

“Vi går med livrem og seler, så nu...”

Et kvalitativt bachelorprojekt om risikopfattelse og organisatoriske retningslinjers indflydelse på jordemoderens kliniske beslutning, samt praktiseringen af evidensbaseret medicin som metoden til at tage ansvar for at understøtte den ukomplicerede fødsel.

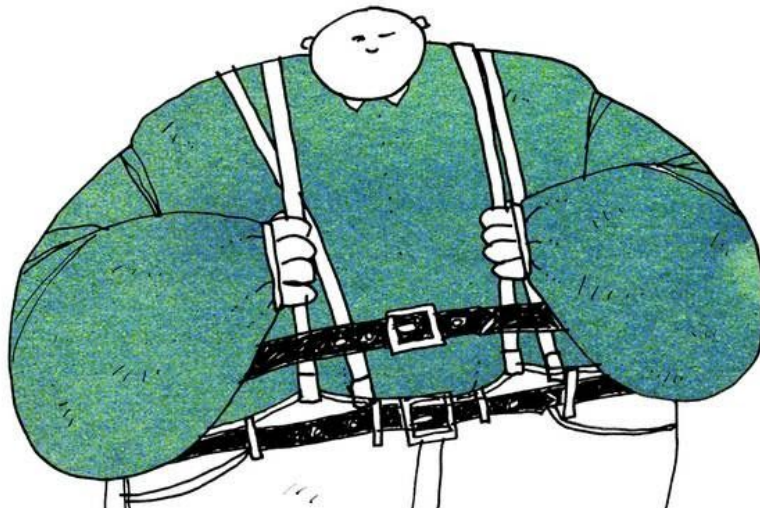
Julie Bay Stegger Serup, Shabnam Azizi, Birgitte Halkjær Storgaard, Sarah Bjerrum Poulsen & Rie Mette Sarkov

J16S, Jordemoderuddannelsen, University College Nordjylland

Vejleder: Jane Hyldgård Nielsen

Tegn med mellemrum:

Afleveringsdato: d. 08/11 - 2019



Denne opgave - eller dele heraf - må kun offentliggøres med forfatter(ne)s tilladelse jf. Bekendtgørelse af lov om ophavsret nr. 1144 af 23.10.201

Hvordan påvirker jordemoderens risikopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarsfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

Resume

Titel: *"Vi går med livrem og seler, så nu.."*

Problemfelt: Jordemødre er en del af et risikosamfund, hvor der udføres behandlinger på baggrund af risikofaktorer, hvormed disse bliver patologiske. Dette ses ved indgreb i en ellers forventet ukompliceret fødsel. Retningslinjer repræsenterer også dette patogene fokus og efterlader et snævert rum til jordemoderens kliniske skøn.

Problemformulering: Hvordan påvirker jordemoderens risikopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarsfuldt i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

Teori og metode: Bachelorprojektet er udarbejdet som et litteraturbaseret studie, hvor metoden tekstanalyse er anvendt. Projektet har en sundhedsvidenskabelig tilgang med fokus på human- og samfundsvidenskaben. Der anvendes teori om risiko, evidensbaseret medicin og en videnskabelig artikel.

Resultat af analysen: Jordemoderens risikopfattelse påvirkes af individuelle og samfundsmæssige risikofaktorer. Endvidere er retningslinjer socialkonstruerede, risikobetonede og dermed ikke objektive. Dette skaber udfordringer for den evidensbaserede medicin i praksis, hvilket vil påvirke den kliniske beslutning, som gør det vanskeligt at tage ansvar for den ukomplicerede fødsel.

Diskussion af resultater: Størstedelen af jordemødre anvender retningslinjer som den bedste evidens i praksis med tendens at anvende disse ukritisk. Det risikofyldte fokus på fødslen kan medføre, at den raske kvinde sygeliggøres. Når den evidensbaserede medicin anvendes i den

Hvordan påvirker jordemoderens risikopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

kliniske beslutning, skabes en kultur, hvor kvindens perspektiv, evidens og klinisk ekspertise vægtes lige.

Konklusion: Den ukomplicerede fødsel præges af en generel antagelse om, at fødslen er risikofyldt. Retningslinjerne patologiske fokus er ofte styrende for den kliniske beslutning og jordemoderens risikopfattelse er frygtbaseret. Det er derfor hensigtsmæssigt at inkorporere evidensbaseret medicin i den kliniske beslutningstagen, således at der vil være et ligeværdigt forhold mellem evidens, kvinden og den klinisk ekspertise.

Perspektivering: Dansk Jordemoderfagligt Selskab kan bidrage til ansvarfuldt at understøtte den ukomplicerede fødsel, ved at udarbejde anbefalinger der inkludere brugeren og jordemoderens kliniske ekspertise samt den bedste evidens.

Hvordan påvirker jordemoderens risikopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

Abstract

Title: “We wear belt and braces, so now...”

Background: Midwives are a part of a risk society, where treatment is performed based on risk factors, hence these become pathological. This is seen in interventions performed in expected uncomplicated births. Guidelines also represent this pathogenic focus and leaves a narrow space for a midwife’s clinical judgement.

Problem statement: How does the midwife’s perception of risk and the organizational guidelines affect the clinical decision-making, and how can the midwife simultaneously work appropriately and responsibly in her clinical decision-making in the uncomplicated birth?

Method: This bachelor’s project is a literature-based study, in which the method of text analysis is used. The project is based on a health scientific approach with a main focus on human- and social science. Theory about risk, evidence-based medicine and a scientific article is used.

Analysis: The midwife’s perception of risk is affected by individual and social risk factors. Furthermore guidelines are socially constructed, emphasized by risk and thus not objective. This creates challenges in evidence-based medicine in practice, which affects the clinical decision-making, making it difficult to take responsibility for the uncomplicated birth.

Discussion: The majority of midwives use guidelines as best evidence in practice. A tendency to use these uncritically is seen. The focus on risk in birth can cause a pathologicalization of the healthy woman. Furthermore the use of evidence-based medicine in the clinical decision-making can create a culture where the woman’s perspective, evidence and the clinical expertise is equally valued.

Conclusion: The uncomplicated birth is pervaded by a general assumption of birth as a high

Hvordan påvirker jordemoderens risikopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarsfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

risk event. The pathogenic focus in guidelines is often ruling the clinical decision-making and the midwife's perception of risk is fear based. It is therefore appropriate to incorporate evidence-based medicine into the clinical decision-making creating an equal relation between evidence, the woman and the clinical expertise.

Further perspective: A space for professional reflection should be created on the labour wards where the professional identity of the midwife can be unfolded. Moreover Danish Midwifery Society can contribute to develop guidelines and thereby take responsibility for the uncomplicated birth.

Hvordan påvirker jordemoderens risikopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

Hvordan påvirker jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

Indholdsfortegnelse:

| | |
|--|-----------|
| Resume | 3 |
| Abstract | 3 |
| Indholdsfortegnelse: | 4 |
| 1. Indledning | 7 |
| 2. Problemformulering | 10 |
| 2.1 Afgrænsning | 10 |
| 2.2 Begrebsdefinition | 10 |
| 3. Mål og formål | 11 |
| 3.1 Mål: | 11 |
| 3.2 Formål | 11 |
| 4. Teori og metode | 11 |
| 4.1 Videnskabsteoretiske overvejelser | 12 |
| 4.3 Redegørelse og begrundelse for systematisk litteratursøgning | 13 |
| 4.3.1 Redegørelse for litteratursøgning | 13 |
| 4.4 Præsentation af og begrundelse for valg af projektets empiri | 14 |
| 4.4.1 “Dialog om det usikre - nye veje i risikokommunikation” | 14 |
| 4.4.2 “Evidence-based medicine - how to practice and teach EBM” | 14 |
| 4.4.3”Midwives’ and obstetricians’ perceptions of risk and its impact on clinical practice and decision-making in labour: An integrative review” | 15 |
| 4.5 Projektets struktur | 15 |
| 5. Redegørelse og analyse | 18 |
| 5.1 “Dialog om det usikre - nye veje i risikokommunikation” af Thomas Breck | 18 |
| 5.1.1 Baggrunden for “Dialog om det usikre - nye veje i risikokommunikation” | 18 |

Hvordan påvirker jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

| | |
|--|----|
| 5.1.2 Redegørelse af “Det objektive og subjektive risikobegreb” | 18 |
| 5.1.2.1 Analyse af “Det objektive og subjektive risikobegreb” | 19 |
| 5.1.4 Redegørelse af “det socialkonstruerede risikobegreb” | 20 |
| 5.1.4.1 Analyse af “det socialkonstruerede risikobegreb” | 21 |
| 5.1.5 Redegørelse af begrebet “risikosamfund” | 23 |
| 5.1.5.1 Analyse af begrebet risikosamfund | 24 |
| 5.1.6 Delkonklusion af risikobegreberne | 25 |
| 5.2 “Evidence-based medicine - How to practice and teach EBM”, Straus et al. | 26 |
| 5.2.1 Baggrund for “Evidence-based medicine - how to practice and teach EBM” | 26 |
| 5.2.2 Redegørelse af “Klinikerens ekspertise” | 27 |
| 5.2.2.1 Analyse af “Klinikerens ekspertise” | 27 |
| 5.2.3 Redegørelse af “Patientens værdier og omstændigheder” | 28 |
| 5.2.3.1 Analyse af “Patientens værdier og omstændigheder” | 28 |
| 5.2.4 Redegørelse af “Den bedste evidens” | 28 |
| 5.2.4.1 Analyse af “den bedste evidens” | 29 |
| 5.2.5 Redegørelse for praktisering af EBM | 29 |
| 5.2.5.1 Analyse af “praktisering af EBM” | 30 |
| 5.2.6 Delkonklusion af EBM | 31 |
| 5.3 “Midwives’ and obstetricans’ perceptions of risk and its impact on clinical practice and decision-making in labour: An integrative review” | 32 |
| 5.3.1 Præsentation | 32 |
| 5.3.2 Kritisk vurdering af artiklen | 34 |
| 5.3.3 Redegørelse af “External influences on risk perceptions” | 36 |
| 5.3.3.1 Analyse af eksterne faktorer, der påvirker risikoopfattelsen | 37 |
| 5.3.4 Redegørelse af “The influence of personal fears and values on risk perception” | 38 |

Hvordan påvirker jordemoderens risikopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

| | |
|---|-----------|
| 5.3.4.1 Analyse af "Personlig frygt og værdiers indflydelse på risikopfattelse" | 39 |
| 5.3.5 Redegørelse af "Impact of professionals' perception of risk on women's decision-making" | 40 |
| 5.3.5.1 Analyse af "Sundhedsprofessionelles risikopfattelse og dennes indflydelse på kvinders beslutningstagning" | 41 |
| 5.3.6 Delkonklusion af analyse af projektets artikel | 42 |
| 6. Diskussion | 43 |
| 6.1 Retningslinjernes indflydelse på jordemoderens kliniske beslutning | 43 |
| 6.2 En patologisk risikopfattelse i den ukomplicerede fødsel | 45 |
| 6.4 Diskussion af projektets videnskabelige tilgang, metode og empiri | 50 |
| 7. Konklusion | 52 |
| 8. Perspektivering | 53 |
| 9. Litteratur | 54 |
| 10. Bilag | 54 |

Hvordan påvirker jordemoderens risikopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarsfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

1. Indledning

“Vi går med livrem og seler”

En sætning, vi selv har sagt og som vi har hørt jordemødre på fødeafdelingen sige utallige gange. Sætningen opleves anvendt som begrundelse for at opspore risici, for at intervenere i fødslen og som en betryggende kommentar til den fødende kvinde og hendes partner. Sætningen kan måske være et udtryk for, at jordemoderen i takt med samfundsudviklingen har fået et mere teknokratisk syn på fødslen (?). Denne samfundsudvikling kan være et udtryk for risikosamfundet, hvor jordemoderen som aktør kan stilles til ansvar for sine kliniske beslutninger, og hvor det dårlige udfald frygtes (?), hvorfor jordemoderen både går med livrem og seler. Men burde livremmen være nok?

Det er sikkert at føde i Danmark (?). Indenfor det obstetriske speciale har Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) arbejdet målrettet for at forebygge morbiditet og mortalitet gennem udarbejdelse af standardiserede kliniske retningslinjer(?). De fremhæver, at behandlinger, som indgår i disse, skal ses som forslag blandt flere mulige, og derfor bør de ikke forstås som en endegyldig løsning (ibid). Gennem de seneste 20 år har bl.a. førnævnte standardisering og den faglige udvikling forbedret svangreomsorgen ved at nedsætte maternel og perinatal mortalitet (?). Den perinatale mortalitet har i Danmark siden 1997 ligget stabilt omkring 7,2/1000 levendefødte. Den relativt lave perinatale mortalitet er dog højere end mortaliteten i andre nordiske lande (ibid), hvorfor der kan stilles spørgsmålstejn ved, om kliniske retningslinjer er det redskab, der fortsat kan bidrage til at nedbringe den perinatale mortalitet.

Obstetriker og professor Murray Enkin skriver, at den evidensbaserede medicin (EBM) siden 1970'erne har bidraget positivt til udarbejdelsen af evidens inden for obstetrikken (?). Et eksempel herpå er evidensen, som har bidraget til en retningslinje om lungemodnende medicin anvendt ved præterm fødsel, hvor der kan påvises en direkte lineær relation mellem behandling og udfald. I dag er mange problemstillinger inden for den jordemoderfaglige praksis dog ikke

Hvordan påvirker jordemoderens risikopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

blot ukomplicerede eller komplicerede, men har en mere kompleks karakter. Enkin udfordrer derfor brugen af retningslinjer som en opskrift på håndteringen af omsorg, da kliniske retningslinjer ikke kan rumme de komplekse problemstillinger. En retningslinje, der søger at afdække et komplekst problem kan hjælpe nogle, men være direkte skadelige for andre (ibid). Endvidere udfordrer Enkin den bedste evidens ved at fremhæve, at der er fejlkilder ved ethvert studie, samt at selv den bedste evidens kan være skadende, hvis den anvendes ukritisk i praksis (ibid). Ph.d Annegrethe Nielsen beskriver, hvordan mange jordemødre oplever, at instrukser, retningslinjer og anbefalinger efterlader et snævert rum til jordemoderens selvstændige kliniske skøn, hvorfor jordemoderens kliniske beslutning underlægges kliniske retningslinjer(?). Hun påpeger ligeledes, at den gravide kvinde ikke får en individuel behandling, når jordemoderen anvender retningslinjerne som en færdig pakkedløsning i stedet for en beslutningsstøtte, som er det tiltænkte formål (ibid + SST). Dette ses problematisk, når International Confederation of Midwives (ICM) beskriver, at jordemoderens grundlæggende kompetencer indebærer at skabe et partnerskab med kvinden med henblik på at understøtte sundheden for mødre, spædbørn og familierne (?).

