

Skal kvinden tilpasse sig svangreomsorgen, eller skal svangreomsorgen tilpasses kvinden?

Et bachelorprojekt om jordemødres oplevelse af kvinder, der går imod anbefalinger



Bachelorprojekt

Jordemoderuddannelsen, UCN

Hold: J17V

Dato: 17.04.2020

Vejleder: Karin Jangaard

Udarbejdet af

Emilie Laura Hertz, JV17148

Johanne Sterndorff Møller, JV17142

Line Schulz Ludvigsen, JV17135

Camilla Jørgensen, JS16144

Abstract

Titel: Skal kvinden tilpasse sig svangreomsorgen, eller skal svangreomsorgen tilpasses kvinden?

Problemformulering: *Hvordan oplever jordemødre det, når kvinder går imod anbefalingerne i svangreomsorgen set ud fra paradigmatisk perspektiver, og hvorledes kan jordemødre med bevidsthed om deres paradigmatisk perspektiv imødekomme kvinder under anvendelse af fælles beslutningstagen?*

Problemfeltet: Vi oplever, at kvinder i større eller mindre grad går imod anbefalingerne, og vi ser derfor et behov for at undersøge jordemoderens oplevelser i forbindelse hermed for at forstå, hvorfor kvindernes behov ikke imødekommes i svangreomsorgen. Jordemoderen befinder sig i et krydsfelt mellem sine professionelle forpligtelser og et samarbejde med kvinden og sine kolleger.

Metode: Projektet er et litteraturbaseret projekt, der anvender en videnskabelig artikel baseret på en kvalitativ analyse og denne analyseres med paradigmer af Robbie Davis-Floyd. Resultaterne analyseres op imod artiklen om fælles beslutningstagen af Elwyn et. al.

Projektets resultater: De holistiske jordemødre oplever, at den hollandske svangreomsorg er en paternalistisk institution, hvor fokus på de psykologiske forhold, kvindens inddragelse og den indgribsfrie fødsel nedprioriteres. Fælles beslutningstagen indeholder elementer, der kan være gavnlige for de problemstillinger, jordemødrene oplever, således hun kan imødekomme kvinden.

Diskussion: De sundhedsprofessionelle og jordemødrene betragter fødsler, ansvarsfordeling og retningslinjerne forskelligt på baggrund af de paradigmer, der knytter sig til deres handlinger. Fælles beslutningstagen kan med fordel anvendes for at imødekomme kvindernes behov.

Konklusion: Jordemødrenes handlinger knytter sig hovedsageligt til perspektiver indenfor det humanistiske- og holistiske paradigme, mens de teknokratiske perspektiver knyttes til de dele af svangreomsorgen, som jordemoderen kritiserer. Anvendelsen af fælles beslutningstagen kan bl.a. sikre balancen mellem jordemoderens professionelle agenda og kvindens præferencer.

Perspektivering: Svangreomsorgens organisering kan med fordel omstruktureres, således der bliver mulighed for implementering af fælles beslutningstagen mhp. at imødekomme kvinderne.

Abstract

Title: Should the woman adapt to the antenatal care system, or should the antenatal system adapt to the woman?

Problem: *How does midwives experience it, when women oppose the antenatal care recommendations seen in the context of paradigmatic perspectives, and how can midwives with awareness of their paradigmatic perspective accommodate women using shared decision making?*

Background: We experience that women to a greater or lesser extent oppose the recommendations. Therefore, we see a need to research the midwife's experience in connection to this, to understand why women's needs are not accommodated in the antenatal care system. The midwife is in an intersection between her professional obligations and cooperation with the woman and her coworkers. **Method/Materials:** This project is a literature-based project which uses a scientific article based on a qualitative analysis. This article is analyzed with paradigms by Robbie Davis-Floyd and the results are analyzed against the article about shared decision making by Elwyn et al.

Results of analysis: The holistic midwives experience that the Dutch antenatal care system is a paternalistic institution, where focus on the psychological conditions, the involvement of women and birth with no interventions is not prioritized. Shared decision making consists of elements, which can be beneficial for the issues the midwives experience, in accommodating the women.

Discussion: The health care professionals and the midwives consider birth, responsibilities and the recommendations differently based on the paradigms that are attached to their actions. Shared decision making can advantageously be used to accommodate women.

Conclusion: The midwife's actions are mainly attached to perspectives in the humanistic- and holistic paradigm, while the technocratic perspectives are attached to the parts of the antenatal care system, the midwives criticize. The use of shared decision making can, among other things ensure the balance between the midwife's professional agenda and the woman's preferences.

Perspectivation: The organization of the antenatal care system can advantageously be reconstructed, which will create options for implementing shared decision making in order to accommodate the women.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	7
2. Problemformulering	11
2.1 Afgrænsning	11
2.2 Begrebsdefinition	11
3. Mål og formål	12
3.1 Mål	12
3.2 Formål	12
4. Metodiske overvejelser	12
4.1 Overvejelser om problemformuleringens humanvidenskabelige tilgang	12
4.2 Redegørelse og begrundelse for valg af projektets metode	13
4.3 Redegørelse og begrundelse for litteratursøgning	13
4.4 Præsentation af og begrundelse for valg af projektets litteratur	14
4.4.1 Addressing a need. Holistic midwifery in the Netherlands: A qualitative analysis	14
4.4.2 The technocratic, humanistic and holistic paradigms of Childbirth	15
4.4.3 Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice	15
4.5 Projektets struktur	15
5. Redegørelse og analyse	17
5.1 The technocratic, humanistic and holistic paradigms of Childbirth	17
5.2 Addressing a need. Holistic midwifery in the Netherlands: A qualitative analysis	18
5.2.1 COREQs Domainer	19
Domain 1:	19
Domain 2:	20
Domain 3:	22
5.3 Redegørelse og analyse af artiklens temaer, ud fra Davis-Floyds paradigmatheori	23

5.3.1 The regular system is failing women	24
5.3.2 The relationship as basis for empowerment	27
5.3.3 Delivering client centered care in the current system is demanding	29
5.4 Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice	32
5.4.1 Choice talk	32
5.4.2 Option talk	33
5.4.3 Decision talk	34
6. Diskussion	35
6.1 Retningslinjer i et paradigmatisk krydsfelt	36
6.2 Fødslen som en medicinsk eller naturlig begivenhed	37
6.3 Ansvar i en konfliktfyldt samarbejdsrelation	40
6.4 Diskussion af projektets anvendte metode	43
7. Konklusion	44
8. Perspektivering	45
9. Referenceliste	46
10. Bilag	50
10.1 Dosis-guide	50
10.2 <i>Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice -Tre-steps-model</i> (20)	53

1. Indledning

“If there was going to be ... something go wrong, I was gonna go have a caesarean... I wasn't going to be stupid, I just wanted ... to try. (W16)”. Dette udsagn er fra et australsk studie, *The experiences of women, midwives and obstetricians when women decline recommended maternity care: A feminist thematic analysis* (1).

Undervejs i jordemoderuddannelsen har vi i projektgruppen oplevet, at kvinder under deres graviditet, fødsel og barsel i større eller mindre grad træffer beslutninger, der går imod anbefalinger. Dette kommer f.eks. til udtryk ifm. partus provokatus, valg af fødselsmåde og -sted eller GBS- og blødningsprofylakse. Det har medført et større fokus på denne problematik blandt jordemødre og obstetrikere samtidig med, at det har givet anledning til diskussion i og omkring svangreomsorgen. En survey-undersøgelse fra Holland, *Less or more care? Maternal requests that go against medical advice* beskriver, at de fleste sundhedsprofessionelle inden for svangreomsorgen i et mindre omfang modtager ønsker fra kvinder, der går imod anbefalingerne. Artiklen nævner, at det ikke udelukkende er et problem i Holland, da flere lande er begyndt at udgive forskningsartikler omhandlende samme problemstilling. De fleste kvinders ønsker omhandler, ikke at ville testes for gestationel diabetes og at føde hjemme på trods af en risikofyldt graviditet (2). Udover jordemødrenes udsagn om erfaringer fra praksis, findes der ikke umiddelbart tilgængeligt dansk statistik på området, hvorfor der formentlig eksisterer mørketal.

World Health Organisation 1998 (WHO) definerer menneskets sundhedsadfærd således: *”Enhver aktivitet foretaget af individet under hensyn til den aktuelle eller oplevede sundhedsstatus, med det formål at fremme, beskytte eller vedligeholde sundhed, hvad enten en sådan adfærd rent objektivt er effektiv eller ej”*. Ud fra denne definition kan man antage, at hver gang en gravid tager et aktivt valg, hvad enten det er for eller imod anbefalingerne, vil valget påvirke hendes sundhed. Valget træffes dog ikke uden påvirkning udefra, da den enkelte konstant vil blive påvirket af de sociale, kulturelle og kommercielle omgivelser (3). En udefrakommende faktor, der er let tilgængelig, er de sociale medier, der får mere og mere magt i forhold til opfattelsen af sundhed og sygdom.

Det følgende citat er fra beskrivelsen af facebookgruppen, Fødsler på trods af generelle anbefalinger: *”(...)På samme måde kan en gravid vælge at gå imod anbefalingerne, uden at hun*

bør ses på som en uansvarlig mor". I denne gruppe diskuterer 1614 kvinder og sundhedsprofessionelle alternative behandlinger til anbefalingerne, da kvinderne i større eller mindre grad ikke ønsker at følge anbefalingerne. Gruppen udgør en støtte for disse kvinder, og det er dermed ikke acceptabelt at stigmatisere medlemmerne (4). Gravide kvinder, der går imod anbefalingerne, føler sig ofte stigmatiserede af sundhedsprofessionelle, idet de ikke føler sig hørt, når de ytrer deres ønsker. De oplever et tab af status og ringere muligheder for livsudfoldelse (5). Et hollandsk kvalitativt forskningsinterview fra 2017, *Women's motivations for choosing a high risk birth setting against medical advice in the Netherlands: a qualitative analysis*, beskriver netop, at kvinder føler sig utrygge, når de ikke bliver lyttet til og dermed er mere tilbøjelige til ikke at følge de generelle anbefalinger. Studiet beskriver ligeledes, at der kan være stor forskel på de sundhedsprofessionelle og kvindens opfattelse af risiko af fødslerne (6).

Risiko er et divergerende fænomen, som tilstræbes at være objektiv, men kan indeholde et eller flere subjektive elementer, da risikoen ses i forhold til, hvordan og af hvem den betragtes. Mennesket er f.eks. mere tilbøjeligt til at forholde sig til de risici, som det selv har udvalgt, da det forekommer mere velkendt og kontrollabelt, frem for risici det påføres af andre. Dette medfører, at jordemoderens og kvindens håndtering af risiko bliver langt mere kompleks, da deres opfattelse heraf vil være forskellige grundet jordemoderens faglighed, erfaring og viden, og kvindens perspektiv som består af hendes normer, viden, erfaringer, og kulturelle værdier. Der skal derfor opnås en balance mellem deres forskellige risikoopfattelser (7).

I henhold til lovgivningen er en autoriseret jordemoder forpligtet til at arbejde under autorisationsloven, hvoraf det fremgår, at jordemoderen skal udvise omhu og samvittighedsfuldhed, samt journalføre sin virksomhed jf. §17, §21 (8). Det fremgår ligeledes gennem jordemoderens virksomhedsområde, at jordemoderen er forpligtet til at yde fødselshjælp til fødende og barnet under spontant forløbende fødsler og udføre undersøgelser mhp. diagnosticering af risikosvangerskaber jf. §55, stk. 4 (8). Som et fortolkningsbidrag til autorisationsloven findes vejledningen af jordemoderens virksomhedsområde, hvori det fremgår, at jordemoderen i tilfælde af komplikationer skal tilkalde en læge. Dog kan kvinden frabejde sig dette, og jordemoderen må i så tilfælde yde den bedst mulige omsorg under disse forudsætninger (9). Det fremgår af sundhedsloven, at patienten er berettiget information vedrørende forebyggelse-, behandlings- og plejemuligheder og konsekvenser af fravalg af behandling jf. §16,

stk. 4. Dette kan ses i forlængelse af §15, som vedrører, at kvinden har ret til på baggrund af fyldestgørende information at give et aktuelt samtykke, når behandling indledes eller fortsættes f.eks. ved nyopståede problemstillinger (10). Dette understøttes af jordemoderforeningens etiske retningslinjer, hvor det fremgår, at jordemoderen skal medvirke til, at svangreomsorgen understøtter kvindens ligeværd og integritet. Jordemoderen skal desuden støtte kvinden i valgssituationer uanset om disse vedrører til- eller fravalg af omsorg, således kvinden ikke føler, hun bærer ansvaret alene. Dette forudsætter, at jordemoderen accepterer, at ingen kvinde kan tvinges til at modtage information og omsorg eller få udført en behandling imod sin vilje (11).

På de danske fødegange arbejder jordemødre i tæt samarbejde med læger med et obstetrisk/gynækologisk speciale. Fælles er, at behandlingen af kvinder er standardiseret med anbefalinger, som overvejede er udarbejdet fra Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, hvis formål er, at sikre den mest evidensbaserede behandling til svangreomsorgens kvinder (12). Eksempelvis anbefales intrapartum antibiotika profylakse til kvinder, der tidligere har født et barn med GBS-infektion, har haft GBS bakteriuri, født præterm før uge 37 eller haft vandafgang i over 18 timer vurderet ud fra evidensgrad 4 (IV).

Evidensgraden angiver det videnskabelige grundlag for behandlingen, rangeret fra 1-4, hvor 1 har højeste og 4 har laveste evidensgrad (13). Man kan argumentere for at, kvinder, der fravælger ovenstående behandling, handler mindre videnskabeligt usikkert end kvinder, der fravælger en behandling med høj evidensgrad. Et argument for at øge brugerinddragelsen, er at Videnscenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet (ViBIS) i en artikel beskriver, at forskning har vist at brugerinddragelse øger patientsikkerheden (14). Som det fremgår af artiklen fra Tidsskriftet for jordemødre, *Hvad er mulighederne for fælles beslutningstagen i svangreomsorgen?* er et andet argument for brugerinddragelse bl.a., at de fleste beslutninger i sundhedsvæsenet ikke omhandler liv og død samtidig med, at det er en generel antagelse, at kun 15% af de behandlinger der udføres i sundhedsvæsenet, har en væsentlig effekt, der overgår de medfølgende bivirkninger. Selvom disse tal ikke konkret vedrører fødselsområdet, kan de med fordel betragtes i forhold hertil (15).

I samme artikel omhandlende brugerinddragelse og fælles beslutningstagen i praksis fremgår det bl.a. at svangreomsorgen overordnet er paternalistisk funderet, og at denne struktur skaber en forventning fra både jordemødre og kvinderne om, at der ikke skal foregå fælles

beslutningstagen. I artiklen fremgår det, at jordemødrene oplever, at det er nemmere at håndtere kvinder, der vælger at gå imod anbefalingerne, så længe det udelukkende er kvindens eget valg og ikke en fælles beslutning. Dog oplever jordemødrene, at det omvendt er vanskeligt at indgå i en individuel tilpasset beslutningsproces, idet de ytrer en mistillid til kvinders beslutningskompetence, og da retningslinjerne på nogle områder primært angiver, hvad der er bedst for flertallet. Dette fordi de her udfordres på deres faglige viden og færdigheder ift. at udføre en sådan fælles beslutningsproces, samtidig med at de angiver at være betænkelige ved, om beslutningerne, der indgås med kvinden, vil blive respekteret andre sundhedsprofessionelle. Jordemødrene oplever det overordnet mere trygt og korrekt at følge retningslinjerne, da de i så tilfælde ikke skal argumentere for de fordele og ulemper, der er forbundet med at følge eget kliniske skøn (15). Som det fremgår af bogen, *Profesjonsstudier*, er det kliniske skøn beskrevet som følgende "*Skjøn er en form for praktisk resonnering hvor formålet er konklusioner om, hva som bør gøres i konkrete enkelttilfeller*" (16). Vi forstår ved denne definition, at det kliniske skøn er et udtryk for den enkelte jordemoders vurdering og fortolkning af evidens, kvindens præferencer og egne erfaringer afstemt ud fra den individuelle situation.

