

**SUTURERING
KAN VENTE**

**... ET KVALITETSUDVIKLENDE BACHELORPROJEKT
OM EN NY TILRETTELÆGGELSE AF SUTURERING**

SKREVET AF:

ANNE HEJLSØ KOHSEL, LOUISE LINDY KRISTENSEN & MALENE LANDER JENSEN

20. APRIL 2022

JORDEMODERUDDANNELSEN - J19V - UNIVERSITY COLLEGE NORDJYLLAND

VEJLEDER: JANE HYLDGÅRD NIELSEN

Resumé

Antal tegn: 92 153

Titel: Suturering kan vente... et kvalitetsudviklende bachelorprojekt om en ny tilrettelæggelse af suturering

Problemfelt: På baggrund af vores erfaringer fra klinikken, har vi oplevet at den nuværende praksis i timerne efter fødslen, ikke lever op til den nyeste evidens om at faciliterer uforstyrrede rammer for den første amning. Vi ser derfor god grund til at der skal ske en ændring af praksis.

Problemformulering: Hvordan kan jordemoderens praksis omkring suturering tilrettelægges, således der skabes rammer, som faciliterer en uforstyrret første amning i timerne efter fødslen? Og hvordan kan en forandring heraf implementeres i praksis?

Teori og metode: Projektet belyses ud fra en sundhedsvidenskabelig tilgang, med afsæt i både human- natur og samfundsvidenskaben. Metoden er et litteraturbaseret projekt, hvilket betyder at problemformuleringen belyses og besvares med afsæt i allerede eksisterende empiri.

Analyse: I analysen findes fem faktorer betydningsfulde for implementering af en afventende tilgang til suturering i praksis. Projektet finder at en afventning af suturering er muligt, når der er sikret hæmostase og kvinden samtykker. Det antages at en afprøvning med afsæt i PDSA-cirklen, involverer jordemødrene i implementeringen. Herved mindskes sandsynligheden for at der opstår modstand, fordi forandringen tilpasses efter afdelingens praksis og værdier. En indskrivning af forandringen i retningslinjerne, samt fortsat opsamling sikrer fastholdelse.

Diskussion: Det diskuteres hvorvidt fordelene for afventning af suturering opvejer begrænsningerne. Desuden diskuteres det hvorvidt det er muligt at implementere forandringen efter jordemødrenes værdier.

Konklusion: Projektet konkluderer, at der kan faciliteres, rammer der understøtter den uforstyrrede amning, hvis jordemoderen tilrettelægger sin praksis, efter en afventende tilgang til suturering. Forandringen kan implementeres i praksis med afsæt i PDSA-ciklen.

Perspektivering: Hvis en afventende tilgang til suturering afprøves i praksis, er det væsentligt at klarlægge hvilke organisatoriske og økonomiske omkostninger, ændringen kan have. Videre anses et større fokus på og viden omkring amning hos familierne, vil øge familiernes forudsætning for at indgå i fælles beslutningstagen om deres forløb.

Abstract

Title: Suturing can wait... a quality developing bachelor project concerning a new approach towards suturing

Background: Due to our knowledge from practice, we have experienced that the current practice during the first hour after birth, does not correspond with the current research evidence, about facilitating an uninterrupted setting within the initiation of breastfeeding. Therefore, we find it relevant to challenge the current practice.

Research question: How can the approach toward suturing be reorganized in the midwife's practice in order to facilitate an uninterrupted first breastfeeding in the hours after the birth? And how can such reorganization be implemented in practice?

Theory and Methods: This project takes a health-scientific approach, including both human-, nature and social sciences. The design of this study is literature based, meaning that the research question is explored and answered through existing literature.

Results/analysis: The analysis finds five factors of importance when implementing an organization of practice. The study finds a delayed approach towards suturing possible, if hemostasis and the woman's consent is obtained. A facilitation of the approach through the PDSA-circle will involve the midwives, thus reduce the probability of resistance because the new approach is adjusted to the existing practices and values. When the reorganization of practice is written into clinical guidelines the retention is ensured.

Discussion: It is discussed whether benefits outweigh limitations of a delayed approach towards suturing. Furthermore, it is discussed whether it is possible to implement the change, into the existing values of the midwives.

Key conclusions: The project concludes that a delayed approach towards suturing allows the midwife to support an uninterrupted initiation of breastfeeding. The reorganization can be implemented in practice, using the PDSA-circle.

Further perspectives: If the delayed approach to suturing were to be tried in practice, it would be reasonable to clarify which organizational and financial costs, the approach might have. Furthermore, we predict a greater focus and knowledge on breastfeeding amongst families, will increase the parents' ability to join shared decision making in the postpartum period.

Indholdsfortegnelse

1	Indledning.....	5
2	Problemformulering	9
2.1	Underspørgsmål	9
2.2	Afgrænsning.....	9
2.3	Begrebsdefinition.....	9
3	Mål og formål.....	10
4	Metodiske overvejelser	11
4.1	Overvejelser om problemformuleringens videnskabelige tilgang/afsæt.....	11
4.2	Redegørelse og begrundelse for det litteraturbaserede projekt.....	12
4.3	Redegørelse og begrundelse for litteratursøgning	13
4.4	Præsentation af og begrundelse for valg af projektets litteratur	15
4.5	Projektets struktur	24
5	Redegørelse	26
5.1	Nordenstam et al.	26
5.2	Guide til implementering og fastholdelse af ny praksis	27
5.3	Niela-Vilen et al.....	30
6	Analyse.....	31
6.1	Hvordan øges sandsynligheden for, at en ny tilrettelæggelse af praksis succesfuldt kan implementeres?	31
6.2	Hvilke muligheder og begrænsninger er der ved at afvente suturering?	31
6.3	Hvordan påvirker kulturen jordemoderens praksis, og hvilken betydning har denne for implementeringen?.....	34
6.4	Hvordan kan afventning af suturering implementeres og fastholdes i praksis?	36
7	Diskussion	38
7.1	En ny tilrettelæggelse af jordemoderens praksis omkring suturering.....	38
7.2	Implementering af en ny tilrettelæggelse i praksis	40

7.3	Kritisk vurdering af projektets videnskabelige tilgang, metode og litteratur	41
8	Konklusion	43
9	Perspektivering.....	44
10	Referenceliste	45
Bilag 1 – Dosis-Guiden		

1 Indledning

”Et lille nyt menneske er født, og I sidder med jeres barn i favnen. Det er en overvældende følelse. Nyd de første timer for jer selv (...) De første vågne timer er jeres alene, og de kommer ikke tilbage. Fred og ro på fødestuen giver gode betingelser for, at barnet kan begynde at sutte.”
(Nilsson 2018, s. 1)

Sådan lyder indledningen til *Amning, en tryk start* (Nilsson 2018), en pjece henvendt til gravide og nybagte forældre. Det er en fin beskrivelse af, hvordan det unikke første møde mellem barn og forældre burde være. Ofte oplever vi dog timerne efter fødslen som en hektisk og travl tid. Jordmoderen skal sikre barnets omstilling og lægge det hud-mod-hud (HMH) hos mor (Sundhedsstyrelsen 2021b). Efter placentas forløsning skal jordmoderen palpere uterus, observere blødning og inspicere fødselsvejen, samt suturere eventuelle bristninger (Macdonald & Johnsen 2017, s. 657–658). Yderligere skal forløbet journalføres, hvilket ofte kan være en tidskrævende opgave. Før familien forlader fødeafsnittet er det vigtigt at kvinden får tømt blæren senest to-fire timer efter fødslen (Fælles regionalt instruksudvalg 2020). Desuden skal barnet undersøges, måles og vejes (Region Midt 2021). Perioden kræver således dygtighed og ekspertise af jordmoderen, for både at kunne understøtte den unikke tid mellem mor, barn og familie, samtidig med at sikre en vellykket afslutning af fødslen (Macdonald & Johnsen 2017, s. 646).

På flere fødesteder oplever vi, at der er en kultur for, at jordmoderen forventes at kunne udføre arbejdsopgaverne på nogle få timer. For at dette kan lykkes, må opgaverne udføres nærmest simultant, hvilket ofte bliver på bekostning af den unikke tid mellem barn og familie. Vi finder derfor jordmoderens nuværende arbejdsgang uforenelig med idealet om, at familien skal kunne finde fred og ro på fødestuen i barnets første vågne timer. Dette giver os anledning til at reflektere over, hvilke konsekvenser der er ved, at timerne efter fødslen i høj grad er styret af jordmoderens mange arbejdsopgaver.

Vi forestiller os for det første, at jordmoderens arbejdsglæde kan påvirkes negativt pga. af tidspresset. Selv har vi i praksis oplevet at føle os utilstrækkelige ift. at kunne yde en individualiseret omsorg for familien efter fødslen, fordi det forventes at arbejdsopgaverne skal udføres på kort tid. I forlængelse heraf er der en begrænset tidsramme for at barnet kan begynde at sutte, og derfor oftest hjælpes aktivt på vej af jordmoderen. Endeligt forestiller vi os, at det har konsekvens for patientinddragelsen og fælles beslutningstagen.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at tiden lige efter fødslen skal være så uforstyrret som muligt. Uforstyrret HMH-kontakt lige efter fødslen, har en afgørende betydning for amningen, og selv kort adskillelse og små tiltag kan forstyrre denne vigtige proces (Sundhedsstyrelsen 2021a). Et studie fra 2019 fandt, at hvis barnet lægges HMH og er uforstyrret, vil det gennemgå ni instinktive stadier, som fører det til at die ved brystet. Det er en følsom proces, og hvis barnet forstyrres inden det har suttet, vil det starte forfra i processen. I nogle tilfælde vil barnet ikke have energi til at gennemgå processen igen, og vil i stedet falde i søvn, inden det når at sutte første gang. Det er vigtigt, at jordemoderen og forældrene understøtter denne følsomme proces, da det ellers kan have konsekvenser for amningen. I familier hvor barnet blev forstyrret i processen, og jordemoderen aktivt hjalp barnet til brystet, var der flere ammeproblemer og kortere ammeforløb. Forskerne bag studiet opfordrer til at den unikke og følsomme tid efter fødslen, bør understøttes og styrkes af evidensbaserede rutiner gennem hospitalernes retningslinjer (Widström et al. 2019).

Svangreomsorgens anbefalinger baserer sig på den tilgængelige videnskabelige evidens (Sundhedsstyrelsen 2021b). I den nyeste udgave af *Anbefalinger for svangreomsorgen* (ibid.), er der i højere grad fokus på den første amning efter fødslen. Dette ses fx ved tilføjelse af denne anbefaling:

I den første tid efter fødslen prioriteres hud mod hud-kontakt og initiering af den første amning inden for den første time efter fødslen, både efter vaginal fødsel og efter kejsersnit (Sundhedsstyrelsen 2021a, s. 229)

Der er i udgaven fra 2013 også anbefalinger om, at tiden efter fødslen så vidt muligt skal være uforstyrret. Det er dog ikke vores oplevelse, at praksis retter sig mod en uforstyrret ammeetablering. Vi mener derfor, det er på tide, der bliver skabt et øget fokus på tilrettelæggelsen af timerne efter fødslen, således der skabes mulighed for en uforstyrret første amning.

Ifølge Widström et al. bør dette ske gennem en ændring af retningslinjer (2019). En sådan ændring er relevant for praksis, da kliniske retningslinjer har dokumenteret effekt. De reducerer variation og sikrer ensartet behandling og pleje (Mainz 2017). Retningslinjer har imidlertid ingen værdi i sig selv, men først når de anvendes i praksis. Det er derfor relevant at undersøge de faktorer, fra praksis, der har indflydelse på måden, hvorpå retningslinjerne efterleves. Personalets viden og holdninger samt arbejdspladsens kultur og ressourcer er eksempler herpå (Andersen et al. 2020). Vi finder det derfor væsentligt at undersøge, hvordan jordemødrene følger de eksisterende retningslinjer og oplever tiden i timerne efter fødslen. Denne viden skal bidrage til

en forståelse af, hvordan nye retningslinjer vil kunne tilpasses, således de anvendes efter hensigten.

Først er det dog fundamentalt, at udtænke hvordan der kan skabes rammer, der understøtter en uforstyrret første amning. Her forestiller vi os, at dette kræver en ny tilrettelæggelse af jordemoderens arbejdsgang. Vi mener, at alle jordemoderens arbejdsopgaver er væsentlige og velbegrundede, og stiller ikke spørgsmålstegn ved disse. Vi er i højere grad interesseret i at undersøge, om rækkefølgen af opgaverne kan struktureres anderledes. For at fordre uforstyrrede rammer, forestiller vi os derfor, at visse arbejdsopgaver bør afventes.

Vi tænker selv, at et oplagt sted at tilpasse jordemoderens opgaver er ifm. sutureringen. I dag oplever vi at kvinderne sutureres lige efter fødslen. Ved en grundig afsøgning af fagrelevant litteratur, findes der ingen specifikke årsager til, hvorfor sutureringen skal forgå lige efter fødslen, det ligger bare implicit i praksis. Det eneste sted vi har kunne finde, der udfordrer praksis omkring tidspunktet for sutureringen, er på GynZone. De lægger op til, at jordemoderen skal overveje hvorvidt tidspunktet er passende, før sutureringen påbegyndes. Selve sutureringen af en bristning varer normalt 20-60 minutter, men den samlede behandlings tid kan hurtigt komme op på 1-2 timer. Det er derfor hensigtsmæssigt at overveje, om det er det rette tidspunkt at starte en suturering lige efter fødslen, hvis familien ønsker at etablere den første amning (GynZone 2019).

Nogle kvinder finder ikke sutureringen forstyrrende. Vores oplevelse er dog, at en stor del har svært ved at håndtere ammeetableringen, samtidig med at skulle inspiceres og sutureres. En faktor vi oplever, der påvirker kvinderne, er at de oplever behandlingen som ubehagelig og nogle gange smertefuldt. For nogle kvinder kan det ligefrem være den værste oplevelse i hele deres fødselsforløb (Kettle et al. 2012, s. 3). En anden faktor der kan gøre ammeetableringen svær for kvinderne, er lejringen. Kvinden skal nærmest være den oversavede dame, hvis begge ting skal kunne ske på samme tid. I hvert fald hvis kvinden skal kunne lejres i en behagelig position for at etablere den første amning; samtidig med, at hun også skal installeres i benstøtter, for at jordemoderen kan opnå ordentlige arbejdsforhold og overblik under sutureringen.

Gynzone foreslår, at det under visse omstændigheder kan være en god idé at afvente suturering. Fx hvis jordemoderen er træt efter en lang vagt, og har brug for at overgive opgaven til en frisk kollega. Sutureringen kan dog kun afventes under forudsætning af, at kvinden er indforstået med at denne udsættes, og at der er sikret hæmostase (2019).