DSOG's retningslinjer har som tidligere anført til formål at forebygge morbiditet og mortalitet (?). MHH Lene Toxvig beskriver, at forebyggelse i sundhedsvæsenet tager udgangspunkt i risikofaktorer, hvorved disse bliver patologiske og dermed behandlingskrævende (?). Således har retningslinjerne et overordnet fokus på at vejlede klinikerne i at forebygge negative udfald, hvilket ligger i tråd med en patogenetisk tankegang (?). Ifølge Anbefalinger for Svangreomsorgen (AFSO) skal indsatsen i svangreomsorgen være forebyggende, men ligeledes sundhedsfremmende (?). Der kan derfor stilles spørgsmål ved, hvad den patogenetiske tankegang - eller mangel på salutogenetiske - har af betydning for jordemoderens kliniske beslutningstagen i den ukomplicerede fødsel (?).

Fx. fremhæver Lillian Bondo, forhenværende formand for Jordemoderforeningen, i en leder, at *”fire ud af ti førstegangsfødende med en forventet normal fødsel, får stimuleret veerne medicinsk”* (?). Idet jordemoderen selvstændigt varetager den ukomplicerede fødsel, jf. jordemoderens selvstændige virksomhedsområde, kan det synes paradoksalt, at hun beskrives

Hvordan påvirker jordemoderens risikopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

som vogter af den ukomplicerede fødsel, men synes ikke i stand til at forsvare eller definere denne (?)(?).

En undersøgelse foretaget af OECD viste, at vestlige lande i 2018 havde et overforbrug af sundhedsydelser på 15% (?). Dette overforbrug medfører ikke nødvendigvis højere kvalitet, hvilket ellers er et af formålene for sundhedsvæsenet (?). Denne uoverensstemmelse har affødt initiativet “*Vælg Klogt*”, som har til formål at sætte fokus på, at mere behandling ikke altid er bedre behandling og dermed reducere overbehandling i sundhedsvæsenet (?). Dette initiativ synes også relevant indenfor svangreomsorgen, da behandlingen af risikofaktorer kan medføre unødige indgreb, hvilket ikke kun kan have menneskelige, men også samfundsøkonomiske omkostninger (?).

Det synes dermed plausibelt, at der kan forekomme overbehandling af gravide og fødende kvinder på baggrund af bekymring for negative udfald. Denne bekymring kommer til udtryk ved, at risikofaktorer behandles, fordi disse opfattes som patologiske. Dermed kan normale fænomener i fødslen blive sygeliggjort; eksempelvis når en gravid kvinde med naturlig vandafgang uden veer ifølge retningslinjer for Prelabour Rupture Of Membranes (PROM), anbefales at blive stimuleret efter få timer grundet frygten for neonatal sepsis og chorioamnionitis. Endvidere er det påfaldende, at der i retningslinjen antydes, at jordemoderen skal instrueres, og kvinden med vandafgang håndteres (?). På baggrund af disse problemstillinger findes der således grundlag for at undersøge, hvordan opfattelsen af risiko og de kliniske retningslinjer påvirker jordemoderens kliniske beslutningstagen, samt hvorledes dette influerer på den ukomplicerede fødsel.

Hvordan påvirker jordemoderens risikopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

2. Problemformulering

Hvordan påvirker jordemoderens risikopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen, og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuldt i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

2.1 Afgrænsning

Dette projekt omhandler jordemoderens risikopfattelse og de organisatoriske retningslinjers indflydelse på den kliniske beslutningstagen i den ukomplicerede fødsel. Således afgrænses projektets problemstilling til jordemoderen, hvor hverken den gravide kvinde eller barnet inkluderes hertil. Projektet tager ikke udgangspunkt i enkelte retningslinjer eller bestemte situationer, da det tilstræbes at besvare problemformuleringen på metaplan.

2.2 Begrebsdefinition

Risiko: I dette projekt forstås risiko ud fra Mads P. Sørensen og Allan Christensens definition af risiko, som er et modbegreb til fare. Risikobegrebet er defineret som en beregnelig usikkerhed, hvori der indgår en sandsynlighed for en hændelse samt en konsekvens som følge af hændelses opståen (?).

Den ukomplicerede fødsel: Dette defineres ud fra jordemoderens selvstændige virksomhedsområde; en fødsel af ét barn til termin, mellem 37 og 42 uger, i regelmæssig bagehovedpræsentation. Fødslen skal være spontant indsættende og forløbende. Den afsluttes uden efterfølgende komplikationer, dvs. uden brug af vefremmende medicin, hindsprængning, eller instrumentel forløsning (?).

Klinisk beslutningstagen: Klinisk beslutningstagen defineres i dette projekt som jordemoderens evne til at tage udgangspunkt i den tilgængelige viden om patientens situation og ønsker, hvilket kobles med jordemoderens viden, erfaring og kunnen, samt den organisatoriske ramme (?).

Hvordan påvirker jordemoderens risikopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

3. Mål og formål

I det følgende afsnit fremsættes henholdsvis projektets overordnede mål og formål.

3.1 Mål

Målet med projektet er at belyse, hvilken betydning de kliniske retningslinjer og jordemoderens risikopfattelse kan have for hendes kliniske beslutningstagen, når hun varetager og understøtter den ukomplicerede fødsel. Endvidere at synliggøre de udfordringer der kan opstå, når jordemoderen ikke praktiserer EBM, og hvorledes jordemoderen kan imødekomme disse udfordringer i sin kliniske beslutningstagen.

3.2 Formål

Formålet med dette projekt er at skabe kritisk refleksivitet omkring jordemoderens professionsidentitet, herunder hendes ansvar for at understøtte den ukomplicerede fødsel. Dette skal bidrage til en mere nuanceret forståelse af, hvordan normalitet og risiko opleves af jordemoderen i hendes arbejde med afdelingens retningslinjer, og hvordan dette påvirker den ukomplicerede fødsel. Projektet har ligeledes til formål at bidrage til en kultur, hvorigennem jordemoderen vha. EBM får mulighed for at tilgodese de kliniske retningslinjer, egne erfaringer og viden samt kvindens perspektiv i den kliniske beslutning. Dette øgede fokus skal bidrage til en bedre sundhedsfaglig, interpersonel og organisatorisk kvalitet i den ukomplicerede fødsel.

4. Teori og metode

Det følgende afsnit beskriver projektets videnskabelige tilgang, metode og søgestrategi. Herudover præsenteres og vurderes projektets valgte empiri iht. projektets problemstilling. Afslutningsvis fremvises projektets overordnede struktur.

Hvordan påvirker jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

4.1 Videnskabsteoretiske overvejelser

I dette projekt undersøges, hvordan jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer påvirker den kliniske beslutningstagen, og hvorledes jordemoderen samtidig kan arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuldt i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel. Da dette er en jordemoderfaglig problemstilling, vil projektets videnskabsteoretiske tilgang være sundhedsvidenskabelig. Sundhedsvidenskaben anses for metodisk og videnskabsteoretisk at indeholde human-, samfund- og naturvidenskab (?). I projektet anvendes en human- og samfundsvidenskabelig tilgang. Humanvidenskaben orienterer sig i et menneskesyn, hvori subjektet i sin livsverden er bevidst med følelser og tanker i relation til dens omverden (ibid). Således muliggør en humanvidenskabelig tilgang, at projektet kan undersøge jordemoderens livsverden og derigennem opnå en forståelse for de faktorer, der påvirker hendes kliniske beslutningstagen.

Den samfundsvidenskabelige vinkel i projektet gør det muligt at undersøge og forstå jordemoderens risikoopfattelse fra både et individ- og samfundsperspektiv. Dette skyldes, at risikoopfattelse ikke alene kan anskues ud fra individets livsverden, da risikoopfattelsen hos individet påvirkes af det samfund, det lever i (?). Samfundsvidenskaben er således relevant at benytte, da denne søger at forstå og forklare fænomener, som opstår i menneskeskabte samfund (?).

4.2 Redegørelse og begrundelse for litteraturbaseret studie

Projektets metode bygger på et litteraturbaseret studie. Der er foretaget en systematisk litteratursøgning, som har vist, at der foreligger eksisterende empiri, som kan belyse projektets problemformulering. Det vurderes således ikke etisk forsvarligt at indsamle egen empiri, da dette kan have unødige finansielle omkostninger eller belastninger for inkluderede personer (?). Et litteraturbaseret studie kan udarbejdes på flere måder; bl.a ved tekstanalyse. Formålet med en tekstanalyse er at stille spørgsmål til den udvalgte empiri, hvilket vil skabe en ny fortolkning, der kan bidrage til at analysere projektets problemformulering (ibid).

Denne metode anvendes, da projektets formål er at skabe en ny viden ved at analysere og belyse problemformuleringen gennem de udvalgte tekster; *“Dialog om det usikre - nye veje i risikokommunikation”*, *“Evidence-based medicine - how to practice and teach EBM”* og

Hvordan påvirker jordemoderens risikopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

“Midwives’ and obstetricians’ perceptions of risk and its impact on clinical practice and decision-making in labour: An integrative review”.

4.3 Redegørelse og begrundelse for systematisk litteratursøgning

Litteratursøgningen har givet overblik over eksisterende samt nyeste referencer på problemformuleringens emneområde. På baggrund af projektets problemformulering er databaserne CINAHL Complete, PubMed og PsycINFO benyttet til at fremsøge relevant empiri, jf. bilag 1. Den systematiske søgning i de tre databaser har skabt overblik over allerede eksisterende empiri samt bidraget til nye og specifikke søgeprofiler. Den udvalgte artikel er fremsøgt som en citationssøgning i databasen Scopus, da det i en systematisk litteratursøgning er vigtigt at undersøge *“state of the art”*(?). Redegørelse for søgningen fremgår af nedenstående afsnit.

4.3.1 Redegørelse for litteratursøgning

Dosis-guiden er anvendt som et struktureret værktøj med det formål at skabe overblik over den systematiske søgning og som dokumentation på denne. Projektets videnskabelige artikel er fremsøgt i databasen PubMed, og søgningen kan ses diagrammatiske i dosis-guiden, bilag 1.

Med udgangspunkt i projektets problemformulering er der udformet en søgeprofil, der indeholder udvalgte engelske emneord samt fritekst, f.eks. *“Midwifery”*, *“Risk assesment”*, *“Evidence-based medicine”*. Der er fundet synonymer til disse, hvorefter de internt er kombineret med den bool'ske operatør *or*, som udvider søgningen. Dette har resulteret i seks blokke med bl.a. temaerne *“Jordemoder”*, *“Risikopfattelse”* og *“Evidensbaseret medicin”*(?). Herefter er de seks udvalgte temaer kombineret forskelligt med den bool'ske operatør *and*, med formålet om at målrette og afgrænse søgningen, hvori specifikke emneord er repræsenteret (ibid).

Temaerne *“Jordemoder”*, *“risikopfattelse”*, *“professionel beslutningstagen”*, *“fødsel”* og *“procedure”* er kombineret, og denne søgning resulterede i 43 artikler. Herefter er overskrifter gennemgået og vurderet ud fra relevans for problemformuleringen. Artikler med andet fokus på problemet, artikler fra ikke-vestlige lande, samt artikler af ældre dato er ekskluderet. Herefter er

Hvordan påvirker jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

abstracts på de tilbageværende artikler gennemgået, hvorefter *“Midwives’ and obstetricans’ perceptions of risk and its impact on clinical practice and decision-making in labour: An integrative review”* af Sandra Healy, Eileen Humphreys og Catriona Kennedy er udvalgt. Denne artikel er valgt på baggrund af dens relevans for projektets problemformulering. Artiklen er herefter gennemlæst og sammenholdt med andre videnskabelige artikler, der med samme systematisk fremgang er fundet i de øvrige databaser.

4.4 Præsentation af og begrundelse for valg af projektets empiri

4.4.1 “Dialog om det usikre - nye veje i risikokommunikation”

I projektet anvendes bogen *“Dialog om det usikre - nye veje i risikokommunikation”* af Thomas Breck, Cand. Comm., med særlig interesse for risikokommunikation (?). Denne skal bidrage til en bredere forståelse af risikobegrebet og dermed en mere nuanceret besvarelse af problemformuleringen. Bogen fremlægger bl.a. Brecks egen risikoteori, samt Ulrich Beck og Mary Douglas teorier om samme (?). De forskellige risikoteorier skaber en synergieffekt, som bidrager til at belyse risikoaspektet i projektets problemformulering fra et individ- og samfundsperspektiv. Bogen udspringer af en dansk kontekst (*ibid*), hvilket gør den både overførbart og relevant til besvarelse af projektets problemformulering. Bogen er udgivet af det Akademiske Forlag, som har til formål bl.a. at udgive faglitteratur til professionelle indenfor læring og didaktik (?).

4.4.2 “Evidence-based medicine - how to practice and teach EBM”

Som en del af projektets empiri anvendes bogen *“Evidence-based medicine - how to practice and teach EBM”* af Straus et al. (?). Da bogen beskriver, hvordan EBM kan understøtte beslutningsprocesser i praksis, kan den i projektet bidrage til at belyse begrebets betydning for jordemoderens kliniske beslutningstagen. Sharon E., geriater og epidemiolog med interesse for EBM, fremgår som primær forfatter på denne tredje udgave, som er udgivet i 2005 (*ibid*) (?). I tidligere versioner af bogen fremgår David L. Sackett som hovedforfatter, hvortil Sackett anses for at være en af pionererne indenfor EBM (?). Han fremgår som forfatter på to tidligere versioner af bogen, hvor tredje udgave stadig tager afsæt i hans teori, hvorfor denne anvendes

Hvordan påvirker jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

som primær kilde (?). En nyere version af bogen udkom i 2018. Der forefindes dog ikke ændringer med betydning for anvendelse af den valgte udgave (?). Bogen er udgivet af det sundhedsfaglige forlag Churchill Livingstone under de hollandske og akademiske informations- og analysefirma Elsevier (?).

4.4.3 "Midwives' and obstetricians' perceptions of risk and its impact on clinical practice and decision-making in labour: An integrative review"

En del af dette projekts empiri er den videnskabelige artikel *"Midwives' and obstetricians' perceptions of risk and its impact on clinical practice and decision-making in labour: An integrative review"*. Artiklen er en metasyntese og tager udgangspunkt i 14 artikler og undersøger hvilke faktorer, der påvirker jordemødre og obstetrikere risikoopfattelse, når de yder omsorg for lavrisikofødende. Ydermere undersøges det, hvordan denne risikoopfattelse påvirker jordemødres og obstetrikere kliniske beslutningstagen. På baggrund af dette vurderes artiklen velegnet til at besvare projektets problemformulering ved at belyse jordemoderens oplevelse af de udfordringer, der kan være i den kliniske beslutningstagen (?).

Artiklen er udgivet i 2015 i det australske tidsskrift *"Women and Birth"*, der tilhører Australian College of Midwives (ACM), som udgiver videnskabelige artikler med fokus på graviditet og fødsel (?). Artiklens hovedforfatter Sandra Healy er ph.d.-studerende ved Department of Nursing and Midwifery, University of Limerick, Ireland (?). Eileen Humphreys, Postdoc i sociologi og Catriona Kennedy, professor i Nursing and Midwifery, er vejledere på artiklen. Begge vejledere er ansat ved Institute for the Study of Knowledge in Society, University of Limerick, Ireland (?).