I tidsskriftet for jordemødre udtaler afdelingsjordemoder fra Aarhus Universitetshospital Ann-Birgitte Havelund Nielsen i artiklen, *Retningslinjer og trusler*, at det er naturligt, hvis jordemødre føler en frustration, når kvinder træffer valg, der går imod den viden og erfaring jordemødrene besidder (17). Det er dog vigtigt, at jordemødrenes frustration ikke har betydning for den omsorg, de yder for kvinden. Jordemoderen har som en del af sin profession ansvaret for sin professionelle holdning, som Ulla Holm beskriver, består denne af fem komponenter: *viden, selvindsigt, empati, selvrefleksion og selvdisciplin*. Særligt komponenterne *selvindsigt* og *selvdisciplin* er relevante i dette projekts sammenhæng. Det er væsentligt, at jordemoderen har selvindsigt, idet hun hermed bliver bevidst om egne følelser, behov og værdier som forudsætning for, at hun kan udøve selvdisciplin, således disse ikke får betydning for den omsorg, hun yder for kvinden (18).

På baggrund af ovenstående problematiseringer rejser der sig flere spørgsmål til jordemoderens vejledning af kvinder, der går imod anbefalingerne, da der ikke eksisterer klare retningslinjer på området. Dette bevirker, at jordemoderen, der normalvis både handler ud fra sin faglighed og retningslinjerne, vil blive nødsaget til primært at stå på sin faglige identitet og professionelle rolle

suppleret med kollegial sparring. Det kunne således være interessant, at betragte jordemoderens oplevelse ud fra et paradigmatisk perspektiv, da jordemoderens normer, værdier og anskuelser har stor betydning for, hvordan hun tilgår praksis. I forlængelse heraf finder vi det interessant at undersøge, hvordan jordemoderen oplever kvinder, der går imod anbefalinger i lyset af et paradigmatisk perspektiv, således hun kan vejlede kvinder under anvendelse af fælles beslutningstagen i et forsøg på at imødekomme kvindens behov. Dette leder os til følgende problemformulering.

2. Problemformulering

Hvordan oplever jordemødre det, når kvinder går imod anbefalingerne i svangreomsorgen set ud fra paradigmatiske perspektiver, og hvorledes kan jordemødre med bevidsthed om deres paradigmatiske perspektiv imødekomme kvinder under anvendelse af fælles beslutningstagen?

2.1 Afgrænsning

I dette projekt forholder vi os til jordemødrenes oplevelser af kvinder, der går imod anbefalinger, hvorfor vi ikke direkte belyser kvinders perspektiv, men udelukkende får kendskab til det gennem jordemødrenes udsagn. Vi behandler problemstillingen “at gå imod anbefalingerne” på et overordnet plan, idet vi ikke tilknytter besvarelsen en specifik klinisk problemstilling.

2.2 Begrebsdefinition

At gå imod anbefalingerne: Anbefalingerne og retningslinjerne anvendes synonymt i opgaven. Når vi i dette projekt nævner at gå imod anbefalingerne, menes der afdelingens kliniske retningslinjer/anbefalinger, som den danske svangreomsorgen er underlagt. Disse retningslinjer og anbefalinger findes bl.a. på de kliniske databaser, og vi skelner heraf ikke mellem hvilke databaser. Overvejende er anbefalingerne udarbejdet fra Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for svangreomsorgen, samt Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik (13) (19).

Fælles beslutningstagen (FBT): Vi betragter teorien ud fra det engelske begreb, *Shared decision making*. Begrebet skildres i artiklen *Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice* (20). Når vi fremover refererer til begrebet, FBT, i projektet, er det ud fra denne teori.

3. Mål og formål

3.1 Mål

Målet med dette projekt er at undersøge, hvordan jordemødre i praksis oplever kvinder, der går imod anbefalingerne i svangreomsorgen ud fra en belysning af de paradigmer, der knytter sig til jordemoderens handlinger. Derudover vil vi gerne tilegne os nye perspektiver på vores nuværende viden ifm., hvordan jordemoderen bedst muligt kan imødekomme kvinden.

3.2 Formål

Formålet med projektet er at bedre omsorgen for de kvinder, der går imod anbefalingerne, så jordemødrene kan indgå i en ligeværdig relation under anvendelse af FBT. Vi søger at finde en måde, hvorpå jordemoderen føler sig kompetent i at imødekomme og indgå i et ligeværdigt samarbejde med kvinder, der ønsker at gå imod afdelingens anbefalinger. Vi ønsker at sætte fokus på dette fænomen i praksis, så refleksionen herom øges.

4. Metodiske overvejelser

I de følgende afsnit redegøres for valg af videnskabelig tilgang og metodiske overvejelser i projektet. Herefter følger en redegørelse af udarbejdelsen af litteratursøgningen og begrundelse for valg af empiri. Endeligt vil projektets struktur illustreres vha. en figur.

4.1 Overvejelser om problemformuleringens humanvidenskabelige tilgang

I projektet anvender vi den humanvidenskabelige tilgang som karakteriseres ved menneskets oplevede livsverden eller menneskeskabte genstande. Humanvidenskaben er en forståelsesvidenskab, der tilstræber at opnå en forståelse af verden gennem fortolkningen af menneskets oplevelser (21). Tilgangen er karakteriseret ved en fortolkning af menneskeskabte genstandsområder for at opnå forståelse af områdernes virkelighed (22). For at opnå en erkendelse af jordemødrenes oplevelser skal projektet tage afsæt i de menneskelige livssammenhænge, den enkelte jordemoder oplever. Forståelsen opnås gennem fortolkning af jordemødrenes oplevelser med kvinder, der går imod anbefalingerne i svangreomsorgen. Dette

undersøger vi ud fra et paradigmatisk perspektiv, der bl.a. implicerer jordemoderens anskuelser, normer og værdier, hvorfor den humanvidenskabelige tilgang gør sig relevant.

4.2 Redegørelse og begrundelse for valg af projektets metode

Dette er et litteraturbaseret projekt, hvilket indebærer, at der anvendes velegnet og allerede eksisterende litteratur til besvarelsen af vores problemformulering. Litteraturen anvendt i dette projekt er fundet, vurderet og udvalgt vha. systematiske søgninger i forskellige databaser og ud fra pensum på jordemoderuddannelsen. Vi anvender metoden, *state of the art*, som en måde, hvorpå allerede eksisterende litteratur på området bliver gennemført og udvalgt på baggrund af relevansen for belysning af problemstillingen. Fordelen ved det litteraturbaserede projekt er, at det undgås at bruge økonomiske midler, da der allerede er eksisterende og anvendelig litteratur på området (23). Det anses ikke at være etisk korrekt at udnytte menneskers ressourcer, hvis det, man ønsker at undersøge, allerede er veldokumenteret og publiceret (23).

4.3 Redegørelse og begrundelse for litteratursøgning

Vores systematiske litteratursøgning foregik på to videnskabelige databaser, CINAHL Complete (24), og PubMed (25). Søgningen er beskrevet i bilag 10.1. Databaserne blev valgt grundet databasernes store mængder af forskningsbaserede sundhedsfaglige artikler, hvilket åbnede for en bred søgning af artikler, der relaterede sig til jordemoderfaget, samtidigt med at databaserne supplerede hinanden. Følgende fire temaer lå til grund for vores søgning: Tema 1, *treatment refusal*, blev udvalgt, da vores problemfelt omhandler kvinder, der afslår eller går imod de kliniske anbefalinger. Tema 2, *midwifery*, blev valgt, da vi ønskede en artikel, der omhandlede jordemoderen og hendes arbejdsfelt. Tema 3, *against*, valgte vi som et andet ord for *treatment refusal*, igen for at finde artikler der omhandlede kvinder, der gik imod givent råd. Dette gav det største antal hits, da *against* er en præposition, hvilket vi var opmærksomme på. Tema 4, *recommendation*, blev valgt for at specificere søgningen sammenholdt med de andre temaer, så de fremsøgte artikler omhandlede anbefalinger.

Søgestrategien i CINAHL startede med en emneordssøgning ved hjælp af CINAHL Subjects Headings ved brug af *Terms contains*. Herefter kom det valgt emneord op samt underemner, som blev brugt i søgningen vha. enten *Explode +* eller *Major Concept*. Tema 3 og 4 blev søgt som

Keyword i stedet, da søgningen i Subjects Headings intet resultat gav. Søgestrategien i PubMed databasen startede også med en emneordssøgning ved hjælp af funktionen *Advanced* og MeSH databasen. Undervejs i søgningen tilvalgte vi vores *Major Topic* emneord for at sikre en bred søgning. Tema 3 blev søgt i fritekst, og PubMed foreslog en ændring af tema 4 til søgeordet *Health Planning Guidelines* (retningslinjer), hvilket gik med i søgningen.

Til sidst blev de fremsøgte emneord kombineret i ønsket om artikler, der knyttede sig mere præcist til problemformuleringen. Vi foretog en bloksøgning ved hjælp af "AND" funktionen. Bloksøgningen af temasammensætning 2+3, samt 3+4 gav et søgeresultat på henholdsvis 189 og 958 artikler, og vi gjorde derfor brug af selektionskriterier for at indskrænke søgningen. Disse var publikationsår (2010-2020), engelsksprogede tekster, kvindekøn, samt human forskning. Resultatet af artikler på CINAHL efter temasammensætningen 2+3 (+selektionskriterier) gav os én relevant artikel, der kunne benyttes i dette projekt. Den resterende litteratur, der anvendes i projektet, er udvalgt gennem en søgning af relevant litteratur inden for kommunikationsteori og jordemoderkundskab, som det fremgår af uddannelsens pensum.

4.4 Præsentation af og begrundelse for valg af projektets litteratur

4.4.1 Addressing a need. Holistic midwifery in the Netherlands: A qualitative analysis

For at kunne belyse jordemødrenes oplevelse med kvinder, der går imod anbefalingerne, har vi valgt et kvalitativt forskningsinterview: *Addressing a need. Holistic midwifery in the Netherlands: A qualitative analysis*, hvilket er udarbejdet af Martine Hollander (MH), Esteriek de Miranda (EdM), Frank Vandenbussche (FV), Jeroen van Dillen (JvD), Lianne Holten (LH), i Holland. Artikkens data er indsamlet fra sommeren 2014 til foråret 2016 og herefter udgivet i juli 2019 (27). Artiklen er udvalgt efter en systematisk søgning, hvor vi fandt lignende artikler, men udvalgte denne, eftersom den er metodisk stærk. Desuden tematiseres jordemødrenes oplevelser med kvinder, der går imod anbefalingerne, hvilket sammen med andet relevant litteratur kan belyse projektets problemformulering.

4.4.2 The technocratic, humanistic and holistic paradigms of Childbirth

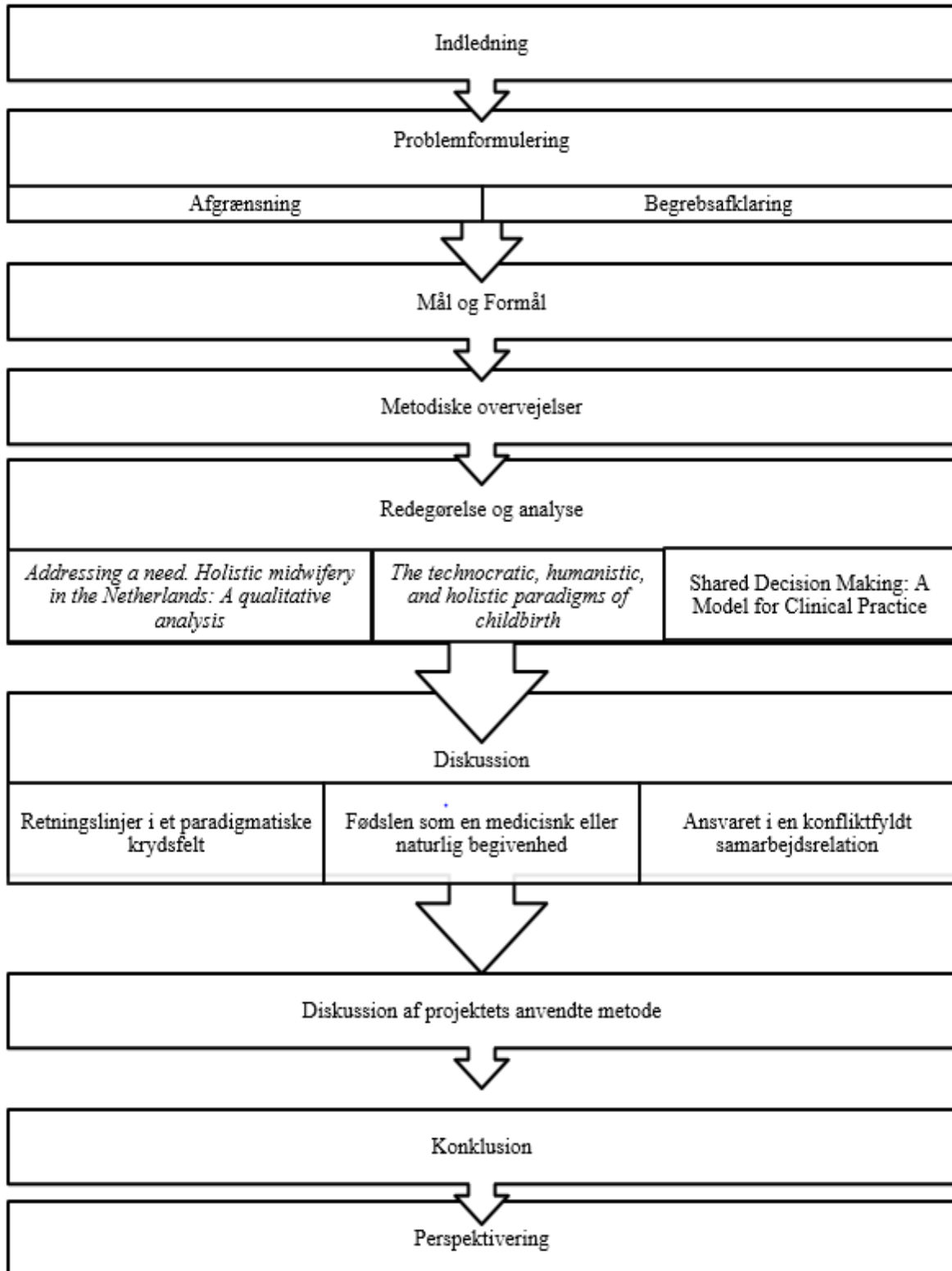
Antropolog Robbie Davis-Floyd har i tidsskriftet, *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2001, udgivet artiklen: *The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth* (26). I artiklen anskues det *teknokratiske*-, *humanistiske*- og *holistiske* paradigme i forbindelse med fødselsområdet. Disse anskuelser søger vi at anvende som et analyseredskab i forbindelse med bearbejdelsen af resultaterne fra Hollander et al.. Dernæst vil vi diskutere, hvordan disse paradigmer influerer på jordemødrenes tilgang til kvinder, der går imod anbefalingerne. Vi finder artiklen relevant for besvarelsen af vores problemformulering, selvom den tager udgangspunkt i det amerikanske sundhedsvæsen, idet vi mener, at paradigmerne også kommer til udtryk i det danske sundhedsvæsen.