Hvis det er muligt at afvente sutureringen, hvorfor ser vi det så ikke anvendt i praksis?

En mulig årsag kan være travlhed. Følgende beskrivelse er et eksempel på, hvordan vi oplever travlhed påvirker praksis: Efter en helt ukompliceret fødsel, ønskede kvinden at afvente sutureringen. Hun huskede tydeligt, hvor ubehageligt det var ved første fødsel. Pga. travlhed på gangen, var beskeden fra afdelingen at familien ”skulle gøres færdig”, så stuen kunne blive klar til den næste. Det resulterede i, at kvinden modvilligt gik med til at blive sutureret, og måtte overdrage barnet til far, fordi hun var angst for smerterne og ikke kunne overskue begge dele. Denne situation er selvfølgelig langt fra normen, men den tegner et godt billede af, hvordan travlhed på fødegangen presser jordemoderen til at gå på kompromis med omsorgen og familiens ret til autonomi (Sundhedsloven 2022, jf. § 2).

Travlhed er desværre en konsekvens af effektiviseringen på fødegangene (Jette Poder 2016). Det kan desværre kun løses med politiske midler, hvilket er en kompleks proces, og som har langvarige udsigter. Til trods for dette stilles der fortsat samme krav til kvaliteten af jordemoderens praksis. Kravene baseres på lovgivningen, der foreskriver at familierne har ret til en behandling af høj kvalitet (Sundhedsloven 2022, jf. § 2), hvilket sundhedspersonalet har til pligt at efterleve (Autorisationsloven 2019).

Vi mener på nuværende tidspunkt ikke, at jordemødre og familierne har optimale forhold i timerne efter fødslen. Vi ser ikke mulighed for selv at kunne ændre på vilkårene, og kan ikke afvente politisk handling. Alternativt tænker vi, at forholdene kan forbedres, ved at ændre praksis inden for de nuværende rammer. Vi vil derfor, med dette projekt, komme med en løsning på, hvordan vi, gennem en forandring af praksis, der kan bidrage til at skabe rammer for en uforstyrret første amning. Dette ved at undersøge hvilke muligheder og begrænsninger der vil være ved en ny tilrettelæggelse af rammerne for sutureringen. For at denne forandring skal kunne gøre en forskel, forestiller vi os, at den skal implementeres i jordemødrenes praksis. Heraf udspringer projektets problemformulering.

2 Problemformulering

Hvordan kan jordemoderens praksis omkring suturering tilrettelægges, således der skabes rammer, som faciliterer en uforstyrret første amning i timerne efter fødslen? Og hvordan kan en forandring heraf implementeres i praksis?

2.1 Underspørgsmål

Følgende underspørgsmål har til formål, gennem analysen, at give en uddybende besvarelse af problemformuleringen.

- ❖ Hvordan øges sandsynligheden for, at en ny tilrettelæggelse af praksis succesfuldt implementeres?
- ❖ Hvilke muligheder og begrænsninger er der ved at afvente suturering af ukomplicerede bristninger?
- ❖ Hvordan påvirker kulturen jordemoderens praksis, og hvilken betydning har denne for implementeringen?
- ❖ Hvordan kan afventning af suturering implementeres og fastholdes i praksis?

2.2 Afgrænsning

I forbindelse med kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, er det økonomiske aspekt en vigtig faktor. Det økonomiske aspekt vil ikke blive berørt i dette projekt.

2.3 Begrebsdefinition

Ukompliceret bristning: Læsion i fødselsvejen som jordemoderen selvstændigt må suturere. Herunder grad 1, 2 og labiabristninger.

3 Mål og formål

Målet med dette projekt er at undersøge, hvilke muligheder jordmoderen har for, ved behov, at tilpasse sin praksis omkring suturering, således den første amning kan foregå uforstyrret. Vi vil derfor undersøge hvilke muligheder og begrænsninger, der er ved at afvente suturering af ukomplicerede fødselsbristninger. Derudover hvordan en ny tilrettelæggelse kan implementeres og fastholdes i praksis. For at kunne svare på dette, vil vi udforske hvordan jordmoderens praksis påvirkes af kultur, og hvilken betydning dette vil have for implementeringen og fastholdelsen.

Formålet med dette projekt er at medvirke til kvalitetsudvikling i praksis og til øget kritisk refleksivitet i jordmoderfaget, specifikt indenfor timerne efter fødslen. Dette ved at skabe et øget fokus på, hvordan de nye anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen, om en uforstyrret første amning, kan efterleves i praksis. Vi håber derfor, med dette projekt, at en ny tilrettelæggelse af suturering, vil bidrage til bedre rammer for en uforstyrret ammeetablering.

4 Metodiske overvejelser

I de følgende afsnit vil vi komme omkring vores overvejelser om projektets videnskabsteoretiske tilgang, redegøre og begrunde for det litteraturbaserede projekt, litteratursøgningen, samt præsentation, begrundelse, redegørelse og kritisk vurdering af den valgte litteratur til projektet. Afslutningsvist fremlægges projektets struktur.

4.1 Overvejelser om problemformuleringens videnskabelige tilgang/afsæt

Problemformuleringen i dette projekt har en sundhedsvidenskabelig tilgang. Sundhedsvidenskaben defineres som en syntese af de tre videnskabelige hovedområder: human-, natur- og samfundsvidenskab (Birkler 2021). Indenfor jordemodervidenskaben, indgår alle tre videnskaber ligeligt som en nødvendig del af jordemoderens arbejde. Jordemoderen kan i praksis derfor ikke adskille videnskaberne, og de vil ofte være flettet sammen i praksis (ibid.). Af denne årsag kan et jordemoderfagligt projekt, med afsæt i en problemstilling fra praksis bedst besvares indenfor sundhedsvidenskaben.

Indenfor den humanvidenskabelige tradition, undersøges menneskets tanker og følelser, som relaterer sig til den verden, de er en del af. Gennem humanvidenskaben kan man konstruere en forståelse af personers følelser og handlinger (ibid.). I henhold til problemformuleringen, vil det humanvidenskabelige perspektiv bidrage til at skabe en forståelse af, hvordan jordemødre oplever den ramme der sættes for deres arbejde i timerne efter fødslen. Desuden kan det bidrage til at forstå baggrunden for jordemødrenes ageren indenfor disse rammer.

At undersøge jordemoderens oplevelser omkring og i praksis ud fra et udelukkende humanvidenskabeligt perspektiv, er ifølge samfundsvidenskaben ikke nok til at kunne beskrive sammenhænge i livsverden (Guldager 2015). I den samfundsvidenskabelige tradition forsøger man at konstruere viden, som har til formål at afsløre de magtforhold og undertrykkelsesmekanismer, der er i samfundet, med henblik på at frigøre mennesket. I samfundsvidenskaben har man derfor en struktur-aktør tilgang, som ved både at undersøge et fænomen objektivt og subjektivt, forsøger at skabe en forståelse af, hvordan strukturen påvirker aktøren (ibid.). I dette projekt er der i problemformuleringen derfor, en hårfin grænse for hvorvidt undersøgelsen af jordemoderens oplevelser af og i praksis, tilhører den ene eller den anden videnskabelige tradition.

Undersøgelsen af, hvordan jordemoderen oplever at rammerne påvirker sin ageren, ligger inden for humanvidenskaben, hvorimod undersøgelsen af, hvordan rammerne påvirker jordemoderen, ligger inden for samfundsvidenskaben. Derfor tilhører problemformuleringens del om implementering det samfundsvidenskabelige perspektiv.

Problemformuleringen fokuserer ligeledes på praksis omkring suturering, og specifikt muligheden for at afvente dette. Dette er oplagt at undersøge ud fra en naturvidenskabelig tradition. Naturvidenskabelige undersøgelser har fokus på at skabe en forklaring af fysiske objekter i vores verden (Thisted 2019). Den er derfor egnet til at analysere og forklare forhold i naturen gennem årsagssammenhænge, på baggrund af en grundig metodisk og systematisk indsamling af data (Birkler 2021). Til at opnå denne type viden, benyttes en empirisk eksperimentel metode, hvor der opstilles eksperimenter som undersøgelsesmetode. Idealet indenfor naturvidenskaben er at skabe så objektive data som muligt (Thisted 2019). Når vi i problemformuleringen ønsker at undersøge muligheden for at afvente suturering, kan naturvidenskaben bruges til at forklare sammenhængen mellem bristninger og tidspunktets betydning for sutureringen heraf.

4.2 Redegørelse og begrundelse for det litteraturbaserede projekt

Projektets metode er litteraturbaseret. Dette er valgt på baggrund af projektets sundhedsvidenskabelige afsæt og problemformulering. Ud fra disse parametre så vi et behov for en stor mængde af data indenfor forskellige videnskabelige traditioner. I opstarten af projektet overvejede vi, om det kunne lade sig gøre at indhente nogle af disse data selv, men tidsrammen og ressourcebehovet dette ville kræve, kunne ikke imødekommes. Derfor valgte vi det litteraturbaserede projekt, da vi gennem allerede eksisterende empiri har mulighed for at indhente den nødvendige data, til besvarelsen af problemformuleringen (Glasdam 2015). Det litteraturbaserede projekt har desuden en bred metoderamme (ibid.), hvilket er passende for den sundhedsvidenskabelige tilgang, da metoden kan rumme empiri fra alle videnskabelige retninger.

I det litteraturbaserede projekt, sker besvarelsen af problemformuleringen gennem tekstanalyse. Denne metodes videnskabelige afsæt stammer fra hermeneutikken, som er en retning indenfor humanvidenskaben (ibid.). Hermeneutik betyder 'at fortolke' (Thisted 2019). Gennem hermeneutisk forskning vil man derfor opnå fortolkninger af menneskers tanker, i et forsøg på at forstå deres livsverden. For at opnå en forståelse, bør forskeren gøre sig bevidst om sin egen forforståelse. Forforståelsen er grundlaget for, at undersøge det man ikke i forvejen forstår, for

dermed at ende med en ny forståelse (ibid.). Betydningen vores forforståelse har for dette projekt er, at vi ser og analyserer teksterne med afsæt i vores jordemoderfaglige baggrund. Med den litteraturbaserede metode vil tekstanalyse være baggrunden for at skabe en fortolkning af de udvalgte tekster. Denne fortolkning bliver brugt til at skabe en ny forståelse af problemet, som skal bidrage til at besvare problemformuleringen. Selvom metodeformen i dette projekt tager afsæt i en hermeneutisk tilgang, anses projektet ikke som humanvidenskabeligt. Metoden bruges til at belyse en bred sundhedsvidenskabelig problemstilling. Desuden er de inddragede tekster i projektet af forskellig videnskabelige retninger. Derfor er projektet sundhedsvidenskabeligt, men undersøges med en hermeneutisk metode.

4.3 Redegørelse og begrundelse for litteratursøgning

Til at besvare problemformuleringen og dertilhørende underspørgsmål, har vi benyttet os af forskellige metoder inden for litteratursøgning. Disse metoder og resultaterne af litteratursøgningen vil blive præsenteret herunder.

4.3.1 Videnskabelige artikler

4.3.1.1 Bevidst tilfældig søgning

For at afsøge hvilke emner der er aktuelle inden for svangreomsorgen, samt forsøge at indkredse hvilket problem vi ville undersøge, blev *bevidst tilfældig søgning* (Glasdam 2015) anvendt. Her søgte vi bl.a. på internettet, i vores pensumlitteratur og fik inspiration fra de første undervisningstimer med fokus på problemstillinger i svangreomsorgen. Igennem afsøgningen dukkede bl.a. 'suturering' op. Dette ledte os videre til at være nysgerrige på tiden hvor suturering foregår: timerne postpartum. Suturering var desuden en del af vores 6. semester eksamensindhold, hvor vi blev adspurgt om muligheden for, ved behov, at afvente suturering. Videre fandt vi inspiration i et af de projekter, der modtog en bachelorpris fra jordemoderforeningen. Den omhandlede netop timerne efter fødslen og jordemoderens oplevelse heraf. Dette bragte os videre til *UCviden Studentportal*, hvor vi søgte inspiration ud fra tidligere projekters fokus. Med udgangspunkt i suturering og timerne efter fødslen fremkom to projekter omhandlende den gyldne time (Detlefsen et al. 2021, Larsen et al. 2021). Disse blev yderligere gransket, og heraf udsprang vores problemformulering, hvorefter kædesøgning og struktureret litteratursøgning begyndte.

4.3.1.2 Kædesøgning og struktureret litteratursøgning

Fælles for de udvalgte artikler er, at de er fundet gennem både kædesøgning og struktureret litteratursøgning. De strukturerede litteratursøgninger er foretaget ud fra samme søgestrategi,

hvor emneordssøgning og fritekstord afsøges og kombineres med enten "OR" eller "AND", for hhv. at skabe en foreningsmængde og fællesmængde (Glasdam 2015). Følgende to afsnit forklarer, hvordan artiklerne er fundet og udvalgt. Den specifikke søgestrategi er redegjort for i dosis-guiden (UCN Biblioteket 2021) (se Bilag 1).

4.3.1.2.1 Nordenstam et al.

Ifm. tidligere nævnte eksamensspørgsmål, blev der, som kilde på muligheden for at afvente suturering efter behov, henvist til DSOG guidelinen "*Sphinkterruptur: Diagnostik, behandling og opfølgning*" (2014a). Heri refereres der til Nordenstam et al. (2008) ift. afventning af suturering. Ud fra abstract vurderede vi umiddelbart ikke artiklen relevant for vores problemformulering.

Derfor påbegyndte vi en struktureret litteratursøgning, for at afsøge artikler med fokus på muligheden for at afvente sutureringen af ukomplicerede bristninger. Med udgangspunkt i problemformuleringen, samt fagtermer fra undervisning, fremkom følgende fire blokke i vores søgeprofil: *Suturering, Ukompliceret bristning, Tidsperspektiv, Postpartum*. Yderligere forklaring af blokkene og søgeprofilerne findes i dosis-guiden (se Bilag 1). Efter gennemlæsning af titler og abstracts fandt vi ingen relevante artikler til besvarelse af problemformuleringen.

Vi var derfor nødt til at ændre strategi og valgte at fremsøge Nordenstam et al. (2008) ved forfatter og titel i PubMed. Her blev funktionen "Cited by" anvendt, og det fremkom, at artiklen bl.a. refereres til i en canadisk guideline (Harvey et al. 2015), tilsvarende den danske guideline (DSOG 2014a). På baggrund af kædesøgningen gennem citationer fremkom der ikke nyere eller modstridende undersøgelser, om muligheden for at afvente suturering af komplicerede bristninger. Vi har derfor valgt at anvende Nordenstam et al. (2008) til besvarelse af problemformuleringen. Præsentation og begrundelse af relevansen for besvarelse af problemformuleringen findes i afsnit 4.4.2.

