A-B., Daniels, J., ... Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*, 2(6), e323-33
- Sekretariatet for Referenceprogrammer (2004, 28. januar). *Checklister ved bedømmelse af litteratur*. Lokaliseret 28. september 2020 på: <https://cfkr.dk/manualer/checklister/>
- Sundheds- og ældreministeriet (2001a, 8. august). *Cirkulære om jordemodervirksomhed*. Lokaliseret 23. oktober 2020 på: <https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2001/149>
- Sundheds- og ældreministeriet (2001b, 8. august). *Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv*. Lokaliseret 18. september 2020 på: <https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2001/151>
- Sundheds- og ældreministeriet (2019, 26. august). *Bekendtgørelse af sundhedsloven*. Lokaliseret 21. september 2020 på: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903>

- The World Bank Group (2020). *Mobile cellular subscriptions (per 100 people) – Sub-Saharan-Africa*. Lokaliseret 9. september 2020 på: <https://data.worldbank.org/indicator/IT.CEL.SETS.P2?locations=ZG>
- Thisted, J. (2018). *Forskningsmetode I praksis*. København: Munksgaard Danmark
- Thomsen, C. F., Barrie, A. M. F., Boas, I. M., Lund, S., Sørensen, B. L., Oljira, F. G., & Tersbøl, B. P. (2019). Health workers' experiences with the Safe Delivery App in West Wollega Zone, Ethiopia: a qualitative study. *Reproductive Health*, (16)50, PMC6506934
- Thomsen, L. N. (u.å.). Hvis du vil vide mere om hjemmefødsler. *Region H Hvidovre Hospital*. Lokaliseret 10. oktober 2020 på: <https://www.hvidovrehospital.dk/afdelinger-og-klinikker/foedeomraadet/Foeds-len/Sider/hvis-du-vil-vide-mere-om-hjemmefoedsler.aspx>
- UNICEF (2020, 9. september). *Vi bekæmper mødredødelighed*. Lokaliseret 22. oktober 2020 på: <https://www.unicef.dk/alle-boern-skal-overleve-og-trives/moedredoedelighed/>
- Witt, K., & Thorsen, T. (2014). "Tal siger ikke alt" – evidens fra kvalitativ forskning. I I. B. Andersen, & P. Matzen (Red.), *Evidensbaseret medicin* (s. 189-201). København: Gads Forlag
- World Health Organization (2012). *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization
- World Health Organization (2013). More midwives needed to improve maternal and newborn survival. *Bulletin of World Health Organization*, (91)11. 804-805
- World Health Organization (2015). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization.
- World Health Organization (2017, 15. juni). *WHO recommendations on Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage and the WOMAN Trial*. Lokaliseret 23. oktober 2020 på: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/pph-woman-trial/en/
- World Health Organization (2018a). *WHO recommendations Intrapartum care for at positive childbirth experience*. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization.

World Health Organization (2018b, 20. december). *WHO updates guidance to help healthcare workers prevent postpartum haemorrhage*. Lokaliseret 22. oktober 2020 på: <https://www.who.int/reproductive-health/help-health-workers-prevent-pph/en/>

World Health Organization (2019a, 9. september). *Every woman's right to a companion of choice during childbirth*. Lokaliseret 21. September 2020 på: https://www.who.int/news-room/detail/09-09-2020-every-woman-s-right-to-a-companion-of-choice-during-childbirth?fbclid=IwAR22JHSqyaLZCp7JDs2iDA-ZIRF0GU-bXiMIW-Wv_cBks7R_F1jffKeXgul

World Health Organization (2019b). *Maternal mortality*. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization.

World Health Organization (2020a, 20. august). *Meeting women's emotional, psychological and clinical needs during childbirth*. Lokaliseret 11. september 2020 på: <https://www.who.int/news-room/detail/20-08-2020-meeting-women-s-emotional-psychological-and-clinical-needs-during-childbirth>

World Health Organization (2020b). *Year of the Nurse and the Midwife 2020*. Lokaliseret 2. september 2020 på: <https://www.who.int/campaigns/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020>

11. BILAG

11.1 BILAG 1: FORKORTELSER

AMTSL:	Active Management of Third Stage of Labour
BEmONC:	Basic Emergency and Obstetric Newborn Care
D4-FU:	Fødsel, ukompliceret, retningslinje fra Slagelse Sygehus
D4-PPH:	Postpartum blødning, retningslinje fra Slagelse Sygehus
CfKR:	Center for Kliniske Retningslinjer
ERJ:	Etiske Retningslinjer for Jordemødre
ICEM:	International Code of Ethics for Midwives
LMIC:	Low- and Middle-Income Countries / Lav- og middelindkomstlande
MF:	Maternity Foundation
PPH:	Postpartum Haemorrhage / Postpartum blødning
RCT:	Randomized Clinical Trial / Randomiseret klinisk undersøgelse
SDA:	Safe Delivery App
UNICEF:	United Nations Children's Fund
VAKS:	Vurdering Af Kvalitative Studier
WHO:	World Health Organization

11.2 BILAG 2: SØGEHISTORIK I PUBMED

PubMed Advanced Search Builder

Add terms to the query box

All Fields

Enter a search term

ADD

Show Index

Query box

Enter / edit your search query here

Search

History and Search Details

Search	Actions	Details	Query	Results	Time
#3	***		Search: (Africa) AND (Safe Delivery App) Sort by: Most Recent	3	08:43:17
#2	***		Search: Safe Delivery App Sort by: Most Recent	36	08:42:49
#1	***		Search: Africa Sort by: Most Recent	373,862	08:42:03