4.4.3 Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice

Vi har valgt at anvende begrebet *shared decision making* for at besvare, hvordan jordemødrene kan imødekomme kvinders ønsker, når de går imod anbefalingerne. Begrebet skildres i artiklen *Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice* skrevet af Glyn Elwyn og medforfattere (20). Nogle af forfatterne er forskere og hører til forskellige sundhedsafdelinger i USA og UK. Artiklens formål er at optimere den sundhedsprofessionelles kommunikationsfærdigheder indenfor FBT, og ønsker derfor at fremlægge en ensartet fremgangsmåde i praksis vha. en tre-steps-model (20). FBT er en veldokumenteret måde at imødekomme kvinder i svangreomsorgen på, derfor finder vi FBT relevant for besvarelsen af projektets problemformulering.

4.5 Projektets struktur

Projektets struktur, er illustreret vha. nedenstående figur.



5. Redegørelse og analyse

I dette afsnit vil vi først redegøre for Robbie Davis-Floyds paradigmeteori, for derefter at anvende teorien som forståelsesredskab til analysen af Hollander et al.'s resultater. Afsnittet vil derudover indeholde en redegørelse og analyse af forskningsartiklens metodeafsnit ud fra Tong et al., COREQ's domainer og begreberne, *validitet, reliabilitet og generaliserbarhed* fra bogen, *Interview - Det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (29). Afsluttende vil vi redegøre og analysere FBT teorien med inddragelse af analysen af Hollander et al.'s resultater og Davis-Floyds paradigmeteori.

5.1 The technocratic, humanistic and holistic paradigms of Childbirth

I artiklen, *The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth*, beskriver Davis-Floyd særskilt hvert paradigme på baggrund af tolv grundsætninger, der relaterer sig til fødselsområdet med den hensigt at fremhæve paradigmernes relevans for fremtidens sundhedsvæsen. Davis-Floyd mener, at det ideelle sundhedsvæsen vil være en sammenslutning af flere elementer fra hvert paradigme (26).

Centralt for det teknokratiske paradigme er, at kroppen objektiviseres og anses som en maskine, der adskilles fra sindet, idet kroppen bedst forstås uden for dets kontekst. De grundlæggende værdier indenfor det teknokratiske paradigme knytter sig til den videnskab, som effektiviseres under anvendelse af teknologi og danner grundlag for den institution, der bygger på patriarkalske ideologier. Den dominerende kultur inden for det teknokratiske paradigme er grundlagt af hierarkiske strukturer, bureaukrati og autokrati. Herved forstås det, at den professionelle som autoritet handler på baggrund af de rutiner, der udgør den standardiserede praksis. Ansvar tillægges herved hovedsageligt den professionelle, og patientens præferencer holdes mere eller mindre uden for indflydelse. For bedst at behandle patienten bør den professionelle undgå følelsesmæssig involvering og kropskontakt, således den professionelle bedst muligt beskytter sig selv. Den mest værdifulde information vedrørende patientpleje opnås gennem teknologien, hvor der skabes mulighed for at detektere, behandle og forebygge sygdomme med det formål at kontrollere så meget af naturen som muligt. Konsekvensen af, ikke at kunne kontrollere naturen, er døden, der under det teknokratiske paradigme anses som det ultimative nederlag (26).

Det humanistiske paradigme beskrives at være mere kærligt end det teknokratiske og mindre radikalt end det holistiske. Humanismen mener, at mennesket bør forstås i en sammenhæng mellem fysikken og psyken, hvorfor både biologien, psykologien og patientens sociale miljø tages i betragtning ved udarbejdelse af en behandlingsplan. Centralt i humanismen er patientcentreret omsorg, således at patientens ønsker anerkendes i behandlingen. Det er i den forbindelse vigtigt, at der skabes en reel forbindelse mellem patienten og den professionelle, således at patienten ses som et individ. Forbindelsen skabes vha. kommunikation, og det er essentielt, at den professionelle er lige så kompetent til at lytte som til at komme med løsningsforslag. Ansvar for behandlingsplanen deles mellem patienten og den professionelle. Humanisten er ikke for medicinsk tradition, men evidensbaseret viden og er således åben for alternative behandlingsmetoder, så længe den overordnede behandling overvejende er konventionel (26).

I det holistiske paradigme betragtes kroppen ikke som en maskine eller organisme, men som en komplet sammensmeltning af krop, sind og sjæl, hvor kroppen betragtes som en energi, der er i uafbrudt interaktion med andre energier. Her er det udelukkende individets ansvar at være aktiv og tage del i livsstilsændringer, da ændringerne skal komme indefra individets selv. Disse ændringer er ikke kun til for at undgå sygdom, men skal på længere sigt generere bedre sundhed. I tilgangen til gravide og fødende er det essentielt at medtænke kvindens psykologiske tilstand, følelser og miljø for at yde den bedste omsorg. Separationen mellem klienten og den professionelle er nulstillet, og man ser muligheden for at samarbejdet bygger på én fundamental enhed. Holisterne mener, at teknologien ikke må være styrende for behandlingen af klienten, men derimod kan anvendes efter klientens eget ønske som et led i at styrke og støtte kvinden under fødslen (26). Vi er opmærksomme på, at Davis-Floyds udlægning af det holistiske paradigme er mere yderligtgående end den hollandske artikels forståelse af holismen. Derfor anvender vi udelukkende de dele af det holistiske paradigme, der er relevant for vores problemstilling (27).

5.2 Addressing a need. Holistic midwifery in the Netherlands: A qualitative analysis

I det følgende afsnit anvender vi COREQ's domainer for at strukturere redegørelsen og analysen ved at inddrage væsentlige punkter (28). Derudover anvendes Kvale & Brinkmanns følgende

begreber til vurdering af forskningsartiklens kvalitet. *Validitet* omhandler styrken eller sandheden af et udsagn, der i forskningsøjemed henfører til graden af overensstemmelse mellem det, der er til hensigt at undersøge, og det der rent faktisk undersøges. *Reliabilitet* vedrører troværdigheden og konsistensen af forskningsresultaterne vurderet ud fra interviewet, transskriptionen og analysen. Herunder vurderes den intersubjektive reliabilitet, der omhandler, hvorvidt tilsvarende forskningsresultater viser sig at kunne frembringes af andre forskere i en anden kontekst. Endeligt anvendes generaliserbarhed, der omhandler, hvorvidt resultaterne kan overføres til andre subjekter, kontekster og situationer (29).

5.2.1 COREQs Domainer

Som præsenteret i punkt 4.4.1 har vi valgt forskningsartiklen, *Addressing a need. Holistic midwifery in the Netherlands: A qualitative analysis*. Studiet er et kvalitativt forskningsinterview, hvor hollandske holistiske jordemødres motivation og praksis bliver undersøgt med det formål at give et indblik i deres arbejdsgang overfor andre professionelle i svangreomsorgen, samt forbedre forholdet mellem omsorgsgiverne på området. Interviewene er semistrukturerede og er efterfølgende blevet transskriberet og analyseret ud fra COREQ's kriterier for kvalitative interviews (27).

Domain 1:

Personal characteristics:

Ifølge COREQ's kriterier øges troværdigheden af artiklen, hvis læseren informeres om forskernes baggrund. Det fremgår af artiklen, hvem forskerne er ved angivelse af navn og arbejdsplads. De tre forskere, MH, EdM og LH, der gennemførte interviewene, er kvinder, og uddannet henholdsvis jordemødre og obstetriker. Alle med erfaring indenfor højrisiko graviditeter og kvalitativ forskning. LH har derudover en PhD. grad i medicinsk antropologi og har stor erfaring med udførelse af interviews. På baggrund heraf kan det udledes, at de tre kvindelige forskere fremstår troværdige grundet gennemsigtheden i artiklen (28). Deres teoretiske baggrund i jordemoderfaget vidner om deres kompetencer til udførelse af studiet, hvilket styrker validiteten, da det skaber relevans for studiets formål (29).

Relationship with participants:

Det nævnes i artiklen, at forskerne havde en stor interesse i organiseringen af svangreomsorgen specielt inden for hjemmefødsler med højrisiko gravide, og at de var kendt som tilhængere af kvindens rettigheder og autonomi. På baggrund heraf øges gennemsigtigheden af forskernes antagelser samt professionelle interesser for læseren. Dog er det ikke gennemsigtigt, hvorvidt deltagerne har fået denne information præsenteret inden deltagelse i studiet, selvom det står beskrevet, at forskerne kendte til nogle af de holistiske jordemødre gennem deres professionelle netværk (27). Derudover fremgår det, at MH har haft professionel kontakt til én af deltagerne forinden, hvilket lever op til COREQ's kriterier. Det står beskrevet, at en forudgående interaktion mellem forskerne og deltagerne skal beskrives i artiklen, da det kan formodes, at en eksisterende relation vil have indflydelse på deltagerens svar og forskerens tolkning heraf (28). Kendskabet mellem deltagerne og forskerne kan formodes på sin vis at have bidraget til en åben diskussion, da deltagerne var bekendt med forskernes positive holdning til netop det holistiske arbejdsfelt. Dette beskriver forskerne selv i studiets afsnit, *Strengths and limitations*, (27)

Domain 2:

Theoretical framework:

Forskerne redegør i artiklen for, at de har anvendt en fortolkende tilgang. Dette begrundes med, at forskerne fokuserer på den subjektive forståelse af verden, gennem den betydning mennesker tillægger bestemte fænomener fremfor den objektive virkelighed. Dermed kan det ikke undgås, at forskerne bidrager med en subjektivitet i relationen til deltagerne, således at resultaterne bliver en samkonstruktion af deres forståelser. Forskernes værdier bør anerkendes som en uundgåelig del af resultaterne, da metoden anser forskerne som forfattere, idet de rekonstruerer de erfaringer og betydninger, deltagerne tillægger det undersøgte fænomen (27). Det kan medvirke til at svække reliabiliteten, da troværdigheden af resultaterne bliver påvirket af forskernes egen forforståelse (29). Forskerne har samtidigt anvendt Charmaz version af forskningstilgangen, *forkortet konstruktivistisk grounded theory metode*, til analyse af dataen. Dette skyldes, at forskerne var under tidspres og derfor kun nåede at gennemgå dataindsamlingen og analysen én gang (27). Dette kan svække studiets validitet, idet der er mulighed for, at flere forsøg kunne have frembragt andre resultater (29). Forskerne redegør og begrunder deres valg af metodisk og analytisk tilgang i artiklen, hvilket ifølge COREQ giver læseren en bedre forståelse af, hvordan forskerne har udforsket deres data (28).

Participant selection:

De interviewede jordemødre er ifølge artiklen nøje udvalgt under anvendelse af to metoder. Først inviterede forskerne de hollandske, holistiske jordemødre de kendte, og som de vidste assisterede højrisiko gravide ved hjemmefødsler. Derefter gjorde de brug af metoden, *snowball method*, (30), hvilket betød, at de først adspurgte jordemødre blev opfordret til at invitere andre jordemødre, som ligeledes praktiserede holistisk (27). Denne metode giver forskerne et antal deltagere, som i høj grad vil bidrage med meningsfuldt og brugbart data fra deres interviews. Forskerne beskriver ikke, hvorledes disse indsamlingsmetoder styrker eller svækker deres resultater, men vi må antage, at holistiske jordemødre i Holland er en subkultur, og derfor er nemmest tilgængeligt gennem deres arbejdsnetværk, hvilket gør denne metode brugbar. Alle deltagere blev kontaktet vha. e-mail eller private beskeder igennem sociale medier. I alt blev der kontaktet 28 jordemødre, hvoraf fire afslog med begrundelse omkring usikkerhed om dagsordenen for forskernes interviews, manglende tillid, fortrolighed og mangel på tid (27). Således deltog 24 jordemødre i studiet (27). At forskerne har oplyst ovenstående, sikrer ifølge COREQ's kriterier sandsynligheden for, at resultaterne er anvendelige. Derudover giver det læseren mulighed for at vurdere udsagnene eller resultaterne ud fra forskellige perspektiver, hvilket øger validiteten (28, 27).

Forskerne søgte om tilladelse til udførelse af studiet fra Medical ethics committees of the Radboud University Medical Center Nijmegen og Academic Medical Center i Amsterdam. Komitéerne vurderede, at der ikke var behov for etisk godkendelse (27). På denne måde understøttes validiteten (29).

Setting:

Artiklen beskriver, at deltagerne valgte omgivelserne under interviewet, og at alle interviews foregik under private forhold herunder i deres hjem, deres arbejdsplads og offentlige steder, dog blev et enkelt interview foretaget telefonisk (27). Da placeringen af de enkelte interviews har været op til deltageren, kan man forvente, at det for deltageren er blevet opfattet som et fortroligt sted, og dermed ikke umiddelbart har påvirket svarene. Ifølge COREQ er det vigtigt, at have oplyst læseren om dette, så denne kan vurdere, hvorvidt svarene kan være påvirkede (28). Forskerne redegør desuden for deltagerens karakteristika i tabel 1 (27). Ud fra disse oplysninger bliver det beskrevet, at jordemødrene har forskellige erfaringsbaggrunde samt arbejdsfelter - alle

med en holistisk tilgang til faget. Det giver læseren mulighed for at overveje relevansen af resultaterne, samt om forskerne får præsenteret forskellige gruppers perspektiver (28).

Data collection:

Det fremgår af figur 1 i artiklen hvilke gennemgående emner og spørgsmål, der blev stillet gennem de semistrukturerede interviews. Emnelisten var på forhånd udarbejdet efter søgning på relevant litteratur, og spørgsmålene blev i samarbejde med deltagerne udarbejdet i løbet af interviewet. De mere eller mindre spontant forløbende interviews gav deltagerne mulighed for at interagere med deres egen forståelse og dermed føre interviewet derhen, hvor deltagerne fandt det relevant, hvilket styrker studiets reliabilitet (29). Emnelisten i figur 1 giver læseren mulighed at fortolke, om spørgsmålene ledte deltagerne i en bestemt retning. Alle interviews blev audio recorded og transskriberet, hvoraf kun to af deltagerne deltog i mere end et interview (27). Det er ej beskrevet, hvorvidt deltagerne fik mulighed for at læse det transskriberede materiale igennem inden udarbejdelse af resultaterne. Dette er med til at svække validiteten, da forskerne ikke har sikret sig, at de har forstået jordemødrenes udtalelser korrekt. COREQ angiver, at længden af forskernes interviews skal være kendt for læseren, hvilket artiklen opfylder (28, 25). Studiets datamætning var på 21 interviews, idet de tre efterfølgende interviews understøttede det hidtil indsamlede data (27). Idet studiets datamætning er opgivet, er dette et udtryk for, at resultaterne er konsistente, hvilket styrker studiets reliabilitet (29).