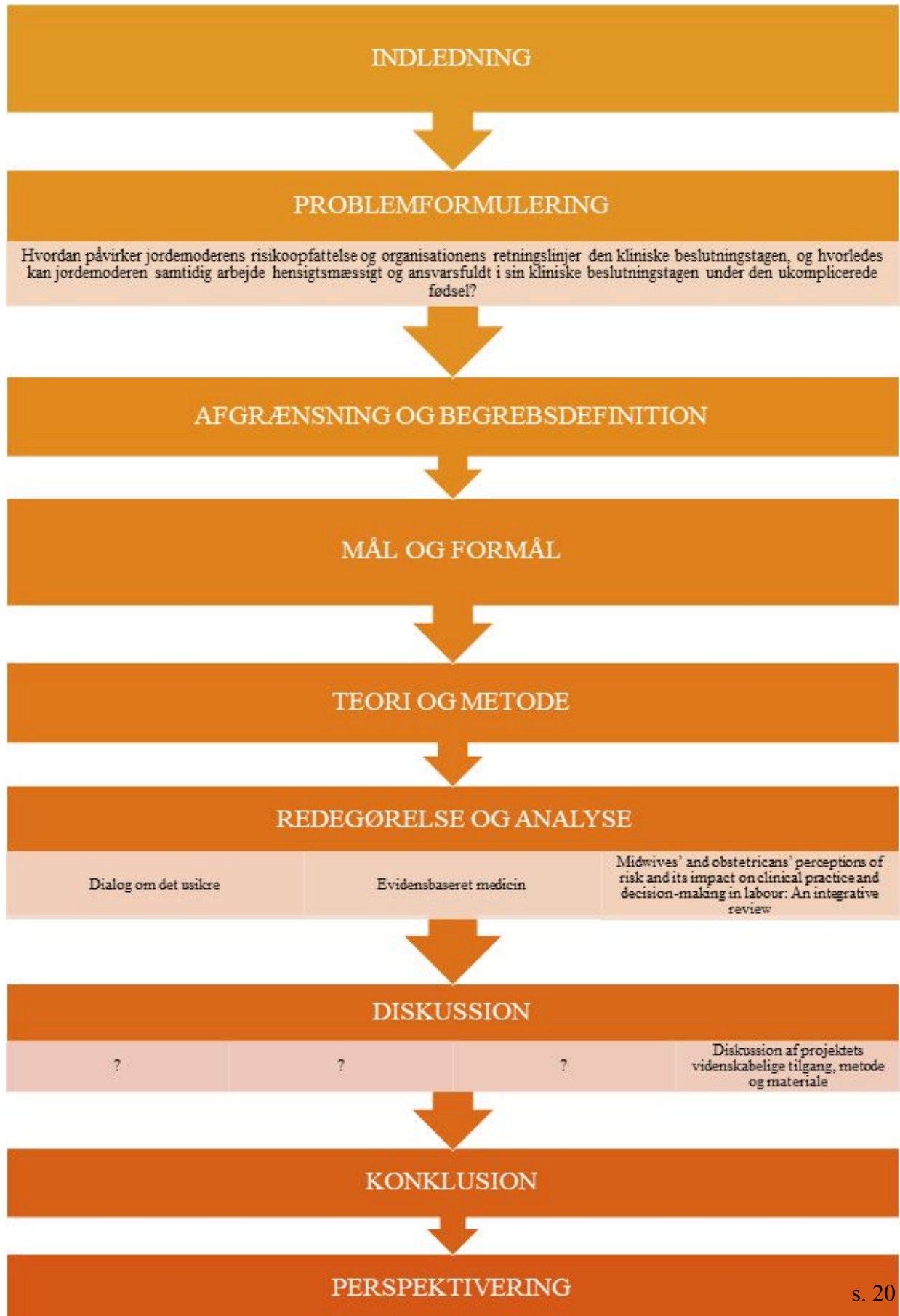
4.5 Projektets struktur

Projektets opbygning forklares kronologisk gennem tekst og fremvises i figur 1. I projektets indledning præsenteres problemstillingen og dennes kliniske relevans med natur-, human-, og samfundsvidenskabelige perspektiver. Dette gøres med henblik på at udfolde og nuancere projektets problemstilling, inden den endelige problemformulering fremsættes. Herefter afgrænses det specifikke problemområde, og relevante begreber defineres.

Hvordan påvirker jordemoderens risikopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

I teori og metode afsnittet præsenteres den videnskabelige tilgang, den systematiske litteratursøgning, projektets metode samt den valgte empiri ift. relevans for projektets problemstilling. I redegørelse og analyse afsnittet vil den valgte empiri redegøres og analyseres iht. deres perspektiver på problemformuleringen. I det efterfølgende diskussionsafsnit diskuteres og sammenholdes analysens perspektiver i tre overordnede temaer. I dette afsnit inddrages der endvidere belyser aspekter fra indledningen samt praksis til at underbygge og diskutere problemstillingen. Som afrunding på diskussionsafsnittet diskuteres og vurderes begrænsningerne af projektets videnskabelige tilgang, metode samt den udvalgte empiri. Projektet afsluttes i en konklusion, hvor perspektiver fra diskussionen sammenholdes, hvorefter der følger en besvarelse på projektets problemformulering. Problemformulering bliver som endeligt udfoldet med nye og relevante perspektiver i perspektivering.

Hvordan påvirker jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuldt i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?



Hvordan påvirker jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

5. Redegørelse og analyse

I det følgende afsnit redegøres der for den valgte empiri, hvorefter projektets problemformulering analyseres vha. den valgte empiri.

5.1 “Dialog om det usikre - nye veje i risikokommunikation” af Thomas Breck

I afsnittet redegøres der for begreberne “objektivt og subjektivt risikobegreb”, “det socialkonstruerede risikobegreb” og “risikosamfundet”. Denne empiri analyseres herefter i henhold til projektets problemformulering og skal belyse, hvorledes risiko influerer på jordemoderens kliniske beslutningstagen.

5.1.1 Baggrunden for “Dialog om det usikre - nye veje i risikokommunikation”

Bogen er skrevet med henblik på at skabe debat om samfundets opfattelse af risiko som et endimensionelt og objektivt fænomen (s.7-8). Formålet med bogen er ligeledes at inspirere og skabe ny viden om forskellige videnskabelige risikoopfattelser, og hvorledes risikosamfundet påvirker handling i praksis.

5.1.2 Redegørelse af “Det objektive og subjektive risikobegreb”

Breck beskriver, at risiko kan anskues ud fra en objektiv og subjektiv opfattelse, hvor disse komplimenterer hinanden (s. 35). Det objektive risikobegreb udspringer af en naturvidenskabelig forståelse af risiko og beskrives ofte som den risiko, eksperter forventes at have (s. 26-27). Det objektive risikobegreb har den grundantagelse, at individet handler og forstår verden rationelt, og derfor vil interessere sig for de risici, der objektivt er størst sandsynlighed for (s. 28-29). Ud fra denne forståelse vil risiko ses som en “genstand”, der kan fremstilles gennem forskning og reduceres til sande sandsynligheder og konsekvenser i procenter og statistiker (s. 23). Dette bygger på antagelsen om, at der findes en *fuldstændig viden* om risiko (s. 28). Det objektive risikobegreb indeholder en *almengyldig rationalitet*, hvilket er forestillingen om, at risiko kan fremstilles via et bestemt normsæt på en sådan måde, at der opnås en fælles accept og hermed et fælles standpunkt (s. 28). Det subjektive risikobegreb er forankret i humanvidenskaben, og fokuserer i modsætning til det objektive

Hvordan påvirker jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

risikobegreb på, hvordan risici opleves på baggrund af den individuelle kontekst og bestemte subjektive faktorer, hvilket betyder, at risiko ikke kan anskues fra en fælles position (s. 35-39). Det er i dag anerkendt, at den objektive og kvantitative risikoopfattelse suppleres med en række subjektive og kvalitative risikofaktorer, når risikoopfattelsen dannes (s. 36). Disse subjektive risikofaktorer præsenteres i tabel 1., hvor det fremgår, hvorledes de enkelte subjektive risikofaktorer vil have betydning for, om den enkelte risiko opfattes mindre eller større (s. 36-38).

| <i>Subjektive risikofaktorer</i> | <i>Mindre risikoopfattelse</i> | <i>Større risikoopfattelse</i> |
|----------------------------------|-------------------------------------|--|
| <i>Kendskab og fortrolighed</i> | Gammel, velkendt, fortrolig med | Ny, ukendt, ikke fortrolig med |
| <i>Indflydelse og kontrol</i> | Frivillig, kontrollerbar, selvvalgt | Ufrivillig, ikke kontrollerbar, påtvunget af andre |
| <i>Nytte og retfærdighed</i> | Personlig fordel, nyttig, retfærdig | Ingen personlig fordel, unyttig, uretfærdig |
| <i>Virkning og konsekvens</i> | Forsinket, kronisk, ikke dødelig | Umiddelbar, katastrofal, dødelig |

Tabel 1. (Breck, s. 38)

5.1.2.1 Analyse af "Det objektive og subjektive risikobegreb"

Af redegørelsen fremgår det, at den objektive og subjektive risikoopfattelse vægter risiko forskelligt, men alligevel komplementerer de hinanden. Der beskrives endvidere, at den subjektive risikoopfattelse er forankret i humanvidenskaben, mens den objektive risikoopfattelse er forankret i naturvidenskaben. Det kan derfor antages, at det er uundgåeligt, at jordemoderens risikoopfattelse påvirkes af dette, da hun agerer indenfor det sundhedsvidenskabelige felt.

I redegørelsen fremgår det, at risici objektivt set kan reduceres til en kvantificerbar genstand, hvorfor det antages, at retningslinjer kan ses som et udtryk for en objektiv risikoopfattelse, da disse ofte indeholder kvantificerbare risici. På baggrund af denne antagelse kan der argumenteres for, at retningslinjerne giver indtryk af en almengyldig rationalitet, og således kan det formodes, at retningslinjerne er udformet med det formål at skabe en fælles konsensus

Hvordan påvirker jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

om udvalgte risici på afdelingen. Det kan antages, at denne fælles konsensus forstærker jordemoderens oplevelse af, at hun ved at anvende retningslinjerne, besidder den fuldstændige viden omkring en given risiko, hvorfor det kan formodes at påvirke, hvordan hun anvender de kliniske retningslinjer i sin kliniske beslutningstagen.

I henhold til redegørelsen af det subjektive risikobegreb eksisterer der ikke kun én objektiv fuldstændig viden, hvor risiko er adskilt fra subjektets følelser, holdninger og erfaringer. Således kan det antages, at retningslinjer også kan være påvirket af en subjektiv risikoopfattelse, da disse er udarbejdet af mennesker med subjektive følelser, holdninger og erfaringer. Derfor kan der argumenteres for, at retningslinjer ikke formidler risiko fuldstændig objektivt.

Opfattelsen af en given risikos størrelse kan ifølge redegørelsen påvirkes af bestemte subjektive risikofaktorer, hvorfor det kan antages, at ændringer i de subjektive risikofaktorer kan påvirke opfattelsen af en given risiko. En af disse subjektive risikofaktorer er "indflydelse og kontrol" jf. tabel 1. Eksempelvis kan det herudfra antages, at retningslinjer kan reducere jordemoderens opfattelse af risikoens størrelse ved at skabe en følelse af kontrol over ukontrollerbare hændelser. Risikoen kan jf. tabel 1., opleves større, hvis denne indebærer umiddelbare, dødelige eller katastrofale udfald, som f.eks. neonatal sepsis. Ud fra disse subjektive faktorer kan det ligeledes antages, at jordemoderen kan anspores til at arbejde mere risikoopsporende, når hun oplever, at risikoen for katastrofale udfald er stor - også i den ukomplicerede fødsel.

Iht. redegørelsen, tabel 1., kan kendskab og fortrolighed reducere opfattelsen af risiko. Afhængig af situationen kan jordemoderen på baggrund af positiv erfaring opfatte risikoen som velkendt og herigennem opleve at være fortrolig med denne. Ud fra dette kan det antages, at jordemoderen vil have et mindre behov for at bevare en følelse af kontrol over denne risiko. Dermed kan det argumenteres for, at jordemoderen vil have en mindre intervenerende adfærd, når hun finder en given risiko velkendt, hvormed hun kan tage ansvar for at understøtte den ukomplicerede fødsel.

Hvordan påvirker jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

5.1.3 Redegørelse af "Det socialkonstruerede risikobegreb"

Det socialkonstruerede risikobegreb har, modsat foregående risikobegreber, fokus på de sociale og kulturelle sammenhænge, der har betydning for risikoopfattelsen.

Breck beskriver det socialkonstruerede risikobegreb ud fra M. Douglas' teori om dette. Med det socialkonstruerede risikobegreb forstås, at individets gruppetilhørsforhold samt sociale og kulturelle kontekst er afgørende for dennes opfattelse af risiko (s. 48). Ethvert samfund vil således skabe en fundamental adskillelse mellem rigtigt og forkert (s. 48.).

Det socialkonstruerede risikobegreb bygger på en antagelse om, at samfund fremhæver risiko, således at denne risiko vil underbygge samfundets fælles kulturelle normer og praksis, hvormed den understøtter det sociale fællesskab. Risiko udvælges således ubevidst for at tjene et kulturelt og socialt formål (s.48).

Det socialkonstruerede risikobegreb anerkender eksistensen af de fysiske farer. Der lægges dog vægt på, at risici er konstruerede, da de fysiske farer først får en central betydning, når disse italesættes eller beskrives. Dette risikobegreb mener, at det, der lader sig udtrykke i ord, vil være kollektivt konstrueret gennem sprog (s. 49). Derfor vil opfattelser af risiko altid være præget af den sociale kontekst, de udspringer fra. Dermed kan risiko ikke reduceres til fysiske forekomster, da rationelle og reelle fakta samt irrationelle og opfattede risici alle er socialt konstruerede (s. 58). Ved erkendelsen af at alle risici er socialkonstruerede, vil det ikke være muligt at afgøre, hvilken risiko, der er værd at frygte, hvorfor definitioner af risici altid må være et spørgsmål om forhandling (s. 58). I disse forhandlinger vil naturvidenskabelige og kvantificerbare argumenter være tungtvejende, på trods af at de ikke er universelle og sande, men stadig et udtryk for værdimæssige prioriteringer og antagelser. Breck beskriver endvidere, hvordan eksperter og bureaukrater har en tendens til at fokusere på kvantificerbare risici, da disse kan afhjælpes af tekniske tiltag (s. 50-51).