Showing 1 to 3 of 3 entries

11.3 BILAG 3: SØGEHISTORIK I CINAHL COMPLETE

21.9.2020

Result List: safe delivery app: EBSCOhost

Search History/Alerts

[Print Search History](#)
[Retrieve Searches](#)
[Retrieve Alerts](#)
[Save Searches / Alerts](#)
☐ Select / deselect all[Search with AND](#)[Search with OR](#)[Delete Searches](#)[Re](#)

Search	Search Terms	Search Options	Actions
☐	S2 safe delivery app	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (2) View Details
☐	S1 Africa	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (46,386) View Details

1. [Association Between the Safe Delivery App and Quality of Care and Perinatal Survival in Ethiopia.](#)

Lund, Stine; Boas, Ida Marie; Bedesa, Tanku; Fekede, Wondewossen; Nielsen, Henriette Svanne; Sørensen, Bjarke Lund; JAMA Pediatrics, Aug2018; 170(8): 765-771. 7p. (Article - research, tables/charts, randomized controlled trial) ISSN: 2168-6203

Subjects: Quality of Health Care; Mobile Applications; Infant Mortality Prevention and Control; **Delivery**, Obstetric

Times Cited in this Database: (1)



[Se fuld tekst](#)

2. [Health workers' experiences with the Safe Delivery App in West Wollega Zone, Ethiopia: a qualitative study.](#)

(includes abstract) Thomsen, Camilla Faldr; Barrie, Anne Marie Frøkjær; Boas, Ida Marie; Lund, Stine; Sørensen, Bjarke Lund; Ojira, Feyisa Gudeta; Tersbol, Britt Pinkowski; Reproductive Health, 5/9/2019; 16(1): N.PAG-N.PAG. 1p. (Article - research, tables/charts) ISSN: 1742-4755

Subjects: Attitude of Health Personnel Ethiopia; **Delivery**, Obstetric Ethiopia; Mobile Applications Ethiopia; Patient Safety



[Se fuld tekst](#)

[EBSCO Connect](#) | [Privacy Policy](#) | [A/B Testing](#) | [Terms of Use](#) | [Copyright](#) | [Cookie Policy](#)

© 2020 EBSCO Industries, Inc. All rights reserved.

11.4 BILAG 4: TJEKLISTE FRA CFKR TIL KRITISK LÆSNING AF RCT-DELEN AF STUDIET AF BOLAN ET AL. (2018)

SfR Checkliste 2: Randomiserede kontrollerede undersøgelser

Forfatter, titel: *mLearning in the Democratic Republic of the Congo: A Mixed-Method Feasibility and Pilot Cluster Randomized Trial Using the Safe Delivery App. (Studiet af Bolan et al., 2018).*

Tidsskrift, år: *Global Health: Science and Practice 2018*

Checkliste udfyldt af: *Hanna Engell Vagner*

1. Intern gyldighed

Evalueringskriterier	I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?
1.1 Er der en velafgrænset og relevant klinisk problemstilling?	<i>I høj grad.</i> <i>Studiet indleder med at påpege, at fødselshjælperes kliniske færdigheder i lav- og middelindkomstlande ofte er utilstrækkelige. Dette er hovedårsagen til maternal mortalitet samt mortalitet blandt nyfødte (Bolan et al., 2018, s. 693).</i>
1.2 Blev forsøgspersonerne randomiseret?	<i>Tilstrækkelig opfyldt.</i> <i>Dog var det fødestederne (klyngerandomisering) og ikke forsøgspersonerne, der blev randomiseret. Dette var for at undgå, at nogle i kontrolgruppen lyttede og så med på SDA, hvis de arbejdede tæt sammen med nogle, der var randomiseret til SDA-gruppen. Fødestederne lå dog ikke langt fra hinanden geografisk, så det kan ikke vides, om nogle i kontrolgruppen alligevel har haft adgang til SDA (Bolan et al., 2018, s. 708).</i>
1.3 Var behandlings- og kontrolgruppen ens ved undersøgelsens start?	<i>Imellem tilstrækkelig og dårlig opfyldt.</i> <i>Flere kvinder i interventionsgruppen end kontrolgruppen. Flere med smartphoneerfaring i interventionsgruppen.</i> <i>Der er dog i høj grad beskrevet og analyseret på baggrund af demografiske data som alder, køn, antal års erfaring, tidligere erfaringer med smartphone, viden om PPH, faggruppe mm (Bolan et al., 2018, s. 698-</i>

	700). Dermed elimineres disse confoundere (Jørgensen & Linneberg, 2016, s. 54-55).
1.4 Var randomiseringen (allokeringen) skjult?	<i>I høj grad.</i> <i>Foregik ved at trække labels fra en krukke (Bolan et al., 2018, s. 695).</i>
1.5 Blev forsøgspersonerne, behandler og forsker blindet?	<i>Ikke anvendeligt på den aktuelle randomiserede undersøgelse.</i> <i>Blinding af hvem, der var i interventions- og kontrolgruppen, var ikke mulig, da interventionen er brug af SDA. Dette kan medføre risiko for informationsbias, dvs. fx risiko for overrapportering af effekten hos SDA-brugerne (Maindal, H. T., 2018, s. 258).</i> <i>Det fremgår ikke klart, om forskerne har været blinde i deres analyse af de kvantitative data i studiet, men det formodes ikke, da data blev fusioneret med de kvalitative interviews, hvor blinding ikke er muligt (Bolan et al., 2018, s. 698-699)</i>
1.6 Er alle relevante slutresultater (outcome) målt standardiseret, gyldigt og pålideligt?	<i>Tilstrækkelig opfyldt.</i> <i>Alle væsentlige resultater er beskrevet og illustreret i tabeller (Bolan et al., 2018, s 701-704).</i> <i>Måleinstrumentet til data om viden og selvtillid var udviklet specifikt til dette pilotstudie og testet på engelsk og derefter oversat til fransk. Det aktuelle pilotstudie skulle være med til at vurdere dets reliabilitet og validitet (Bolan et al., 2018, s. 698) Dvs. om måleinstrumentet er stabilt og vil komme med de samme resultater ved gentagelse, samt om resultaterne er sande og frie for systematiske fejl (Lindahl og Juhl, 2016, s. 226).</i> <i>Det kan ses som en generel svaghed, at jeg anvender et pilotstudie.</i>
1.7 Bortset fra den undersøgte behandling, blev grupperne så behandlet ens?	<i>I høj grad.</i> <i>Kontrolgruppen fik fx også smartphones, da de, ligesom interventionsgruppen, skulle have Open Data Kit (data indsamlingsinstrument) på deres smartphones til</i>