4.3.1.2.2 Niela-Vilen et al.

Med udgangspunkt i de to bachelorprojekter om den gyldne time, foretog vi en kædesøgning på deres referencer. Begge projekter refererede til Niela-Vilen et al. (2020). Ud fra artiklens abstrakt fandt vi den potentielt relevant til besvarelse af problemformuleringen. Kædesøgningen fortsatte i citationer gennem PubMed, på samme måde som med Nordenstam et al. (2008), for at afsøge nyere eller mere relevante artikler. Her skimmede vi potentielt relevante artiklers titler og abstracts. For at afsøge flere nyere eller mere relevante artikler blev en systematisk litteratursøgning foretaget.

Med inspiration fra de to bachelorprojekters dosisguides, problemformuleringer, samt fagtermer og kædesøgning, blev der fremsat følgende blokke i søgeprofilen: *Rammer, Oplevelse, Jordmoderen, Postpartum*. Yderligere forklaring af blokkene og søgeprofilerne findes i dosisguiden (se Bilag 1).

Gennem den systematiske litteratursøgning fandt vi, at Niela-Vilen et al. (2020) var mest relevant. Præsentation og begrundelse herfor findes i afsnit 4.4.1.

4.3.2 Implementering af praksisændring

Til at besvare problemformuleringens del omhandlende implementering, gennemgik vi pensum fra undervisningen om emnet. Her fremkom ”*Organisationsteori: struktur, kultur og processer*” (Bakka & Fivelsdal 2019). Denne omhandler generel organisationsteori i en bred kontekst, hvorfor vi foretog en googlesøgning, for at afsøge, om der var en teori mere henvedt til implementering i sundhedsvæsenet. Her søgte vi ”*implementering i praksis*” og fandt ”*Guide til implementering og fastholdelsen af praksis*” (Maher et al. 2016). Efter gennemlæsningen af denne, blev denne vurderet mere relevant en pensumlitteraturen, til at besvare problemformuleringen. Præsentation og begrundelse herfor findes i afsnit 4.4.3.

4.4 Præsentation af og begrundelse for valg af projektets litteratur

I dette projekt er den anvendte litteratur opdelt i primær- og sekundærkilder (Rienecker & Jørgensen 2017). Primærkilderne er den empiri, der anvendes til at belyse og besvare problemformuleringen med. De valgte kilder præsenteres nedenfor i dette afsnit.

Sekundærkilderne bruges i dette projekt til at fortolke og validere kvaliteten af de valgte primærkilder (ibid.). Til at validere og foretage kritisk vurdering af den kvantitative videnskabelige artikel anvendes tjeklisten *CONSORT* (Schulz et al. 2010) og til den kvalitative videnskabelige artikel SRQR-tjeklisten (O’Brien et al. 2014), og disse understøttes med udvalgt metodelitteratur.

4.4.1 The golden hour in Finnish birthing units

“*The golden hour in Finnish birthing units - An ethnographic study*” er en videnskabelig artikel, skrevet af H. Niela-Vilen, A. Axelin og R. Flacking (2020). Niela-Vilen og Axelin arbejder ved Department of Nursing science på University of Turku, Finland og Flacking arbejder ved School of Education, Health and Social Studies, Dalarna University, Sweden. Studiet er udgivet i tidsskriftet *Midwifery* i 2020.

Artiklen omhandler et finsk etnografisk studie, der udforskede jordemødre og forældres oplevelser og handlinger, samt kulturen omkring den første time efter barnets fødsel, den såkaldte “gyldne time”.

Vi har valgt at inddrage denne artikel, fordi den belyser jordemoderens oplevelse af og handlinger i timerne efter fødslen, samt kulturen på afdelingerne i denne tid. I dette projekt er vi interesseret i at opnå en viden om disse parametre, med henblik på hvordan ændringer kan implementeres. Artiklen omhandler også de nybagte forældres perspektiver. Disse er ikke relevante ift. at kunne besvare projektets problemformulering, og derfor udlades denne del af resultaterne i redegørelse og analyse (afsnit 5).

I projektets analyse og diskussion vil denne kilde omtales “Niela-Vilen et al.”.

4.4.1.1 Kritisk vurdering af “*The golden hour in Finnish birthing units*”

I dette afsnit foretages en kritisk vurdering af artiklens metode, mhp. at vurdere reliabilitet, intern- og ekstern validitet.

4.4.1.1.1 Intern validitet

I dette afsnit redegøres og analyseres artiklens metode, med henblik på at vurdere den interne validitet og reliabilitet. Den interne validitet vurderes ud fra, hvordan studiets forskningsmetode er brugbar og korrekt til at besvare undersøgelsesfeltet. Her vægtes refleksivitet og gennemsigtighed fra forskerens side, som et kvalitetskriterium, da dette afspejler at hun er bevidst om sin egen rolle i forskningsprocessen (Vallgård & Jensen 2021). Reliabilitet vurderes i dette projekt, på baggrund af de gennemsigtigheder og refleksioner forskeren har gjort, der fordrer at der ikke er sket systemiske fejl, der påvirker pålideligheden af den indsamlede data (ibid.).

Med studiet har forskerne ønsket at undersøge jordemødre og forældres opfattelser og handlinger af, samt kulturen omkring den første time efter fødslen. Dette med et kort-tids etnografisk feltstudie med supplerende fokusgruppe interviews som metode. Etnografisk forskning bruges

til at undersøge mennesker, fællesskaber og kulturer (Baarts 2015). De valgte forskningsmetoder vurderes som en styrke af den interne validitet ift. at undersøge problemfeltet.

I studiet udgør felten to forskellige fødeafdelinger i Finland. Forskeren var ofte til stede på afdelingen fra morgenstunden og observerede på fødestuen fra kort før forløsningen til og med den første time efter barnets fødsel. Forskeren indsamlede observationsdata gennem feltnotater. Disse blev udarbejdet vha. en systematiseret guide. Feltnotaterne er etnografens vigtigste empiriske kilde, og er den primære kilde til at indsamle data (ibid.), og det er derfor en styrke for både validiteten og reliabiliteten, at der blevet brugt en specifik guide til at systematisere feltnotaterne.

For at supplere sin observationsdata, foretog forskeren uformelle samtaler med parrene og jordemødrene, når det var relevant og muligt umiddelbart efter observationen. Nogle samtaler blev lydoptaget, men i de fleste tilfælde blev svarene noteret ned. I feltarbejdet er et vilkår at forskeren indgår i det sociale miljø, hvor undersøgelsen foregår. Dette bevirker at etnografen må distancere sig og objektivisere deltagerne. Det er derfor relevant, at etnografen gør sig overvejelser om sin egen rolle i felten, og dennes betydning for at kunne indsamle valide forskningsdata, der afspejler den empiriske virkelighed (Vallgård & Jensen 2021). I denne forbindelse reflekterer forskeren over tilrettelæggelsen af de uformelle samtaler, der fandt sted lige efter fødslen. De fleste interviews blev noteret ned, fordi det ellers havde forstyrret samtalen at lydoptage. Denne refleksion styrker reliabiliteten, da valget om at tage noter har beskyttet den empiriske virkelighed. Det vurderes som en styrke, at forskeren distancerer sig selv ved kun at have befundet sig sammen med deltagerne, til indhentning af samtykke, og i den første time efter fødslen.

I etnografisk forskning konfronteres etnografen med etiske dilemmaer i sin forskningsmetode. Etnografen er ansvarlig for at undersøgelsen udføres ansvarligt og medmenneskeligt, for at sikre at deltagerne ikke udnyttes (ibid.). Det etiske dilemma bevirker, at der i nogle tilfælde fra etnografens side, må ”lempes” på kvaliteten af de indsamlede data, af hensyn til de individuelle fastsatte etiske retningslinjer. Desuden kan deltagerne selv have holdninger til, hvad der er passende og upassende, hvilket dermed kan begrænse forskeren i at opnå tilstrækkelige data (Vallgård & Jensen 2021). Der er i artiklen redegjort for enkelte tilfælde, hvor deltagere ikke ønskede lydoptagelse. I artiklen er antal observerede samt antal uformelt interviewede par opgivet i en figur. Disse to tal stemmer ikke overens, og der er ikke redegjort for årsagen herfor. Grundet en manglende beskrivelse heraf, vurderes dette som en svaghed ift. validiteten.

Det at forskeren selv er tidligere jordemoder, betyder at der i dette studie opstår et indefra-perspektiv hos forskeren. Et indefra-perspektiv har både fordele og ulemper for undersøgelsen. Nogle af fordelene kan være, at forskeren nemmere indgår i miljøet, og snakker det samme sprog som deltagerne. Desuden kan en forforståelse for området føre til en dybere forståelse (Henricson 2018). Som etnografisk forsker i felten er det positivt at være ”potentielt uvidende”, da det kan skærpe fokus på små detaljer og strukturer i felten. Indefra-perspektivet i dette studie fordrer, at forskeren i høj grad forholder sig kritisk til sin forforståelse, således at små detaljer ikke opfattes som selvfølgeligheder (Vallgård & Jensen 2021). For at imødekomme denne usikkerhed i studiet, fremlægger forskeren, at hun har reflekteret over hendes forforståelse inden mødet med felten. Disse refleksioner fremgår dog ikke i artiklen, og det er dermed svært at vurdere validiteten heraf, hvorfor denne svækkes. Dog har hun sparret og diskuteret hendes egen rolle med andre eksterne forskere, som ikke havde erfaring indenfor jordemoderfaget. Dette ses som en styrke for den interne validitet.

Valideringen af de opnåede resultater i et feltstudie, er afhængig af transparens og gennemsigtighed i dataprocesen og –analysen. Igennem en analytisk proces systematiseres og tematiseres den indsamlede data vha. reduktion og selektion (Baarts 2015). Gennemsigtighed i denne proces er essentiel for, at læseren kan vurdere validiteten af hvorvidt de udledte resultater, fortsat stemmer overens med den empiriske virkelighed. Her spiller feltnoterne en central rolle i synliggørelsen af, hvordan etnografens erfaringer, indsigter og relationer har ledt til studiets resultater (Vallgård & Jensen 2021). Forskeren har grundigt redegjort for hvert skridt i analyseprocessen og -metoden, hvilket anses som en styrke for den interne validitet. Forskerne har desuden anvendt citater og uddrag fra feltnoterne til at understøtte resultaterne, hvilket ligeledes er en styrke.

Overordnet set vurderes artiklen at have en høj intern validitet. Dette på baggrund af, at der er stor gennemsigtighed i både metode, forskerens egen rolle og analyseprocessen. Der er enkelte parametre som kunne have været uddybet yderligere, men ingen af tungtvejende karakter for valideringen. Desuden vurderes reliabiliteten god, da forskeren gennem gennemsigtighed af de etiske overvejelser, har sikret rammer, der faciliterer indhentning af pålidelige data fra deltagerne.

4.4.1.1.2 Ekstern validitet

Udover at vurdere artiklens interne validitet, er det også relevant at kigge på den eksterne validitet, altså hvorvidt forskningsresultaterne kan generaliseres. I kvalitativ forskning er generaliserbarheden altid udfordret af, at det der undersøges, afhænger af forskerens relationer i felten. Derfor er resultaterne af forskningen situerede i en bestemt kontekst (ibid.). Ifølge Kvale og Brinkmann er spørgsmålet om ekstern validitet indenfor kvalitativ forskning en større diskussion (Kvale & Brinkmann 2015). Indenfor samfundsvidenskaben er formålet med forskningen at opstille lovmæssigheder om menneskelig adfærd (ibid.), hvorfor vi antager, at etnografisk viden er relevant at generalisere. Dog med det forbehold at der tages højde for de forskelle der er mellem felten i studiet, og den kontekst det generaliseres til. Med afsæt i denne antagelse, foretages herunder en kritisk vurdering af den eksterne validitet ved en analytisk generalisering. Herved vurderes det, med afsæt i artiklens resultater og interne validitet, hvorvidt fundene kan overføres til en dansk kontekst (ibid.). Vi har endnu ikke redegjort for studiets rammer og resultater, men for at kunne vurdere den eksterne validitet ind i en dansk kontekst, inddrages eksempler som belyser forskelle og ligheder.

For at kunne overføre til en anden praksis, med afsæt i analytisk generalisering, er det væsentligt at den interne validitet er høj, for at resultaterne overhovedet kan overføres til en anden kontekst (ibid.). Vi fandt, at den interne validitet for studiet var høj og sandsynligheden for overførbarhed til en dansk kontekst, findes derfor større.

Ift. at generalisere resultaterne til en dansk kontekst, er der flere forhold som vi finder genkendelige iht. den danske praksis. Den mest generelle er, at de finske jordemødre har tilsvarende autorisation som en dansk jordemoder. Der bliver desuden praktiseret hud mod hud efter fødslen på de finske hospitaler, hvilket der ligeledes er almindelig praksis i Danmark. Forskellen er dog her, at de i studiet fandt, at de finske jordemødre tørrede barnet af, før de lagde barnet ved moren, hvor vi i Danmark har praksis for at lægge barnet direkte op til moren. Vi vurderer derfor, på baggrund af ovenstående årsager, at resultaterne fra undersøgelsen til en vis grad kan generaliseres ind i en dansk kontekst.

Deltagergruppen er desuden vigtig for validiteten og generaliserbarheden af kvalitativ forskningsviden. Her handler det om, at der for at belyse undersøgelsesspørgsmålet bredt, skal være en nuanceret deltagergruppe (Vallgård & Jensen 2021). I artiklen har forskeren både undersøgt jordemødres og forældrenes perspektiver. Rekrutteringen er tydeligt beskrevet. Udvælgelsen var tilfældig og der blev i alt udtaget 16 fødende og deres jordemødre til undersøgelsen. I gruppen af forældre var der både inkluderet første- og flergangsfødende, forskellige aldre og

familiekonstellationer. I gruppen af jordemødrene var ancienniteten mellem 6 måneder og 30 år. Denne brede nuancering i grupperne er en styrke iht. den eksterne validitet.

Den eksterne validitet vurderes som høj, da der er en bred og nuanceret deltagergruppe. Der findes ingen svagheder af særlig relevans for dette projekt.

4.4.2 Immediate or delayed repair

Immediate or delayed repair of obstetric anal sphincter tears—a randomised controlled trial er en videnskabelig artikel, skrevet af Johan Nordenstam, A Mellgren, D Altman et. al (2008). Studiet er udgivet i tidsskriftet *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology* i 2008. Artiklen omhandler et svensk randomiseret kontrolleret forsøg (RCT), der forgik over 28 måneder på Danderyd Universitet Hospital i Sverige. Forsker teamet bestod af tre obstetrikere og tre kolorektale kirurger, med varierende erfaringer indenfor specialet. De ønskede at undersøge om 8-12 timers forsinket primær suturering af en sphinkterruptur, påvirker den anale inkontinens efter 1 år.