5.1.3.1 Analyse af "Det socialkonstruerede risikobegreb"

Ud fra en socialkonstruktivistisk forståelse af risikobegrebet ses det, at individets gruppetilhørsforhold og sociale kontekst er afgørende for opfattelsen af risiko. Jordemoderens gruppetilhørsforhold kan antages at være udgjort af et monofagligt fællesskab. Endvidere antages det, at jordemoderens sociale kontekst udgøres af den danske organisering af

Hvordan påvirker jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

svangreomsorgen; f.eks. Sundhedsstyrelsen, DSOG, Jordemoderforeningen, Danske Regioner, sygehusledelse og de danske fødegange, der også inkluderer andre faggrupper. Den sociale kontekst, som jordemoderen deltager i, vil ifølge redegørelsen konstruere hendes opfattelse af risiko. Heraf forstås, at konstrueringen af risiko sker ubevidst hos jordemoderen, da organisationen udvælger nogle risici for at fremhæve og fastholde de fælles kulturelle normer. Det antages, at en af de bærende kulturelle normer i den danske svangreomsorg er at nedbringe mortalitet og morbiditet, hvorfor organisationen udvælger og fastholder nogle risici med henblik på at fastholde denne kulturelle norm. Disse fælles kulturelle normer og fremhævede risici formodes at bidrage til at skabe konsensus mellem sundhedsprofessionelle mhp. at definere, hvad der bør opfattes som en fysisk fare, og hvordan denne undgås. Der kan derfor argumenteres for, at konsensus om, hvad der bør frygtes, vil styrke det sociale fællesskab i svangreomsorgen. Det antages på baggrund af dette, at retningslinjerne på fødeafdelingerne kan være et udtryk for svangreomsorgens førnævnte udvalgte og fremhævede risici og dermed vil disse også være med til at understøtte det sociale fællesskab. Af redegørelsen fremgår det, at alt hvad der udtrykkes gennem ord og sprog, vil være kollektivt konstrueret, hvorfor det kan vurderes, at retningslinjernes indhold er social konstrueret, idet de er udarbejdet af et fællesskab inden for svangreomsorgen. Denne sociale konstruktion ses bl.a. ved at samme kliniske problemstilling, som f.eks. PROM, fortolkes individuelt på forskellige fødesteder. Endvidere beskrives det i redegørelsen, at risici får en central betydning, når disse italesættes eller beskrives. Det kan derfor formodes, at jordemoderen kan bidrage til at opretholde den konstruerede opfattelse af risiko, når hun i praksis baserer sin kliniske beslutning på afdelingens retningslinjer. Selvom kliniske retningslinjer og heraf udvalgte risici er socialt konstruerede, anerkendes den fysiske fare, som f.eks. neonatal sepsis ved PROM. Men på trods af de fysiske farers eksistens, må det ifølge det socialkonstruerede risikobegreb forstås, at retningslinjer repræsenterer risici, der er valgt og fremhævet af et bestemt fællesskab, f.eks. DSOG. De kliniske retningslinjer er derfor konstruerede for at understøtte kulturelle normer, hvorfor det vurderes, at retningslinjer ikke bør fortolkes som neutrale, objektive og ufejlbare sandheder.

Af redegørelsen fremgår det, at der ved erkendelsen af at alle risici er socialkonstruerede ikke kan opnås en fælles konsensus om, hvilken risiko der er værd at frygte, hvorfor dette må være

Hvordan påvirker jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

til forhandling. Det kan derfor antages, at jordemoderen må være åben for en forhandling af risici's betydning i sin kliniske beslutningstagen - både i afdelingen men også overfor kvinden. I disse forhandlinger fremgår det af redegørelsen, at naturvidenskabelige argumenter ofte får tillagt en større betydning, til trods for at disse ikke er universelle sandheder, hvorfor det kan antages, at jordemoderen kan have en tilbøjelighed til overvejende at anvende de naturvidenskabelige dele af retningslinjerne i sin kliniske beslutningstagen. Som tidligere beskrevet fremhæver retningslinjerne svangreomsorgens udvalgte risici, og der kan derfor argumenteres for, at jordemoderens kliniske beslutningstagen kan blive risikobetonet ved en overvejende anvendelse af disse. Endvidere fremgår det af redegørelsen, at eksperter kan have tendens til at fokusere på risici, der kan afhjælpes ved tekniske tiltag. Dermed kan det formodes, at jordemoderens opfattelse af en given risiko kan øge hendes tilbøjelighed til i at anvende teknologiske hjælpemidler og dermed gribe ind i den ukomplicerede fødsel.

5.1.4 Redegørelse af begrebet "risikosamfund"

Breck beskriver risikosamfundet med udgangspunkt i Ulrich Becks teori. Risikosamfundet ses som en konsekvens af et samfund, der har øget administrative og økonomiske ressourcer til at analysere, håndtere og kommunikere om risiko (s. 61). I risikosamfundet, som præger de vestlige industrisamfund, fokuseres der på både u- og synlige farer. Den synlige fare kan f.eks. være naturkatastrofer, hvorimod den usynlige fare kun kan identificeres af videnskaben og teknologiens hjælp, hvorfor den usynlige fare ikke kan identificeres ud fra personlig erfaring og viden, og den vil derfor ikke være tilstrækkelig i vurderingen af risikoen. Da den personlige erfaring ikke er tilstrækkelig, vil individet og samfundet være afhængig af eksperter's viden til at vurdere en given risiko (s. 62- 64). I denne afhængighed af eksperter er tillid et vigtigt aspekt i risikoopfattelsen. Nutidens tillid til autoriteter er dog kun til låns og kan revurderes, da individet i dag er bevidst om, at autoriteter kan tage fejl (s. 72).

Da det er nødvendigt med ekspertviden for at vurdere nutidens risici, vil hverdagslivet spille en mindre rolle i samfundsdebatten, og de videnskabelige perspektiver vil få en større betydning (64). Videnskaben er som udgangspunkt ufuldstændig og kan producere usikkerheder, hvilket kan være årsagen til fejl og mistillid. Denne usikkerhed skaber ligeledes plads til fortolkning af den usikre viden (s. 65-67). Dette kommer til udtryk ved, at der skabes forskellige udlægninger

Hvordan påvirker jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarsfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

og påstande om samme risiko, hvilket medfører en risiko-definitsjonskamp i samfundet, hvor risici forhandles, og én betragtning udvælges som risikofyldt (s. 67). De beskrevne usikkerheder i videnskaben skaber ligeledes et vilkår om, at beslutninger må træffes på usikker og mangelfuld viden, hvilket har affødt *forsigtighedsprincippet*. Dette beskriver, at handling på baggrund af ufuldstændig viden kan være berettiget ved en foreliggende begrundet mistanke om fare eller tvivl (s. 69-71).

5.1.4.1 Analyse af begrebet risikosamfund

Af redegørelsen fremgår det, at de fleste vestlige industrisamfund kan betegnes som risikosamfund, hvorfor det kan antages, at det danske samfund dermed også kan betegnes som et risikosamfund. I relation til dette projekt, kan der argumenteres for, at Sundhedsstyrelsen er den organisation, der i Danmark har det overordnede ansvar for at analysere, håndtere og kommunikere risici i svangreomsorgen ud til fødestederne.

Ifølge redegørelsen fokuseres der i risikosamfundet på u- og synlige farer, hvor den usynlige fare kun kan identificeres ved videnskabens og teknologiens hjælp. Det formodes, at svangreomsorgen indeholder usynlige farer, som ikke alene kan identificeres af hverken jordemoder eller kvindens sanseapparat, f.eks. infektion ved PROM. Det antages, at jordemoderen på baggrund af sin ekspertviden om disse usynlige farer må arbejde mere risikoopsporende. Dette antages på baggrund af, at kvinderne er afhængige af jordemoderens ekspertise til at opspore disse farer, og denne afhængighed antages at pålægge jordemoderen et stort ansvar. I redegørelsen beskrives det, at individet har tillid til autoriteter, men samtidig er bevidst om, at autoriteter kan begå fejl, hvorfor tilliden kun er til låns. Det kan derfor antages, at jordemoderen bærer et stort ansvar for at fastholde kvindens tillid og undgå at begå fejl. Disse perspektiver kan antages at påvirke jordemoderen i den kliniske beslutningstagen til at opspore de usynlige farer og handle på disse, før de bliver synlige - også i ukomplicerede forløb. F.eks. profylaktisk antibiotikabehandling ved PROM.

Det fremgår af redegørelsen, at videnskaben ofte er ufuldstændig, hvilket skaber plads til fortolkning af den usikre viden og dermed en definitions kamp. Dette kan antages også at påvirke svangreomsorgen, da de kliniske retningslinjer er fortolket ud fra evidens. Det kan derfor antages, at der i udarbejdelsen af de kliniske retningslinjer er foregået en

Hvordan påvirker jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarsfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

definitions-kamp, og at der herigennem er udvalgt én definition af risikoen, på trods af at der er flere definitioner og forståelser af denne risiko. Der kan derfor argumenteres for, at jordemoderen bør være bevidst om, at der grundet denne usikkerhed i videnskaben findes forskellige definitioner af samme risiko, og at retningslinjernes endelige definition af denne risiko ikke nødvendigvis er endegyldig.

Videnskabens usikkerhed har ifølge redegørelsen resulteret i forsigtighedsprincippet, som retfærdiggør handling på baggrund af en ufuldstændig viden, såfremt der foreligger en begrundet mistanke om fare. Det antages, at jordemoderen ud fra forsigtighedsprincippet i nogle tilfælde kan retfærdiggøre at intervenere i den ukomplicerede fødsel for at undgå en hypotetisk fare. Denne retfærdiggørelse antages at være inkorporeret i svangreomsorgen samt aktørerne i denne, da alle aktører er præget af risikosamfundet. Det kan derfor antages, at jordemoderen kan opleve, at det overfor kollegaer er lettere at retfærdiggøre en intervention for meget end en for lidt. Dette skyldes, at jordemoderens kollegaer også kan være påvirket af forsigtighedsprincippet. Familierne kan ligeledes antages at være aktører i risikosamfundet, hvorfor der kan argumenteres for, at jordemoderen kan være tilbøjelig til at intervenere for at leve op til forventningerne fra afdelingen og familien for at fastholde tilliden. Det vurderes derfor, at jordemoderens kliniske beslutningstagen kan påvirkes af forsigtighedsprincippet, og at dette princip kan anvendes som argument for at intervenere i en ellers ukompliceret fødsel.

5.1.5 Delkonklusion af risikobegreberne

I analysen findes det, at jordemoderens kliniske beslutningstagen kan påvirkes af flere måder at anskue risiko på. Det fremgår, at jordemoderen kan være tilbøjelig til overvejende at anvende retningslinjerne i sin kliniske beslutningstagen, da hun oplever at formidle en fuldstændig viden. Det findes ligeledes, at de subjektive faktorer, forsigtighedsprincippet og kulturelle normer kan påvirke jordemoderens risikoopfattelse og hendes anvendelse af retningslinjerne. I analysen findes det, at retningslinjerne ikke er objektive og ufejlbare, da de er socialt konstruerede og har gennemgået en definitions-kamp, hvorfor jordemoderen bør være åben for en forhandling af risicis betydning i den kliniske beslutningstagen. Endvidere findes det, at

Hvordan påvirker jordemoderens risikopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

kvinden er afhængig af jordemoderens ekspertviden, hvorfor jordemoderen bærer et ansvar for at fastholde kvindens tillid, hvilket kan resultere i en risikobetonet klinisk beslutningstagen.

5.2 “Evidence-based medicine - How to practice and teach EBM”, Straus et al.

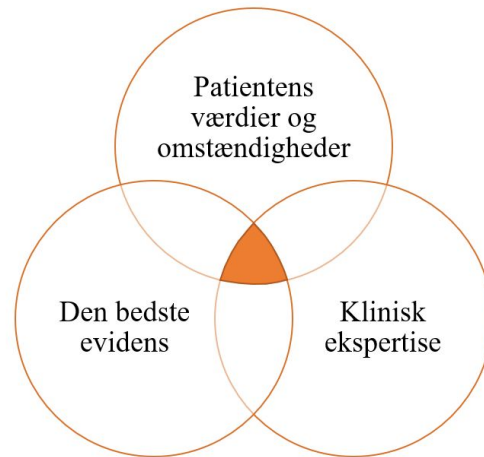
I følgende afsnit redegøres der for EBM. Herefter analyseres empirien iht. projektets problemstilling, for at belyse hvilke udfordringer jordemoderen kan opleve, når hun praktiserer EBM i sin kliniske beslutningstagen.

5.2.1 Baggrund for “Evidence-based medicine - how to practice and teach EBM”

EBM er et redskab til beslutningsprocesser inden for sundhedsvæsenet, hvor *klinikerens ekspertise, den bedste evidens på området, samt patientens værdier og omstændigheder* tilgodeses ligeværdigt (s. 1). Disse tre elementer udgør en treenighed (figur 2.), som arbejder mod et fælles mål; optimering af den kliniske effekt og patientens livskvalitet (s. 8). I EBM er det essentielt, at klinikerer er bevidst om egen forforståelse af patienten og uligheden mellem klinikerens og patientens viden, således at kommunikationen og vurderingen foretages på et neutralt grundlag, hvormed alle tre elementer kan tilgodeses (s. 18+19).

EBM har vundet stort indpas, da der er et øget behov for valid viden om f.eks. forebyggelse (s. 2-3). Endvidere er det nødvendigt at praktisere EBM grundet et oplevet misforhold mellem praksis og evidens; den kliniske ekspertise øges i takt med erfaringen, mens den ajourførte viden ikke vedligeholdes, da de organisatoriske rammer ikke muliggør at søge evidens i arbejdstiden (s. 2-3).

Hvordan påvirker jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?



Figur 2.

5.2.2 Redegørelse af "Klinikerens ekspertise"

Klinikerens ekspertise beror på dennes evne til at inkludere egne faglige evner og tidligere erfaringer i vurderingen af patientens helbredsstatus og diagnose. Elementet indebærer ligeledes at kunne anvende den kliniske ekspertise til at vurdere fordele eller ulemper ved mulige interventioner. Denne vurdering bør inkludere en faglig overvejelse om patientens situation og forventninger (s. 1).

5.2.2.1 Analyse af "Klinikerens ekspertise"

På baggrund af ovenstående redegørelse antages det, at jordemoderens kliniske ekspertise bør tage afsæt i jordemoderens faglige skøn og vurdering af den gravide kvindes situation. Det kan ligeledes antages, at en forudsætning for at jordemoderens kliniske ekspertise tilgodeses i den kliniske beslutning er, at jordemoderen har tillid til egne faglige evner og erfaringer. På baggrund af afsnit 5.2.1 må jordemoderen være bevidst om hendes faglige og personlige forforståelse. Hvis denne forforståelse forbliver ubevidst, kan det antages, at jordemoderens vurdering af kvindens situation kan være forudindtaget, hvilket kan influere på hvilke behandlingsmuligheder kvinden tilbydes og dermed den kliniske beslutningstagen. På baggrund af afsnit 5.2.1, kan der argumenteres for, at jordemødre med mindre erfaring kan opleve det vanskeligere at inddrage deres kliniske ekspertise i den kliniske beslutningstagen, da erfaring og kliniske evner udvikles over tid og gennem praksisoplevelser. I forlængelse heraf

Hvordan påvirker jordemoderens risikopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarsfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

kan en jordemoder med mindre erfaring i højere grad betvivle sin kliniske ekspertise og på baggrund af dette være tilbøjelig til overvejende at anvende de kliniske retningslinjer i den kliniske beslutning til at komplimentere den begrænsede erfaring. I redegørelsen beskrives det, at den kliniske ekspertise, heraf erfaringen, indeholder at vurdere fordele og ulemper ved interventioner. Der kan derfor argumenteres for, at jordemoderen bør være opmærksom på, hvorvidt hendes erfaringer bygger på enkeltstående oplevelser. Dette skyldes, at jordemoderen ellers kan være tilbøjelig til at tillægge enkelte interventioner positiv eller negativ værdi på baggrund af tidligere gode eller dårlige udfald. Ydermere kan det af redegørelsen udledes, at jordemoderen bør anvende sin kliniske ekspertise til at foretage en individuel vurdering, således hun vha. af den kliniske ekspertise kan tage ansvar for at understøtte den ukomplicerede fødsel.