	at indsamle data om bl.a. BEmONC. Begge grupper blev forsynet med en pakke indeholdende medicin og udstyr til at sørge for standardbehandling (Bolan et al., 2018, s. 696)
1.8 Hvor stor en del af de personer, der blev rekrutteret til undersøgelsen, blev endeligt medtaget i analyserne? (dropout)	I tilstrækkelig grad. 64 fødselshjælpere blev rekrutteret. 34 i interventionsgruppen og 30 i kontrolgruppen. Der var et dropout på 2 personer i interventionsgruppen pga. sygdom (Bolan et al., 2018, s. 695).
1.9 Blev alle de undersøgte personer analyseret i henhold til randomiseringen?(intention to treat analyse)	Ikke opfyldt. De 2 personer, der droppede ud, er ikke medregnet i analysen. Ud fra princippet om intention-to-treat burde de dog indgå i analysen for at lade den afspejle virkeligheden uden for studiets rammer. Dog er et dropout på 3% meget lille. Generelt ses et dropout på op til 20% som acceptabelt (Lindahl & Juhl, 2016, s. 222; Noter til checkliste).
1.10 Er resultaterne homogene mellem de forskellige undersøgelsessteder (multicenterundersøgelser)?	Dårlig opfyldt. Studiet forholder sig ikke til, om der er homogenitet i forhold til resultaterne inden for samme fødested. I stedet er der gået i dybden med resultaterne i forhold til mulige confounders som tidligere erfaring med smartphones, køn samt hvilken faggruppe deltagerne tilhørte (Bolan et al., 2018, s. 669-701).
2. Overordnet bedømmelse af UNDERSØGELSEN	
2.1 I hvor høj grad forsøgte undersøgelsen at minimere bias? Anfør ++, + eller ÷.	++ Selve randomiseringen mindsker bias. Der er gennemsigtighed omkring confoundere som køn, tidligere smartphoneerfaring og faggrupper. Der er desuden reflekteret over mulig informationsbias.
2.2 Hvis bedømt som + eller ÷, i hvilken grad kan bias påvirke undersøgelsesresultatet?	
2.3 Med baggrund i kliniske overvejelser, evaluering af metoden og undersøgelsens statistiske styrke, mener du så, at sluteffekten skyldes undersøgelsens "intervention"?	Ja. Men med det forbehold, at det er en meget lille kvantitativ undersøgelse (pilotstudie), og der er behov for en langt større undersøgelse

2.4	Er resultatet af undersøgelsen direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	<i>Ikke relevant</i>
3. Beskrivelse af undersøgelsen		
3.1	Hvilke behandlinger evalueres i undersøgelsen?	SDA
3.2	Hvilke måleparametre er anvendt på slutresultatet? (outcome)	<i>Fødselshjælpernes viden om håndtering af PPH og NR samt selvtillid i forhold til 12 BEmONC-færdigheder (Bolan et al., 2018, s.693).</i>
3.3	Hvor mange patienter deltog i undersøgelsen? (totalt og i behandlings- hhv. kontrolgruppen).	<i>Totalt: 62 fødselshjælpere i analysen. 34 i interventionsgruppen, 2 dropouts (26 sygepl-jdm og 16 læger i analysen) 30 i kontrolgruppen (20 sygepl-jdm og 10 læger i analysen) (Bolan et al., 2018, s. 699)</i>
3.4	Hvorledes er effekten målt? Og i hvilken retning gik den målte effekt?	<i>Effekten af SDA på viden om håndtering PPH og NR: Deltagerne sidder i klasseværelse og svarer på spørgsmål på SDA, hvor der kan scores op til 100 point. Udfyldes ved baseline og 3 mdr. efter (Bolan et al., 2018, s. 698) Effekten af SDA på selvtillid i forhold til håndtering af 12 BEmONC færdigheder: Deltagerne sidder i klasseværelse og udfylder spørgsmål, hvor de skal graduere deres selvtillid i forhold til de 12 områder. De kan få op til 48 point. Udfyldes ved baseline og 3 mdr. efter (Bolan et al., 2018, s. 698). Forsøget gik i retningen af en øget viden om håndteringen PPH og neonatal genoplivning samt øget selvtillid i forhold til nogle af de 12 BEmONC-færdigheder hos SDA-brugerne(Bolan et al., 2018, s. 701-702)</i>
3.5	Er der statistiske usikkerhedsberegninger? (p-værdier eller sikkerhedsintervaller)	<i>P-værdien for alle analyser i studiet fastsat til 0,05 (Bolan et al., 2018, s. 699) Det vil sige, under 5 % sandsynlighed for, at resultatet er fremkommet ved tilfældighed (Lindahl og Juhl, 2016, s. 224) Konfidensintervallet fastsat til 95% (Mixed-Methodstudiet, s. 693). Dvs. 95% sandsynlighed for, at den</i>