Domain 3:

Data analysis:

Det fremgår af artiklen, at forskerne i september 2017 afholdt en feedback fokusgruppe, hvor seks af de interviewede jordemødre deltog. Fire var fysisk tilstede, og to var med over telefonen (27). Ifølge COREQ undgås det, at forskernes agenda dominerer deltagerens perspektiv ved at indbyde deltagerne til feedback. Kodningsprocessen er blevet beskrevet, som COREQ foreskriver, ved at den er eksplicit i artiklen, hvilket øger troværdigheden af studiet (28). Kodningsprocessen er forløbet således, at forfatteren MH først har analyseret dataen, hvorefter LH halvvejs inde i kodningsprocessen gennemgik et interview for at undgå fejkodning. Denne proces er et udtryk for intersubjektiv reliabilitet af transskriptionerne, idet deltagelsen af flere forskere i kodningsprocessen øger sandsynligheden for, at andre forskere vil kunne udlede

samme resultater (29). De anvendte et kvalitativt analyse software program, MaxQDA, til kodningsprocessen, som med en åben kodning starter fra bunden og løbende inddrager interviews. Til denne proces anvendte de to begreber, *shared decision making* og *continuity care*, som gennemgående elementer i analysen. Den oplyste kodningsproces giver læseren en forståelse af og mulighed for gennemsigtighed i kodningsprocessen, hvilket øger studiets reliabilitet (29). Til sidst blev der dannet et coding tree, som anvist i figur 2, bestående af temaer og undertemaer (27).

Reporting:

Artiklens egen inddeling af kerne- og hovedtemaer bliver præsenteret i starten af resultaterne, hvorefter citater fra forskellige deltagere bliver fremlagt og analyseret. Der bliver refereret til forskellige jordemødres udsagn, anonymiseret vha. deltagernumre. Desuden er temaerne i artiklen opdelt, og der anvendes citater efter relevans (27). Dette øger ifølge COREQ resultaternes gennemsigtighed overfor læseren (28).

Overordnet vurderer vi studiet som veludført med en udførlig beskrivelse af design, metode, dataindsamling, samt dataanalysen udført på baggrund af COREQ's domainer, hvilket øger læserens indblik i forskningsprocessen.

Generaliserbarhed:

Angivet under studiets begrænsninger fremgår det, at studiets generaliserbarhed kan betragtes på flere måder (29). Hollands jordemodervirksomhed er opbygget således, at lavrisiko gravide henvises til at føde i hjemmet, hvilket adskiller sig fra jordemodervirksomheden i andre lande, herunder Danmark. Dog angiver studiet, at de temaer, der blev udledt, ikke adskiller sig bemærkelsesværdigt fra de temaer, andre studier har udledt, hvor undersøgelsen tilmed beror på de uafhængige, holistiske jordemødres praksis (27).

5.3 Redegørelse og analyse af artiklens temaer, ud fra Davis-Floyds paradigmatheori

I det følgende afsnit anvendes Robbie Davis-Floyds teori om paradigmer som analyseredskab til behandlingen af artiklens temaer, 1) *The regular system is failing women*, 2) *The relationship as basis for empowerment*, 3) *Delivering client centered care in the current system is demanding*, (27). Artiklens fjerde tema, *Future directions*, har vi valgt at udelade i opgaven, da temaet

omhandler ønsker til fremtidens forandringer i en hollandsk svangreomsorg. Kernetemaet, *Addressing a need* udelades, da vi læser dette som en sammenfatning af artiklens resultater med enkelte nye perspektiver, som vi ikke finder relevante for besvarelsen af problemformuleringen. Den hollandske svangreomsorg er præsenteret i artiklen og beskriver case-load jordemødre. Disse jordemødre arbejder i mindre fællesskaber og er hovedsageligt holistisk funderet, da de arbejder med stort fokus på kontinuitet, ekstra tid med kvinden, samt et ønske om personlige forhold til kvinden. Lavrisiko gravide bliver udelukkende fulgt af jordemødre, og det anses som normalt at føde i hjemmet. Jordemødrene er ikke forpligtede til at varetage højrisiko fødende i hjemmet, dog er et lille antal holistiske jordemødre, begyndt at assistere kvinder, som går imod anbefalinger i den hollandske svangreomsorgens (27).

5.3.1 The regular system is failing women

Dette tema omhandler de professionelles oplevelser af, at kvinder, der ønsker at føde i hjemmet trods højrisiko graviditeter, ikke imødekommes af den hollandske svangreomsorg. Jordemødrene oplever, at tilgangen til fødsler hovedsageligt er paternalistisk funderet med fokus på risikokommunikation og retningslinjer frem for de psykologiske forhold, patientcentreret omsorg, kontinuitet og informeret samtykke. Evidensbaseret medicin beskrives som en forbedring af praksis, dog oplever jordemødrene fortsat manglende fokus på kvindens præferencer. Jordemødrene oplever, at fokus på retningslinjerne øger mængden af interventioner, som forhindrer kvinder i en indgribfri fødsel (27). En jordemoder udtaler sig som følgende i forbindelse hermed: *“It is everywhere in all the guidelines [. . .]: the client comes first. I don’t think the client comes first, I think the guidelines come first. And they are no longer guidelines, they have become laws. (Midwife 20)”* (27). Vi forstår, at hun oplever et prioriterings- og værdimæssigt problem, idet retningslinjerne ikke længere anvendes som anbefalinger, men som love, hvori retningslinjerne er vigtigere end kvindens præferencer. Den problematik jordemoderen italesætter, kan ses i relation til det teknokratiske paradigme, hvis værdigrundlag bl.a. er baseret på, at videnskaben danner baggrund for retningslinjerne. Dog beskriver Davis-Floyd, at de sundhedsprofessionelle øjeblikkeligt accepterer de retningslinjer, der stemmer overens med deres paradigme, mens de afviser dem, der ikke gør i stedet for at undersøge den bagvedliggende evidens (26).

En gennemgående oplevelse blandt de holistiske jordemødre er, at fødselsområdet er en paternalistisk funderet institution, der ikke skaber fleksibilitet for kvinden. Dette drev kvinder ud i mere risikofyldte beslutninger, hvilket de ikke nødvendigvis ønskede, men følte sig nødsaget til for i mindre grad at afvige fra retningslinjerne (27).

Vi finder herved, at årsagen til kvinders henvendelse til de holistiske jordemødre kan ses i lyset af deres behov for at blive imødekommet, som de ikke oplever i den hollandske svangreomsorg. Betragtes dette ift. det holistiske paradigme, fremgår det bl.a., at kvindens individuelle behov har altafgørende betydning, og at jordemoderens intuition er vigtig ifm. en individualiseret omsorg. Det fremgår af selvsamme paradigme, at jordemødrene gør deres bedste for at tilgodese kvindens individuelle ønsker inden for de pågældende rammer og lovgivningen. Dette fordi jordemødrene ikke mener, at kvinders individuelle ønsker hverken rummes inden for de standardiserede retningslinjer eller af de professionelle (26). Under det humanistiske paradigme fremgår det, at en behandling bør balancere forholdet mellem videnskaben og kvindens ønsker (26). De holistiske jordemødre giver dog snarere udtryk for, at der eksisterer en ubalance, da de oplever, at retningslinjerne prioriteres over kvinderne.

Vi forholder os til, at jordemødrenes udsagn ikke entydigt bygger på ét paradigmatisk ståsted, men at flere af udsagnene knytter sig til centrale perspektiver inden for både det holistiske og humanistiske paradigme. Dette mens vi finder, at fortolkningen af retningslinjerne overvejende bygger på perspektiver indenfor det teknokratiske paradigme, idet evidensen får større betydning end kvindens præferencer, selvom begge aspekter indgår i evidensbaseret medicin. Under anvendelse af paradigmerne, forstår vi således, at udfordringen opstår, når retningslinjerne, kvinders behov og jordemødrenes praksis afspejler forskellige paradigmer.

Et andet perspektiv på problematikken tager udgangspunkt i årsagen til kvinders henvendelser til de holistiske jordemødre. Herunder var en af de hyppigste årsager, at de tidligere havde haft en traumatisk oplevelse i den hollandske svangreomsorg, hvor de følte, at deres autonomi ikke blev understøttet (27). Dette kan bl.a. anskues ud fra en af jordemødrenes udsagn:

[...] 'People would rather be judged for the things they did than for the things they didn't do', that we are almost headed for an American system, that we all try to rule out as many risks as possible (...) with the idea: at least we tried everything. (Midwife 21) (27).

Jordemoderen ytrer her sin kritik af svangreomsorgen og giver udtryk for, at systemet går i en amerikaniseret retning, hvilket hun forbinder med en risikoorienteret institution, hvor handling har størst værdi. Herunder italesætter hun, at de sundhedsprofessionelle foretrækker at udelukke så mange risici som muligt, således at de er forsikrede om, at de har forsøgt alt (27). Kvindernes traumatiske oplevelse i den hollandske svangreomsorg kan formentlig hænge sammen med det faktum, at de sundhedsprofessionelle forbinder det ikke at handle med større frygt, end det potentielt at handle forkert. For at nærme os en forståelse af jordemoderens udsagn kan det med fordel betragtes ud fra det teknokratiske paradigme. Davis-Floyd refererer til, at teknokraterne for så vidt muligt forsøger at kontrollere naturen, hvorved der opstår en frygt ved den natur, der ikke lader sig kontrollere. Davis-Floyd betragter dette perspektiv i forhold til fødselsområdet, hvor fødsler opleves som uforudsigelige, kaotiske og dermed farlige. Dette medfører en kaskade af indgreb, der alle gør sig afhængige af hinanden for derved at undgå døden, som viser sig at være det ultimative bevis på den natur, det ikke lykkedes at kontrollere (26). Relateret til jordemoderens udsagn giver teknologien de sundhedsprofessionelle mulighed for at detektere, behandle og forhindre så mange risici som overhovedet muligt. Teknokraterne forsøger at skabe gode fødselsforløb under anvendelse af teknologi, mens WHO anbefaler mere tålmodighed og færre interventioner i fødselsforløbet, da dette medfører bedre fødselsoplevelser (27). Denne anbefaling kan ses i relation til det holistiske paradigme, hvor teknologien ikke anvendes som en altafgørende grundlæggende nødvendighed, men som led i at støtte og styrke kvindens fysiologi. Humanisterne anvender teknologien som en standard i et fødselsforløb, dog mener de, at teknologien udelukkende bør anvendes med kvindens samtykke og på baggrund af evidens og ikke medicinsk tradition (26). Vi forholder os til, at de fleste sundhedsprofessionelle vil forsøge at skabe en balance mellem hensynet til obstetrisk sikkerhed og kvindens fødselsoplevelse på baggrund af faglige indikationer. Dog mener vi, givet den problematik der eksisterer mellem den hollandske svangreomsorgs sundhedsprofessionelle og de holistiske jordemødre, at deres paradigmatisk tilgang påvirker, hvilket hensyn de hovedsageligt vejer tungest. Davis-Floyd beskriver i det teknokratiske paradigme, at retningslinjerne er med til at skabe en illusion af sikkerhed for de sundhedsprofessionelle, idet de forsøger at minimere risici, men i stedet skaber dem (26). Dette implicerer tilmed den værdimæssig konflikt, vi mener, jordemoderen belyser, idet hendes frustration over fødselskulturen i den hollandske svangreomsorg knytter sig til flere aspekter af det teknokratiske paradigme. Jordemoderen kritiserer det nuværende system for, at de

sundhedsprofessionelles handler for enhver pris i stedet for at tillægge muligheden for afventende behandling værdi for at holde fødslen så indgribsfri som muligt, eller i nogle tilfælde, slet ikke at handle.

Selvom jordemoderens udsagn ikke entydigt peger i retningen af ét bestemt paradigme, udleder vi, at de hellere ser fødselsområdet bevæge sig i retningen af et system, der rummer flere perspektiver inden for det humanistiske og holistiske paradigme. Jordemoderens udsagn understøttes samtidig af, som det fremgår af artiklen, at andre vestlige lande også angiver at have et behov for en mere psykologisk tilgang på fødselsområdet, og at dette kommer til udtryk ved, at diskursen omkring højrisiko fødsler dominerer diskursen omkring den normale fødsel (27). Herved udleder vi, at dette ikke kun er et problem i den hollandske svangreomsorg, men udgør et problem i andre vestlige fødekulture.

5.3.2 The relationship as basis for empowerment

I dette tema belyses de holistiske jordemødres tilgang til jordemoderfaget, som adskiller sig fra jordemødrenes tilgang i den hollandske svangreomsorg. De holistiske jordemødre forventer forud for deres relationsdannelse til kvinden, at hun selv tager ansvar for sin fødsel (27). Vi finder dermed, at jordemødrenes opgave bliver at styrke kvinden til at træffe egne valg.

Jordemødrene mener, at det skal være op til kvinden, hvorvidt hun vil afvige fra retningslinjerne, og at kvinden skal have det sidste ord i enhver beslutning. Dette kommer til udtryk i følgende citat: *“What do I do in my job? I listen to what people want. And it is nice that we have standards, guidelines, rules and what not, but the most important thing is: what does the woman want?” (Midwife 11) (27)*. Jordemoderen udtrykker, at hun er tilfreds med at have retningslinjer, men at disse bør anvendes i en kontekst, hvor kvinden kommer først. Denne balance mellem retningslinjer og kvindens ønsker afspejles i det humanistiske paradigme, hvor det tilstræbes at dele ansvaret mellem kvinden og jordemoderen (27). Det ansvar som humanisterne gerne vil dele med kvinden, vil holisterne derimod tildele kvinden alene, og den sundhedsprofessionelle bør dermed tilskynde kvinden at tilbagetage deres autoritet og det ansvar, som det teknokratiske paradigme her underprioriteret (26)

I et citat fra artiklen, udtrykker en jordemoder følgende:

Yes. I go along with every wish. If I feel like people are actually taking responsibility for it themselves. I have to feel like they have thought it through sufficiently. That they are coming from a position of strength and not from fear. For instance, not from fear of ending up in a hospital, but from a conviction or a trust in something: in themselves, or whatever. I have to feel like they can carry themselves. If not, I won't do it (Midwife 4)
(27)

Jordemoderen beskriver, at det ikke er tilstrækkeligt, at kvinden kommer med ønsker til sin fødsel, kvinden skal i stedet tage et valg og efterfølgende stå til ansvar herfor. Derudover skal kvindens valg funderes på baggrund af styrke og en indre tro, frem for frygt (27). Vi anskuer, at frygten for at føde på hospitalet bygger på det teknokratiske paradigme, som gennem en patriarkalsk tilgang tilsidesætter kvindens autonomi og integritet, under fødselens interventioner. Herved skabes der en utryghed hos kvinder, hvilket får dem til at frygte behandlingen på hospitalet. Dette leder til kernen af de holistiske jordemødres tilgang til kvinder, tillid, som grundlag for deres relation. Tilliden opbygges ifølge de holistiske jordemødre ved lange konsultationstider med fokus på kvindens behov og med kontinuitet i både omsorgen og omsorgsudøveren (27). Sammenfattes dette med Davis-Floyds udlægning af det holistiske paradigme, finder vi, at de holistiske jordemødre tilstræber at opnå en relation til deres klienter, hvor de agerer som en enhed af energi, og hvor kvinden betragtes som klient frem for patient, da de finder at relationen bliver mere gunstig og forholdet mere ligeværdigt (26). Dette betyder ifølge de holistiske jordemødre, at kvinden vælger at følge jordemødrenes råd under fødslen (27). Ifølge Davis-Floyd er forholdet mellem jordemoderen og kvinden i en holistisk kontekst forskellig fra forholdet i den humanistiske kontekst, til trods for at begge tilgange tillægger kvindens integritet betydning. Humanisterne tilstræber en gensidig respektfuld relation, men med adskillelse af kvinden og jordemoderen. Vi finder, at denne adskillelse kan være en professionel distance mellem kvinden og jordemoderen, således at jordemoderen bærer en del af ansvaret for kvinden i kraft af sin profession, og derfor bør være bevidst om den magt, jordemoderen besidder i relationen grundet sin profession.