Studiet var det første til at undersøge umiddelbar eller afventende primær suturering, og der er siden da ikke lavet lignende undersøgelser. Mange studier og nationale guidelines indenfor obstetrik henviser til denne artikel, heriblandt også *Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi* (DSOG).

Vi har valgt dette studie til at besvare problemformuleringen og dertilhørende underspørgsmål: hvilke muligheder og begrænsninger er der ved at afvente suturering? Studiet omhandler komplicerede bristninger, men eftersom begge type bristninger involverer bækkenbundens hudlag, slimhinder og muskulatur (Macdonald & Johnsen 2017, s. 669–671), vil vi argumentere for, at resultaterne kan overføres til ukomplicerede bristninger. Når dette er gældende, og studiet allerede indgår i danske guidelines (DSOG 2014b), mener vi, at studiets resultater er overførbare ind i en dansk kontekst.

4.4.2.1 Kritisk vurdering af ”Immediate or delayed repair”

I det følgende afsnit vil vi samlet redegøre for og foretage en kritisk vurdering af artiklens interne og eksterne validitet. Redegørelsen og analyse af studiets metode og resultater, der relaterer sig til projektets problemformulering, findes i afsnit 5 og 6.

4.4.2.1.1 Interne validitet

Vi vil i dette afsnit foretage en kritisk vurdering af studiets interne validitet. Den interne validitet refererer til, hvorvidt studiets spørgsmål og analyser tillader forskerne at måle det, som studiet er designet til. En høj intern validitet betyder, at studiets resultater er troværdige inden for dets egne præmisser (Metodeguiden.au.dk 2022c).

Studiet ønskede at undersøge, om forsinket primær suturering af en sphinkterruptur påvirker den subjektive anale inkontinens efter 1 år. Forskerne har anvendt et randomiseret kontrolleret studiedesign. Dette er et velegnet design til at undersøge problemstillingen, da det gør dem i stand til at sige noget om årsagssammenhængen mellem forsinket suturering og anal inkontinens (Henricson 2018, s. 130).

Inklusionskriterierne omfattede svensktalende kvinder, der havde født vaginalt og pådraget sig en analsphinkterruptur jf. WHO's internationalt anerkendte klassificering (ICD 10. revision). Eksklusionskriterierne omfattede, hvis kvinden blødte kraftigt fra bristningen eller havde medicinske tilstande associeret med risikoen for kompliceret blødning. Disse kriterier stemmer godt overens med, hvad studiet ønsker at undersøge og uden at negligere risikoen for blødning.

Hvis en kvinde imødekom inklusionskriterierne, blev hun informeret omkring studiet. 165 ud af 416 kvalificerede kvinder valgte at deltage, svarende til 40% af de kvalificerede deltagere. Bortfald af deltagere er forventeligt i rekrutteringen til undersøgelser (Thisted 2019), og 40 % er et tilfredsstillende antal deltagere, da 10% normalt er passende til at repræsentere hele den undersøgte population (ibid.). Ifølge studiets egen styrkeberegning var 150 kvinder i alt sufficient til at finde en mulig forskel mellem grupperne og undgå tilfældige fejl. Tilfældige fejl er uforudsigelige og skyldes den variation, der er imellem individer (Andersson 2008). Gennem en styrkeberegning afklares, hvor stor et antal deltagere, der er nødvendig, for at sikre, at de tilfældige fejl ikke har betydning for resultatet (Henricson 2018). På baggrund af rekrutteringen af deltagere påpeger studiet selv en svaghed ift. mængden af kvalificerede kvinder, der afslog at deltage. De gør sig nogle forestillinger om, hvilke årsager kan være til grund for afslag, men fordi de opnår deres styrkeberegning, anses dette ikke som en svaghed. Ydermere har studiet anvendt et konfidensinterval på 80% og en p-værdi på $\leq 0,05$. Disse værdier gør forskerne i stand til at finde mulige forskelle i gruppernes resultater med 80% sandsynlighed og med 5% risiko for, at den fundne forskel ikke er sand (Andersson 2008).

For at randomisere kvinderne, brugte forskerne uigennemsigtige konvolutter, der blev blandet og lagt i en kasse på fødeafdelingen. En jordemoder trak den forseglede konvolut, der var næst

for i rækken, med instruktion om kvinderne var i den ene eller anden gruppe. Denne metode anses som en valid randomisering ved mindre grupper (Glasdam 2015). Ved denne type studier er der risiko for confounding, en variabel der kan påvirke både eksponering og resultat, hvilket kan give falske sandheder (Andersson 2008). Den valgte randomisering tager dog højde for confounders, ved at fordele dem ligeligt mellem grupperne (ibid.). Ved randomiseringen fandt forskerne ingen signifikant forskel på de to grupper udover eksponeringen. Forskerne sammenligner dog kun få faktorer udover fødselsindgreb, herunder alder, paritet og gestationsalder. Her kan det overvejes, om andre faktorer kan være confounders. Fx kan rygning være en relevant faktor, da rygning nedsætter sårhelingsprocessen (Sundhedsstyrelsen 2019), og potentielt kunne påvirke resultatet, hvis ikke denne egenskab er ligeligt fordelt i grupperne.

Eksponeringen af de to grupper bestod af, at den første gruppe (78) blev opereret umiddelbart efter fødslen og den anden gruppe (87) blev opereret 8-12 timer efter fødslen. Bortset fra tidsforskellen fulgte lægerne samme procedurer ved begge grupper. Studiet nævner selv en svaghed ved projektet, da de tre kolorektale kirurger, der var involveret i sutureringen af kvinderne i den forsinkede gruppe, ikke havde mulighed for at deltage i operationerne i den umiddelbare gruppe. Dog forsvarer de dette med, at de tre involverede obstetrikere deltog i operationerne af begge grupper, og at erfaringen indenfor specialet mellem de to grupper af læger var ens. Hvis de to grupper ikke behandles ens, vil der være informationsbias, hvilket ville være en svaghed ved studiet (Andersson 2008, s. 116). Ud fra argumentet om, at lægerne har samme erfaring, samt ens procedure for begge grupper, vurderes det, at denne informationsbias formentlig ikke har haft stor indflydelse på det endelige resultat.

Til indsamling af data brugte studiet et spørgeskema, som kvinderne skulle udfylde hhv. lige efter fødslen og efterfølgende 6 og 12 måneder postpartum. Spørgeskemaet indeholdt 22 spørgsmål om anal inkontinens og anorektal dysfunktion. Spørgeskemaet var baseret på den validerede og tidligere afprøvede Pescatori inkontinens skala, som også blev brugt til at måle på det primære resultat. Ydermere trak forskerne data fra kvindernes patientjournaler. Ved at anvende en valid og tidligere afprøvet skala til udarbejdelsen af spørgeskemaet, er det med til at udelukke nogle af de typiske fejlkilder, der kan opstå ved en spørgeskemaundersøgelse, fx dårligt formulerede spørgsmål, der kan lede til misforståelse (Metodeguiden.au.dk 2022b). Ud af de 165 kvinder var der 155, der deltog igennem hele studiet. Således var svarprocenten på spørgeskemaerne hhv. 98% efter 6 måneder og 94% efter 1 år, hvilket er en strålende svarprocent (Thisted 2019, s. 165). En styrke ved høje svarprocenter er, at risikoen for selektions- og svarbias reduceres kraftigt, hvilket indikerer at egenskaber i grupperne er velfordelt (Andersson

2008). En anden styrke ved studiet er, at den statistiske databehandling foregik *blindet* indtil al data var gennemarbejdet. *Blindet* data er med til at sænke risikoen for informationsbias (Glasdam 2015, s. 258). Forskerne redegør for de anvendte analysemetoder, herunder valgte variabler, til behandling af data. De valgte variabler er passende til at måle på studiets primære resultat, hvilket er afgørende for udfaldet af studiets endelige resultater (ibid., s. 259).

På baggrund af ovenstående vurderer vi, at der i studiet er taget de forbehold der skal til, for at sikre få tilfældige fejl. Dette sikrer en høj reliabilitet (Andersson 2008, s. 119). Da reliabiliteten også er synonym med reproducerbarhed (Vallgård & Jensen 2021, s. 82), vurderes det, at studiets design vil kunne gentages med tilsvarende resultater. Dog gør vi os overvejelser over manglende beskrivelse af kvindernes forløb efter endt suturering. Der er ikke beskrevet aflastnings regime, genoptræning, opfølgning eller kvindernes compliance. Her forestiller vi os, det vil kunne spille ind på resultaterne af den anale kontinens, hvis ikke kvinderne har fulgt de evt. anbefalede vejledninger for genoptræning og aflastning.

4.4.2.1.2 Ekstern validitet

I dette afsnit vil studiets eksterne validitet vurderes. Den eksterne validitet referer til, om resultaterne kan overføres til virkeligheden, og ikke kun gør sig gældende i det pågældende studie (Metodeguiden.au.dk 2022a). Det vurderes, at studiet har en høj ekstern validitet, fordi det er et RCT, og eftersom metodeafsnittet er fyldestgørende beskrevet, vil andre forskere kunne gentage studiet med samme forudsætninger. Ydermere er der en passende randomisering og en *blindet* databehandling.

4.4.3 Guide til implementering og fastholdelse af ny praksis

"*Guide til implementering og fastholdelse af ny praksis*" (Maher et al. 2016) er en dansk oversættelse af den engelske version "*The Sustainability Model*". Den engelske version er udviklet for *National Health Services* (NHS) af Dr. Lynne Maher, David Gustafson og Alyson Evans. Den danske version af guiden er oversat, bearbejdet og fortolket ind i en dansk kontekst af Helle Høgh og Britta Ravn. Guiden er udgivet af *DEFACTUM*, som designer og gennemfører kvalitetsprojekter med fokus på innovation, implementering og borgerinvolvering for Region Midtjylland.

Den engelske version af guiden er baseret på en gennemgang af en række forskningsprojekter fra vestlige lande, på forskellige fagområder områder, omhandlende ”fastholdelse af strategiske organisatoriske forandringer”. Gennem en syntese af projekterne kortlagde og analyserede NHS faktorer, der har afgørende betydning for implementerings- og fastholdelsesprocessen på tværs af organisationer. Den danske version indeholder dele, og er en sammensætning af, tre forskellige versioner af den engelske version fra 2004, 2007 og 2010. Ydermere er den suppleret med viden og erfaringer oparbejdet i *DEFACTUM*.

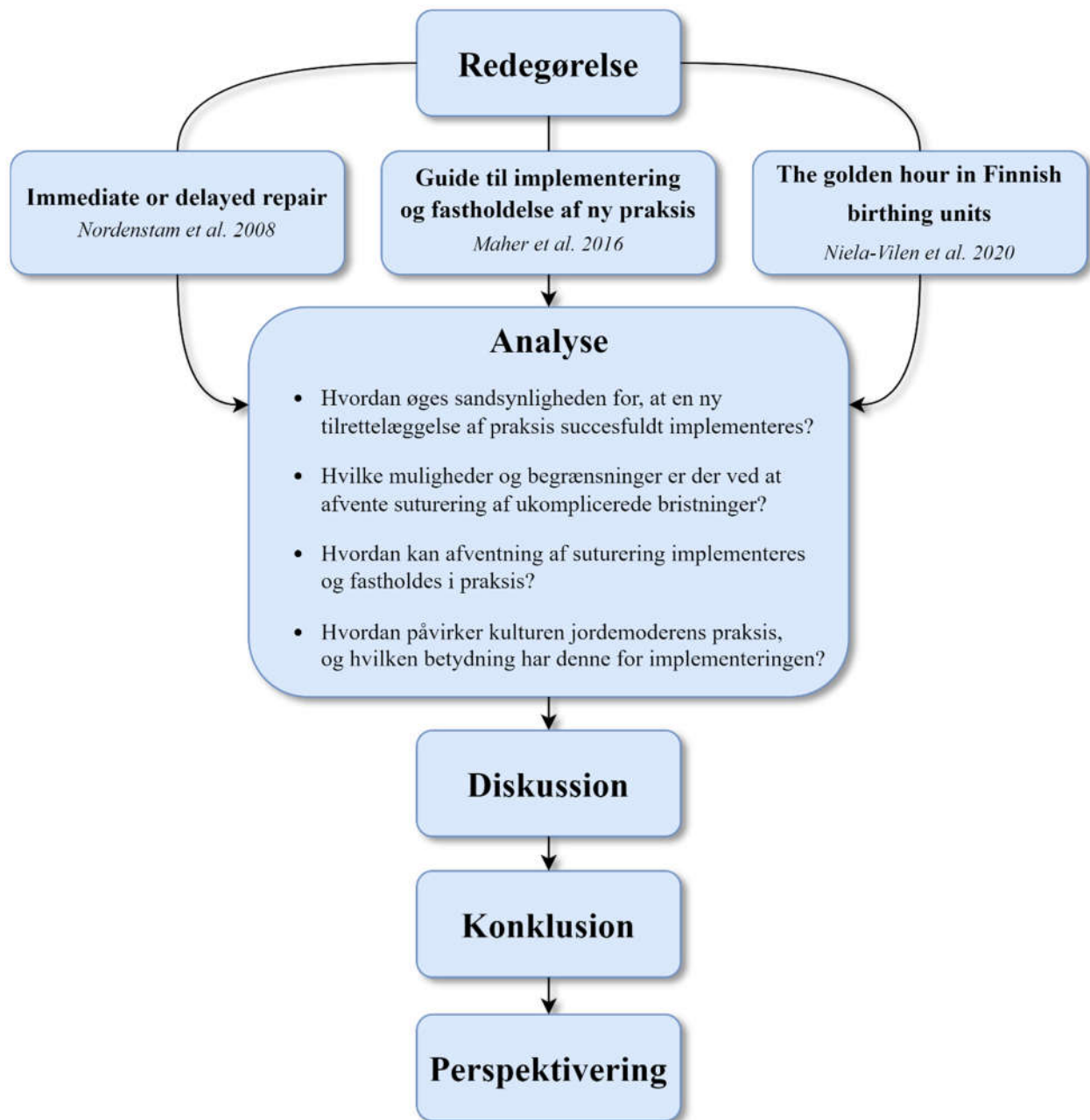
Vi har valgt at bruge denne kilde til at belyse problemformuleringens del om implementering, fordi den er efterprøvet i det danske sundhedssystem, og indeholder værktøjer, der kan øge succesen for en implementering og fastholde af forandringer i praksis.

I projektets analyse og diskussion vil denne kilde omtales ”*Guiden*”.