	sande værdi ligger inden for de angivne grænser (Lindahl og Juhl, 2016, s. 225). Da det er et pilotstudie, er der ikke foretaget en styrkeberegning. Dvs. beregning på antallet af deltagere, som vil give en reel forskel mellem de to grupper. Forskerne fastsatte dog, at der skulle være mindst 30 fødselshjælpere i hver gruppe for at kunne lave statistiske beregninger (Bolan et al., 2018, s. 698)
3.6 Hvad karakteriserer deltagerne (populationen)? (fx køn, alder, sygdomsprævalens).	Køn: 25 mænd og 37 kvinder deltager i alt Alder: Gennemsnitsalder i 40'erne Erfaring: Flest med 6-10 og mere end 10 års erfaring Antal fødsler: Flest med flere end 10 fødsler om måneden Erfaring med smartphones: Flere fødselshjælpere der aldrig har brugt end smartphone, end fødselshjælpere der har brugt en (Bolan et al., 2018, s. 700)
3.7 Hvorfra er forsøgspersonerne rekrutteret? (fx by, land, hospital, ambulatorier, almen praksis, amt).	Fødselshjælpere fra provinsen Maniema i Congo. Et af de fattigste områder i Congo med dårlig infrastruktur og dårligste outcome for mødre og nyfødte. Rekruttering fra hospitaler og klinikker som er tilgængelige med køretøj, og som er udpeget som EmONC centre støttet af international NGO (Bolan et al., 2018, s. 694-695).
3.8 Hvor mange grupper/centre er med i undersøgelsen?	2 hospitaler og 6 klinikker (Bolan et al., 2018, s. 695)
3.9 Er der rejst nogle specifikke spørgsmål ved denne undersøgelse? (Anfør generelle kommentarer vedr. undersøgelsens resultater og betydningen af disse).	På baggrund af ovenstående vurderer jeg studiet som validt og anvendeligt i mit projekt. Der er kun 62 deltagere i alt. Et meget lille RCTstudie. (Pilot) Kan have en betydning i forhold til generaliserbarheden. Kan reelt kun sige noget om den gruppe, der er undersøgt. Der står dog, at det skal danne baggrund for et større studie (Bolan et al., 2018, s. 695).

11.5 BILAG 5: VAKS-MODELLEN TIL KRITISK LÆSNING AF DEN KVALITATIVE DEL AF STUDIET AF BOLAN ET AL. (2019)

Vurdering Af Kvalitative Studier – VAKS

H. Hæstrup, L. Schou, I. Poulsen, S. Larsen, E. Lyngsø, 17. september 2009

Indledning

Uanset forskningstradition stilles der i videnskabeligt arbejde krav til en synlig systematik i generering af data, beskrivelse af forskningsprocessen, analyse og fortolkning af data samt den tilhørende konklusion. Vurdering af både kvantitativ og kvalitativ forskningslitteratur kræver, at læseren har indsigt i systematik og forskningsmetodologi (1).

Guiden til vurdering af kvalitative studier (VAKS), er et redskab til bedømmelse af videnskabelige artikler baseret på kvalitativ metode i en sundhedsfaglig kontekst. Guiden er måltrettet videnskabelige artikler baseret på interview og eller observationsstudier og er designet til at skabe overblik over styrker og svagheder ved en videnskabelig forskningsartikel. Forhåbentlig kan den være en støtte til arbejdet med evidensbaseret praksis, hvor det erfaringsmæssigt har været vanskeligt at inddrage kvalitativ forskning. Guiden præsenterer en række spørgsmål, der stemmer overens med kvalitetskriterier for kvalitativ forskning, og som bygger på spørgsmål om troværdighed (credibility), overførbare (transferability), konsistens (dependability) og transparens (confirmability) (1-4,6). Vi har tilføjet endnu et kriterie om formelle krav til videnskabelige artikler. Kvalitetskriterierne udspringer af en systematisk litteraturgennemgang, og spørgsmålene i guiden er resultatet af vores valg dermed også fravalg med fokus på anvendelse i en sundhedsfaglig kontekst. Kvalitetskriterierne gennemgås i nedenstående manual inden guiden og det tilhørende scoringssystem præsenteres.

Kvalitetskriterier for kvalitativ forskning

Formelle krav

En videnskabelig artikel skal overholde en række grundlæggende, formelle krav. Forfatterne må argumentere for nødvendighed og relevans af gennemførelsen af den bagved liggende undersøgelse via en relevant og grundig litteraturgennemgang. En del af kravene knytter sig til de etiske overvejelser, som har fundet sted i forskningsprocessen. Opfyldelse af og overvejelser om Helsinkideklarationens krav om frivillighed, informeret samtykke og anonymisering af data skal fremgå tydeligt, og forfatteren må redegøre for, hvordan informanter kan påvirkes af undersøgelsen eller af forskerens tilstedeværelse i positiv eller negativ retning. Med til etiske overvejelser af forskningsprojekter i sundhedsfaglige kontekster hører også en vurdering og redegørelse for forskningsprojektet relevans; herunder en gennemgang af eksisterende litteratur og forskning af det pågældende område (1,4,5,8).

Pålidelighed og validitet

Guba (3,4,6) argumenterer for, at kvalitativ forsknings pålidelighed og gyldighed baserer sig på fire aspekter: *troværdighed (credibility)*, *overførbare (transferability)*, *konsistens (dependability)* og *transparens (confirmability)* se figur 1.