En mindre del af jordemødrene tilkendegiver at den information, som kvinden modtager ikke er neutral, da jordemødrenes vejledning af kvinden implicerer deres egne meninger, hvorved de holistiske jordemødre kommer til at styre kvinden i en bestemt retning. For nogle af

jordemødrene betyder det, at de på baggrund af egne holdninger til interventionerne undlader at udføre forskellige indgreb. Dette skyldes, at de holistiske jordemødre ikke betragter fødsler som en medicinsk hændelse, men som det kroppen er skabt til at gennemleve (27). Det holistiske paradigme kan være med til at belyse, hvad der får de holistiske jordemødre til at udøve færre indgreb, som beskrevet i ovenstående. Betragtet ud fra paradigmerne arbejder jordemoderen vha. sin intuition under et fødselsforløb. Jordemødrene anser deres intuition som en sammenslutning af autoritativ- og videnskabelige viden, der anvendes som primære kilde til viden om graviditet og fødsel (26). Vi finder det interessant, at anskue de sundhedsprofessionelles forskellige opfattelser af intuition, på baggrund af deres paradigmatiske forskellighed. Den holistiske opfattelse af intuition fremgår af følgende: *“Her intuition will guide her to respond to individual circumstances in individual ways. But the focus stays on the birthing woman”*. I dette tekstuddrag kommer det til udtryk, at jordemødrene handler på baggrund af deres intuition. Deres handlinger tager udgangspunkt i og omkring kvinden som individ og den energi, som jordemoderen og kvinden sammen besidder, dette er ikke nødvendigvis logisk (26). Anskues intuition ud fra det humanistiske paradigme, forstår vi, at jordemødrene følger deres intuition i omsorgen for kvinden, så længe den overordnede behandling altid er funderet i evidensbaseret viden. Jordemoderens intuition bør ifm. handling være i overensstemmelse med den jordemoderfaglig viden, som jordemoderen besidder samt implicerer kvindens behov. Anskues intuition ligeledes ifm. med det teknokratiske paradigme, vil intuition med begrundelse i sikkerhed udelukkende være funderet på målbar viden og teknologi uden inddragelse af kvindens perspektiver.

5.3.3 Delivering client centered care in the current system is demanding

Dette tema omhandler de holistiske jordemødres oplevelse af at yde fødselsomsorg for de kvinder, der vælger at gå imod anbefalingerne. I forbindelse hermed udtaler de sig om deres motivation for at hjælpe, den arbejdsrelation de indgår i med svangreomsorgens sundhedsprofessionelle, og hvad det emotionelle pres indebærer (27).

Vi mener, at jordemødrenes udsagn for overskuelighedens skyld kan sammenfattes i følgende to undertemaer med relevans for projektets problemstilling: den indre og ydre konflikt.

Den ydre konflikt vedrører den konflikt, de holistiske jordemødre oplever indbyrdes og med sundhedsprofessionelle i den hollandske svangreomsorg. Denne konflikt manifesterer sig ved, at

de holistiske jordemødre føler sig ladt alene med ansvaret for de kvinder, der vælger at gå imod anbefalinger, da kvinderne ikke føler sig imødekommet af den hollandske svangreomsorg. Jordemødrene angiver, at de oplever mistro og trusler fra de sundhedsprofessionelle fra svangreomsorgen, der truer jordemødrene med at anmelde deres praksis til sundhedsmyndighederne. Dette resulterer i, at jordemødrene føler sig stigmatiserede og frygter at udføre deres arbejde, selvom andre holistiske jordemødre tidligere er blevet frikendt i retten (27). Den indre konflikt vedrører det emotionelle pres, de holistiske jordemødre oplever. På den ene side er de motiverede og føler sig forpligtede til at hjælpe de kvinder, der ikke kan få hjælp andre steder, mens de på den anden side frygter de medfølgende konsekvenser (27). Jordemødrenes frygt kommer til udtryk på forskellige måder. Nogle af dem dokumenterer så meget som muligt af deres kontakt med kvinden for at gøre deres praksis gennemsigtig. Andre har forbindelser til lokale hospitaler, hvor de kan søge faglig sparring fra andre sundhedsprofessionelle, og én jordemoder forsøger at holde sin praksis uden for offentlighedens søgelys. Jordemødrene har etableret et netværk, hvor de indbyrdes kan dele deres emotionelle frustration, støtte hinanden og diskutere faglige problemstillinger og dårlige fødselsudkomme (27). Vi finder, at den ydre og indre konflikt er i gensidig påvirkning af hinanden, hvorfor vi ønsker at betragte de problemstillinger, der fremgår heraf ud fra paradigmerne.

Davis-Floyd beskriver, at teknokrater øjeblikkeligt accepterer retningslinjerne uden at undersøge den bagvedliggende evidens, mens de afviser dem, der ikke gør det samme (26). Netop denne tilgang kan ses i relation til den problematik, de holistiske jordemødre oplever indbyrdes og hos kvinderne når de beskriver, at de føler sig afvist, truet og stigmatiseret af de sundhedsprofessionelle fra svangreomsorgen, når de ikke udelukkende handler efter retningslinjerne.

Teknokraterne præsenterer udelukkende behandlinger, som er i overensstemmelse med deres paradigme, mens de nægter at diskutere andre paradigmatisk perspektiver på behandlinger med kvinden (26). Vi forstår herved, at patientens præferencer underprioriteres til fordel for deres autoritet og ansvar. Dette implicerer nogle af de problematikker jordemødrene og kvinder oplever i mødet med de sundhedsprofessionelle i svangreomsorgen, hvor kvinder føler, at de behov, der ikke er i overensstemmelse med retningslinjerne, ikke imødekommes.

Vi finder således, at de sundhedsprofessionelle fra svangreomsorgen handler ud fra flere

teknokratiske principper, hvilket i sig selv skaber en konflikt, idet vi bemærker, at de holistiske jordemødre udtrykker andre overbevisninger (26). Vi mener, at jordemødrenes overbevisninger generelt knytter sig til flere perspektiver inden for det holistiske paradigme, idet kerneværdierne herunder udgøres af at styrke kvinden i sit ansvar og valg for egen sundhed. Vi finder tilmed, at jordemødrenes overbevisninger relateres til det humanistiske paradigme, idet kerneværdierne herunder udgør patientcentreret omsorg, et lige fordelt ansvar mellem patienten og den professionelle, samt at en behandling overvejende er evidensbaseret med mulighed for inddragelse af alternativer. Vi forstår ved jordemødrenes udsagn, at de insisterer på at arbejde under disse kerneværdier, da de anser disse som en altafgørende del af det behov, kvinder efterspørger (27). Dog præger det emotionelle pres og frygten for at blive stigmatiseret af svangreomsorgens sundhedsprofessionelle jordemødrenes arbejdsgang i en mere teknokratisk retning, da de har en stor opmærksomhed på at dokumentere alle deres handlinger, i tilfælde af at deres praksis skal vurderes af sundhedsmyndighederne eller diskuteres blandt kollegaer.

Vi udleder af ovenstående, at der eksisterer en uenighed mellem de holistiske jordemødre og sundhedsprofessionelle i den hollandske svangreomsorg, som skaber et ugunstigt samarbejde, der i sidste ende får betydning for kvinden. Vi finder et ulige magtforhold, da de sundhedsprofessionelle udgør en større gruppe end de holistiske jordemødre, hvilket svækker de holistiske jordemødres muligheder for at skabe en ny retning, idet de kæmper imod et helt system, der varetager de mest normative interesser.

Vi forstår, at de holistiske jordemødre føler en faglig forpligtelse til at yde fødselsomsorg for kvinden, og jordemødrene mener, at kvindens behov eksisterer uanset deres hjælp eller ej. Hvorimod de sundhedsprofessionelle i den hollandske svangreomsorg giver udtryk for, at problemet er skabt af de holistiske jordemødre, idet de stiller deres hjælp til rådighed for kvinden. Vi udleder af disse problematikker, at dette blandt andet kan forklares med baggrund i de forskellige paradigmatisk tilgange. Disse tilgange er formentlig enten bevidst eller ubevidst, indlejret dybt i enhver professionel og fødselsområdets indre strukturer, hvorfor vi ser størst ræson i at betragte denne uenighed som noget grundlæggende.

5.4 Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice

Vi vil i dette afsnit redegøre og analysere artiklen, *Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice*. Det fremgår heraf, at formålet med FBT er, at involvere patienten, gøre patienten mere selvsikker i beslutningsprocessen og skabe mulighed flere konservative behandlingsmuligheder (20). FBT består af en tre-steps-model (10.2), der indeholder: *choice talk*, *option talk* og *decision talk*.

5.4.1 Choice talk

Choice talk er fundamentet for den videre samtale i udførelsen af FBT, og formålet med denne er at lade patienten vide, at der eksisterer fornuftige muligheder for behandling. Før denne komponent har den sundhedsprofessionelle sammen med kvinden identificeret en problemstilling, der skal håndteres. Den sundhedsprofessionelle skal i samarbejde med kvinden finde ud af, hvad næste skridt i processen er og fremlægge information for kvinden, såfremt hun ønsker dette. Den sundhedsprofessionelle skal klargøre for kvinden at der eksisterer flere muligheder, på en måde, hvor kvinden ikke misforstår hensigten og dermed anser den sundhedsprofessionelle som inkompetent. I den forbindelse er det vigtigt at den sundhedsprofessionelle forklarer, at det varierer fra kvinde til kvinde, hvad der er vigtigt i deres specifikke behandlingsforløb. Samtidig skal den sundhedsprofessionelle gøre det klart for patienten, at ikke alle behandlinger er forbundet med lige stor evidens og at effekt og bivirkningerne varierer alt afhængig af hvilken behandling der er tale om. Komponenten, choice talk, kan med fordel betragtes i relation til analyseafsnit 5.3.1, for at nærme os en forståelse af begrebets formål og relevans i praksis. De holistiske jordemødre oplever fødselsområdet som en paternalistisk institution, der prioriterer retningslinjerne over fleksibilitet (5.3.1). Dette resulterer i, at nogle kvinder udsættes for traumatiske oplevelser i svangreomsorgen, hvor deres integritet ikke respekteres. Konsekvensen heraf bliver, at kvinder føler sig nødsaget til at tage flere risikofyldte beslutninger for at beskytte deres integritet. Choice talk skaber mulighed for den fleksibilitet, som kvinden og de holistiske jordemødre efterspørger, idet den sundhedsprofessionelle opmærksom på at identificere problematikken, italesætte at en behandlings konsekvenser opleves forskelligt fra kvinde til kvinde, og at det ikke er alle behandlinger der er forbundet med lige høj evidens. Såfremt kvindens behov som udgangspunkt

ikke identificeres, vil forudsætningen for at imødekomme disse ikke være til stede, og kvinden vil derfor søge andre sundhedsprofessionelle udenfor systemet, hos hvem hendes integritet respekteres. På den måde udfordrer choice talk svangreomsorgens struktur og bidrager til at retningslinjerne kan ses i lyset af kvindens individuelle problemstilling og ikke udelukkende den professionelles anvisninger.

5.4.2 Option talk

Option talk omhandler, at den sundhedsprofessionelle informerer kvinden detaljeret omkring hendes muligheder for behandling. Dette gøres først og fremmest ved at afsøge, hvad kvinden i forvejen ved om mulighederne, således at eventuelle misforståelser kan udredes og hendes præferencer afsøges. Den sundhedsprofessionelle skal være sikker på at patienten kender fordele og ulemper ved mulige behandlinger (20). Komponenten option talk kan tilmed ses i relation til et andet begreb, *providing information*, der ikke er en del af tre-steps-modellen under FBT. Dette begreb omhandler, at kvindens deltagelse i en fælles beslutningsproces bedst faciliteres gennem information af høj kvalitet, og at samtalen tager udgangspunkt i kvindens viden, og om denne er korrekt. Individet tillægger udkommet af en behandling forskellig betydning og vil have forskellige præferencer forbundet med, hvilken behandling eller proces, individet helst vil gennemleve for at opnå et bestemt udkomme. Såfremt kvinden ikke får italesat sine præferencer eller opfattelser, finder hun ikke ud af, hvad der er vigtigt for hende (20). Det fremgår ikke klart af artiklen, hvad der forstås ved information af høj kvalitet. Dog udleder vi, at dette vedrører, at den sundhedsprofessionelle præsenterer kvinden for al relevant information afstemt ud fra hendes viden og under forudsætning af, at kvinden oplever, at informationen bidrager med nye perspektiver til beslutningsprocessen. Hvorvidt, en information er af høj kvalitet, kan betragtes ud fra analyseafsnit 5.3.2, hvor det fremgår, at en mindre del af de holistiske jordemødre ikke giver neutral information. Informationen til kvinden vil ikke være konsistent, da jordemødre vil give forskellig information på baggrund af deres paradigmatisk perspektiver. Vi betragter disse problematikker som medvirkende årsag til, hvorfor FBT kan være udfordrende at udføre i praksis, idet jordemoderen skal balancere forholdet mellem sit paradigme og kvindens præferencer på et grundlag af evidensbaseret viden.

Betragtes option talk ud fra elementer i afsnit 5.3.1 fremgår det, at teknokraterne, humanisterne og holisterne tillægger interventioner i fødselsomsorgen forskellig værdi. Teknokraterne finder

det mere sikkert at handle end ikke at handle, hvorimod holisterne værdsætter afventende holdninger og interventioner, der styrker og støtter kvinden i fødselsforløbet, mens humanisterne anvender interventioner på baggrund af retningslinjerne, men under forudsætning af, at kvindens præferencer er udgangspunktet. Dette kan betragtes ud fra option talk, hvilken kan hjælpe jordemoderen med at sikre, at behandlingen er i overensstemmelse med kvindens behov. Herunder kan jordemoderen præsentere kvinden for flere muligheder og indgå i en dialog omkring hendes præferencer. Vi udleder, at forudsætningen for, at den sundhedsprofessionelle lykkedes med at udføre option talk i forbindelse med interventioner i svangreomsorgen er, at den professionelle sætter sig udover sine paradigmatisk perspektiver og forholder sig til kvindens ståsted. Jordemoderen kan under anvendelse af option talk opnå en erkendelse af, at kvindens behov ikke nødvendigvis er i overensstemmelse med den professionelles paradigmatisk tilgang eller svangreomsorgens anbefalinger. Dermed forstår vi, at misforståelser udredes og betingelserne for obstetrisk sikkerhed, og en god fødselsoplevelse kan understøttes (5.3.1).