5.2.3 Redegørelse af "Patientens værdier og omstændigheder"

Dette element tager udgangspunkt i patientens bekymringer, forventninger og præferencer til en given behandling. Elementet omfatter ligeledes patientens objektive og individuelle kliniske tilstand, samt de muligheder de kliniske rammer tillader. Disse aspekter skal inkluderes i den kliniske beslutning, således at denne rummer patientens individuelle perspektiv (s.1).

5.2.3.1 Analyse af "Patientens værdier og omstændigheder"

Af redegørelsen fremgår det, at patientens perspektiv er en del af EBM, hvorfor det antages at jordemoderen for at kunne praktisere EBM, må inkludere den gravide kvindes værdier og perspektiver i den kliniske beslutning. Der kan på baggrund af dette argumenteres for, at jordemoderen bør indtage en undersøgende og støttende position og herigennem facilitere et rum, hvor det for kvinden er trygt at dele sine perspektiver, ønsker og værdier. Da forforståelsen er et vigtigt aspekt i alle tre elementer i EBM, jf. afsnit 5.2.1, kan der argumenteres for, at jordemoderen kan opleve det udfordrende at undersøge kvindens perspektiver og værdier, hvis hun har en forforståelse af, hvad der i en given situation bør være en foretrukken behandling. Hvis jordemoderens forforståelse forbliver ubevidst, kan det antages, at denne kan underkende kvindens reelle perspektiver og værdier i den kliniske beslutning. Hvis jordemoderen derimod gør sig sin forforståelse bevidst og opnår et reelt

Hvordan påvirker jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

kendskab til kvindens præferencer, kan det antages, at hun hermed vil kunne tilgodese kvindens perspektiver og værdier i den kliniske beslutning, og dermed se disse som værende ligeværdige med de øvrige elementer i EBM.

5.2.4 Redegørelse af "Den bedste evidens"

Den bedste evidens skal bygge på valide og klinisk relevante studier, som ofte vil udspringe fra et medicinsk udgangspunkt, men som også bør inkludere patientcentrerede undersøgelser (s. 1). Evidens kan udarbejdes på forskellige måder; som resultat af en systematisk forskning, der har til formål at be- eller afkræfte en hypotese eller at undersøge årsag-virkningssammenhæng, eller gennem studier, som er fremsøgt gennem faglige og anerkendte søgedatabaser og herefter bearbejdet (s. 33-41). I udviklingen af sundhedsvæsenet skal den bedste evidens erstatte tidligere arbejdsgange og behandlinger, med henblik på at disse bliver mere sikre og effektive (s. 1).

5.2.4.1 Analyse af "Den bedste evidens"

I redegørelsen fremgår det, at evidens og udviklingen inden for sundhedsvæsenet gensidigt påvirker hinanden. Det kan på baggrund af dette antages, at tendenser i praksis vil påvirke, hvilken evidens der findes interessant at undersøge. Da der i den danske svangreomsorg er et ønske om at arbejde evidensbaseret, kan det antages, at jordemoderens kliniske beslutning derfor afspejles i den evidens, der er gældende, og derfor kan det formodes, at jordemoderens kliniske beslutning altid vil være begrænset til den eksisterende og aktuelle evidens. Der kan argumenteres for, at denne kontinuerlige udvikling nødvendiggør, at jordemoderen er kritisk refleksiv til egen praksis og holder sig fagligt ajour, således at den kliniske beslutning følger udviklingen og foretages på et fagligt gældende grundlag. At holde sig fagligt ajour kan antages at kræve, at jordemoderen besidder evnen til at fremsøge og vurdere videnskabelige studier, samt at hun har tid til rådighed og interesse for faglig fordybelse. Det kan antages, at tidsmæssige begrænsninger i praksis kan medføre, at jordemoderen vil anvende retningslinjerne som bedste evidens og derigennem holde sig fagligt ajour. Der kan dog

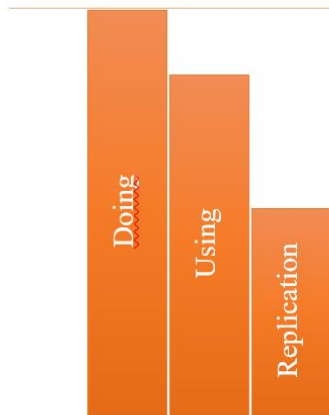
Hvordan påvirker jordemoderens risikopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

argumenteres for, at retningslinjerne som følge af den kontinuerlige udvikling af faget ikke nødvendigvis afspejler den bedste evidens.

5.2.5 Redegørelse for praktisering af EBM

EBM kan praktiseres på flere niveauer. Disse niveauer omfatter nedenstående fem trin, jf. tabel 2.

| TRIN | HANDLING |
|-------------|---|
| Trin 1 | At omdanne behovet for information til et spørgsmål der kan besvares |
| Trin 2 | Finde den bedste evidens til at svare på spørgsmålet |
| Trin 3 | Kritisk vurdering af evidensens validitet, effekt og anvendelighed |
| Trin 4 | Kombinere den kritiske vurdering med den kliniske ekspertise og patientens individuelle værdier og omstændigheder |
| Trin 5 | Vurdering af effektivitet og produktivitet ved de fire trin og muligheder til forbedringerne til næste gang |



(Tabel 2., s. 3-4)

Straus et al. beskriver, at de første tre trin omkring vurderingen af evidens anvendes i forskelligt omfang af klinikerne. Metoden tilpasses afhængigt af den kliniske situation, hvor ofte denne opstår, samt de ressourcer og den tid, der er til rådighed til besvarelse af den kliniske problemstilling (s. 4-5). Den første metode “*doing*” anvendes i situationer, der opleves dagligt. Her er det nødvendigt, at den faglige viden er ajour, samt at arbejdsgangen er standardiseret, hvorfor alle trin udføres (s. 4). Den anden metode “*using*” benyttes ved forhold, som klinikerne ikke oplever ofte. I dette tilfælde anvender klinikerne evidens, som allerede har gennemgået en kritisk vurdering og skal her udelukkende forholde sig til evidensens anvendelighed i det individuelle forløb, hvilket for klinikerne er tidsbesparende. I den tredje metode “*replication*” undlades både trin to og tre i vurderingen, da klinikerne her ukritisk

Hvordan påvirker jordemoderens risikopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

anvender evidens givet fra autoriteter indenfor faget. Klinikere anvender oftest metoden “*using*” - mere præcist anvender 84 % af klinikere retningslinjer som evidens (ibid, s. 6).

5.2.5.1 Analyse af “Praktisering af EBM”

På baggrund af redegørelsen kan det antages, at størstedelen af de danske jordemødre praktiserer EBM ud fra “*using*” metoden, hvor retningslinjerne anvendes som bedste evidens. Dermed vurderer jordemoderen ikke evidensen bag disse, blot om de kan anvendes ift. kvinden ønske og den kliniske situation. Hvis jordemoderen anvender denne metode i sin daglige praksis og ikke blot i de ukendte situationer, kan der argumenteres for, at denne metode kan begrænse refleksiviteten i praksis og dermed også i jordemoderens kliniske beslutningstagen. I redegørelsen fremgår det, at metoden vælges ud fra den kliniske situation og de tilgængelige ressourcer, fx IT-systemer indeholdende kliniske retningslinjer. Der kan derfor argumenteres for, at “*using*” metoden i større grad anvendes af jordemødre, da jordemødre ansat på fødeafdelinger har enkel og hurtig adgang til kliniske retningslinjer, frem for f.eks. videnskabelige tidsskrifter. De tilgængelige ressourcer omhandler også tiden til at vurdere evidensen, hvorfor det kan antages, at jordemødre praktiserer “*using*” metoden, da denne er mindre tidskrævende. Derfor kan det formodes, at jordemødre kan finde det udfordrende at praktisere “*doing*” metoden, som, jf. redegørelsen, er den mest refleksive metode. Når de danske jordemødre praktiserer “*using*” metoden, kan det antages at stille krav til, at retningslinjerne opdateres, således at jordemoderen kan anvende dem som udtryk for den bedste evidens. Af redegørelsen fremgår det, at de forskellige metoder af EBM kun adskilles af graden af refleksivitet over for evidensen, hvorfor klinikerens ekspertise og kvindens værdier altid inkluderes. Når jordemoderen praktiserer EBM, kan det antages, at dette sikrer den kliniske ekspertise og kvindens værdier altid inkluderes i den kliniske beslutningstagen.

5.2.6 Delkonklusion af EBM

I analysen findes det, at uanset hvilken metode af EBM, der anvendes i den kliniske beslutning, vil denne altid inkludere den kliniske ekspertise og kvindens værdier. Jordemoderen kan ved at facilitere et rum, hvor det er trygt for kvinden at dele ønsker, tage ansvar for at tilgodese kvindens perspektiver i den kliniske beslutning. Det fremgår, at “*using*” metoden ofte

Hvordan påvirker jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

praktiseres grundet den organisatoriske ramme, hvilket kan medføre en manglende refleksivitet i praksis. Når jordemoderen anvender “*using*” metoden og dermed benytter retningslinjerne som bedste evidens, findes det nødvendigt, at retningslinjerne er fagligt opdateret. Derudover findes det, at jordemoderen kan anvende retningslinjerne for at kompensere for mindre klinisk erfaring eller ved manglende tillid til egne faglige evner. Det fremgår af analysen, at evidens påvirkes af tendenser i praksis, hvorfor den kliniske beslutning afspejles i den evidens, der er gældende. Gennem analysen findes det, at det er essentielt, at jordemoderen er sin forforståelse bevidst, for at hun ikke underkender kvindens perspektiv. Endvidere må jordemoderen vha sin kliniske ekspertise foretage en faglig, klinisk vurdering, som ikke er forudindtaget.

5.3 “Midwives’ and obstetricans’ perceptions of risk and its impact on clinical practice and decision-making in labour: An integrative review”

I dette afsnit følger en præsentation af artiklen og en kritisk vurdering af validiteten. Herefter følger redegørelser samt analyser af artiklens tre undertemaer, som har til formål at belyse jordemoderens oplevelse af, hvordan fokus på risiko og retningslinjer påvirker den kliniske beslutningstagen.

5.3.1 Præsentation

Formålet med metasyntesen af Healy et al. er at sammenfatte evidens om jordemødre og obstetrikere risikoopfattelse i omsorgen for den fødende kvinde med lav risiko for komplikationer. Endvidere sammenfatter metasyntesen evidens om, hvordan jordemødres og obstetrikere risikoopfattelse påvirker deres kliniske praksis og beslutningstagen i denne omsorg (x).

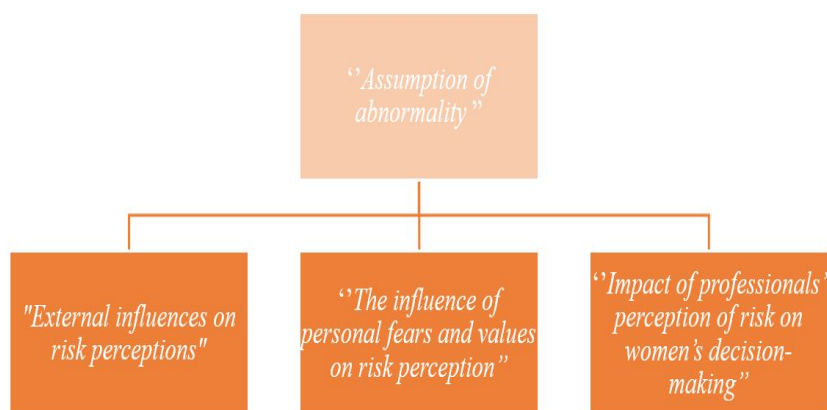
Baggrunden for artiklens valgte problemstillinger udspringer af, at risiko er blevet en integreret del af svangreomsorgen, samt en høj indgrebsfrekvens hos fødende kvinder med lav risiko for komplikationer på fødeafdelinger. Derfor vælger forskeren at undersøge risikoopfattelsen hos både jordemødre og obstetrikere, som arbejder på en fødeafdeling, for at forstå hvordan dette måske kan bidrage til en høj indgrebsfrekvens.

I artiklen beskriver forskeren en systematisk tilgang i udarbejdelsen af metasyntesen, en tilgang udarbejdet af Cooper og opdateret af Whittemore og Knafl. Denne består af et

Hvordan påvirker jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

femtrinssystem, som inkluderer; problemstilling, litteratursøgning, dataudtræk, dataanalyse og præsentation af resultater. Efter udarbejdelse af problemstillingen har forskeren benyttet SPIDER som et værktøj i søgestrategien. Metasyntesen bygger på 14 artikler, hvor 12 af disse er fundet ved en systematisk litteratursøgning med afgrænsende in- og eksklusionskriterier i Cochrane Database of Systematic Reviews, EBSCO (Cinahl, Medline & Social Sciences), EMBASE og Scopus. De resterende to er fundet vha. kædesøgning. Denne litteratursøgning er illustreret ved hjælp af redskabet PRISMA(.). Artiklerne stammer fra Australien [5], UK [5], Canada [1], USA [1], New Z. [1], Belgien [1]. Alle artikler inkluderer jordemødre, hvoraf tre af de 14 artikler også inkluderer obstetrikere.

Forskeren har benyttet CCAT til kritisk vurdering af de udvalgte artiklers validitet (s. 109). Herefter har forskeren udtrukket foreløbige hovedbudskaber, *key messages*, fra de udvalgte artikler. Herefter anvendes tematisk analyse og tematisk syntese til at finde frem til metasyntesens temaer. Til udarbejdelse af de endelige temaer har forskeren fået løbende vejledning fra de to vejledere. Forskeren har fundet fire temaer, se figur 3.



(figur 3)

Artiklens forsker konkluderer, at risiko og dennes indflydelse på svangreomsorgen er kompleks. Dog vil en grundantagelse af fødslen som en særlig risikofyldt begivenhed med stor

Hvordan påvirker jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarsfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

sandsynlighed bidrage til en risikokultur. Dette kan hænge sammen med jordemødres og obstetrikernes frygt for et dårligt udfald. Det anbefales, at der fra politisk niveau til praksisniveau bør være et større fokus på normalitet fremfor risiko. Dette kan sikres ved at lade jordemoderen lede og varetage den ukomplicerede fødsel. Endvidere konkluderes det, at der i svangreomsorgen består en generel udfordring i at vende en risikobaseret praksis til evidensbaseret praksis (?)