Aspekt	Humanistisk term
Sandhedsværdi	Troværdighed
Anvendelighed	Overførbarehed
Stringens	Konsistens
Neutralitet	Transparens

Figur 1. Humanistiske termer for de fire kriterier for pålidelighed og gyldighed (3,4)

Troværdighed (*credibility*)

I dataindsamlingen betinges troværdigheden af forskerens fortrolighed og evne til at tydeliggøre og begrunde de metoder, der benyttes. Data i kvalitativ forskning er fra projektets begyndelse et åbent spørgsmål. Data genereres undervejs ud fra observationer, ord og metodisk refleksion, og bliver først til data, når de kan hæftes til et begreb. Et kvalitetskriterium i forhold til dataudvælgelse er at forskeren diskuterer disse i relation til projektets formål og de stillede forskningsspørgsmål (5,8).

Vejledning givet af en erfaren forsker bidrager også til at øge troværdigheden. Tiden, i form af længerevarende kontakt med de mennesker der udforskes, kan give forskeren dybere indsigt i området, som øger troværdigheden i generering af data (7).

Forskeren kan anvende *triangulering* som en metode til at sikre troværdighed i projektet (3,5,7).

Triangulering kan udføres på forskellig måde:

- *Metodetriangulering* anvender forskellige metoder til dataindsamling eller datagenerering for at opnå et grundigere materiale. Man kan f.eks. kombinere individuelle interviews, fokusgruppelinterviews og/eller deltagerobservation.
- *Kildetriangulering*, hvor de samme spørgsmål afprøves gennem forskellige kilder, som personer, skriftlige kilder, billeder eller andet.
- *Forskertriangulering*, hvor flere forskere samarbejder om analysen. Man kan også triangulere ved at bruge forskellige observatører af den samme setting, eller i nogle tilfælde flere interviewere i det samme projekt.
- *Teoritriangulering*, hvor der inddrages flere perspektiver og teorier i analyse- og fortolkningsprocesserne.

En kvalitet ved et kvalitativt studie kan være, når forskeren viser bevidsthed om "sammenbrud" undervejs i forskningsprocessen. "Sammenbrud" kan være, når forskeren støder på oplysninger, som kommer bag på hende, eller når hun afdækker en mangel på oplysninger. Forskeren må i sådanne tilfælde vise at hun kan revidere sin opfattelse af projektet og eventuelt gå tilbage til sine informanter. Nogle forskere bruger også at lade informanterne validere data i form af accept af interviewudskrift, men værdien kan diskuteres, fordi fortolkningen af data altid vil være forskerens ansvar (3-5,7,8). Disse forskellige metoder drejer sig alle om efterprøvning af et projekts gyldighed gennem dialog.

Overførbarehed (*transferability*)

Kvale (7) anvender begrebet *pragmatisk validitet*, som "at gøre sand", som har at gøre med anvendelighed af vidensudsagn. Den pragmatiske validitet sikres gennem kontekstualisering eller tydeliggørelse af sammenhænge, ikke for at skabe generaliserbarhed, men for at tydeliggøre kontekstafhængighed i beskrivelser og fortolkninger. Det gør forskeren ved at beskrive den kontekst eller sammenhæng, som data fremkommer i.

Her er en grundig beskrivelse af informanterne en afgørende faktor. Det gælder relevante demografiske oplysninger, deltagerniveau og baggrund for udvælgelse (5,7,8). Når man udvælger

sine informanter til et kvalitativt forskningsprojekt, må man nødvendigvis vælge informanter, der kan belyse de spørgsmål, det stilles i problemstillingen. Vil man undersøge noget om smerter, kan man ikke bruge en tilfældigt udvalgt gruppe informanter. Man må sikre sig, at informantgruppen kan bidrage med oplevelser eller erfaringer om smerter, og at de sammenhænge, man forsker i, har relevans for problemstillingen. Drejer forskningsprojektet sig om dialog mellem patienter og sygeplejersker, må forskeren opsøge sammenhænge, hvor sådanne dialoger finder sted. Oplysninger om informanter kan ligge implicit i forskningsspørgsmålet. Datamaterialet bliver derfor til på baggrund af en *strategisk* eller *hensigtsbestemt* udvælgelse (5,8). For at sikre kvalitet i forskningsprojektet må forskeren være tydelig i sin beskrivelse af den strategiske udvælgelse. Forskeren må beskrive hvilke til- og fravalg, der ligger til grund for udvælgelsen af informanter og datamateriale, og argumentere for sine valg. Det kan også dreje sig om at beskrive, *hvordan* et udsagn kommer til udtryk, *hvilke* omgivelser udforskningen foregår i, eller forskerens egne omstændigheder. Jo rigere forskeren har beskrevet sine observationer i sine noter, jo bedre materiale har hun til sin videre analyse (9). I den kvalitative forskning er forskeren aktiv medspiller i hele forskningsprocessen, og forskeren er derfor en vigtig del af konteksten. Dokumentation af forskerens antagelser, forforståelse, tidligere erfaringer og viden på området øger læserens tillid til processen, ligesom forskerens rolle og relationer til informanterne bør beskrives og diskuteres (1,5,8).

Konsistens (*dependability*)

Et forskningsprojekts pålidelighed baserer sig på den konsistens og stringens, der er vist gennem præsentationen af projektet, så læseren kan følge forskerens beslutningsprocesser. Forskeren skal vise, at der er overensstemmelse mellem forskningsspørgsmål, metoder, analyse, fund og konklusioner. Det er forskerens opgave at tydeliggøre overvejelser over, hvad fundene siger noget om, samt rækkevidden af deres gyldighed (3-5). Det er en kvalitet ved et forskningsprojekt, når eventuelle modstridende eller overraskende fund præsenteres og forskeren reflekterer over dem (8). Et eksempel kan være, at mennesker af forskelligt køn agerer på forskellige måder i forhold til den samme problemstilling.