5.4.3 Decision talk

I decision talk er det vigtigt, at kvinden vejledes til at forme præferencer, ud fra hvad der har betydning for hende. Det er i den forbindelse vigtigt, at den sundhedsprofessionelle har mulighed for at give kvinden mere tid, hvis hun ikke føler sig i stand til at træffe en beslutning med det samme. Den sundhedsprofessionelle skal afdække, om kvinden har brug for at diskutere mulighederne yderligere og fortælle, at kvindens beslutning altid kan ændres, hvis hendes præferencer skulle ændre sig. Ofte har kvinden brug for tid til at finde ny information og overveje egne præferencer, derfor skal det være muligt med flere konsultationer. Disse overvejelser vil finde sted uden for konsultationen, men kvinden kan have behov for at diskutere sine overvejelser efterfølgende med samme sundhedsprofessionel, hun har tillid til. Et begreb artiklen fremlægger er, *supporting deliberation*, der kan relateres til decision talk, dog uden at være en del af tre-steps-modellen. Begrebet omhandler, at den sundhedsprofessionelle skal støtte kvinden i at overveje sine muligheder for behandling. Kvindens reaktion på at blive involveret i beslutningsprocessen kan komme til udtryk ved ubehag eller usikkerhed. Hvis kvinden ikke føler at den sundhedsprofessionelle er støttende i denne proces, kan kvinden føle sig ladt alene med ansvaret. Det er derfor essentielt, at ansvaret for beslutningsprocessen deles mellem kvinden og

den sundhedsprofessionelle, således at kvinden ikke føler sig efterladt til at træffe beslutningen alene (20).

Det fremlægges i ovenstående, at der skal være mulighed for lange konsultationer i forbindelse med en beslutningsproces, da det er ideelt i udforskningen af kvindens præferencer, som er en del af decision talk. Det bliver præsenteret i analyseafsnit 5.3.2, at tilliden i et forhold opbygges på baggrund af samtale bl.a. ved anvendelse af kontinuitet i omsorgsudøveren og omsorgen.

Afsnittet problematiserer, at den nuværende svangreomsorg knytter sig til flere perspektiver inden for det teknokratiske paradigme, idet kontinuitet og tid i konsultationerne underprioriteres (5.3.2). Teknokraterne tilsidesætter kvindens integritet og præferencer til fordel for anbefalingerne i svangreomsorgen, hvilket udfordrer udførelsen af decisions talk. Desuden kommer vi frem til, at humanisterne og holisterne vil sikre kvindens integritet, men forholder sig forskelligt til ansvarsfordelingen. Holisterne mener, at kvinden alene skal tage ansvar for sin fødsel, hvorimod humanisterne vil dele ansvaret i det omfang, at den primære behandling følger anbefalingerne. Denne anskuelse udfordrer supporting deliberation, da formålet er at kvinden ikke skal være alene om ansvaret, men at den sundhedsprofessionelle skal understøtte kvinden i beslutningstagen, uanset hvilken behandling hun ønsker. Vi finder, at den humanistiske tilgang imødekommer principperne for udførelsen af supporting deliberation, men at humanisterne bør være åbne for, når kvinder går imod anbefalingerne, for at kunne indgå i FBT. Konsultationstiden er essentielt og skal ikke defineres ud fra den sundhedsprofessionelles paradigmatisk ståsted, men være en integreret del af ethvert møde med en gravid kvinde. Tiden vil give mulighed for en bedre relationsdannelse, som vil kunne bidrage til et mere tillidsfuldt forhold og på den måde skabe mulighed for, at kunne indgå i FBT.

6. Diskussion

Gennem udarbejdelsen af projektets analyse mener vi, at kunne stille spørgsmålet om, hvorvidt kvinden skal tilpasse sig svangreomsorgen, eller om svangreomsorgen skal tilpasse sig kvinden? Der findes ikke et entydigt svar herpå, dog mener vi at en diskussion af, hvorledes de sundhedsprofessionelle fortolker retningslinjerne, betragter fødsler og ansvarsfordelingen mellem kvinden og jordemoderen er essentiel for at nærme os en besvarelse herpå. Vi vil gennemgående i

diskussionen inddrage projektets analyse kombineret med relevant litteratur fra indledningen for at nærme os en dybere forståelse af vores problemformulering.

6.1 Retningslinjer i et paradigmatisk krydsfelt

Et gennemgående element i analysen er bl.a., at jordemødrene mener, at den hollandske svangreomsorg er paternalistisk, idet de oplever, at retningslinjerne prioriteres over kvindens præferencer. Herved har vi udledt, at jordemødrene italesætter et prioriterings- og værdimæssigt problem, idet kvinders præferencer underprioriteres og retningslinjerne tillægges en lovmæssig betydning. Det udfordres af de forskellige paradigmatisk tilgange, svangreomsorgen indeholder, hvilket bl.a. sætter de holistiske jordemødre i et krydsfelt, idet de i modsætning til teknokraterne betragter retningslinjerne som vejledende, i en kontekst hvor kvinden kommer først. Det kan på baggrund heraf diskuteres om FBT kan implementeres i et sådan krydsfelt? Begrebet choice talk beskriver, at jordemoderen på et mere overordnet plan nuancerer for kvinden, at hun kan indgå aktivt i beslutningsprocessen, og at jordemoderen er der til at støtte og kvalificere kvindens valg, ud fra kvindes viden og præferencer. Vi forstår herved, at det teknokratiske paradigme er udfordret i at yde choice talk, idet teknokraterne ikke finder kvindens præferencer relevante for beslutningsprocessen. Netop denne tilgang kan medføre, at kvinder føler sig stigmatiserede af de sundhedsprofessionelle, idet de ikke føler sig inkluderede og dermed føler et tab af status og ringere muligheder for livsudfoldelse, som det er beskrevet i indledningen (5). Både i det holistiske og humanistiske paradigme finder vi, at choice talk kan implementeres, idet begge paradigmer ønsker at balancere retningslinjerne og kvindens præferencer, så kvinden bliver bevidst om, at hun har mulighed for deltage aktivt i beslutningsprocessen. Dette medfører, at kvinden føler sig lyttet til, hvorved vi finder, at kvinden vil være mindre tilbøjelige til at fravælge anbefalingerne, hvilket understøttes af det hollandske studie fra indledningen (6). Vi reflekterer således over, hvorvidt problemet med kvindens inddragelse i beslutningsprocessen også gør sig gældende i en dansk kontekst, idet implementeringen udfordres af en overvejende paternalistisk funderet svangreomsorg, hvilket fremgår af den danske artikel i indledningen (15). Vi finder det problematisk, at dette også gør sig gældende i den danske svangreomsorg, idet danske jordemødre er forpligtede jf. sundhedslovens §15, til at inddrage kvinden i beslutningsprocessen gennem informeret samtykke (10). Det er således vigtigt, at paradigmerne ikke hindrer

jordemoderen i at handle i overensstemmelse med loven. Vi reflekterer i denne forbindelse over, om kvindens behov kan imødekommes i et system, der ifølge jordemødrene overvejende er paternalistisk funderet, og dermed ikke skaber de rette betingelser for FBT. På baggrund af dette udleder vi, at jordemødrene og kvinden enten stiller sig kritiske eller føler sig forbigået i den nuværende paternalistiske struktur, der dominerer svangreomsorgen. I det følgende vil vi på baggrund af paradigmerne belyse, hvorledes disse grundlæggende betragter fødsler forskelligt, da vi mener, dette har indflydelse på, hvordan de tilgår kvinder, der ikke ønsker at følge anbefalingerne.

6.2 Fødslen som en medicinsk eller naturlig begivenhed

Det teknokratiske paradigme betragter fødsler som uforudsigelige, kaotiske og dermed farlige. Dette står i modsætning til de holistiske jordemødre, der betragter fødsler, som noget kroppen er skabt til at gennemleve. Dette, finder vi, er et udtryk for, at paradigmerne betragter risiko forskelligt, hvilket har betydning for, hvordan fødslerne håndteres. Vi har fundet, at teknokraterne vil forsøge at kontrollere fødslerne vha. teknologi, hvilket kan medføre, at der under fødslerne bliver iværksat en kaskade af unødige interventioner. De holistiske jordemødre stiller sig kritiske herfor, idet de mener, at dette er på trods af kvinders præferencer og indflydelse. WHO understøtter dette, idet de mener, at der skal udvises mere tålmodighed og iværksættes færre interventioner ifm. fødsler, hvilket skaber bedre fødselsoplevelser (27). Det holistiske paradigme søger, at teknologien skal understøtte den fysiologiske og psykologiske del af fødslen, hvilket de holistiske jordemødre mener mangler fokus i den nuværende svangreomsorg. Vi reflekterer over, om det ovenstående kan være årsag til at kvinder går imod anbefalingerne, og om dette bunder i, at jordemoderen og kvinden anskuer risiko forskelligt. Det hollandske studie, som er præsenteret i indledningen, finder ligeledes frem til denne forskel i risikoopfattelsen (6). På baggrund af analysen reflekterer vi over, hvorvidt kvindernes traumatiske fødselsoplevelser kan forstås i relation til, at de har fået frataget deres ønske om en indgribsfri fødsel til fordel for interventioner og kontrol af deres krop, hvilket har medført, at de forbinder retningslinjerne med høj risiko. Kvindens utryghed ved at føde på hospitalet kan manifestere sig som frygt for unødige interventioner, hvilket driver hende ud i mere risikofyldte fødsler i hjemmet. Vi undrer os i den forbindelse over, hvorfor retningslinjerne får så høj prioritet

i sundhedsvæsenet, når det har konsekvenser for kvindens fødselsoplevelse. Davis-Floyd angiver at teknokraterne iværksætter interventioner på baggrund af frygt for dårlige udkomme i en illusion om, at dette øger sikkerheden, selvom det skaber flere risici. Dette er bl.a. funderet i som tidligere nævnt, at sundhedsvæsenet bygger på perspektiver fra det teknokratiske paradigme, som gennem en patriarkalsk tilgang tilsidesætter kvindens medbestemmelse. I denne forbindelse er risikoopfattelse relevant, idet der opstår et kompleks mellem kvindens og jordemoderens risikoopfattelse under forhandlingen af en fødselsplan, da de har hver deres oplevelser at tage udgangspunkt i (7), hvilket, vi forstår, kan føre til sammenstød og misforståelser i beslutningsprocessen. Betraget i relation til option talk, finder vi, at FBT kan være udfordret, da denne omhandler, at jordemoderen skal tilpasse sin information, så den stemmer overens med kvindens viden og præferencer. Det er ifm. denne informationsudveksling, at misforståelser og sammenstød kan opstå, idet jordemoderen ikke lykkes med at imødekomme kvindens risikoopfattelse, således at jordemoderen informerer på baggrund af sin risikoopfattelse. Denne problematik afspejles i analysen, idet de holistiske jordemødre tilkendegiver, at deres information ikke altid er neutral, og dermed er præget af egne holdninger i kraft af deres paradigmatisk perspektiver. På baggrund af dette sætter vi spørgsmålstegn ved, om jordemødrene giver information af høj kvalitet og inddrager kvindens viden i beslutningsprocessen, således at hun kan træffe et kvalificeret valg, som det gør sig gældende ifm. providing information.

På baggrund af analysen og ovenstående diskussion fandt vi, at jordemødrene ikke mener, at kvinders individuelle ønsker hverken rummes inden for retningslinjerne eller af de sundhedsprofessionelle, idet kvinderne ikke bliver tilstrækkeligt inddraget ifm. interventioner og i beslutningsprocessen. I analysen fandt vi frem til, at det holistiske paradigme ofte undlader interventioner, da de følger deres intuition, hvor kvindens præferencer er styrende frem for retningslinjerne. Vi reflekterer derfor over, hvad det at handle ud fra intuition kan betyde for FBT med udgangspunkt i de forskellige paradigmatisk perspektiver. Ud fra det teknokratiske paradigme vil intuitionen som fremlagt i analysen udelukkende være funderet på målbar viden og teknologi uden inddragelse af kvindens perspektiver. Dette i et forsøg på at øge sikkerheden, idet retningslinjerne antages at være funderet på evidens på det pågældende område. Vi finder her et modsætningsforhold, idet at teknokraternes intuition er baseret på evidens og holisternes på den enkelte kvinde. På baggrund heraf reflekterer vi over, om en balance vil være det mest ideelle

ifm. med implementeringen af FBT, idet både evidens og kvindens præferencer skal medtages i beslutningsprocessen. På baggrund heraf finder vi det relevant at inddrage det humanistiske paradigme, da de ønsker at imødekomme kvindens præferencer, og dermed ikke understøtte den medicinske tradition. Vi finder dog, at det kan være udfordrende, hvis kvinden har præferencer udenfor retningslinjerne, idet humanisterne ønsker, at den overordnede behandlingsplan skal være inden for disse.

Som fremlagt i indledningen har retningslinjerne forskellige evidensgrader (13). På den baggrund undrer vi os over, at vi finder, at disse får højere prioritet end kvindernes præferencer, idet forskning har vist, at brugerinddragelse øger patientsikkerheden (14). Relateres dette til den danske svangreomsorg undres vi over, hvorfor brugerinddragelsen ikke er bedre implementeret, idet de fleste beslutninger som træffes i svangreomsorgen ikke omhandler liv eller død, som fremlagt i indledningen (15). Om dette skyldes, at de paradigmatiskse perspektiver hos de sundhedsprofessionelle tillægges en højere værdi end brugerinddragelsen, vides ikke, men vi finder det interessant at belyse perspektiver i denne forbindelse. Som beskrevet i indledningen indbefatter jordemodervirksomheden den spontant forløbende fødsel med viden om risikoopsporing (8). Jordemødrene er således forpligtede til at tilkalde en obstetiker ved opståen af komplikationer, hvilket også gør sig gældende i nogle af de tilfælde, hvor kvinder vælger at gå imod anbefalingerne (9). På baggrund heraf reflekterer vi over, at jordemoderen er forpligtet til selvstændigt at varetage den ukomplicerede fødsel og i samarbejde med en obstetiker varetage komplikationer, hvorfor jordemoderens professionsgrundlag knytter sig til viden indenfor både ukompliceret og kompliceret obstetrik. Dette kan bl.a. være en medvirkende årsag til, at retningslinjerne bliver prioriteret forskelligt på tværs af professionerne.

På baggrund heraf finder vi, at FBT vil have svære betingelser, idet inddragelse af kvinden kan variere efter de paradigmatiskse perspektiver, den sundhedsprofessionelle handler ud fra. Dette afspejles i indledningen, hvor en dansk artikel belyser, at jordemødrene ikke har tillid til kvindens beslutningskompetencer (15). Vi finder, at dette kan skyldes de rammer, jordemødrene arbejder under i det danske svangreomsorg, som vi tidligere har nævnt, i nogen grad er paternalistisk funderet. Med udgangspunkt heri udleder vi, at det vedrører nogle kulturelle og værdimæssige handlinger, som jordemødrene ikke nødvendigvis er bevidste om, således at jordemødre i mødet med kvinden, kan have en intention om at inddrage hende i beslutningsprocessen, men ikke formår dette. Et andet perspektiv kan være de organisatoriske rammer, som ikke giver

jordemoderen mulighed for inddragelse. Betragter vi dette i relation til decision talk, fremgår det, at rammerne for en fælles beslutningsproces forudsætter lange konsultationstider med kontinuitet af omsorgsudøverne, hvilket kan være udfordrende i den nuværende svangreomsorgs rammer. Derimod finder vi, at holisternes formår at inddrage kvinden, idet kernen i deres omsorg er at opnå en tillidsfuld og ligeværdig relation, da de tilpasser rammerne efter kvindens individuelle behov, som f.eks. mere tid og kontinuitet. Dette medfører ifølge de holistiske jordemødre, at kvinden vælger at følge deres råd under fødslen. Overføres dette til FBT mener vi, at det kan være en måde, hvorpå jordemoderen kan imødekomme kvindens perspektiver og om muligt give kvinden indsigt i og dermed lyst til at følge jordemoderens faglige råd.