5.3.2 Kritisk vurdering af artiklen

Til vurdering af artiklens validitet anvendes checklisten “*Critical appraisal skills programme*” (CASP) (x). Endvidere benyttes bøgerne “*Videnskabelig teori og metode - fra idé til eksamination*” af Maria Henricson (?lde), “*Interview*” af Kvale og Brinkmann (kilde) og “*Videnskabsteori*” af Jacob Birkler(.) til vurdering af artiklens validitet. Vha. disse referencer findes artiklen valid med undtagelse af enkelte kritikpunkter, som udfoldes herunder.

En metasyntese er en sammenstilling af flere ensartede undersøgelser, som bidrager til et helhedsbillede af et forskningsfelt. Ved en systematisk sammenfatning kan det videnskabelige grundlag i en bestemt problemstilling vurderes (s. 473-474). Da en metasyntese bidrager til et større og nuanceret vidensgrundlag, vurderes dette at være en styrke iht. at besvare projektets problemformulering.

Forskeren bag artiklen har en jordemoderfaglig baggrund. Vejlederne har hhv. en sociologisk baggrund, samt en sygeplejefaglig baggrund med erfaring indenfor den kvalitative forskning, jf. afsnit 4.4.3. Dette vurderes som en styrke, da den jordemoderfaglige baggrund bidrager med en legitim indsigt i fagets kompleksitet. Sociologien bidrager med en viden om relationen mellem menneske og samfund, og hvordan disse gensidigt former hinanden(kilde). Dermed bidrager den tværfaglige diversitet til at nuancere det sundhedsvidenskabelige paradigme (x).

Forskeren arbejder ud fra en systematisk tilgang til metasynteser, som skal sikre metodisk stringens, jf. afsnit 5.3.1. Endvidere beskrives det, at denne tilgang er hensigtsmæssig at anvende ved undersøgelser af kvalitative, jordemoderfaglige problemstillinger, da denne kan indfange kompleksiteten i disse (.). Det vurderes at være en styrke, at forskeren har skabt

Hvordan påvirker jordemoderens risikopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

transparens ift. deres overvejelser om metodevalg, og hvordan disse er relevante for en jordemoderfaglig problemstilling (x).

I udarbejdelsen af metasyntesen beskriver forskeren, at der har været særligt fokus på designet, litteratursøgningen, vurderingen af studiets kvalitet og metoden anvendt til syntesen, da disse fremhæves som udfordringsområder af Cochrane Qualitative Research Group (?). For at imødekomme disse udfordringsområder har forskeren arbejdet ud fra et femtrinssystem, som inkluderer; problemstilling, litteratursøgning, dataudtræk, dataanalyse og præsentation af resultater, jf. afsnit 5.3.1. Hertil anvendes SPIDER, som er et anerkendt værktøj, der er velegnet til at skabe struktur i litteratursøgningen (?). En metasynteses validitet øges ved en relevant litteratursøgning, hvilket omfatter, at den er tilstrækkeligt dybdegående og bredtfaavnende (?). Dette vurderes at være gældende i denne metasyntese, da litteratursøgningen tager udgangspunkt i et bredt udvalg af databaser og inkluderer en systematisk litteratur- og kædesøgning. Endvidere har forskerne dokumenteret deres systematiske litteratursøgning ved hjælp af PRISMA modellen (?), hvilket vurderes at bidrage yderligere til transparens i deres litteratursøgning.

Studierne udspringer fra vestlige lande, jf. afsnit 5.3.1., hvortil det vurderes, at der kan være forskelle og ligheder mellem førnævnte lande og organiseringen af den danske svangreomsorg. Der må på baggrund af dette udvises forsigtighed ved en direkte overførsel af resultaterne til dansk kontekst. Det vurderes dog at være muligt at anvende artiklens resultater til at besvare dette projekts problemformulering, da artiklens resultater også genkendes fra praksis og afspejles i dette projekts indledning. I artiklen anvendes ordene *protocols* og *guidelines* (?). Dette vurderes at kunne oversættes til *retningslinjer* i en dansk kontekst.

I artiklen har forskeren benyttet CCAT til vurdering af de udvalgte artiklers validitet, da denne model kan tilpasses artikler med forskellige forskningsdesigns (s. 109). Herefter har forskeren udtrukket foreløbige hovedbudskaber (*key messages*) fra de udvalgte artikler og har derefter udarbejdet en tematisk analyse til at uddrage konklusioner. Forskeren har gjort sig bevidst om, at den tematiske analyse er kritiseret for ikke at kunne rumme kompleksiteten i forskellige forskningsdesigns, hvilket forskeren har taget forbehold for ved at beskrive studierne begrænsninger og metodiske styrker (s. 109). Ud fra forskerens transparente beskrivelse vurderes det, at dette ikke har nogen signifikant betydning ift. at anvende

Hvordan påvirker jordemoderens risikopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarsfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

resultaterne i dette projekt. På baggrund af den tematiske analyse udarbejder forskeren de endelige temaer ved hjælp af en fire-trins tematisk syntese (*ibid.* s. 109). Forskeren beskriver også, at udarbejdelsen af de endelige temaer har været i samarbejde med de to vejledere (s.111), og dermed har forskningsresultaterne gennemgået en kommunikativ validering i diskussion med de to vejledere, dvs. en kollegial validering, som skaber konsensus om resultaternes validitet (x). Dette vurderes at styrke validiteten af artiklens resultater.

Desuden er artiklen fremsøgt i den akademiske database Scopus, hvor det findes at artiklen frem til 2019 er citeret 34 gange. Dette vurderes at være et udtryk for, at flere forskere finder artiklens resultater aktuelle og valide (x).

Igennem denne metodekritiske gennemgang fremhæves det, at den videnskabelige artikels metodiske proces er velovervejet og tydeligt beskrevet, hvilket vurderes at styrke validiteten af artiklen.

5.3.3 Redegørelse af “External influences on risk perceptions”

Temaet “*External influences on risk perceptions*” (“eksterne faktorer, der påvirker risikopfattelse”) omhandler eksterne faktorer, som den sundhedsprofessionelles risikopfattelse påvirkes af i omsorgen for den fødende kvinde med lav risiko for komplikationer. De eksterne faktorer refererer til både formelle omstændigheder; guidelines og protokoller samt uformelle omstændigheder; tilskrevet eller forventet professionel ansvarlighed (?).

I artiklen fremhæves fire studier, som belyser, at stringente guidelines og protokoller øger og fastholder opfattelsen af fødslen som en risikofyldt begivenhed. I et studie af Copel og et. al fremgår det, at den manglende fleksibilitet i guidelines, som følge af hospitalets institutionaliserede omgivelser, bidrager til, at rammerne for at opnå en normal fødsel ikke er optimale (x). I forlængelse af dette fremgår det af samme studie, at jordemødre mener, at konflikt er uundgåelig, hvis de afviger fra protokollerne, som de anser som en nødvendighed for at forblive kvindens advokat (x). I et studie af Hood et al. findes det, at jordemødrene opfatter og anvender guidelines forskelligt. Nogle anvender disse som støtte til beslutningstagen, hvorimod andre oplever dem som en begrænsning, som forringer både

Hvordan påvirker jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

jordemoderens og kvindens mulighed for empowerment, hvilket kan medføre en højere indgrebsfrekvens(x). Jordemødrene i studiet af Seibold et al. oplever, at de er blevet institutionaliseret og som et resultat af dette, vil udføre interventioner baseret på obstetrikernes beslutninger, selvom de er uenige i disse (x). Samme studie belyser, at risikoopfattelse i højere grad retter sig mod fysisk skade hos mor og barn end psykisk skade. Jordemødre, der arbejder på et hospital, har ifølge et studie af Dove og Muir-Cochrane, en risikoopfattelse, der ligner obstetrikernes, og vil derfor se fødslen som en risikofyldt begivenhed frem for en normal begivenhed. Et studie af Hunter og Segrott undersøger, hvilken betydning implementeringen af en klinisk vejledning har for den normale fødsel og for jordemoderens praksis, hvortil jordemødrene oplever lettere at kunne retfærdiggøre deres kliniske beslutning i den normale fødsel (?).

5.3.3.1 Analyse af "Eksterne faktorer, der påvirker risikoopfattelsen"

I redegørelsen fremgår det, at jordemødre mener, at en konflikt er uundgåelig, hvis de afviger fra protokollerne, hvilket de anser som en nødvendighed for at forblive kvindens advokat. På baggrund af dette kan det antages, at denne konflikt kan være et udtryk for, at jordemoderen oplever, at hun i sin kliniske beslutningstagen forventes at tilgodese retningslinjerne frem for kvindens ønsker og behov. Ligeledes fremgår det af redegørelsen, at stringente guidelines og protokoller kan fastholde fødslen som en risikofyldt begivenhed. Dette syn på fødslen kan antages at forstærke jordemoderens oplevede konflikt ift. at tilgodese retningslinjerne fremfor kvindens ønsker og behov. Endvidere kan dette syn på fødslen antages at påvirke den kliniske beslutningstagen, som i højere grad bliver risikoopsporende, hvormed jordemoderen kan være mere tilbøjelig til at intervenere i fødslen. Således kan det antages, at jordemoderen oplever, at det er vanskeligt at tage ansvar for samt at understøtte den ukomplicerede fødsel. I redegørelsen fremgår det, at der ses en manglende fleksibilitet i retningslinjerne, hvilket kan antages at bidrage til en standardiseret omsorg. Den manglende fleksibilitet i retningslinjer kan ydermere antages at udfordre den kliniske beslutningstagen, hvis der udelukkende tages udgangspunkt i disse, da retningslinjerne ikke kan indfange kompleksiteten i den jordemoderfaglige omsorg. I redegørelsen belyses det, at guidelines hos nogle jordemødre fungerer som støtte til beslutningstagen, hvorfor det kan antages at jordemoderen i akutte og

Hvordan påvirker jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

komplerede situationer understøttes af retningslinjerne, hvormed behandlingen kan effektiviseres. I redegørelsen fremgår det omvendt, at nogle jordemødre oplever retningslinjerne som en begrænsning. På baggrund af dette kan det formodes, at retningslinjernes risikobetoning ubevidst initierer en forventning om, at jordemoderen vil opspore risiko i den ukomplicerede fødsel, hvilket kan begrænse jordemoderen i den kliniske beslutning. I redegørelsen beskrives det, at en klinisk vejledning for den normale fødsel giver jordemoderen en større oplevelse af at kunne retfærdiggøre sin kliniske beslutning. Det kan derfor antages, at jordemoderen får lettere ved at tage ansvar for at understøtte den ukomplicerede fødsel, da standarden for det normale heri er klart defineret. Det fremgår af redegørelsen, at jordemødre oplever, at de er blevet institutionaliserede og derfor intervenserer i fødslen på trods af uenigheden om indikationen for at intervenere. Denne uenighed antages at være et udtryk for forskellige risikoopfattelser blandt obstetrikere og jordemødre. Risikoopfattelsen kan influere på den kliniske beslutning, da det antages, at den førnævnte institutionalisering kan være et udtryk for en hierarkisk orden på hospitaler, hvor obstetrikernes risikoopfattelse kan dominere.

I redegørelsen fremgår det, at retningslinjerne i højere grad retter sig mod fysisk skade frem for psykisk skade. Når jordemoderen udelukkende baserer sin kliniske beslutning på retningslinjerne, kan det antages, at hun domineres af et ønske om at undgå de fysiske skader, da disse er håndgribelige, hvormed psykiske skader kan underkendes. Dette kan formodes at udfordre det jordemoderfaglige virke, da det dominerende ønske om at undgå fysisk skade kan resultere i, at kvinden objektificeres, hvortil hendes følelser og behov ikke medtages i den kliniske beslutning.

5.3.4 Redegørelse af "The influence of personal fears and values on risk perception"

"The influence of personal fears and values on risk perception" ("personlig frygt og værdiers indflydelse på risikoopfattelse") belyser, hvordan personlig frygt og værdier påvirker risikoopfattelsen, når der ydes omsorg for den fødende kvinde. Studierne i dette tema fremhæver forskellige måder at anskue fødslen på, herunder hvordan fødslen kan ses som en omstændighed jordemoderen har tillid til, til at være en omstændighed præget af frygt (x).

Hvordan påvirker jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

I et studie af Page og Mander belyses det, at jordemødre, der kan tolerere uforudsigeligheden i fødslen, i højere grad vil tilgå fødslen som normal i modsætning til kollegaer, som har en lavere tolerance for samme uforudsigelighed (x). Ligeledes belyses det i et studie af Everly, at det for jordemødre kan være sværere at stole på fødselens naturlighed i et hospitalsmiljø, da de her konstant må minde sig selv om fødselens normalitet. Jordemødrenes kliniske erfaring ses i dette studie som en medfaktor, når det kommer til at tro på både fødsel og egen kliniske vurdering. I studiet af Scamell og Alaszewski beskrives det, at jordemødre på trods af en professionel stolthed og en tillid til den normale fødsel stadig er tilbøjelige til at intervenere under fødslen for at opspore anormalitet (s. 113). Dette studie belyser ydermere, at en af de afgørende faktorer, der påvirker jordemødrenes risikoopfattelse, er frygten for et negativt udfald, hvorfor jordemødre vil undgå enhver risiko. Dette understøttes af et studie foretaget af Surtees, som belyser, at jordemødre ikke modtager kritik, når de konsekvent anvender kontinuerlig overvågning til trods for manglende evidens herfor. Tværtimod oplever jordemødrene, at manglende overvågning kan føre til kritik. I et studie af Rattay et al. beskrives det, at jordemødre, som tidligere har stået i forløb med et negativt udfald, kan være påvirket i fremtidige forløb. Hall et al. fandt, at jordemødre bekymrer sig om kritik fra andre sundhedsprofessionelle, når de anser fødslen som en normal proces og ikke vælger at lade sig styre af gældende standarder. Det tidligere nævnte studie af Scamell og Alaszewski belyser, at jordemødre oplever, at de gode udfald ikke på samme måde bliver undersøgt som de dårlige udfald. Studiet belyser, ligeledes at jordemødrene føler sig anklaget, når et dårligt udfald opstår (s. 112-113).

5.3.4.1 Analyse af "Personlig frygt og værdiers indflydelse på risikoopfattelse"

Af redegørelsen fremgår det, at jordemødre, der kan navigere i fødselens uforudsigelighed i højere grad vil tilgå fødslen som normal, hvormed det kan antages, at jordemoderen, som har denne tilgang, vil præges mindre af den nuværende risikokultur. Ydermere fremgår det af redegørelsen, at jordemoderens kliniske erfaring har betydning for, om jordemoderen anskuer fødslen som en normal begivenhed. Det formodes, at denne opfattelse kan udspringe af, at jordemødre med en bredere erfaring vil have et større sammenligningsgrundlag og herigennem

Hvordan påvirker jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

kan være mere forberedt på fødselens uforudsigelighed. Det fremgår endvidere af redegørelsen, at jordemødre er tilbøjelige til at intervenere i den normale fødsel alene for at opspore anormalitet. Behovet for at opspore anormalitet kan antages at være et udtryk for jordemoderens risikoopfattelse, da det kan udledes at være et udtryk for et behov for kontrol over det uforudsigelige og risikofyldte.