Transparens (*confirmability*)

I kvalitativ forskning, og sandsynligvis heller ikke i kvantitativ forskning, er forskeren eller forskningen aldrig neutral. Forskeren kan bruge forskellige metoder til at tydeliggøre dette. En metode kan være triangulering. En anden kan være reflektiv analyse, hvor den kontekst, viden udvikles i, systematisk synliggøres (1,5,8,9). Denne kontekst kan omfatte forskerens position i feltet, f.eks. relationer til informanter, forskningslokalitet eller andre forskere; historisk tid; forskerens køn og alder; omgivelser og andre aspekter, som kan have betydning for forskningsprocessen. Endelig kan man benytte ekstern audit, hvor andre forskere analyserer forskningsdata. De forskellige valg og overvejelser i forskningsprocessen skal være synlige, så det bliver muligt for læseren at følge forskerens argumenter (1,8).

Vejledning i brug af guide

Guiden er inddelt i fem hovedafsnit: formelle krav, troværdighed, overførbare, konsistens og transparens, som hver især indeholder en række kriterier. Hovedemnerne har ensartet vægtning, således at intet emne tillægges højere værdi end andre.

Hvert spørgsmål skal vurderes på en 4-pointskala fra 4 "helt enig" til 1 "helt uenig" med to mellempunkter: 3 "enig" og 2 "uenig". Skalaen angiver, i hvilket omfang et kriterium er opfyldt.

Hvis du mener, et kriterium er helt opfyldt, skal du svare "helt enig".

Hvis du mener, at et kriterium slet ikke er opfyldt, eller hvis der ikke foreligger oplysninger herom, skal du svare "helt uenig".

Hvis du er usikker på, om et kriterium er opfyldt, fx fordi oplysningerne er uklare, eller fordi kun nogle af kriterierne er opfyldt skal du svare "enig" eller "uenig" afhængig af, i hvilket omfang du mener, spørgsmålet er beskrevet.

For hvert emne beregnes en score ved at lægge pointene for hvert kriterium sammen og dividere med antal kriterier. Spørgsmål uden relevans for den pågældende artikel udelades (se eksempel) og tæller ikke med i beregning af resultaterne. Af eksemplet nedenfor fremgår det, at der i alt er givet 14 point. Dette divideres med antallet af spørgsmål = 5. Det ene spørgsmål vurderes til, ikke at være relevant i dette eksempel og derfor divideres med 5 i stedet for 6. Resultatet for hver emne (med en decimal) lægges sammen til en samlet score.

Eksempel på beregning af en samlet score under kvalitetskriteriet *Konsistens*

Konsistens	Helt uenig helt enig				Kommentarer og begrundelser
	1	2	3	4	
• Der er beskrevet en logisk sammenhæng mellem data og de temaer, forskeren har udviklet.	☐	☒	☐	☐	Citater er ikke brugt i dette studie (ikke relevant).
• Der er en beskrivelse af analyseproces.	☐	☐	☒	☐	
• Der er en klar fremstilling af fundene.	☐	☒	☐	☐	
• Fundene er troværdige.	☐	☐	☐	☒	
• Eventuelle citater er resonable/understøttende for tolkningen.	☐	☐	☐	☐	
• Der er overensstemmelse mellem undersøgelsens fund og konklusioner.	☐	☐	☒	☐	
I alt point: 14/5 = 2,8 point					

Samlet score

Sammentællingen af score er inspireret fra AGREE-instrumentet, der anvendes til bedømmelse af kliniske retningslinier (9).

Den samlede vurdering indeholder et valg mellem tre muligheder: "Anbefales", "Anbefales med forbehold" eller "Anbefales ikke". Scoren for hvert hovedområde lægges sammen og giver resultatet 15 eller derover, kan artiklen anbefales. Er resultatet mellem 10 og 14, kan artiklen anbefales med forbehold, og er resultatet mindre end 10, kan artiklen ikke anbefales. Viser der sig svagheder indenfor ét eller flere emner, og resultaterne alligevel vurderes relevante, vil vi opfordre til at få området uddybet hos forskeren. Decimaler rundes op eller ned.

"mLearning in the Democratic Republic of the Congo:
A Mixed-Method Feasibility and Pilot Cluster Randomized
Trial Using the Safe Delivery App" af Bolan et al.

①

Guide til vurdering af pålidelighed og gyldighed af kvalitative artikler

Titel på artiklen:

Vurderet af:

Formelle krav	Vurdering				Kommentarer og begrundelser
	Helt uenig			Helt enig	
• Baggrunden for undersøgelsen er beskrevet via eksisterende litteratur.	1	2	3	4	
	☐	☐	☐	☒	
• Det fremgår hvorfor undersøgelsen er relevant.	☐	☐	☐	☒	
	☐	☐	☐	☒	
• Det er beskrevet hvordan informeret samtykke, frivillighed og anonymisering af data er overholdt (Helsinki deklARATIONEN).	☐	☐	☐	☒	
	☐	☐	☐	☒	
• Det er beskrevet om der er relevante godkendelser (fx Datatilsyn, Etisk komité).	☐	☐	☐	☒	
	☐	☒	☐	☐	
• Forskerne har beskrevet hvordan undersøgelsen kan påvirke informanterne.	☐	☒	☐	☐	
	☐	☒	☐	☐	
• Forskeren har beskrevet hvad man vil gøre, hvis undersøgelsen påvirker deltagerne uhensigtsmæssigt.	☐	☒	☐	☐	
	☐	☒	☐	☐	
I alt point: 2,3					