4.5 Projektets struktur

I dette afsnit vil projektets struktur beskrives, med udgangspunkt i hvordan projektet, fra afsnit 4, vil blive struktureret. Strukturen illustreres i nedenstående figur 1. I afsnit 4.4 blev der foretaget en kritisk vurdering af de to videnskabelige artikler, og der vil derfor kun blive redegjort og analyseret for de relevante resultater mm. for projektets problemformulering, i de følgende afsnit. I redegørelsen vil de tre valgte kilder redegøres for, ift. hvad der findes relevant for at kunne besvare vores problemformulering. I analysen vil projektets underspørgsmål besvares gennem en samlet analyse af de tre kilder. I diskussionen vil der foretages en kritisk refleksion over analysen og sammenholdes relevante punkter, for at besvare problemformuleringen. Endvidere vil vi i diskussionen inddrage forskellige aspekter fra indledningen og enkelte nye kilder, der kan modsige eller understøtte vores argumenter. Diskussionen vil afsluttes med en kritisk vurdering af projektets videnskabelige tilgang, metode og valg af litteratur.

Herefter besvares problemformuleringen i konklusionen. Afslutningsvist udfoldes problemformuleringen med nye og relevante perspektiver i perspektivering.



Figur 1: Projektets struktur

5 Redegørelse

I det følgende afsnit vil hver enkelt af projektets tre udvalgte kilder redegøres for.

5.1 Nordenstam et al.

I Nordenstam et al. ønskede de at undersøge, om 8-12 timers forsinket primær suturering af en sphinkterruptur påvirker den anale inkontinens efter 1 år (2008, s. 857). I rekrutteringsperioden, fødte 7272 kvinder på Danderyd Universitets Hospital, hvoraf 5561 af dem var vaginale fødsler. I alt blev 416 af disse kvinder diagnosticeret med en grad 3 eller 4 bristning (ibid., s. 859). 56 kvinder blev valgt fra pga. eksklusionskriterierne, 130 afslog at deltage og 65 pga. ukendte årsager (ibid., fig. 1, s. 859).

De kvinder som havde fået en grad 3 eller 4 bristning, og ønskede at deltage, blev som tidligere nævnt, i afsnit 4.4.2.1.1, delt op i to forskellige grupper. Den første gruppe blev sutureret umiddelbart efter fødslen efter standardproceduren. Den anden gruppe, skulle afvente mindst 8 timer, før de blev sutureret. Før operationerne, fik alle kvinderne profylaktisk antibiotika (ibid., s. 858).

Studiet fandt af deres resultater tydede på, at der mellem de to grupper, ikke kunne findes nogen signifikant forskel i kvindernes anale inkontinens eller bækkenbunds funktion efter 1 år (ibid., s. 857).

I artiklens diskussion fremlægger de, at erfaringer hos læger der udfører primær suturering, varierer, og at nogle kan føle sig utilstrækkeligt uddannet til at udfører en optimal suturering. I tilfælde hvor en læge føler sig utilstrækkelig, tyder studiet på, at det er sikkert at udskyde sutureringen. Fx indtil der er en mere kompetent læge til stede eller op til 12 timer efter fødslen (ibid., s. 860).

I artiklen konkluderer de, at med studiets begrænsninger i mente, at der ikke er nogen fordel eller skade, ved at forsinke en primær suturering op til 12 timer postpartum med hensyn til den anale kontinens. De anbefaler at det dog ikke bør gøres rutinemæssigt, men kan være et godt alternativ i tilfælde, hvor kompetent ekspertise ikke umiddelbart er tilgængelig, eller hvis en læge føler sig utilstrækkelig til at udføre sutureringen (ibid., s. 864).

5.2 Guide til implementering og fastholdelse af ny praksis

I sundhedsvæsenet er der behov for kvalitetsudvikling for at følge med samfundets forventninger og behov. Disse forandringer kræver mange ressourcer, både økonomiske og menneskelige. At forandringen implementeres og fastholdes i praksis, er derfor en succes, men op mod 70% af forandringstiltag mislykkes (Maher et al. 2016, s. 2–3).

Målet med implementeringsarbejde er, at forandringen bliver en integreret del af personalets arbejdsgang (ibid., s. 3). Ofte udsættes arbejdet med forandringens implementering og fastholdelse til slutfasen af projektet, men det er vigtigt at denne problemstilling arbejdes med i den forberedende fase. Herved bliver det muligt at indtænke ændringer og justere på faktorer, der øger sandsynligheden for succesfuld implementering og fastholdelse (ibid., s. 4).

5.2.1 Fordele ved forandringen

Forskning viser, at det i lige så høj grad er vigtigt at have fokus på personalet, som på borgerne, når der foretages ny tiltag i sundhedssektoren. Når personalet oplever fordele ved forandringen, øges sandsynligheden markant for en succesfuld implementering og fastholdelse (ibid., s. 7).

Fordelene skal være konkrete og synlige (ibid., s. 18). Det har stor betydning at vælge de rigtige midler til at dokumentere og demonstrere, hvilke potentielle og faktiske fordele der er ved forandringen. Desuden er det vigtigt at målrette og tilpasse kommunikationen af disse til den aktuelle personalegruppe (ibid., s. 22). Dokumentation validerer forandringen, og sikre personalets støtte, accept og engagement (ibid., s. 18). Demonstreringen af fordele kan ske gennem: borger- og personalefortællinger, grafer, diagrammer eller illustrationer (ibid., s. 21–22). Formidlingen af disse kan ske gennem nyhedsbreve, e-mails og informationsmøder (ibid., s. 9).

Det er dog også fortsat vigtigt at tage højde for og anerkende potentielle ulemper eller svagheder ved forandringen, og udvikle handlingsplaner rettet mod disse (ibid., s. 38).

5.2.2 Involvering af personale

For at styrke implementeringen er det afgørende at involvere personalet i forandringsprocessen. Ved at involvere personalet oplever de større forståelse for og anerkendelse af det overordnede mål. Derudover føler de sig trygge i deres nye roller, og får mulighed for at udnytte deres faglige kompetencer fuldt ud. Det kan være en god idé at involvere personalet igennem hele processen, ved at bede dem om konstruktiv feedback på, hvordan forandringen påvirker deres arbejdsgang (ibid., s. 9).

5.2.3 Afdelingens kultur

I forberedelsesfasen er det essentielt at overveje, hvilken betydning afdelingskulturen og -historien har for implementering og fastholdelse af forandringen (ibid., s. 26). Kulturen har stor indflydelse på personalets værdier, handlinger og adfærd. Den præger måden, hvorpå arbejdsopgaver håndteres, og danner fælles uskrevede regler (ibid., s. 61). Det er derfor et succeskriterie for implementeringen, at forandringen tilpasses sådan, at den er forenelig med den eksisterende praksis og personalets værdier (ibid., s. 24).

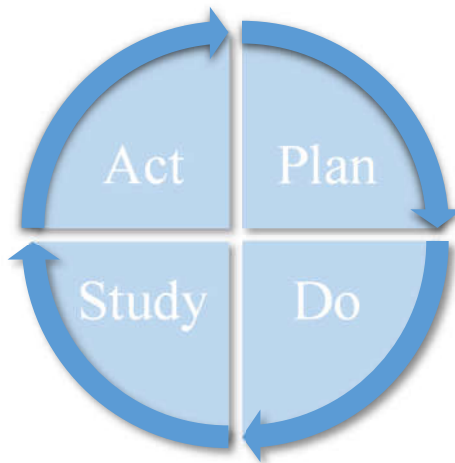
5.2.4 Modstand mod forandring

Hver enkelt medarbejder har en afgørende rolle i forandringsprocessen. Dette gælder uagtet om medarbejderen deltager, accepterer, ignorerer eller helt modsætter sig implementeringen (ibid., s. 37). Hvis der opstår modstand eller skepsis mod forandringen, er det vigtigt at finde årsagen hertil. Oftest har personalet gode grunde til den manglende tiltro til forandringen (ibid., s. 44). Store dele af modstand og skepsis til implementeringen blandt personale kan tilskrives manglende information og involvering i forandringsprocessen (ibid., s. 37).

Videre er det vigtigt at være opmærksom på overgangen mellem eksisterende og ny praksis. Først skal personalet give slip på eksisterende praksis, og erkende, at forandringen skal erstatte denne. Her er det vigtigt at respektere, at personalet har arbejdet på den samme måde i mange år (ibid., s. 16) og at adfærdsændring kan tage tid (ibid., s. 37). Herefter kommer overgangsfasen, hvor forandringen implementeres. Her er det vigtigt at støtte personalet i at erkende, at den gamle måde gav værdi, men at den nye forandring medfører flere fordele. Dette har til formål at afværge, at personalet falder tilbage i gamle vaner. Implementeringen er først succesfuldt afsluttet, når personalet føler sig trykke i deres nye arbejdsgang (ibid., s. 16).

5.2.5 Afprøvning i praksis

Hvis forandringen ikke tidligere er afprøvet i praksis, kan man igennem en afprøvning, afklare hvilke fordele den kan medføre. En mulig afprøvningsmetode er "Plan, Do, Study, Act" - PDSA-cirklen (se figur 2). Her kan forandringen planlægges og afprøves, udfaldet vurderes og efterfølgende kan der ske enten en gentagelse med tilpasninger eller en afprøvning i større skala. Gennem anvendelsen af denne metode opnår man derfor et hurtigt og overskueligt overblik over forandringens påvirkning på praksis (ibid., s. 17).



Figur 2: PDSA-cirklen

Når forandringen afprøves i lille skala, kan det resultere i værdifulde erfaringer, som kan synliggøre forudsete eller nytilkomne fordele, og danne baggrund for borger- og personalefortællinger. PDSA- cirklen er endvidere en god metode til at involvere borgergruppen forandringen berører (ibid.). Når forandringen er afprøvet og testet, kan implementeringsfasen sættes i gang på et solidt grundlag (ibid., s. 4).

5.2.6 Fastholdelse af forandringen

For at øge sandsynlighed for at forandringen fastholdes i praksis, skal den integreres i organisationens systemer og infrastruktur. Elementer i infrastrukturen, så som fysiske rammer, procedurer og funktionsbeskrivelser bør gennemgås og tilpasses, således de understøtter det nye tiltag. Ved at tilpasse procedurer, demonstreres det, at forandringen nu er den nye standard (ibid., s. 65).

Når det nye tiltag er implementeret i stor skala, er det afgørende at fortsætte kommunikation og dokumentation af forandringens fordele, over tid, for at sikre en succesfuld fastholdelse (ibid., s. 5). Praksis er foranderlig, og det er derfor essentielt, at organisationen løbende forbedrer den nye praksis, så den fortsat lever op til det overordnede mål (ibid., s. 28).

5.3 Niela-Vilen et al.

Retningslinjerne på de finske fødegange baserer sig på en anbefaling om tidlig HMH og uforstyrret ammeetablering (Niela-Vilen et al. 2020, s. 3–4). Det overordnede emne der udledes i Niela-Vilen et al., beskriver at kulturen på fødegangene var ”regelbaseret”. Den regelbaserede kultur, bevirkede at retningslinjer og rutinearbejdet ikke blev taget op til refleksion. En konsekvens heraf er, at HMH i nogle tilfælde afbrydes uden medicinsk indikation (ibid., s. 3).

Det ses, at jordemødrene har vaner efter fødslen, som grunder i afdelingens uskrevne regler frem for retningslinjerne. Det ses fx ved, at jordemødrene tørrer børnene af inden de lægges HMH, fordi det blandt personalet ses som en måde at sikre, at barnet udvikler hypotermi. En jordemoder oplevede at blive beskyldt, af en pædiater, for at risikere hypotermi hos et barn, fordi hun havde undladt at aftørre det før HMH (ibid., s. 4).

Studiet finder at jordemødrene i den første time efter fødslen, føler sig nødsaget til at udføre deres arbejdsopgaver. Nogle gange fylder disse arbejdsopgaver hele den første time, især hvis bristningen er vanskelig. Jordemødrene vil gerne lade familien være uforstyrret, og forstyrre mindst muligt. Dog er dette i konflikt med, at jordemødrene ser deres rutiner som en fundamental del af jobbet (ibid.). Studiet beskriver desuden, at jordemødrene oplever, at de selv spiller en vigtig rolle i timerne efter fødslen (ibid., s. 5).

Indenfor de sidste årtier, er fødekulturen blevet mere kvindecentreret (ibid., s. 4). Hertil fandt studiet, at jordemødre med høj anciennitet oplevede kulturændringen som drastisk og svær (ibid., s. 5).

Det findes i studiet, at jordemødrene er overbevist om deres professionelle kompetencer, og har en stærk professionsidentitet. Dette kan have betydet, at de har taget styringen på fødestuen. Hertil finder Niela-Vilen et al., at der skal ske en yderligere udvikling af jordemødrenes kvindecentrerede tilgang, for reelt at kunne udøve en mere individualiseret omsorg. En sådan udvikling kan dog forårsage, at jordemødrene føler at deres rolle vil blive begrænset af pres fra kolleger, organisationen og samfundsændringer (ibid., s.6).

6 Analyse

I følgende afsnit vil de tre kilder blive analyseret samlet vha. problemformuleringens under spørgsmål.

6.1 Hvordan øges sandsynligheden for, at en ny tilrettelæggelse af praksis succesfuldt kan implementeres?

Ifølge *Guiden* er kvalitetsudvikling en essentiel del af sundhedsvæsenet, og implementering og fastholdelse af forandringer er en ressourcekrævende proces (Maher et al. 2016). Heraf tolker vi, at kvalitetsudviklingen kun sker når forandringen implementeres, og at dette er en krævende proces. Tendensen er dog at størstedelen af forandringstiltag mislykkes (ibid.). Ifølge *Guiden* er det vigtigt at arbejde med forandringens implementering og fastholdelse i forberedelsesfasen, og ikke udsætte dette til sidst, som det oftest sker (ibid.). Det må derfor overvejes, hvad det kræver at implementere og fastholde en ændring i tilrettelæggelsen af suturering allerede i de forberedende faser, hvis implementeringen skal lykkes.

Målet for implementering af forandringen er, at den bliver en integreret del af personalets arbejdsgang. Det er i forberedelsesfasen afgørende at indtænke muligheder for ændring og justering af faktorer, der øger sandsynligheden for succesfuld implementering i praksis (ibid.). Her ved forstås, at det må overvejes, hvilke faktorer der kan påvirke implementeringen. Med udgangspunkt i *Guiden* udledes det, at faktorerne der øger sandsynligheden for implementering er: forandringens fordele i forhold til eksisterende praksis, afdelingens kultur, jordemødrenes modstand mod forandring, involvering i forandringsprocessen, samt afprøvning og fastholdelse af forandringen i praksis.