Det beskrives ligeledes i redegørelsen, at jordemødre kan have mistillid til fødselens naturlige processer i et hospitalsmiljø. På baggrund af dette antages det, at hospitalsmiljøet bidrager til en medikalisering af fødselsområdet, samt muliggør opsporingen af risiko via teknologi, hvortil jordemoderens risikoopfattelse påvirkes af dette miljø. I redegørelsen fremgår det, at jordemødre med dårlige erfaringer kan påvirkes af disse, hvorfor det kan antages, at hun kan have et behov for at kontrollere fødslen gennem risikoopsporing og interventioner grundet frygt for endnu et dårligt udfald.

I redegørelsen fremgår det, at jordemødre oplever, at en manglende overvågning kan føre til kritik. Ud fra dette udledes, at frygten for kritik kan komme til udtryk ved overbrug af interventioner generelt. Ud fra denne frygt for kritik kan det antages, at der er en kultur for, at interventioner sikrer god behandling, hvilket kan gøre det vanskeligt for jordemoderen at fravælge en intervention.

Redegørelsen belyser, at jordemødrene oplever, at gode udfald ikke undersøges på samme måde, som dårlige udfald gør. Det kan antages, at denne tilgang til praksis kan influere på den kliniske beslutning fordi jordemoderen kan opleve, at hun må retfærdiggøre sin praksis samt føre bevis for, at hun har ageret retmæssigt i tilfælde af et dårligt udfald.

5.3.5 Redegørelse af "Impact of professionals' perception of risk on women's decision-making"

Undertemaet "*Impact of professionals' perception of risk on women's decision-making*" (sundhedsprofessionelles risikoopfattelse og dennes indflydelse på kvindens beslutningstagen) belyser, hvordan jordemødre kan være tilbageholdende med at overgive ansvaret til kvinden, da jordemoderen oplever at have det endelige ansvar for beslutningen. Et studie foretaget af Hall

Hvordan påvirker jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarsfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

et al. beskriver, at sundhedsprofessionelle har forskellige tilgange til at dele ansvaret med kvinden. De, der kan afgive kontrollen, oplever at det er lettere at inddrage kvinden og er dermed mindre tilbøjelige til at intervenere unødvendigt. Studiet beskriver omvendt, at sundhedsprofessionelle, som opfatter sig som eksperter i fødslen samt føler sig ansvarlige for denne er mere tilbøjelige til at underkende kvindens perspektiv. De vil desuden anse fødslen som en begivenhed, der skal understøttes af interventioner og overvågning. Samme studie fremhæver endvidere, at frygten for et dårligt udfald resulterer i, at sundhedsprofessionelle ikke har tillid til kvindens evne til at træffe relevante beslutninger ifm. omsorgen. Et studie foretaget af Everly belyser, at jordemødre i et hospitalsmiljø, oplever, at kvinden i dette miljø fratages kontrollen, hvormed det er svært at imødekomme en fælles beslutning (x).

5.3.5.1 Analyse af "Sundhedsprofessionelles risikoopfattelse og dennes indflydelse på kvinders beslutningstagning"

I redegørelsen fremgår det, at jordemødre oplever, at de har det endelige ansvar for beslutninger. Det kan antages, at oplevelsen af det endelige ansvar kan være et udtryk for at jordemoderens frygt for et dårligt udfald og dermed hendes risikoopfattelse. Der kan dermed argumenteres for, at jordemoderen vil fokusere på det, der kan gå galt, fremfor det der kan gå godt. Der kan derfor argumenteres for, at den kliniske beslutning vil præges af frygten for at træffe et valg, der medfører dårligt udfald. Som følge af dette kan det formodes at medføre, at jordemoderen i den ukomplicerede fødsel vil lede efter risici. Det fremgår af redegørelsen, at der er forskellige tilgange til det at dele ansvaret med kvinden, hvorfor det kan antages, at hun inkluderes i varierende omfang i den kliniske beslutning. I forlængelse af dette fremgår det af redegørelsen, at jordemødre, som oplever det lettere at afgive kontrollen, også er mere tilbøjelige til at inddrage kvinden. Dette kan derfor antages at være et udtryk for, at jordemoderens risikoopfattelse er mindre præget af frygt, og dermed vil hun have et mindre behov for at kontrollere fødslen. I kontrast til dette fremgår det af redegørelsen, at de sundhedsprofessionelle, som anser sig selv som eksperter og som påtager sig det endelige ansvar for fødslen, i højere grad kan være tilbøjelige til at underkende kvindens perspektiv. Det kan antages, at jordemoderen på baggrund af dette kan opleve et større ansvar for, at fødselsforløbet skal forløbe uden komplikationer, og vælger derfor at træffe beslutninger uden

Hvordan påvirker jordemoderens risikopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

kvinden. Der kan derfor argumenteres for, at denne opfattelse af egen rolle vil gøre jordemoderen mere risikosporende i et forsøg på at undgå dårlige udfald, som hun kan frygte vil falde tilbage på hende.

5.3.6 Delkonklusion af analyse af projektets artikel

I analysen findes det, at den kliniske beslutningstagen kan påvirkes af jordemoderens oplevelse af, at det forventes, at retningslinjerne tilgodeses frem for kvindens ønsker og behov. Det findes desuden, at en overvejende anvendelse af retningslinjerne kan medføre, at den kliniske beslutning vil domineres af et ønske om at undgå fysiske skader frem for psykiske skader. Ligeledes kan retningslinjernes manglende fleksibilitet bidrage til at fastholde fødslen som en risikofyldt begivenhed. Den manglende fleksibilitet medfører, at det for jordemoderen bliver vanskeligt at udøve en individuel tilpasset omsorg samt at tage ansvar for den ukomplicerede fødsel, når hun overvejende anvender retningslinjer i den kliniske beslutning. Det findes dog ligeledes, at en klinisk vejledning for den normale fødsel, kan gøre det lettere for jordemoderen at argumentere for hendes praksis og dermed bidrage til at understøtte den ukomplicerede fødsel.

Det findes i analysen, at en bredere erfaring kan bidrage til, at jordemoderen er mere forberedt på fødslen uforudsigelighed, hvilket vil understøtte hendes evne til at tage ansvar i den ukomplicerede fødsel. Ligeledes findes det, at dårlige erfaringer kan skabe frygt hos jordemoderen, hvilket kan medføre et behov for kontrol og således vil dette påvirke hendes risikopfattelse. Det findes endvidere, at frygt for kritik kan anspore jordemoderen til at intervenere mere, samt give hende en oplevelse af at hun skal retfærdiggøre sin praksis. Således findes det, at jordemoderens risikopfattelse og organisationens retningslinjer influerer på hvordan kvinden inddrages i den kliniske beslutning.

Hvordan påvirker jordemoderens risikopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

6. Diskussion

I dette afsnit diskuteres følgende tre emner: “Retningslinjernes indflydelse på jordemoderens kliniske beslutning”, “En patologisk risikopfattelse i den ukomplicerede fødsel” og “Praktisering af evidensbaseret medicin i den kliniske beslutning”. Disse emner diskuteres mhp. at nuancere besvarelsen af projektets problemformulering. I afsnit 6.4 følger en kritisk refleksion over projektets videnskabelige tilgang, metode samt empiri.

6.1 Retningslinjernes indflydelse på jordemoderens kliniske beslutning

I afsnit 5.2.5.1 findes det, at størstedelen af de danske jordemødre praktiserer EBM ud fra “*using*” metoden. Herved forstås, at retningslinjerne anvendes som bedste evidens i praksis. Denne metode fordrer ikke en kritisk refleksion over evidensen bag retningslinjerne; heri foretages alene en vurdering af, om retningslinjen passer til kvindens situation. “*Using*” metoden er derfor hovedsagelig relevant at anvende for jordemødre i ukendte situationer. I disse situationer kan der argumenteres for, at der ikke er mulighed for at vurdere evidensen kritisk, hvorfor det kan være mere effektivt at benytte evidens, som allerede har gennemgået en kritisk vurdering. For at jordemoderen kan praktisere EBM hensigtsmæssigt, bør hun anvende “*doing*” metoden i de situationer, hun ofte oplever i praksis. Dette skyldes, at der i denne metode indgår en kritisk refleksion over evidensen, hvilket bidrager til, at jordemoderen holder sig fagligt opdateret i de situationer, jordemoderen dagligt står i, f.eks. den ukomplicerede fødsel - alligevel findes det i førnævnte analyseafsnit, at størstedelen af jordemødre ikke gør dette.

En af årsagerne til at retningslinjer ikke bør anvendes ukritisk, fremgår af afsnit 5.1.2.1, hvor det findes, at retningslinjerne aldrig kan formidle en risiko objektivt, ufejlbart og fuldstændigt, på trods af at disse er udarbejdet på baggrund af evidens eller bedste praksis. Det findes desuden i afsnit 5.1.5.1, at jordemoderen bør være bevidst om, at der grundet usikkerheden i videnskaben findes forskellige definitioner af samme risiko, og at retningslinjernes definition af risiko i mange tilfælde ikke er endegyldige. Når dette er tilfældet,

Hvordan påvirker jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarsfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

kan synes paradoksalt, at jordemødre anvender retningslinjerne som opskrift på omsorgen, jf. indledningen, og endvidere ikke forholder sig kritisk i anvendelsen af dem.

Der kan være flere årsager til, at jordemødre anvender “*using*” metoden i den daglige praksis. En årsag kan findes i afsnit 5.1.2.1, hvor det fremgår, at jordemoderen kan opleve at besidde en fuldstændig viden om risiko, hvis der i afdelingen opstår en fælles konsensus om, at retningslinjerne repræsenterer objektive og endegyldige risici. I afsnit 5.2.4.1 findes det, at en kritisk tilgang til evidens og retningslinjer kræver, at jordemoderen har en interesse i at forholde sig til disse. Der kan derfor argumenteres for, at jordemoderens interesse for at opsøge ny viden og at være kritisk overfor denne falder, hvis hun er på en afdeling, hvor der hersker en fælles konsensus om, at retningslinjerne repræsenterer ufejlbare og objektive risici. Derfor mener vi, at organisationens rammer og tilrettelæggelse skal tilpasses således, der skabes et fagligt rum til en kritisk refleksion. En anden årsag kan findes i afsnit 5.1.2.1, hvor det beskrives, at jordemødre kan opleve, at retningslinjer grundet subjektive risikofaktorer giver dem en følelse af kontrol over det uforudsigelige i fødslen. Der kan argumenteres for, at denne følelse af kontrol kan udspringe af retningslinjernes klare instrukser for, hvordan der bør handles og hvordan disse handlinger forventes at påvirke visse risici i fødslen. F.eks. kan det give jordemoderen en følelse af kontrol, når en kvinde med PROM anbefales tidlig stimulation med henblik på at forebygge infektion. Hvis retningslinjerne medfører en oplevelse af en fuldstændig viden og en følelse af kontrol over det uforudsigelige i fødslen, kan det synes naturligt at anvende disse som rettesnor i praksis.

At jordemødre anvender retningslinjer ukritisk og som den bedste evidens i daglig praksis, findes der også en årsag til i afsnit 5.1.4.1. Her fremgår det, at ethvert samfund vil skabe en distinktion mellem rigtigt og forkert. Der kan derfor argumenteres for, at det “samfund” jordemoderen deltager i på fødegangen, kan udtrykke en retning for, hvorledes en jordemoder bør agere i denne kontekst. Retningslinjerne kan ses som udtryk for denne retning på baggrund af antagelsen om, at disse er konstruerede for at understøtte svangreomsorgens kulturelle normer. De bør således aldrig fortolkes som neutrale, objektive og ufejlbare sandheder. Vi mener derfor, at retningslinjerne kan fungere som en form for social kontrol. Det vurderes derfor, at det kan være udfordrende for jordemoderen at træffe en klinisk beslutning,

Hvordan påvirker jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

der afviger fra retningslinjerne, da dette kan tolkes som en afvigelse fra fællesskabet, hvormed jordemoderen overtræder grænsen for det, der i fællesskabet opfattes som det rigtige. Denne sociale kontrol ses desuden belyst i afsnit 5.3.4.1, hvor det findes, at der i svangreomsorgen er en kultur for, at interventioner kan sikre god behandling, og at dette udfordrer jordemoderen, når hun ønsker at fravælge en intervention. Ydermere findes det i samme afsnit, at jordemoderen oplever, at hun må have bevis for at have ageret retmæssigt i praksis. Vi mener på baggrund af dette, at jordemoderen i højere grad vil anvende retningslinjerne i den kliniske beslutning.

Ud fra denne diskussion kan det udledes, at en udefrakommende forventning til jordemoderen kan omdanne retningslinjer fra en beslutningsstøtte til social kontrol og dermed påvirke den kliniske beslutning. Dermed ses retningslinjernes eksistens ikke som problematisk for jordemoderens kliniske beslutningstagen, men derimod kulturen omkring dem og jordemoderens tilbøjelighed til at anvende disse ukritisk. Af indledningen fremgår det, at formålet med retningslinjerne er at standardisere de komplicerede forløb med henblik på at gøre disse sikre og mere effektive. Da *“using”* metoden anvendes i den daglige praksis, mener vi, at standardiseringen, der som udgangspunkt har været tiltænkt komplicerede forløb måske overføres til den ukomplicerede fødsel, og dermed er i risiko for at influere negativt på den omsorg, der knyttes hertil.

6.2 En patologisk risikoopfattelse i den ukomplicerede fødsel

Det belyses indledningsvist, at forebyggelse i sundhedsvæsenet tager udgangspunkt i risikofaktorer, hvormed disse patologiseres og bliver behandlingskrævende. Endvidere findes det i afsnit 5.2.4.1, at fokus på bestemte problemstillinger i sundhedsvæsenet kan blive styrende for hvilken evidens, der skabes. Det kan derfor diskuteres, hvorvidt evidens konstrueres ud fra et forebyggende perspektiv og dermed centrerer om risikofaktorer. Dette understøttes af afsnit 5.1.4.1, hvor det findes, at normen om at forebygge negative udfald i svangreomsorgen styres af et overordnet fokus på at forebygge mortalitet og morbiditet. På baggrund af denne diskussion kan der argumenteres for, at retningslinjernes anvendelse i praksis kan medføre, at den kliniske beslutningstagen styres af et patogent fokus. Det kan synes

Hvordan påvirker jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarsfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

problematisk, at gravide kvinder potentielt sygeliggøres på baggrund af en eller flere risikofaktorer, der ikke nødvendigvis udvikler sig i en patologisk retning. F.eks. anbefales gravide kvinder med PROM tidlig ve-stimulation samt antibiotikaproylakse efter 18 timer som et forebyggende tiltag, til trods for at der ikke nødvendigvis er symptomer på en pågående infektion, samt at retningslinjen beskriver, at 80% får spontane veer efter 24 timer (x). Det kan i forlængelse heraf diskuteres, om PROM bør anses som en naturlig start på fødslen, på trods af at gældende retningslinjer ikke anerkender denne mere salutogene opfattelse, hvormed den gravide kvinde sygeliggøres. Vi mener, at jordemoderen i kraft af hendes selvstændige virksomhedsområde skal tage ansvar for at understøtte den ukomplicerede fødsel og ikke lade sig kontrollere af retningslinjernes patogene fokus.