2

Overførbarehed	Vurdering				Kommentarer og begrundelser
	Helt uenig			Helt enig	
	1	2	3	4	
• Udvælgelse af informanter eller kilder er beskrevet.	☐	☒	☐	☐	Mangler en beskrivelse af, hvordan de 10 interviewere og 8 SDA-brugere er udvalgt. Mangler en beskrivelse af de 12 der blev interviewet. Hvorfor dog den demografiske beskrivelse fra de kvantitative data (Bolan et al., 2018, s. 700) Mangler en beskrivelse af hvor interviewene foregår og i hvilken sammenhæng
• Der er en beskrivelse af informanterne.	☐	☐	☒	☐	
• Det er begrundet hvorfor disse informanter skal deltage.	☐	☐	☐	☒	
• Konteksten (det sted og den sammenhæng forskningen foregår i) er beskrevet.	☒	☐	☐	☐	
• Det er beskrevet hvilket tilhørsforhold forskeren/forskerne har til konteksten samt til informanterne.	☐	☒	☐	☐	
I alt point: 1,7					

Konsistens	Vurdering				Kommentarer og begrundelser
	Helt uenig			Helt enig	
	1	2	3	4	
• Der er beskrevet en logisk sammenhæng mellem data og de temaer, forskeren har udviklet.	☐	☐	☐	☒	Der er en tydelig illustration med delings-udtalelser og toner (Bolan et al., 2018, s. 706-707)
• Der er en beskrivelse af analyseprocessen.	☐	☐	☒	☐	
• Der er en klar fremstilling af fundene.	☐	☐	☒	☐	
• Fundene er troværdige.	☐	☐	☒	☐	
• Eventuelle citater er resonable/understøttende for tolkningen.	☐	☐	☐	☒	
• Der er overensstemmelse mellem undersøgelsens fund og konklusioner.	☐	☐	☐	☒	
I alt point: 4					

Kan du anbefale denne artikel?

56

④

Referencer

1. Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *Lancet*, vol: 358; 483-88
2. Eakin, J.M, Mykhalovskiy, E (2002): Reframing the evaluation of qualitative health research; reflections on a review of appraisal guidelines in the health sciences. *Journal of evaluation in clinical practice*, vol: 9; 2; 187-194.
3. Guba, E (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries, *ECTJ*, vol: 29; 2; 75-91.
4. Lincoln Y, Guba E, (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications, London.
5. Hammersley M, Atkinson P. (2000). *Ethnography*. 2 ed. London: Routledge.
6. Henderson R. (2004). Appraising and Incorporating Qualitative Research in Evidence-Based Practice. *Journal of physical Therapy Education*, Winter 2004
7. Kvale S, Brinkmann S. (2009) *Interview; Introduktion til et håndværk*. 2 ed. København: Hans Reitzels forlag.
8. Wadel C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur, en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: Seek A/S.
9. Hastrup K (2004). *Refleksion, Vidensbegreber og videnskab*, I: Hastrup K: *Viden om verden*. København. Hans Reitzels Forlag
10. The AGREE collaboration (2001): *Vurdering af kliniske vejledninger, AGREE instrumentet*. www.agreecollaboration.org (downloaded 1.6.2009)

11.6 BILAG 6: VAKS-MODELLEN TIL KRITISK LÆSNING AF STUDIET AF THOMSEN ET AL. (2019)

#Health workers' experience with the Safe Delivery App
in West Wollega Zone, Ethiopia: A qualitative
study" af Thomsen et al.

①

BILAG 6

Guide til vurdering af pålidelighed og gyldighed af kvalitative artikler

Titel på artiklen:

Vurderet af:

Formelle krav	Vurdering				Kommentarer og begrundelser
	Helt uenig			Helt enig	
• Baggrunden for undersøgelsen er beskrevet via eksisterende litteratur. • Det fremgår hvorfor undersøgelsen er relevant. • Det er beskrevet hvordan informeret samtykke, frivillighed og anonymisering af data er overholdt (Helsinki deklARATIONEN). • Det er beskrevet om der er relevante godkendelser (fx Datainsyn, Etik komité). • Forskerne har beskrevet hvordan undersøgelsen kan påvirke informanterne. • Forskeren har beskrevet hvad man vil gøre, hvis undersøgelsen påvirker deltagere u hensigtsmæssigt.	1	2	3	4	
	☐	☐	☐	☒	
	☐	☐	☐	☒	
	☐	☐	☐	☒	
	☐	☐	☐	☒	
	☐	☒	☐	☐	
	☐	☒	☐	☐	
I alt point: 14					

Troværdighed	Helt uenig				Helt enig	Kommentarer og begrundelser
Formålet er klart beskrevet.		1	2	3	4	Er tydelige omkring dets intuitive metode.
Metoden er beskrevet.					X	forsøge at fokusere på fedtstofferhjælperne
Metoden er begrundet.					X	lavde erfaringer og oplevelser med søn
Metoden er valgt i forhold til formålet.					X	Her en teknologisk tilgang og bruger Madsen's systemiske
Der er en beskrivelse af hvordan data blev registreret (digitalt, video, notater, feltnoter osv.).					X	tekst notering
Der er anvendt triangulering.					X	(Thorsen et al., 2019) s. 5
Forskningsprocessen er beskrevet.					X	(Madsen, 2011) s. 96-110
						I alt point: 3,8

Triangulierung - siehe beidseitig (Müller, 2011, S. 190-192)

Methodenangewendung: Studierte Kombinationen Fokusgruppeninterviews mit individuellen Interviews + Tagebuch-observationen/ von Sendeleitern (Thomas et al., 2011, S. 2)

Klebsynonymie : Größe, Struktur, Modifikation, Stoffe, Art der Zellen (Thomson et al., 1987)
+ Indrago: observationen von Sankteler (S. 2)
+ Größe SPA - Gruppe (von Individuen) (S. 5)

Fokertungeling: ^{Taxe} für ~~Hande~~ hat schon abgedeckt
in am Transkriptionen (Thorn et al 2019) (how many times has it been analyzed?)
_{3.5}

(in 1870
had written
with letters of
in each set
6.5 pages up)

Theorienprüfung

- Ein Vergleich, ob die drei Indizes für diese Analyse? (Hansen et al., 2019, S. 5)
- Was ist die Art der Phenomenologie der Natur?