Vi finder, at uanset i hvor høj grad jordemoderen ønsker at inddrage kvinden, skal hun altid være opmærksom på, at hun i kraft af sin profession besidder en magt. Vi reflekterer således over, hvordan jordemoderen forvalter den magt, således det kommer til kvindens fordel. Betragtes dette ud fra *Den professionelle holdning* som nævnes i indledningen, er det essentielt, at jordemoderen har selvindsigt, således hun forstår at adskille sin agenda fra kvindens og selvdisciplin, og dermed formår at afstå fra at udføre sin egen, i de tilfælde hvor kvindens præferencer bør understøttes (18).

6.3 Ansvar i en konfliktfyldt samarbejdsrelation

Vi fandt i analysen, at de sundhedsprofessionelle mener, at de holistiske jordemødre skaber kvinders behov for at gå imod retningslinjer. Dette får os til reflektere over, om de sundhedsprofessionelle derved mener, at behovet forsvinder, hvis det ikke imødekommes, eller om de snarere henleder til, at de holistiske jordemødres praksis påvirker kvinder til at tage flere risikofyldte beslutninger. De holistiske jordemødre mener derimod, at kvindens behov vil eksistere uafhængig af deres hjælp, og de tilkendegiver samtidig at føle en motivation for, at hjælpe disse kvinder, der ikke imødekommes af de sundhedsprofessionelle i den hollandske svangreomsorg.

Vi forstår på baggrund af analysen, at den uenighed der eksisterer mellem de sundhedsprofessionelle og de holistiske jordemødre resulterer i trusler og mistro, som forhindrer et godt samarbejde, bl.a. fordi de betragter kvindens ansvar i svangreomsorgen forskelligt.

Vi anskuer på baggrund af analysen, at det skaber en usikkerhed hos de sundhedsprofessionelle

og jordemødrene, når kvindens valg ligger uden for retningslinjerne. Dog reflekterer vi over, hvorvidt kvindens fødsel bliver mere risikofyldt, såfremt hun lades alene med ansvaret. De holiske jordemødre beskriver at føle sig alene med ansvaret for de kvinder, der vælger at gå imod anbefalingerne, hvorved vi forstår, at en måde, hvorpå jordemoderen kan skabe sikkerhed, er ved journalføringspligten jf. §21 i autorisationsloven som nævnt i indledningen (8). Jordemoderen dokumenterer det samarbejde, hun indgår med kvinden og kan derved hjælpe hende, hvilket hun er forpligtet til, og samtidig synliggøre for kvinden og sine kollegaer, at hendes hjælp går imod retningslinjerne. Jordemoderen kan trods dette, stadig føle sig alene med ansvaret. Dette understøttes af Yding et al. nævnt i indledningen, hvor det fremgår, at jordemoderen kan opleve en usikkerhed i sin beslutningskompetence i beslutningsprocesser, hvor kvinden går imod anbefalingerne, idet jordemødrene tvivler på, om beslutningerne vil blive respekteret af andre sundhedsprofessionelle (15). Vi forstår, at jordemoderens usikkerhed samtidigt kan relateres til hendes kliniske skøn, idet det ifølge definitionen (16) både anvendes i situationer, hvor retningslinjerne anvendes, men også hvor disse afviges fra, da det kliniske skøn er afstemt ud fra kvindens præferencer, jordemoderens faglige viden og situationen. Dette er i overensstemmelse med det holistiske paradigme. Dog efterlader, det os med undren om, hvordan kvaliteten af omsorgen kan understøttes i en situation, hvor jordemødrene stoler mere på retningslinjerne end den faglighed deres kliniske skøn repræsenterer. Et perspektiv på dette kommer til udtryk i den tidligere nævnte ydre konflikt, som omhandler, at jordemoderen oplever mistro og trusler fra kollegaer, der finder en større sikkerhed i at anvende retningslinjerne frem for kvindens præferencer. På baggrund af denne refleksion mener vi, at det at handle ud fra sit kliniske skøn ikke nødvendigvis er i overensstemmelse med en usikker behandling. Det kliniske skøn kan derimod skabe mulighed for, at jordemoderen kan inddrage kvinden med det resultat, at hun får mulighed for en god fødselsoplevelse, og at fødselsforløbet herved bliver mere patientsikkert (14) samtidig med, at jordemødrenes faglighed styrkes, da det kliniske skøn kan forbinde retningslinjerne med kvindens præferencer.

Grunden til, at vi finder det relevant, at belyse kvindens ansvar i fødselsforløbet, er, som det fremgår af indledningen, at hver gang kvinden træffer et valg på baggrund af sin sundhedsadfærd, vil dette påvirke hendes og barnets sundhed (3). Hvorledes de sundhedsprofessionelle forholder sig til ansvarsfordelingen afhænger af de paradigmatiskse perspektiver, der knytter sig til deres

handlinger, hvorved de har forskellige forudsætninger for at inddrage kvinden vha. FBT. Vi har gennem analysen fundet, at det teknokratiske paradigme anvender retningslinjerne uden at involvere kvinden i beslutningsprocessen, hvilket modstrider lovgivningen, idet vi tidligere har nævnt, at jordemoderen jf. sundhedslovens §15 har pligt til at inddrage kvinden i beslutningsprocessen (10). Davis-Floyd beskriver, at teknokraterne fremlægger et svar som den eneste mulighed og tillægger deres autoritet stor værdi i beslutningsprocessen, hvilket medfører, at kvindens ansvar svækkes. Har jordemoderen en teknokratisk tilgang, vil ansvarsfordelingen afspejle, at der anvendes en patriarkalsk tilgang, som medvirker, at kvindens autonomi og integritet tilsidesættes. Som tidligere nævnt i diskussionen står dette i overensstemmelse med, at svangreomsorgen overvejende er paternalistisk funderet, hvilket medfører, at jordemoderens kompetencer til at give kvinden et ansvar i beslutningsprocessen udfordres. Vi undrer os dog omvendt over, at teknokraterne ikke inddrager kvinden i beslutningsprocessen, idet teknokraterne ved anvendelse af retningslinjerne ifølge Davis-Floyd, mener at øge patientsikkerheden. Dette står i modsætningen til forskning som viser at brugerinddragelse øger patientsikkerheden (14). Relateres dette til choice talk, fremgår det, at hvis den professionelle ikke får klargjort, hvorfor patienten inddrages, kan patienten misforstå hensigten og opleve den professionelle som inkompetent. Herved forstår vi, at teknokraterne formentlig vil undgå at udøve FBT, såfremt der er en risiko for, at det vil svække deres autoritet. Vi udleder, at teknokraterne er udfordret af at udføre FBT på baggrund af deres paradigmatisk perspektiver, idet FBT kun har en effekt såfremt alle elementerne udføres i en sammenhæng.

I forbindelse med ansvarsdelingen stiller vi os kritiske overfor, at vi i analysen finder, at holisterne ønsker at overdrage det fulde ansvar til kvinden. Dette udfordres af supporting deliberation, hvor det fremgår at, kvinden ikke skal føle sig alene med ansvaret. Relateret til en dansk kontekst står holisternes syn på ansvar i uoverensstemmelse med autorisationsloven jf. §17, hvor jordemoderen forpligter sig til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i sin udøvelse af jordemodervirksomheden (8), herunder forstår vi, at dette vedrører jordemoderens ansvar for kvindens og barnets sikkerhed. Denne uoverensstemmelse underbygges af jordemoderens etiske retningslinjer, hvor det står beskrevet, at den jordemoderfaglige omsorg skal sikre, at kvinden ikke står alene med ansvaret (11). Humanisterne ønsker derimod at dele ansvaret og muliggøre alternative behandlinger, så længe at den overordnede behandling følger retningslinjerne, hvilket øger betingelserne for, at de kan inddrage kvinden i beslutningsprocessen. Hvis kvinden trods

FBT stadig ikke mener, at hun kan få opfyldt sine præferencer inden for anbefalingerne, forholder vi os til, om humanisterne i så tilfælde stadig ønsker at dele ansvaret, såfremt det ikke overvejende er på baggrund af retningslinjerne.

Vi forholder os herved til, hvordan jordemoderen kan øge kvindens beslutningskompetence, samtidig med at jordemoderen får større fagligt incitament og tryghed i at tildele kvinden et ansvar i beslutningsprocessen. Dette kan betragtes ud fra choice talk, hvor jordemoderen klargør for kvinden, at hun har et valg, samtidig med at jordemoderen fremlægger relevante forhold for at nuancere og kvalificere kvindens valg, hvorved argumentet for en behandling enten opstår eller frafalder. Vi forstår herved, at jordemoderen vha. choice talk kan gøre sit for at invitere kvinden ind i beslutningsprocessen og sikre kvinden et medansvar, som bygger på et sagligt grundlag, uanset om kvindens valg i sidste ende vil være i overensstemmelse med retningslinjerne eller ej.

6.4 Diskussion af projektets anvendte metode

Dette projekt er litteraturbaseret, da vi under anvendelse af allerede eksisterende litteratur har mulighed for at afdække vores valgte problemformulering. Vi har i den forbindelse inddraget forskelligt litteratur for at belyse hele problemformuleringen. Den valgte litteratur nuancerer således belysningen af problemformuleringen, hvilket er en styrke ved det litteraturbaserede projekt, idet det udbreder problemformuleringens perspektiv. Dette indebærer dog begrænsninger, idet det valgte litteratur ikke er skabt med formålet at besvare vores problemformulering. Davis-Floyds artikel om paradigmer er fra 2001, hvilket betyder, at det ikke er den nyeste teori, dog mener vi, at den stadig er relevant, da denne beskriver og problematiserer de grundlæggende strukturer og værdier, der gør sig gældende i svangreomsorgen. I projektet har vi valgt at bruge artiklen om paradigmer som analyseredskab til vores valgte videnskabelige artikel. Dog er vi bevidste om, at artiklens forklaringskraft ikke leder os til ét entydigt svar, idet paradigmerne er en forenkling af de tilgange, der er i svangreomsorgen, hvorfor har vi anvendt paradigmerne til en belysning af jordemødrenes udsagn. Vi har fortolket paradigmerne i en kontekst, således at de kan belyse vores problemformulering. Dette har betydning for projektet, idet litteraturen er taget ud af dens oprindelige kontekst, hvorved projektet derfor kan være præget af dette. Dog har vi gennem tilblivelsen af projektet været opmærksomme herpå, således at denne påvirkning er begrænset.

Havde vi selv udført et kvalitativt forskningsinterview havde vi udvundet data, der havde rettet sig direkte mod problemformuleringen. Dette fandt vi det ikke etisk forsvarligt, da der allerede fandtes relevant og anvendeligt litteratur.

7. Konklusion

Vi kan på baggrund af projektet konkludere, at de paradigmatiskke perspektiver har bidraget med en nuancering af jordemødrenes oplevelser, af kvinder der går imod anbefalingerne. Ud fra projektets analyse og diskussion kan vi konkludere, at de problematikker de hollandske jordemødre beskriver også gør sig gældende i den danske svangreomsorg. De holistiske jordemødres udsagn fra artiklen knytter sig til flere perspektiver indenfor det holistiske og humanistiske paradigme, idet begge paradigmer betragter kvindens inddragelse som kerneværdier. Jordemødrenes kritik af den hollandske svangreomsorg knytter sig derimod til flere perspektiver indenfor det teknokratiske paradigme, idet de betragter svangreomsorgen som en paternalistisk institution, hvor fokus på retningslinjer og autoritet begrænser kvindens mulighed for fleksibilitet, den indgribsfrie fødsel og fokus på de psykologiske forhold. Vi kan konkludere, at uoverensstemmelserne mellem jordemødrene og de sundhedsprofessionelle relateres til de forskellige paradigmatiskke perspektiver, der knytter sig til deres handlinger, hvilket resulterer i, at kvinderne bærer konsekvensen, idet deres behov ikke imødekommes. Det kan på baggrund af denne paradigmatiskke belysning konkluderes, at enkelte paradigmer knytter sig til jordemødrenes profession, dog vurderer vi, at paradigmerne er en forenkling, hvorfor vi er bevidste om, at hvert paradigme skal betragtes ud fra den situation, det anvendes i. Vi kan konkludere, at FBT er en kompleks kommunikationsstrategi, som kræver en omstrukturering af svangreomsorgen for at opnå en vellykket implementering, men der findes flere gode argumenter for, hvorfor denne omstrukturering er nødvendig for fremtidens svangreomsorg. Vi udledte i projektet, at brugerinddragelse øger patientsikkerheden og bedrer fødselsoplevelsen for kvinderne. Herunder fandt vi, at en anden forudsætning for implementering af FBT er, at jordemødrene finder en balance i ansvarsfordelingen, således at sikkerheden i forløbene afspejler den faglighed, som jordemødrene besidder og at de samtidig imødekommer kvinderne. På denne måde kvalificeres kvindernes beslutning og deres integritet og autonomi understøttes i samarbejde med jordemødrene, uanset om deres beslutning er i overensstemmelse med anbefalingerne eller ej.

8. Perspektivering

Gennem projektet har vi fundet frem til, at den danske svangreomsorgen ikke imødekommer kvinder, der går imod anbefalingerne, og vi har fremlagt, at FBT kan være et konkret forslag til en ændring i praksis, der kan medføre, at kvinderne føler sig imødekommet. Vi fandt desuden, at jordemødrene og kvinderne har et behov for flere indgribsfrie fødsler med større fokus på fleksibilitet og understøttelse af psykologiske forhold. Dette kan understøttes af forskning, der har vist, at der iværksættes unødige interventioner ved hospitalsfødsler frem for fødsler i hjemmet (31). Vi tager højde for, at kvinder med en kompliceret anamnese fortsat bør føde på hospitalet, men at de kvinder, som forventer en ukompliceret fødsel, ikke skal frygte at føde på hospitalet på grund af risikoen for unødvendige indgreb. Dette vil nødvendiggøre en omstrukturering af svangreomsorgen, som vil medføre, en større åbenhed over for kvindernes præferencer, således at retningslinjerne anvendes som vejledende i kontekst af differentieret omsorg. Vi har i den forbindelse reflekteret over, hvordan dette kan opnås, og vi forestiller os, at efteruddannelse, mindre kurser for jordemødrene i anvendelse af FBT eller afholdelse af temadage, om hvordan paradigmer påvirker den måde sundhedsprofessionelle handler og tilgår kvinderne på, kunne være gavnlige. En ændring kunne også bestå i et øget fokus på det tværprofessionelle arbejde, omhandlende hvordan jordemødre og obstetrikere kan hjælpe og styrke hinanden i samarbejdet omkring de kvinder, der ønsker at afvige fra retningslinjerne.

En strukturel omlægning af svangreomsorgen kan tilmed indebære, at der bliver åbnet mere for private fødeklinikker, idet flere kvinder har fået længere til fødegangene ifm. centraliseringen af hospitalerne. Dette kan være årsag til, at flere kvinder ønsker at føde hjemme, også selvom de har en risikofyldt graviditet eller tidligere har haft en kompliceret fødsel.