6.2 Hvilke muligheder og begrænsninger er der ved at afvente suturering?

Nordenstam et al. konkluderer, at der ingen signifikant forskel er, på kvindernes bækkenbunds funktion, herunder den anale kontinens, ved at afvente suturering (2008). Af det udleder vi, jf. overførbarheden af resultaterne (se afsnit 4.4.2), at det samme må gælde for ukomplicerede bristninger. Således vil betyde, at der mulighed for at jordemoderen kan afvente med at suturere i op til 12 timer efter fødslen. Dette vil fordre en forandring i jordemoderens nuværende praksis af suturerings tidspunktet.

Ifølge *Guiden* er det relevant at se på hvilke fordele forandringen medfører for borgerne, men i særdeleshed for personalet. Dette fordi personalet har stor betydning for succes af forandringens implementering og fastholdelse i praksis (Maher et al. 2016). Heraf udledes, at det har afgørende betydning, at både familierne, men specielt jordemødrene oplever fordele ved at afvente sutureringen.

Nordenstam et al. finder, at nogle læger kan føle sig utilstrækkelige, og foreslår, at man som alternativ, i disse situationer, kan afvente sutureringen (2008). Heraf kan flere mulige fordele udledes. Vi har fra praksis erfaring med, at jordemoderen kan være fysisk og mentalt udmattet efter en længere fødsel, og derfor kan have brug for at samle kræfter, inden der skal udføres inspicering og evt. suturering af en bristning. Det udledes, at jordemoderen kan drage fordel ved at afvente sutureringen, da tiden vil give mulighed for en mental pause og evt. et måltid, som kan give fornyet energi. Vi forestiller os, at hvis jordemødrene ligeledes føler sig utilstrækkelige til at udføre sutureringen, kan de bede en kollega om hjælp, uden at tidspunktet for sutureringen er en hindring herfor.

I studiet konkluderer Nordenstam et al., at der ikke er nogen fordel eller skade ved at forsinke den primære suturering ift. anal kontinens (ibid.). Her antager vi dog, ud fra vores praksiserfaring, at der må være fysiologiske fordele for vævet ved at afvente, fx at ødemer kan være aftaget.

Guiden beskriver, at forandringen skal være forenelig med den eksisterende praksis og personalets værdier, for at sikre implementeringen (Maher et al. 2016). Ifølge Niela-Vilen et al. har jordemødrene retningslinjer, der foreskriver uforstyrret HMH. Jordemødrene har et ønske om at følge disse, men oplever, at det er i konflikt med deres arbejdsopgaver (2020). Fordi jordemoderen i forvejen suturer kvinderne, forestiller vi os, at en afventning heraf er forenelig med den eksisterende praksis. Heri ansues desuden, at en ny tilrettelæggelse vil give jordemoderen mulighed for både at lade familien være uforstyrret, samtidig med at kunne udføre alle sine andre arbejdsopgaver.

Guiden påpeger, at det også er vigtigt at tage højde for potentielle ulemper og svagheder ved forandringen (Maher et al. 2016). Vi vil derfor se nærmere på disse, for på den måde at kunne vurdere om ulemperne eller svaghederne, vil begrænse muligheden for at afvente sutureringen.

I Nordenstam et al. anbefales det ikke rutinemæssigt at afvente suturering (2008). Herved forstås at det ligeledes bør overvejes, om det rutinemæssigt kan anbefales at afvente suturering af ukomplicerede bristninger.

Fordi Nordenstam et al. ekskluderede kvinder, der blødte kraftigt fra bristningen (2008), overvejes det, om dette også vil være en begrænsning for at afvente suturering af ukomplicerede bristninger. Af de 416 kvinder der fik en sphinkterruptur, blev 56 ekskluderet pga. blødning (ibid.). Heraf forstås det, at kun relativt få kvinder, ud af den samlede gruppe, ikke kunne få udsat sutureringen pga. kraftig blødning. Det antages derfor, at antallet af kvinder med ukomplicerede bristninger, hvor suturingen ikke kan udskydes pga. blødning, til sammenligning, vil udgøre en endnu mindre del af den samlede gruppe. Dette fordi, vi fra praksis oplever, at ukomplicerede bristninger, qua det mindre omfang, generelt bløder mindre end komplicerede bristninger.

I Nordenstam et al. bliver alle kvinderne behandlet med profylaktisk antibiotika (ibid.). I den forbindelse bør det overvejes, om behandling med antibiotika bør indgå som del af en evt. standardprocedure for at afvente sutureringen af ukomplicerede bristninger. Det antages at ville være en begrænsning ift. implementeringen, da vi oplever at man i sundhedsvæsenet ikke ønsker unødvendigt at behandle med antibiotika. På den anden side forventes det, at der ikke er de samme bakterier til stede ved en ukompliceret bristning, og en risiko for infektion derved vil være mindre end ved en sphinkterruptur.

Ifølge *Guiden* skal fordelene være konkrete og synlige (Maher et al. 2016). Vi ser følgende potentielle fordele og muligheder ved at afvente suturering:

- Jordemødrene får mulighed for at få en fysisk og mental pause, samt fornyet energi.
- Mulighed for at få hjælp af en kollega, hvis de føler sig utilstrækkelige til at udføre sutureringen.
- Fysiologiske fordele for vævet.
- Jordemoderen har fortsat mulighed for at udføre sine arbejdsopgaver, uden at disse forstyrrer familien.

Vi ser følgende begrænsninger, ulemper og svagheder:

- Risikoen for blødning gør, at ikke alle sutureringer kan udsættes.
- Profylaktisk antibiotikabehandling skal potentielt indgå i standardproceduren for at afvente suturering.

6.3 Hvordan påvirker kulturen jordemoderens praksis, og hvilken betydning har denne for implementeringen?

Ifølge *Guiden* er det i forberedelsesfasen essentielt at overveje, hvilken betydning afdelingskulturen og -historien har for implementering og fastholdelse af forandringen (ibid.). Heraf udledes det, at kulturen er en integreret del af personalet, og skal medregnes som en præmis for, at implementeringen kan lykkes. I Niela-Vilen et al. er den overordnede kultur ”regelbaseret”, hvilket bevirker at jordemoderen ikke reflekterer over retningslinjer eller egne rutiner (2020). Det udledes, at den ”regelbaserede” kultur blandt jordemødre kommer til udtryk i to overordnede emner. Vi antager, at disse to emner vil være afgørende for en ny tilrettelæggelse af suturering.

Det første emne omhandler jordemødrenes professionsidentitet. Det findes i Niela-Vilen et al., at jordemødrene anser deres egen rolle som vigtig efter fødslen, samt at de er overbeviste om deres professionelle kompetencer, og har en stærk professionsidentitet. Ifølge Niela-Vilen et al. skal der ske en udvikling af praksis mod en kvindecentreret tilgang. En sådan udvikling kan dog forårsage, at jordemødrene føler, at deres rolle vil blive begrænset af pres fra kolleger, organisationen og samfundsændringer (ibid.). Heraf udledes det, at en forandring i praksis, af jordemødrene kan opleves, som en trussel mod deres professionsidentitet og faglige stolthed. Dette fordi de ser deres nuværende rolle som vigtig. Vi forestiller os, at en sådan trussel kan udløse en modstand mod implementeringen

Det andet emne som udledes, er jordemødrenes sikkerhedsappel. I Niela-Vilen et al. findes der eksempler på jordemødre, der afviger fra retningslinjerne og begrundet handlingerne med at det øger sikkerheden for familien (ibid.). Det anses som afgørende, at sikkerheden til enhver tid overholdes. Dog forstås det ved dette tilfælde, at sikkerhedsappellen gennemsyrrer kulturen, hvilket resulterer i, at jordemødrene afviger fra afdelingens evidensbaserede retningslinjer, fordi de herved føler sig mere trygge. Herved tolker vi desuden, at jordemødrene opfatter deres arbejdsopgaver som fundamentale, fordi de mener, det øger familiens sikkerhed.

Ifølge *Guiden* har kulturen stor indflydelse på personalets handlinger, værdier og adfærd, hvilket præger måden, hvorpå arbejdsopgaver håndteres og uskrevne regler opstår (Maher et al. 2016). Dette ses i Niela-Vilen et al., hvor jordemødres vaner baserer sig på uskrevne regler frem for afdelingens retningslinjer (2020). Vi ser dog et paradoks i disse vaner, da jordemødrene i Niela-Vilen et al. udtrykker et ønske om at lade familien være uforstyrret, men føler sig nødsaget til at udfører deres vanlige arbejdsopgaver, fordi de ser dem som en fundamental del af

jobbet. Dette anses som en afspejling af, at jordemoderen trods retningslinjerne, fordi kulturen om sikkerhed fordrer, at opgaverne er vigtige, på trods af at det går mod retningslinjerne om uforstyrrelighed.

På baggrund af de to overordnede emner, der kommer til udtryk i jordemødrenes ”regelbaserede” kultur, udleder vi, at jordemødrene i højere grad vælger at følge de uskrevne regler, baseret på deres sikkerhedsappel, frem for de evidensbaserede retningslinjer. I Niela-Vilen et al. udledes en mulig årsag hertil. Her oplever en jordemoder, at en pædiater beskylder hende for at risikere hypotermi hos et barn, fordi det ikke blev tørret af før HMH (ibid.). Af dette eksempel forstås det, at når jordemødrene følger retningslinjerne og derved afviger fra kulturens uskrevne regler, bliver de kritiserede af kolleger. Det antages, at dette kan forårsage en frygt for at blive ringeagtet af kolleger, hvorfor de fremover vælger at rette ind efter de uskrevne regler.

Ifølge *Guiden* skal man respektere personalets overgang mellem eksisterende og ny praksis, da det tager tid at ændre vanlig adfærd (ibid.). Dette ses tydeligt i Niela-Vilen et al., hvor det findes, at de garvede jordemødre oplevede at overgangen fra en paternalistisk til en kvindeceneret tilgang i svangreomsorgen, var drastisk og hård (2020). Heraf udleder vi, at forandring er muligt, men at det kan være svært for jordemødre at ændre vanlig praksis. *Guiden* påpeger, at det er vigtigt at tage personalets skepsis og modstand alvorligt, og at dette oftest skyldes manglende information og involvering i forandringsprocessen (Maher et al. 2016). Det antages derfor, at jordemødrenes oplevelse kan skyldes en manglende involvering, hvilket formentlig har resulteret i skepsis og modstand mod forandringen. Videre skal man ifølge *Guiden* støtte personalet i at erkende overgangsfasen, sådan de ikke falder tilbage i gamle vaner (ibid.). Hertil udledes det, at jordemødrene skal støttes i at den eksisterende arbejdsgang omkring suturering ikke er forkert, men at en ændring af praksis er nødvendig.

For at styrke implementeringen, er det ifølge *Guiden* afgørende at involvere personalet i forandringsprocessen og bede om deres konstruktive feedback. Dette skal give personalet større forståelse for og anerkendelse af forandringen, samt mulighed for at føle sig trygge i deres nye rolle og udnytte deres faglige kompetencer (ibid.). Herved udledes det, at jordemoderen, gennem involvering, kan gøres tryk i ændringen af arbejdsopgaver og professionsidentitet. Tidligere fandt vi, at jordemødre kan føle sig truet på deres faglige stolthed, når der implementeres nye tiltag. Vi antager, at denne problematik kan afhjælpes hvis jordemødrene aktivt involveres i processen, og kan bidrage med deres faglige viden og feedback.

På baggrund af ovenstående analyse, udledes det, at kulturens uskrevne regler påvirker jordemoderen til i nogle tilfælde at afvige fra de evidensbaserede retningslinjer. Fordi de uskrevne regler baseres på en sikkerhedsappel, vil en afvigelse herfra, give jordemoderen en frygt for at blive ringeagtet af deres kolleger. Kulturen er derfor en væsentlig faktor at medregne i implementering, hvis en ny tilrettelæggelse af suturering skal integreres i praksis. Det har betydning at tage modstand og skepsis alvorligt, samt involvere jordemødre i hele processen, for at øge sandsynligheden for en succesfuld implementering.

6.4 Hvordan kan afventning af suturering implementeres og fastholdes i praksis?

Ifølge *Guiden* øges succesraten for forandringens implementering og fastholdelse i praksis, når personalet oplever fordele herved, og denne er tilpasset således den er forenelig med den eksisterende praksis og personalets værdier. En mulig metode til at afklare fordele ved forandringer, der ikke tidligere er afprøvet i praksis, kan være PDSA-cirklen. Den giver mulighed for at danne et hurtigt og overskueligt overblik over forandringens påvirkning i praksis og fordelene herved. Processen kan gentages med tilpasninger, til det vurderes, at der er dannet et solidt grundlag for den endelige implementering. Metoden giver desuden mulighed for personaleinvolvering, og kan afføde fortællinger om forandringen (ibid.). Fordi forandringen ikke tidligere er afprøvet, antages det, at PDSA-cirklen vil være en egnet metode. Vi forestiller os, at igennem en afprøvning af, at afvente suturering til den første amning er etableret, vil kunne: finde de faktiske fordele og begrænsninger ved forandringen, involvere jordemødrene i processen, og give mulighed for at danne fortællinger. Det antages desuden, at forandringen gennem, en afprøvning kan tilpasses, således den bliver forenelige med eksisterende praksis og jordemødrenes værdier.

Når forandringen er afprøvet, og resultaterne fra denne er indsamlet, er næste skridt at implementere forandringen i praksis. Her er det vigtigt at vælge de rigtige midler til at dokumentere og demonstrere fordelene og tilpasse disse til personalet. Dokumentation sikrer personalets støtte, accept af og engagement i processen, samt validerer forandringen. Formidlingen af fordelene kan ske gennem e-mails og nyhedsbreve, og kan blandt andet demonstreres gennem fortællinger, grafer eller illustrationer (ibid.). Heraf udleder vi, at fordelene ved ændringen skal kunne omsættes til noget konkret i form af fortællinger eller statistik, der kan dokumenteres og videreformidles. Vi antager, at en blanding af disse, er midler, der kan validere forandringen for jordemødrene. Vi forestiller os, at den bedste formidlingsform til jordemødre er skriftligt

via e-mails og nyhedsbreve, samt mundtligt til vagtskifte og temadage. Dette fordi disse formidlingsformer allerede anvendes i praksis.