Vi mener, at en sygeliggørelse af den gravide kvinde kan udspringe af forsigtighedsprincippet. I afsnit 5.1.5.1 om risikosamfund fremgår det, at jordemoderen på baggrund af dette princip i nogle tilfælde kan retfærdiggøre at intervenere i fødslen for at undgå en hypotetisk fare, samt at jordemoderen kan være tilbøjelig til at anvende teknologiske hjælpemidler, fordi disse er tilgængelige for hende. Det kan diskuteres, om behandling alene på indikation frem for en hypotetisk fare kan bidrage til at reducere overbehandling af gravide kvinder. I forlængelse heraf kan det vurderes, at jordemoderen i højere grad kan tage ansvar for at understøtte den normale fødsel. Endvidere bør jordemoderen i større omfang bidrage til at konstruere evidens med et salutogent fokus, da dette vil bidrage til en bredere forståelse af normalitet i fødslen samt fokus på de langsigtede konsekvenser, som f.eks. negative konsekvenser ved profylaktisk antibiotika behandling eller kvindens psykiske helbred. Dette perspektiv understøttes endvidere af afsnit 5.3.5.1, hvor det beskrives, at psykiske skader kan overses, hvis jordemoderens kliniske beslutningstagen alene bygger på retningslinjerne.

Sammenholdes det ovenstående, kan det argumenteres for, at jordemoderen har et ansvar for understøtte den normale fødsel og kun intervenere på indikation. På baggrund af dette afsnit mener vi, at jordemoderen bør vurdere den enkelte kvinde på et grundlag, der tager udgangspunkt i normalitet fremfor risiko. Dette vil skabe forudsætning for at kunne arbejde mere sundhedsfremmende, og hermed bidrage til at reducere overbehandling samt sygeliggørelse af kvinden.

Hvordan påvirker jordemoderens risikopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

6.3 Praktisering af evidensbaseret medicin i den kliniske beslutning

Som tidligere nævnt i afsnit 5.2.1 er EBM et redskab til beslutningsprocesser i sundhedsvæsenet, som gennem en treenighed har til formål, at forbedre praksis og kvindernes livskvalitet. Indledningsvist beskrives et overforbrug af sundhedsydelser og det fremgår, at der intervenseres unødvendigt i ellers forventede ukomplicerede fødsler. Det synes derfor relevant at diskutere, hvordan EBM praktiseres hensigtsmæssigt i den kliniske beslutning.

Det fremgår af afsnit 5.3.5.1 samt i indledningen, at jordemødre oplever, at det forventes, at retningslinjerne tilgodeses i den kliniske beslutningstagen frem for kvindens ønsker og behov, samt at retningslinjerne efterlader et snævert rum til jordemoderens kliniske skøn. Der kan ud fra dette argumenteres for, at jordemoderen i praksis kan være udfordret i at praktisere alle tre elementer i EBM ligeværdigt. Af afsnit 5.3.3.1 fremgår det, at en udelukkende anvendelse af retningslinjerne fastholder fødslen som en risikofyldt begivenhed, samtidig fremgår det af afsnit 5.3.4.1, at jordemoderens erfaring kan understøtte den ukomplicerede fødsel. Det kan derfor diskuteres, om den kliniske ekspertise udfordres af risikosamfundet, hvor videnskabelige argumenter vægtes højest i debatter, jf afsnit 5.1.5, hvorfor jordemoderen som en aktiv deltager heri påvirkes af dette. Det kan ligeledes diskuteres, hvorvidt jordemoderen har tillid til egen klinisk ekspertise og om denne underkendes i den kliniske beslutning. En manglende tillid til og anerkendelse af egen klinisk ekspertise kommer også til udtryk i afsnit 5.3.5.1, hvor jordemødre oplever en øget tryk ved at tage ansvar for den ukomplicerede fødsel, når der findes retningslinjer som klart definerer det normale. Det synes problematisk for jordemoderens praktisering af EBM, at hun finder det nødvendigt at blive understøttet af en retningslinje for at kunne retfærdiggøre det normale i fødslen og dermed ikke ser egen klinisk ekspertise ligeværdigt med retningslinjerne. Vi mener derfor, at det er essentielt, at der i fødeafdelingen og blandt jordemødre skabes en kultur, hvor klinisk ekspertise anerkendes i lige så høj grad som retningslinjer, før det bliver muligt for den enkelte jordemoder at praktisere EBM hensigtsmæssigt i den kliniske beslutningstagen.

I EBM er kvindens perspektiv lige så vigtig som den bedste evidens og kliniske ekspertise, hvorfor det synes relevant at diskutere, hvorvidt kvindens perspektiv inddrages hensigtsmæssigt i den kliniske beslutning. I afsnit 5.2.3.1 fremgår det, at jordemoderen, for at

Hvordan påvirker jordemoderens risikopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

praktisere EBM, må facilitere et rum, hvor det er trygt for kvinden at dele forventninger og ønsker. I indledningen fremgår det dog, at svangreomsorgen præges af risiko, hvilket vi mener, har en betydning for jordemoderens mulighed for at inkludere kvindens perspektiv i den kliniske beslutning. Dette understøttes i afsnit 5.3.5.1, hvor jordemoderen som ekspert kan opleve, at hun har det endelige ansvar i fødslen, da frygten for et dårligt udfald udfordrer hende i at inddrage kvinden i den kliniske beslutning. Der kan derfor argumenteres for, at frygt og fokus på risiko skaber et ulige forhold mellem jordemoder og kvinde. Dette kan medføre, at jordemoderen træffer beslutninger uden at inddrage kvinden for at kunne kontrollere fødslen, når denne anses som risikofyldt.

Vi mener derfor, at det er vigtigt, at jordemoderen tager ansvar for at opbygge et tillidsfuldt partnerskab med kvinden, hvor der kan diskuteres fordele og ulemper ved til- og fravalg i forbindelse med den ukomplicerede fødsel. Først når kvindens perspektiv, jordemoderens ekspertise og den bedste evidens inkluderes ligeværdigt i den kliniske beslutningstagen, praktiserer jordemoderen EBM.

6.4 Diskussion af projektets videnskabelige tilgang, metode og empiri

Projektet er et litteraturbaseret studie, hvortil der er anvendt tekstanalyse til at bearbejde den valgte empiri, og der er således anvendt allerede eksisterende viden til at besvare projektets problemformulering. Et opmærksomhedspunkt ved det litteraturbaserede studie er, at den tager udgangspunkt i en videnskabelig artikel, som er udarbejdet som en besvarelse til forskerens problemstilling, og er dermed ikke rettet specifikt mod dette projekts problemformulering. Vi har derfor været bevidste om, at artiklens resultater er et udtryk for forskernes fund. Da artiklen inkluderer studier fra seks vestlige lande, er overførbarheden vurderet kritisk. Idet vi anvender artiklens resultater til at undersøge, hvordan risikopfattelse og retningslinjer påvirker jordemoderens kliniske beslutning, synes opbygningen af de forskellige sundhedssystemer i de pågældende lande mindre relevant. Det vurderes, at de inkluderede vestlige lande har samme teknologiske muligheder til rådighed og tilsvarende værdier. De generelle problemstillinger i artiklen vurderes derfor overførbare til den danske svangreomsorg, da disse er fremhævet gennem indledningen og genkendes fra praksis.

I projektet anvendes en sundhedsvidenskabelig tilgang, hvor henholdsvis human- og

Hvordan påvirker jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

samfundsvidenskaben muliggør at inddrage perspektiver på jordemoderens risikoopfattelse, organisationens retningslinjer og den kliniske beslutning. Når begge videnskaber inkluderes, bidrager det til at nuancere besvarelsen af projektets problemformulering, da det muliggør både at anskue jordemoderen som individ og som aktør i samfundet. Vi er dog bevidste om, at denne problemformulering ikke rummer alle perspektiver. F.eks. kunne en naturvidenskabelig tilgang have undersøgt, hvordan jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer påvirker indgrebsfrekvenser i en ellers forventet ukompliceret fødsel.

I dette projekt danner *“Dialog om det usikre - nye veje i risikokommunikation”* af Thomas Breck, blandt andet baggrund for besvarelse af projektet problemformulering. Bogen bygger på en sammenfatning af risikoteorier udarbejdet af forskellige forskere. Dette valg har bidraget til en bredere forståelse af risikobegrebet, som har muliggjort en nuanceret besvarelse af problemformuleringen. Hvis der i dette projekt var taget udgangspunkt i en af primær kilderne for risikoteorierne, kunne dette have bidraget til en dybere forståelse af den enkelte teori, f.eks. det socialkonstruerede risikobegreb. Dog kan det diskuteres, om dette havde muliggjort at indfange kompleksiteten i risikoopfattelsen.

Vi er bevidste om, at de udvalgte teorier ikke alene kan belyse problemstillingen, og at andre teorier kunne have bidraget med andre perspektiver på denne, f.eks. professionsidentitet, salutogenese eller fælles beslutningstagen.

Hvordan påvirker jordemoderens risikoopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

7. Konklusion

I dette projekt findes det, at den ukomplicerede fødsel præges af en generel antagelse om, at fødslen er risikofyldt, at evidensen har et patogent fokus, og at retningslinjerne udformes på baggrund af denne, hvilket kan medføre, at den kliniske beslutningstagen bliver mere risikobetonet. Den konstruerede evidens om patogene risikofaktorer kan ligeledes begrænse forståelsen af det normale i fødslen, hvilket kan gøre det vanskeligt at understøtte den ukomplicerede fødsel. Det kan ligeledes konkluderes, at fokus på risiko forstærker jordemoderens frygt for et dårligt udfald, som kan medføre, at hun vil forsøge at kontrollere fødselens uforudsigelighed. Jordemoderen kan opnå en følelse af kontrol, når hun udelader kvindens perspektiv og hendes kliniske beslutningstagen overvejende baserer sig på retningslinjer. Jordemoderens behov for at kontrollere fødslen kan ligeledes udspringe af frygt for kritik fra kolleger, som yderligere kan påvirke hendes kliniske beslutningstagen. Dette skyldes, at risikoopfattelsen og retningslinjerne på afdelingen er socialt konstruerede, hvorfor der er en kollektiv opfattelse af, hvad der er rigtigt og forkert. Denne kollektive opfattelse medfører en social kontrol, der bidrager til, at det kan være vanskeligt for jordemoderen at træffe en beslutning, som går imod retningslinjerne og den generelle risikoopfattelse. Retningslinjerne kan give jordemoderen en opfattelse af at besidde en fuldstændig viden om risiko på trods af, at disse aldrig kan formidle risiko som objektiv, ufejlbar og fuldstændig viden. Dermed vil den kliniske beslutningstagen afspejle en ukritisk anvendelse af retningslinjerne, hvilket ikke nødvendigvis understøtter den ukomplicerede fødsel. Det kan derfor konkluderes, at der må ske en kulturændring på fødeafdelingerne, så jordemødre kan praktisere “doing” metoden af EBM frem for “using” metoden til at understøtte den ukomplicerede fødsel.

Det kan på baggrund af dette projekt konkluderes, at jordemoderen bør opnå en forståelse for egen risikoopfattelse, og hvordan denne påvirkes af samfundsmæssige, sociale og individuelle faktorer. Hun bør ligeledes være opmærksom på, at hendes anvendelse af retningslinjer kan blive styrende i den kliniske beslutning. Jordemoderen bør endvidere være bevidst om, at risiko og retningslinjer gensidigt påvirker hinanden, og at denne gensidige

Hvordan påvirker jordemoderens risikopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarsfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

påvirkning influerer på hendes kliniske beslutningstagen og hendes selvstændige virksomhedsområde. Ovenstående kan vanskeliggøre at understøtte den ukomplicerede fødsel. Det synes derfor hensigtsmæssigt at inkorporere EBM i jordemoderens kliniske beslutningstagen, således at der vil være et ligeværdigt forhold mellem evidens, kvinden og den klinisk ekspertise.

8. Perspektivering

I konklusionen fremgår det, at retningslinjer samt jordemoderens risikopfattelse kan bidrage til at fastholde fødslen som en risikofyldt begivenhed. Dette vurderes at medføre samfundsøkonomiske omkostninger, da risikosporing og behandling af risici i den ukomplicerede fødsel kan lede til et overforbrug af sundhedsydelser. Da jordemoderen qua det selvstændige virksomhedsområde er den primære omsorgsgiver i den ukomplicerede fødsel, bør hun derfor også tage ansvar for at understøtte denne. Jordemoderen kan i den kliniske beslutning ansvarsfuldt understøtte den ukomplicerede fødsel - bl.a ved at have fokus på salutogene faktorer og inkorporere dette i sin kliniske ekspertise.

Dansk Jordemoderfagligt Selskab (DJS) har på baggrund af et bredt videnskabsteoretisk grundlag, der afdækker relevante natur-, human- og samfundsvidenskabelige aspekter, til formål at udvikle omsorgen og behandlingen i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel. Selskabet ønsker at involvere tværfaglige samarbejdspartnere og ønsker endvidere at inddrage brugerorganisationer i udarbejdelsen af faglige anbefalinger (x). Dette samarbejde kunne f.eks. udmunde i en anbefaling om fælles beslutningtagning, hvormed det kunne tænkes, at den gravides ønsker og behov ville blive vægtet ligeværdigt med jordemoderens kliniske ekspertise og den bedste evidens. Den fælles beslutning mellem jordemoder og kvinde vurderes at medføre en større patienttilfredshed, patientsikkerhed samt at reducere risikoen for fejlbehandling (?).

Indledningsvist beskrives det, at et overforbrug af sundhedsydelser har affødt initiativet "Vælg klogt", som har til formål at sætte fokus på, at mere behandling ikke altid er bedre behandling (x). Det ville således være relevant for DJS at samarbejde målrettet med brugerorganisationen Forældre og Fødsel og DSOG om at reducere overforbrug af

Hvordan påvirker jordemoderens risikopfattelse og organisationens retningslinjer den kliniske beslutningstagen og hvorledes kan jordemoderen samtidig arbejde hensigtsmæssigt og ansvarfuld i sin kliniske beslutningstagen under den ukomplicerede fødsel?

sundhedsydelser i svangreomsorgen og dermed bidrage til ansvarfuldt at understøtte den ukomplicerede fødsel.

9. Litteratur

10. Bilag

Bilag 1 - Dosis guide