Vi oplever, at vores problemstilling er højaktuel grundet COVID-19 situationen. I facebookgruppen, *Jeg er jordemoder*, har vi løbende set forespørgsler fra kvinder, der har kontaktet private jordemødre i håb om fortsat at kunne føde hjemme. Under COVID-19 er fødende kvinder midlertidigt blevet frataget retten til at få en jordemoder ud til fødsler i hjemmet. Nogle af de kvinder, der under graviditeten har planlagt en hjemmefødsel, oplever nu at få frataget deres rettighed til at føde hjemme. Dette kan medføre, at kvinderne ikke føler sig imødekommet og dermed vælger at føde i hjemmet uassisteret, da de ikke vil gå på kompromis med egne præferencer pga. situationen.

9. Referenceliste

1. Jenkinson B, Kruske S, Kildea S. The experiences of women, midwives and obstetricians when women decline recommended maternity care: A feminist thematic analysis. *Midwifery* [Internet]. 2017; 52. 5-6 pp. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.006>. [Accessed 12.04.2020]
2. Hollander M, Holten L, Leusink A, van Dillen J, de Miranda E. Less or more? Maternal requests that go against medical advice. *Women and Birth* [Internet]. 2018;31(6), 505-12 pp. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2018.01.010>. [Accessed 12.04.2020]
3. Jørgensen T. Folkesundhed. In: Niklasson, G editors. *Sundhed, menneske og samfund*. 1st ed. København: Samfundslitteratur; 2016:3. 96, 100 pp.
4. Fødsler på trods af generelle anbefalinger. [Internet]. 2020 [cited 2020 14.04.]; Available from: <https://www.facebook.com/groups/451116095083253> [Accessed 16.04.2020]
5. Jacobsen MH. Stigmatisering i sundhedsvæsenet. In: Niklasson, G editors. *Sundhed, menneske og samfund*. 1st ed. København: Samfundslitteratur; 2016:3. 213-2016 pp.
6. Hollander M, de Miranda E, van Dillen J, de Graaf I, Vandenbussche F, Holten L. Women's motivations for choosing a high risk birth setting against medical advice in the Netherlands: a qualitative analysis. *BMC pregnancy and childbirth* [Internet]. 2017;17(1):423. Available from: <https://www.narcis.nl/publication/RecordID/oai:pure.amc.nl:publications%2F4f19d56e-a49a-413f-9a99-ef55292129a4>. [Accessed 12.04.2020]
7. Breck T. Risikobegrebet - Risiko og sundhed. In: Niklasson, G editors. *Sundhed, menneske og samfund*. 1st ed. København: Samfundslitteratur; 2016:3. 205-207 pp.
8. Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, LBK 731 af 08.07.2019. Sundheds- og Ældreministeriet.
9. Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv., VEJ 151 af 08.08.2001. Sundheds- og Ældreministeriet. Chapter 5

- 10.** Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK 903 af 26.08.2019. Sundheds- og Ældreministeriet
- 11.** Iversen R, Faarborg K, Toxvig L, Stilling DL, Kvist M, Bondo L. Ethiske retningslinjer for jordemødre. Jordemoderforeningen [Internet]. 2010, 4-5 pp. Available from: http://www.jordemoderforeningen.dk/fileadmin/Fag_Forskning/Ethiske_retningslinjer/Ethiske_Retningslinjer_2010.pdf. [Accessed 12.04.2020]
- 12.** Generelt om guidelines. [Internet]. 2016. Available from: <https://www.dsog.dk/guidelines-2/om-guidelines?fbclid=IwAR06wUKFhUALNB2lon8oQOLcW8BUBYdO2JD1KILdr5s0jPV5AvwKtHSofM8>. [Accessed 12.04.2020]
- 13.** Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi. [Internet]. Available from: <http://www.dsog.dk/obstetrik/>. [Accessed 12.04.2020]
- 14.** Om ViBIS - Effekter af inddragelse. 2020 [Internet]. Available from: <https://danskepatienter.dk/vibis/om-vibis?fbclid=IwAR3fn64hJyhtJqLM4VZSSsSor8RibbQDjnliHUHkE0DA9MHw2YCaMajMBE>. [Accessed 12.04.2020]
- 15.** Yding A, Brander Skovsted K, Nielsen A. Hvad er mulighederne for fælles beslutningstagen i svangreomsorgen? Jordemoderforeningen [Internet]. 2016;3. Available from: <http://www.jordemoderforeningen.dk/tidsskrift-for-jordemoedre/singlevisning/artikel/hvad-er-mulighederne-for-faelles-beslutningstagen-i-svangreomsorgen/> [Accessed 12.04.2020] 2-6 pp.
- 16.** Molander A. Profesjonsstudier. Universitetsforlaget; 2010. 179 p.
- 17.** Kjeldset A. Rettigheder og trusler. Jordemoderforeningen [Internet]. 2020;1. Available from: <http://www.jordemoderforeningen.dk/tidsskrift-for-jordemoedre/singlevisning/artikel/rettigheder-og-trusler/> [Accessed 12.04.2020]
- 18.** Holm U. Empati for professionelle. Kbh: Hans Reitzels Forlag; 2003. Chapter 2
- 19.** Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for svangreomsorgen. København: Sundhedsstyrelsen; 2013.

- 20.** Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*. 2012;27(10). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3445676/> [Accessed 12.04.2020] 1362-1364 pp.
- 21.** Thisted J. *Forskningsmetode i praksis*. 2nd ed. København: Munksgaard; 2018. 57 p.
- 22.** Rienecker L, Jørgensen PS. *Den gode opgave Håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser*. 5th ed. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2017. 200-201 pp.
- 23.** Glasdam S, editor. *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område indblik i videnskabelige metoder*. 1st ed. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2013. 32 p.
- 24.** CINAHL Complete. EBSCO [Internet]. Available from: <https://www.ebscohost.com/nursing/products/cinahl-databases/cinahl-complete>. [Accessed 12.04.2020]
- 25.** PubMed. [Internet]. 1996; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>. [Accessed 12.04.2020]
- 26.** Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* [Internet]. 2001;75. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0). [Accessed 12.04.2020]
- 27.** Hollander M, de Miranda E, Vandenbussche F, van Dillen J, Holten L. Addressing a need. *Holistic midwifery in the Netherlands: A qualitative analysis*. *PLoS ONE* [Internet]. 2019;14(7) Available from: <https://www.narcis.nl/publication/RecordID/oai:pure.amc.nl:publications%2F7a2933ea-095e-475c-8caf-88f0c7e14510>. [Accessed 12.04.2020] 1-18 pp.
- 28.** Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) - a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care* [Internet]. 2007;19(6). Available from:

<https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966> [Accessed 12.04.2020]. 351-352, 356 pp.

29. Kvale S, Brinkmann S. Interview - Det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3rd ed. København: Hans Reitzels Forlag; 2015. 317-320, 332 pp.


30. Green J, Thorogood N. Qualitative Methods for Health Research. (2nd edition) [Internet] Sage Publications Ltd; 2009. Available from: <http://researchonline.lshtm.ac.uk/4858/>. [Accessed 12.04.2020] 118-119 pp.

31. Mikkelsen, C. Hjemmefødsler på et oplyst grundlag. Jordemoderforeningen [Internet]. 2011;11. Available from: http://www.jordemoderforeningen.dk/tidskrift/artikel/hjemmefodslerpaa-et-oplyst-grundlag/?fbclid=IwAR1m5CIImnyBMT9ML8JSO6NA2fErcD30-S_Dx0zngmJAryaPhZyfHrK5-bI0 [Accessed 16.04.2020]

Anvendt referencesystem: Vancouver UCN

10. Bilag

10.1 Dosis-guide



D **O** **S** **I** **S** - guide

Dokumenteret Systematisk InformationsSøgning

1. *Beskriv dit emne*

Titel: Skal kvinderne tilpasse sig svangreomsorgen eller skal svangreomsorgen tilpasse sig kvinderne?

Problemstilling: Hvordan oplever jordemødre det, når kvinder går imod anbefalingerne i svangreomsorgen set ud fra paradigmatisk perspektiver, og hvorledes kan jordemødre med bevidsthed om deres paradigmatisk perspektiv imødekomme kvinder under anvendelse af fælles beslutningstagen?

Stikord på dansk: Afslag af behandling Risiko Imod Jordemoder Anbefaling	Stikord på engelsk: Treatment refusal Risk Against Midwifery , Midwife , midwives Recommendation
--	--

2. *Beskriv din søgestrategi*

Database eller informationskilde	Begrundelse for valg af database eller informationskilde	Dato / periode for søgning
CINAHL complete	Vi har valgt at søge i CINAHL Complete, da denne database bl.a. har et bredt indhold af internationale forskningsbaserede sundhedsfaglige artikler, som understøttes af lægefaglig viden. Dette vil kunne overføres til jordemoderfaget. Derfor forventes det at vi kan finde nyeste viden indenfor vores emne.	25.02.2020
PubMed	Vi har valgt at søge i PubMed, som er en database med et bredt indhold af internationale forskningsbaserede sundhedsfaglige artikler, med understøttelse af lægefaglig videnskab. Disse artikler vil også kunne overføres til jordemoderfaget. PubMed er en større sundhedsfaglig database, hvorfor vi vurderer, at denne supplerer CINAHL, idet vi forventer, at brugen af en større database, vil give os mulighed for at søge bredere ift. viden om vores emne.	25.02.2020

3. Beskriv din søgestrategi

	Tema 1 – Treatment Refusal:	Tema 2 – Midwifery:	Tema 3 – Against:	Tema 4 – Recommendation:
Database 1 – CINAHL:	Kontrollerede emneord: <ul style="list-style-type: none"> MM “Treatment refusal” 	Kontrollerede emneord: <ul style="list-style-type: none"> MH “Midwifery+” 	Fritekst: <ul style="list-style-type: none"> “Against” 	Fritekst: <ul style="list-style-type: none"> “Recommendation”
Database 2 – PubMed:	Kontrollerede emneord: <ul style="list-style-type: none"> “Treatment refusal MeSH” 	Kontrollerede emneord: <ul style="list-style-type: none"> “Midwifery MeSH” 	Fritekst: <ul style="list-style-type: none"> “Against” 	Kontrollerede emneord: <ul style="list-style-type: none"> “Recommendation MeSH” “Health Planning Guidelines MeSH” Fritekst: <ul style="list-style-type: none"> “Recommendation”

4. Beskriv dine selektionskriterier

	Publikations år	Sprog	Køn	Art
Database 1 – CINAHL:	2010-2020	ENGELSK	FEMALE	HUMAN
Database 2 – PubMed:	2010-2020	ENGELSK	FEMALE	HUMAN

5. Søgeresultat

	Tema 1 – Treatment Refusal:	Tema 2 – Midwifery:	Tema 3 – Against:	Tema 4 – Recommendation:
Database 1 – CINAHL:	4.788	19.879	116.079	15.421
Database 2 – PubMed:	12.019	18.913	1.140.747	4.073

5. Søgeresultat (fortsat)

	Tema 1 AND Tema 2	Tema 2 AND Tema 3	Tema 2 AND Tema 3 (+ selektionskriterier)	Tema 2 AND Tema 3 AND Tema 4	Tema 1 AND Tema 2 AND Tema 4	Tema 3 AND Tema 4	Tema 3 AND Tema 4 (+ selektionskriterier)
Database 1 – CINAHL: (AND)	47	183	25	1	0	958	152
Database 2 – PubMed: (AND)	22	260	121	3	1	2.968	592

10.2 Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice -Tre-steps-model (20)

Box 1. Choice talk

Choice talk is about making patients that reasonable options exist. This step does not necessarily have to be done face-to-face — an email, letter or a telephone call can also be effective: e.g. asking a patient whose tests come back showing a herniated intervertebral disc to use a decision support website.

'Choice talk' is a *planning* step (45). Components of the choice talk include:

- a) **Step back.** Summarise and say: "Now that we have identified the problem, it's time to think what to do next"
- b) **Offer choice.** Beware that patients often misconstrue the presentation of choice and think that the clinician is either incompetent or uninformed, or both. Reduce this risk by saying: "There is good information about how these treatments differ that I'd like to discuss with you."
- c) **Justify choice.** Emphasise: 1) the importance of respecting individual preferences and, 2) the role of uncertainty.

Personalizing preferences: Explaining that different issues matter more to some people than to others should be easily grasped. Say: "Treatments have different consequences ... some will matter more to you than to other people..."

Uncertainty: Patients are often unaware about the extent of uncertainty in medicine: that evidence may be lacking and that, individual outcomes are unpredictable at the individual level. Say: "Treatments are not always effective and the chances of experiencing side effects vary..."

- d) **Check reaction.** Choice of options may be disconcerting: some patients may express concern. Suggested phrases: "Shall we go on" or "Shall I tell you about the options?"
- e) **Defer closure.** Some patients react by asking clinicians to "tell me what to do ...". We suggest that *deferring closure* if this occurs, reassuring that you are willing to support the process. Say: "I'm happy to share my views and help you get to a good decision. But before I do so, may I describe the options in more detail so that you understand what is at stake?"

Box 2. Option talk

- a) **Check knowledge.** Even well-informed patients may only be partially aware of options and the associated harms and benefits, or misinformed. Check by asking: "What have you heard or read about the treatment of prostate cancer?"
- b) **List options.** Make a clear *list* of the options as it provides good structure. Jot them down and say: "Let me list the options before we get into more detail". If appropriate, include the option of 'watchful waiting', or use positive terms such as 'active surveillance'.
- c) **Describe options.** Generate dialog and explore preferences. Describe the options in practical terms. If there are two medical treatments, say: "Both options are similar and involve taking medication on a regular basis" Point out when there are clear differences (surgery or medication), where postponement is possible or where decisions are reversible. Say: "These options will have different implications for you compared to other people, so I want to describe ..."

Harms and benefits. Being clear about the pros and cons of different options is at the heart of shared decision making. Learn the about effective risk communication (46)(47), about framing effects and the importance of providing risk data in absolute as well as relative terms. Try giving information in 'chunks' (chunking and checking) (48).

- d) **Provide patient decision support.** These tools make options visible and may save time. Some are sufficiently concise to use in clinical encounters (38). Examples of these short tools are Issues Cards (49), Decision Boards (50), and Option Grids (<http://www.optiongrid.co.uk/>) (42). SDM may need more than one encounter. More extensive patient decision support tools may play a crucial role (51). Say: "These tools have been designed to help you understand options in more detail. Use them and come back so that I can answer your questions".
- e) **Summarize.** List the options again and assess understanding by asking for re-formulations. This is called a 'teach-back' method and is a good check for misconceptions.

Box 3. Decision talk

- a) **Focus on preferences.** Guide the patient to form preferences. Suggested phrases: "What, from your point of view, matters most to you?"
- b) **Elicit a preference.** Be ready with a back-up plan by offering more time or being willing to guide the patient, if they indicate that this is their wish.
- c) **Moving to a decision.** Try checking for the need to either *defer* a decision or *make* a decision. Suggested phrases: "Are you ready to decide?" or "Do you want more time? Do you have more questions?" "Are there more things we should discuss?"
- d) **Offer review.** Reminding the patient, where feasible, that decisions may be reviewed is a good way to arrive at closure.