For at sikre fastholdelsen af forandringen, skal denne integreres i organisationens infrastruktur. Her bør fx procedurer tilpasses, således de understøtter det nye tiltag (ibid.). Heraf tolkes det, at det kræver, at ændringen i tilrettelæggelsen af suturering indskrives i afdelingens kliniske retningslinjer, for at sikre en langsigtet fastholdelse. Ifølge *Guiden* er implementeringen først succesfuldt afsluttet, når personalet føler sig trygge ved den nye arbejdsgang (ibid.) Herved forstås det, at fastholdelsen ikke er garanteret ved blot at ændre retningslinjerne. *Guiden* beskriver, at det er afgørende for fastholdelsen, at kommunikationen og dokumentationen af forandringens fordele fortsætter (ibid.). På baggrund heraf forstås det, at dette, sammenholdt med en ændring af retningslinjer, i højere grad vil garantere fastholdelsen af den nye praksis blandt jordemødrene. Fordi praksis er foranderlig, må forandringer i praksis løbende gennemgå revision, så de fortsat lever op til organisationens overordnede mål (ibid.). Heraf udledes det, at afventning af suturering ikke er en endegyldig løsning, men at den, som alle andre dele af praksis, løbende må opdateres efter nyeste evidens, således jordemødre fortsat kan udøve behandling af høj kvalitet.

Ved at benytte PDSA-cirklen til at afprøve afventning af suturering i praksis, vil der kunne undersøges fordele, indsamles fortællinger herom, samt involvere jordemødrene i processen. Derudover kan det afklares, om en afventning af suturering er forenelig med den eksisterende praksis. Formidlingen af fordelene til jordemødrene, validerer forandringen, sikrer tryghed ved den nye praksis og øger derved sandsynligheden for implementering. Afslutningsvist skal afventning af suturering indskrives i afdelingens retningslinjer, og fordelene fortsat formidles, for at sikre en fastholdelse af den nye praksis.

7 Diskussion

I følgende diskussion vil vi holde synspunkter og argumenter fra projektets analyse, indledning og enkelte nye kilder op mod hinanden, og reflektere kritisk herover mhp. at besvare projektets problemformulering. Afslutningsvist diskuteres projektets videnskabelige tilgang, metode og valg af litteratur.

7.1 En ny tilrettelæggelse af jordemoderens praksis omkring suturering

I indledningen overvejede vi, på baggrund af Gynzone (2019), om man ved at afvente sutureringen kan skabe rammer, der faciliterer en uforstyrret første amning. Herfra udsprang vores problemformulering, og hertil fandt vi det relevant, at overveje hvilke muligheder og begrænsninger der ville være ved at afvente sutureringen. Vi vil derfor i denne del af diskussionen forholde os til, jf. analysen, hvorvidt det i praksis ville være muligt og anbefalelsesværdigt at afvente suturering, og om denne reelt vil skabe uforstyrrede rammer. Således vil vi herunder diskutere, om mulighederne og fordelene opvejer de begrænsninger, der ville være ved at afvente sutureringen.

I analysen fandt vi, at en mulig fordel ved at afvente suturering, var at jordemødre kan få hjælp af en kollega, hvis de føler sig utilstrækkelige til at udføre en suturering. Vi ved fra praksis, at der i dag er mulighed for at bede en kollega om hjælp, men at denne ikke bliver brugt i lige så høj grad som den måske burde. En undersøgelse fra England viste at nyuddannede jordemødre ofte føler sig utilstrækkelige til at suturere en bristning, pga. manglende kompetencer. Undersøgelsen peger på, at det er travlhed på fødeafdelingerne, der gør, at læring i suturering negligeres både under og efter endt uddannelse (Hunter & Bick 2019). Det samme gør sig gældende for danske nyuddannede jordemødre (Jensen, T.K. 2017). Vi forestiller os derfor, at nogle jordemødre ikke får sagt fra pga. travlhed, selvom de føler sig utilstrækkelige. Dette findes problematisk, da jordemødre, ifølge vejledningen til § 6 i *Cirkulærer om jordemodervirksomhed* (2001), der er en udløber af *Autorisationsloven* (2019), ikke må påtage sig opgaver, de ikke behersker. Det vurderes derfor, at travlhed ikke kan være en hindring for at få hjælp, da suturering ifølge analysen kan afventes. Herved menes det, at jordemødre, der ikke føler sig tilstrækkelige, med i ro i maven, burde kunne bede en kollega om hjælp, også selvom dette ikke ville kunne lade sig gøre med det samme.

I analysen antog vi, at der, ved at afvente suturering, vil forekomme fysiologiske fordele i form af, at ødemer omkring bristningen vil aftage. Ifølge *DSOG* kan en forsinket primær suturering af sphinkterruptur have den gavnlige effekt, at vævsødemer kan aftage i ventetiden, med det resultat at de anatomiske strukturer er nemmere at identificere (*DSOG* 2014a, s. 28). Jf. overførbarheden af Nordenstam et al. (2008) vurderes det, at antagelsen er korrekt og mener derfor, at dette kan regnes som en faktisk fordel ved at afvente suturering.

Videre fandt vi det relevant at overveje, om profylaktisk antibiotikabehandling skal indgå i standardproceduren for at afvente suturering. Derfor har vi spurgt flere overlæger med speciale i gynækologi og obstetrik: *Hvor lang tid vil man kunne afvente med at suture en ukompliceret bristning, før der bør behandles med antibiotika?* Deres vurdering var, at sutureringen af ”rene” sår (herved forstås bristninger, der ikke involverer bakterier fra endetarmen) og hvor der ikke er oplagt risiko for sekundær inficering, kan afventes i 6-8 timer uden antibiotikaprofylakse. Det vurderes derfor, at der som udgangspunkt ikke skal indgå profylaktisk antibiotikabehandling som en del af standardproceduren, hvis bristningen sutureres inden 6-8 timer. Vi forventer dog, at der kun i sjældne tilfælde vil afventes så længe. Dette fordi målet er at skabe mulighed for en uforstyrret første amning, og sutureringen derfor kun skal udskydes, til amningen er etableret. Hvis barnet lægges HMH ved mor, og har uforstyrrede rammer, vil den første amning oftest etableres indenfor 1-2 timer efter fødslen (Widström et al. 2019).

På baggrund af vores analyse og ovenstående diskussion, om hvilke muligheder og begrænsninger der er ved at afvente suturering, vurderes det, at mulighederne og fordelene ved forandringen opvejer de begrænsninger, der blev forelagt. Vi mener derfor, at en afventende tilgang til suturering vil kunne anbefales og være mulig at afprøve og implementere i jordemoderens praksis. Dette er selvfølgelig under forudsætning af, at kvinden er indforstået hermed, og hæmostase er sikret, hvilket også generelt gør sig gældende ved suturering jf. indledningen (*Gyn-Zone* 2019).

En afventende tilgang, vil være med til at skabe uforstyrrede rammer, der vil gøre det muligt for kvinden at have fuld opmærksomhed på barnet. Barnet kan herved gennemgå de ni stadier der vil lede til etableringen af den første amning (Widström et al. 2019). Tiden hvor der normalt sutureres, forestiller vi os, i stedet kan benyttes til at journalføre, eller til at jordemoderen kan få et måltid.

Det skal gøres klart, at en afventende tilgang til suturering ikke *alene* kan skabe rammer der faciliterer en uforstyrret ammeetablering, men vil bidrage hertil. Det vil kræve flere tiltag og et

større fokus, før jordemoderen kan skabe og understøtte de optimale rammer for dette. At amningen skal være uforstyrret, er ikke det samme, som at jordemoderen er overflødig. Jordemoderen skal fortsat understøtte familien i amningen, enten ved at vise sig tilgængelig for familien, eller ved aktivt at støtte dem i ammeetableringen.

7.2 Implementering af en ny tilrettelæggelse i praksis

I det følgende afsnit diskuteres hvordan en ny tilrettelæggelse af suturering kan implementeres i jordemoderens praksis.

På nuværende tidspunkt foreligger der ikke evidens for at afvente suturering til fordel for at skabe uforstyrrede rammer for etableringen af den første amning. På de områder hvor der ikke findes forskning, baseres svangreomsorgens anbefalinger sig på best practice og/eller afprøvede evaluerede projekter (Sundhedsstyrelsen 2021b, s. 11). Det anses derfor, at en afprøvning af en ny tilrettelæggelse af suturering gennem PDSA-cirklen, vil medføre et projekt, der kan evalueres, og danne baggrund for en anbefaling om at afvente suturering.

I analysen fremkom det, at en afprøvning med afsæt i PDSA-cirklen, vil øge sandsynligheden for implementeringen på flere måder. For det første vil der blive skabt et overskueligt overblik over fordelene ved at afvente suturering. Derudover vil jordemødrene involveres i processen, og der vil opstå fortællinger om forandringens indvirkning. Ydermere vil en involvering reducere skepsis og modstand, og samtidig vil jordemødrene gøres trygge i den nye praksis. Dette fandt vi, er målet for en succesfuld implementering. Således vurderes det, at PDSA-cirklen vil være en god metode til at afprøve en ny tilrettelæggelse i jordemoderens praksis omkring suturering.

Vi forestiller os, at afprøvningen vil kunne foregå i en afgrænset periode, hvor nogle jordemødre udpeges til at afprøve den nye tilrettelæggelse. Disse kan, i fællesskab med kvinderne, vælge at afvente suturering, når det giver mening. Fra afprøvningen forventes det, jf. analysen, at der kan indhentes den viden, der skal bruges til at sikre implementering i praksis. Her vil vi kunne indsamle fortællinger, om kvindernes og jordemødrenes oplevelse af at afvente suturering. Derudover forventer vi at indhente statistisk data, som sammen med fortællingerne, kan viderefremmes og synliggøre fordelene.

Ifølge analysen skal forandringen tilpasses, så den er forenelig med den eksisterende praksis og jordemødrenes værdier. Disse tilpasninger kan ske igennem afprøvning med afsæt i PDSA-cirklen. I analysen fandt vi, at forandringen vil være forenelig med den eksisterende praksis.

Videre vil vi herunder vurdere, hvordan forandringen tilpasses, så den også bliver forenelig med jordemødrenes værdier.

Jf. analysen er kulturen gennemsyret af en sikkerhedsappel, der gør, at jordemødrene i nogle tilfælde afviger fra retningslinjerne, fordi de finder en anden omsorg mere sikker. Vi antager, at denne afvigelse er et udtryk for, at jordemoderens værdier afspejler et ønske om at udøve den bedst mulige omsorg for familierne. Hvis dette er tilfældet, vil det således være relevant at foretage tilpasninger gennem afprøvningen, således jordemødrene føler sig i stand til at udøve den bedst mulige omsorg ved at afvente suturering.

Jf. analysen anser jordemødrene deres egen rolle efter fødslen som vigtig, og forandring kan opfattes som en trussel mod deres professionsidentitet og faglige stolthed. At jordemoderen opfatter sin egen rolle som vigtig, antages også som et udtryk for jordemoderens værdi om, at ville familien det bedste. Vi mener, at jordemoderen i en ny tilrettelæggelse, jf. indledningen, vil få en vigtig rolle i at understøtte den følsomme proces, der leder til etablering af den første amning (Widström et al. 2019). Derfor vurderes det, at en ny tilrettelæggelse af suturering ikke vil være en trussel for jordemødrenes professionsidentitet og faglige stolthed.

På baggrund af ovenstående diskussion, vurderer vi, at PDSA-cirklen kan anvendes til at afprøve og implementere en ny tilrettelæggelse af suturering i praksis. En afprøvning vil øge sandsynligheden for en succesfuld implementering. Dette ved at involvere jordemødrene i afprøvningen, hvorved skepsis og modstand reduceres og skaber tryghed ved den nye praksis. Derudover vil afprøvningen producere viden, der kan synliggøre forandringens fordele. Gennem afprøvningen skal der ske en tilpasning til de eksisterende værdier, således jordemødrene føler sig i stand til at udøve den bedst mulige omsorg, ved at afvente suturering, og fortsat oplever, de har en vigtig rolle.

7.3 Kritisk vurdering af projektets videnskabelige tilgang, metode og litteratur

Metoden i dette projekt er litteraturbaseret. En fordel for projektet ved den valgte metode har været, at vi har kunne besvare problemformuleringen med afsæt i empiri fra alle tre videnskabelige tilgange, som sundhedsvidenskaben rummer. En begrænsning ved at vælge det litteraturbaserede studie er, at den inddragede empiri, stammer fra andre forskeres undersøgelser, og derfor ikke er direkte målrettet dette projektets problemformulering. Det optimale scenarie vil være, at vi selv kunne indsamle empiri målrettet projekts problemformulering. Vi vurderede

dog i projektets startfase, at vi, indenfor projekts tidsramme, ikke ville kunne indsamle nok empiri, til at kunne udforme en nuanceret besvarelse af problemformuleringen. Til trods for at de valgte videnskabelige artikler ikke har været direkte overførbare, har de fortsat gjort os i stand til at besvare projektets problemformulering. Derfor anser vi det litteraturbaserede studie som en passende metode.

Dette projekt er sundhedsvidenskabeligt. Ved at rumme alle tre videnskaber, har den sundhedsvidenskabelige tilgang, gjort det muligt at belyse de mange forskellige aspekter jordemoderen står overfor i sin praksis. Vi vurderer derfor at denne tilgang har været egnet til at besvare problemformuleringen, der tager afsæt i jordemoderens praksis.

I vores valgte litteratur finder vi både fordele og ulemper.

En ulempe ved Niela-Vilen et al. (2020) er, at resultaterne vi har udledt, kun i nogen grad er overførbare til dansk praksis, fordi studiet baseres på to finske fødeafdelinger. En fordel er dog, at de udledte resultater viser et eksempel på, hvordan kulturen kan påvirke jordemoderens praksis. Ud fra dette sammenholdt med den kritiske vurdering, vurderer vi, at den har gjort det muligt at besvare problemformuleringen.

Guiden er efterprøvet i det danske sundhedssystem, og indeholder værktøjer, der kan øge succesen for en implementering og fastholde af forandringer i praksis (Maher et al. 2016). På baggrund af dette, finder vi, at *Guiden* har været ideel til at besvare problemformuleringens del om implementering.

Udover at Nordenstam et al. (2008) omhandler komplicerede bristninger og ikke ukomplicerede, ser vi en anden ulempe ved studiet ift. projektet. Vi mener, at det er en begrænsning, at der ikke foreligger anden empiri på området end denne ene undersøgelse. Jf. begrundelsen for overførbareheden og studiets design, vurderer vi dog, at artiklen var egnet til at besvare problemformuleringens del om at afvente suturering.

8 Konklusion

I indledningen fandt vi, at de nye anbefalinger for svangreomsorgen tilråder et større fokus på en uforstyrret ammeetablering. På baggrund heraf fandt vi det relevant at undersøge, hvordan jordemoderen kan tilrettelægge sin praksis omkring suturering, således der skabes uforstyrrede rammer for ammeetableringen. Heraf udsprang vores problemformulering, som i dette afsnit vil besvares.