2

Overførbarehed	Vurdering				Kommentarer og begrundelser
	Helt uenig			Helt enig	
	1	2	3	4	
• Udvælgelse af informanter eller kilder er beskrevet.	☐	☐	☒	☐	Der er tilværet informanter fra et RCT-studie (Thomsen, 2014, s. 4)
• Der er en beskrivelse af informanterne.	☐	☒	☐	☐	Der er en beskrivelse af informanterne udd. begrundelse - Men der mangler yderligere beskrivelser af informanterne (Thomsen, 2014, s. 4)
• Det er begrundet hvorfor disse informanter skal deltage.	☐	☒	☐	☐	
• Konteksten (det sted og den sammenhæng forskningen foregår i) er beskrevet.	☐	☐	☐	☒	
• Det er beskrevet hvilket tilhørsforhold forskeren/forskerne har til konteksten samt til informanterne.	☐	☐	☒	☐	Det beskrives, at når forskerne var på-fotografere eragtede de sig i samtal med de ansatte og gravide (Thomsen, 2014, s. 5)
	I alt point: 2,8				

Konsistens	Vurdering				Kommentarer og begrundelser
	Helt uenig			Helt enig	
	1	2	3	4	
• Der er beskrevet en logisk sammenhæng mellem data og de temaer, forskeren har udviklet.	☐	☐	☒	☐	Der mangler en oversigt, tabel eller anden logisk fremstilling af afsnittet med den systematiske tilstedeværelse
• Der er en beskrivelse af analyseproces.	☐	☒	☐	☐	
• Der er en klar fremstilling af fundene.	☐	☐	☒	☐	
• Fundene er troværdige.	☐	☐	☒	☐	
• Eventuelle citater er resonable/understøttende for tolkningen.	☐	☐	☐	☒	
• Der er overensstemmelse mellem undersøgelsens fund og konklusioner.	☐	☐	☐	☒	
	I alt point: 3,3				

(3)

Transparens	Vurdering				Kommentarer og begrundelser
	Helt uenig			Helt enig	
	1	2	3	4	
Forskeren har beskrevet sin baggrund og sine antagelser eller forforståelse.	☐	☐	☒	☐	Forskeren fremgår af introduktionen, men mange er bevidste af forskerens baggrund
Der er henvist til en teori/teoretiker (man kan se hvem der har inspireret til analysen).	☐	☐	☒	☐	
Der er en beskrivelse af, om temaer udsprang af data eller om de var formuleret på forhånd.	☐	☐	☐	☒	omtaler en "Bottom up" tilgang hvor temaer udsprang af data (Thomsen, 2019, s. 5)
Det er beskrevet hvem der gennemførte undersøgelsen.	☒	☐	☐	☐	
Der er beskrevet hvordan forskeren deltog i forskningsprocessen	☐	☐	☐	☒	Både fordel og ulempe at bruge en "Bottom up" tilgang er angivet i introduktionen med anerkendelse af ulemper. Fordel: På den måde kan man få mere information om temaer. Ulempe: Informationen kan være mere subjektiv. Forskeren fremgår af data selv om det er en "Bottom up" tilgang.
Forskeren har beskrevet, om hans/hendes position har betydning for fundene.	☐	☐	☐	☒	
I alt point: 9,1					(Thomsen, 2019, s. 10)

Kan du anbefale denne artikel?

17 point i alt

Anbefales (≥ 15)	☒
Anbefales med forbehold ($\geq 10 < 15$)	☐
Anbefales ikke (< 10)	☐

11.7 BILAG 7: INFORMATION FRA NAMIBIA OM SDA OG OPTJENING AF POINT



The Safe Delivery App

Empowering skilled birth attendants to provide a safer birth for mothers and newborns everywhere.
The Safe Delivery App aims to improve the quality of emergency obstetric and neonatal care and hereby strengthen health care workers skills and quality of care.

The Safe Delivery App provides skilled birth attendants direct and instant access to evidence-based and up-to-date clinical guidelines on Basic Emergency Obstetric and Neonatal Care (BEmONC). The App was launched in 2015 with support from MSD for Mothers, and in collaboration with the University of Copenhagen and Southern Denmark. It is supported by the Bill & Melinda Gates Foundation and recommended for Maternity by ICM and UNFPA.



Content

The App contains the latest WHO-clinical guidelines on BEmONC:

- Infection prevention
- COVID-19
- Hypertension
- Normal labour and birth
- Prolonged labour
- Active management 3rd stage of labour
- Post-partum haemorrhage
- Manual removal of placenta
- Maternal sepsis
- Post-abortion care
- Newborn management
- Neonatal resuscitation
- Low birth weight

Features







Download

The app is free for download and can be found at Google Play and at App Store. Choose the English version. It works offline as well.

Safe Delivery Champion

Become a Safe Delivery Champion by completing all quizzes and the exam at the MyLearning feature of the app and earn

20 CEU (level 3) and 5 Ethic CEU
approved by the Health Professions Council of Namibia (HPCNA).

Send your certificate to info@imana@gmail.com and claim your **points**.
IMANA members: FREE
Non members: N\$250 sent to **IMANA - Independent Midwives Association of Namibia**, Bank Windhoek, Maerua Mall – 483-672. Acc No 800 421 3428. Use your **NAME** as reference