I det følgende vil vi besvare, hvordan jordemoderens praksis omkring suturering kan tilrettelægges, således der skabes rammer, som faciliterer en uforstyrret første amning i timerne efter fødslen.

Af analysen og diskussionen konkluderes det, at jordemoderen har mulighed for at afvente suturering i op til 12 timer efter fødslen. Dog med det forbehold, at der efter 6-8 timer bør behandles profylaktisk med antibiotika. Fordelen ved at afvente sutureringen opvejer begrænsningerne, og det er derfor muligt at afprøve og implementere en afventende tilgang til suturering i praksis. Denne vil bidrage til at skabe rammer, der faciliterer en uforstyrret første amning.

Det konkluderes således, at der vil skabes rammer, som faciliterer en uforstyrret første amning i timerne efter fødslen, hvis jordemoderen tilrettelægger sin praksis efter en afventende tilgang til suturering. Dette er dog under forudsætning af, at der er sikret hæmostase og kvindens samtykke.

I det følgende vil vi besvare, hvordan en afventende tilgang til suturering kan implementeres i praksis.

På baggrund af dette projekt konkluderes det, at det i forberedelsesfasen er afgørende at indtænke en række faktorer, der øger sandsynligheden for implementering i praksis. Faktorerne er:

- Forandringens fordele i forhold til eksisterende praksis
- Afdelingens kultur
- Jordemødrenes modstand mod forandring
- Involvering af jordemødrene i forandringsprocessen
- Afprøvning og fastholdelse af forandringen i praksis

Derudover kræver en succesfuld implementering, at forandringen tilpasses til eksisterende praksis og jordemødrenes kultur og værdier.

Det konkluderes, at tilgangen kan afprøves og implementeres med afsæt i PDSA-cirklen. Igenem afprøvningen er det muligt at involvere jordemødrene, hvilket vil reducere skepsis og

modstand, samt gøre dem trygge i den nye praksis. Yderligere vil der dannes fortællinger om den nye tilrettelæggelses effekter, hvilket synliggør fordelene. Afprøvningen vil afklare, hvordan en afventende tilgang til suturering kan tilpasses til eksisterende praksis og jordemødrenes værdier. Når der er dannet et solidt grundlag for implementeringen, kan afprøvningen afsluttes, og herefter kan implementeringen af den nye tilrettelæggelse påbegyndes i hele afdelingen. Denne er først succesfuld, når jordemødrene er trygge i den nye praksis. For at sikre forandringens fastholdelse, konkluderes det, at formidling af fordelene skal fortsætte, også efter endt succesfuld implementering. Videre skal retningslinjerne tilpasses, således en afventende tilgang til suturering kan anbefales ved behov.

9 Perspektivering

Vi mener, at der i jordemoderfaget generelt er behov for et øget fokus på tilrettelæggelsen af praksis i timerne efter fødslen. Dette projekt er ét bud på, hvordan dette fokus kan øges.

Fordi dette projekts implementeringsforslag, endnu ikke er afprøvet, er det svært at forudse, hvilke organisatoriske og økonomiske konsekvenser forandringen kan have. En mulig konsekvens der kan påtænkes, er at indlæggelsestiden på fødegangen forlænges. Herved kan tiltaget påvirke afdelingens kapacitet. Desuden vil en længere indlæggelsestid forventes at medføre økonomiske omkostninger for sundhedsvæsenet. Derfor ses det som væsentligt, at disse perspektiver afklares i afprøvningsfasen af implementeringen.

Vi håber på, at et øget fokus på amningen generelt også vil medføre, at forældrenes vidensgrundlag om amning udvides. Her forestiller vi os jordemoderkonsultationen og forældre- og fødselsforberedelse som oplagte fora til at udbrede viden, både om amning generelt og om fordelene ved en uforstyrret ammeetablering. Det forventes, at et øget vidensgrundlag om amning giver familierne bedre betingelser for at indgå i fælles beslutningstagen om deres forløb.

10 Referenceliste

- Andersen, A., Lipczak, H. & Borre, M., 2020. Implementering af kliniske retningslinjer på kræftområdet – fra papir til patient. Et indblik i implementeringen af de landsdækkende DMCG-retningslinjer i praksis. Aarhus (DK): DMCG.dk.
- Andersson, I., 2008. Epidemiologi for sundhedspersonale. 1. udgave.
- Bakka, J.F. & Fivelsdal, E., 2019. Organisationsteori: Struktur, kultur, processer. 7. København: Djøf Forlag.
- Birkler, J., 2021. Videnskabsteori: en grundbog. Kbh.: Munksgaard.
- Baarts, C., 2015. Introduktion til etnografisk metode.
- Detlefsen, T.S. et al., 2021. Den gyldne time - en forsømt tid?
- DSOG, 2014a. Sphincterruptur ved vaginal fødsel: behandling og opfølgning.
- DSOG, 2014b. Sphincterruptur ved vaginal fødsel: behandling og opfølgning.
- Fælles regionalt instruksudvalg, 2020. Vandladning post partum. Fælles obstetrisk instruks, RM [Online]. Fælles specialespecifikke dokumenter. Tilgængelig fra: <https://e-dok.rm.dk/edok/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&open-link=http://e-dok.rm.dk/edok/enduser/portal.nsf/Main.html?open&unid=XC1257EF3004BD6BFC1257C71004C35E9&level=600603&dbpath=/edok/editor/RMFS.nsf/&windowwidth=1100&window-height=600&windowtitle=S%F8g> [Lokaliseret 14-03-2022].
- Glasdam, S., 2015. Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område : indblik i videnskabelige metoder. 2. udgave. Kbh.: Nyt Nordisk Forlag.
- Guldager, J., 2015. Videnskabsteori: en indføring for praktikere. København: Akademisk.
- GynZone, 2019. Forberedelse [Online]. Tilgængelig fra: <https://my.gynzone.com/courses/1-fodselslaesioner-grad-2/chapters/2-gor-klar-til-sutur/watch/9-forberedelse?referrer=%2Fcourses%2F1-fodselslaesioner-grad-2&fbclid=IwAR1JRPNW114C0dvuQrRIJBjvOieq-wiXBimxkrENMf2BLqpD3ai3YSCG734> [Lokaliseret 17-04-2022].
- Harvey, M.-A. et al., 2015. Obstetrical Anal Sphincter Injuries (OASIS): Prevention, Recognition, and Repair., Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC. Netherlands, årg. 37, nr. 12, s. 1131–1148.
- Henricson, M., 2018. Videnskabelig teori og metode: fra idé til eksamination. 2. Kbh: Munksgaard.
- Hunter, C. & Bick, D., 2019. Early-career midwives' experiences of perineal assessment and repair after normal vaginal birth., British Journal of Midwifery. Mark Allen Holdings

Limited, årg. 27, nr. 1, s. 43–48.

Jensen, T.K., 2017. Jordemoderstuderende træner suturering tidligere [Online], Tidsskrift for Jordemødre, årg. 2017, nr. 8.

Tilgængelig fra: <https://jordemoderforeningen.dk/nyhed/artikel/jordemoderstuderende-traner-suturering-tidligere/> [Lokaliseret 17-03-2022].

Poder, Jette 2016. Høring om situationen på fødeafdelingerne [Online].

Tilgængelig fra: <https://jordemoderforeningen.dk/nyhed/artikel/horing-om-situationen-paa-fodeafdelingerne/> [Lokaliseret 12-04-2022].

Kettle, D.C., Munro, J. & Jokinen, M., 2012. Suturing the Perineum. The Royal College of Midwives.

Kvale, S. & Brinkmann, S., 2015. Interview: det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3. udgave. København: Hans Reitzels Forlag.

Larsen, C. et al., 2021. “Jeg vil SÅ gerne, men det er ikke så simpelt”.

Macdonald, S. & Johnsen, G., 2017. Mayes’ midwifery.

Maher, L., Gustafson, D. & Evans, A., 2016. Guide til implementering og fastholdelse af ny praksis. 4. udgave. DEFACTUM.

Mainz, J., 2017. Basal kvalitetsudvikling. Kbh.: Munksgaard.

Metodeguiden.au.dk, 2022a. Ekstern validitet [Online].

Tilgængelig fra: <https://metodeguiden.au.dk/ekstern-validitet> [Lokaliseret 06-04-2022].

Metodeguiden.au.dk, 2022b. Fejlkilder med surveys [Online].

Tilgængelig fra: <https://metodeguiden.au.dk/fejlkilder-med-surveys> [Lokaliseret 31-03-2022].

Metodeguiden.au.dk, 2022c. Intern validitet [Online].

Tilgængelig fra: <https://metodeguiden.au.dk/intern-validitet> [Lokaliseret 25-03-2022].

Niela-Vilen, H., Axelin, A. & Flacking, R., 2020. The golden hour in Finnish birthing units - An ethnographic study, Midwifery, årg. 89, s. 102793.

Nilsson, I., 2018. Amning - en tryk start. 2. udgave. Komiteen for Sundhedsoplysning.

Nordenstam, J. et al., 2008. Immediate or delayed repair of obstetric anal sphincter tears-a randomised controlled trial, BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, årg. 115, nr. 7, s. 857–865.

O’Brien, B.C. et al., 2014. Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations, Academic Medicine, årg. 89, nr. 9, s. 1245–1251.

Region Midt, 2021. Normale fødselsrutiner, Fælles Obstetrisk instruks, RM. 16. udgave [E-bog]. Fælles specialespecifikke dokumenter.

Tilgængelig fra: <https://e-dok.rm.dk/edok/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&open-link=https://e-dok.rm.dk/edok/enduser/portal.nsf/Main.html?open&unid=XC1257EF3004BD6BFC1257C1E00550646&level=HOVE&dbpath=/edok/editor/RMFS.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g> [Lokaliseret 16-03-2022].

Rienecker, L. & Jørgensen, P.S., 2017. Den gode opgave : håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser. 5. udgave. Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Schulz, K.F., Altman, D.G. & Moher, D., 2010. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials., *Annals of internal medicine*. United States, årg. 152, nr. 11, s. 726–732.

Sundheds- og Ældreministeriet, 2001. Cirkulære om jordemodervirksomhed, Sundhedsstyrelsen, den 8. august 2001, Jens Kristian Gøtrik. CIR nr 149 af 08/08/2001.

Sundheds- og Ældreministeriet, 2019. Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. LBK nr 731 af 08/07/2019.

Sundhedsministeriet, 2022. Bekendtgørelse af sundhedsloven. LBK nr 210 af 27/01/2022 af 27/01/2022.

Sundhedsstyrelsen, 2019. Helbredsskader ved rygning [Online].

Tilgængelig fra: <https://www.sst.dk/da/viden/tobak/rygning-og-helbred/helbredsskader-ved-rygning> [Lokaliseret 07-04-2022].

Sundhedsstyrelsen, 2021a. Amning: en håndbog for sundhedspersonale. Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen, 2021b. Anbefalinger for svangreomsorgen. 3. Komiteen for Sundhedsoplysning.

Thisted, J., 2019. Forskningsmetode i praksis: projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik. Kbh: Munksgaard.

UCN Biblioteket, 2021. DOSIS-guide: Dokumenteret Systematisk InformationsSøgning. Aalborg: Professionshøjskolen UCN.

Vallgård, S. & Jensen, A.M.B., 2021. Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. 4. Kbh.: Munksgaard.

Widström, A. et al., 2019. Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice, *Acta Paediatrica*, årg. 108, nr. 7, s. 1192–1204.

Reference standard: UCL University College Harvard

The logo consists of five light blue circles with black outlines, each containing a letter: D, O, S, I, S. To the right of these circles is the text "- guide" in a large, black, sans-serif font.

DOkumenteret Systematisk InformationsSøgning (2021)

1. Emne og stikord (emnebeskrivelse/brainstorm over eventuelle søgeord)**Titel:**

Suturering kan vente ... et kvalitetsudviklende bachelorprojekt om en ny tilrettelæggelse af suturering

Problemformulering:

Hvordan kan jordemoderens praksis omkring suturering tilrettelægges, således der skabes rammer, som faciliterer en uforstyrret første amning i timerne efter fødslen? Og hvordan kan en forandring heraf implementeres i praksis?

Stikord på dansk**Del 1 - jordemoderens oplevelse af de første timer**

- Rammer: kultur, fødegang, fødestue, guideline, retningslinje, organisationsstruktur
- Oplevelse: oplevelse, opfattelse, perspektiv
- Jordemoder: jordemoder
- Postpartum: den gyldne time, postpartum, de første timer

Overvejelser om inddeling og indhold af blokke

Ovenstående inddeling er med inspiration fra faglitteratur, praksiserfaring, samt tidligere bachelorprojekter. Stikordslisten er tilrettet undervejs ifm. den indledende søgning. Inddelingen af blokkene tager udgangspunkt i problemformuleringen.

Del 1 afsøger artikler til besvarelse af jordemoderens oplevelse af og ageren i timerne efter fødslen. Her har vi inddelt vores søgning i følgende blokke:

'Rammer' dækker over, hvilke forudsætninger jordemoderen har for sin praksis i timerne efter fødslen, herunder gældende guidelines og retningslinjer på afdelingen. Herudover også hvilken kultur der er på fødestedet, fx hvilken rækkefølge opgaver udføres i. I denne blok er der ikke medtaget et økonomisk perspektiv, da vi ikke finder dette relevant til besvarelsen af problemformuleringen.

'Oplevelse' dækker over, hvad jordemoderen oplever og tænker om arbejdet i timerne efter fødslen. I denne blok er vi interesseret i alle aspekter af jordemoderens oplevelser.

'Jordemoder' dækker over personer autoriseret i jordemoderkundskab. Denne blok er til for, at vi indskrænker vores søgning, til kun at omhandle artikler om jordemødre.

'Postpartum' dækker over timerne efter fødslen, hvor jordemoderen yder omsorg for kvinden og barnet. Nærmere bestemt ønsker vi at se på timerne, fra placenta er forløst, indtil jordemoderen er færdig med sine opgaver, og familien er klar til udskrivelse eller overflytning til barselsafdelingen.

Del 2 – suturering

- Suturering: suturering, sårheling
- Ukompliceret bristning: Perineum, bristning
- Tidsperspektiv: afvente, umiddelbar, udsat
- Postpartum: postpartum

Del 2 afsøger artikler, der kan hjælpe med at besvare muligheden for at afvente suturering, ved behov. Her har vi inddelt vores søgning i følgende blokke:

'Suturering' dækker over selve opgaven ved suturering, herunder udførelsen. Derudover dækker den over sårheling, da det er hvad, vi forventer er en væsentlig faktor, for at sutureringen kan afventes.

'Ukompliceret bristning' dækker over de bristninger, jordemoderen selvstændigt må suturere, herunder grad 1, 2 og labiabristninger 'Tidsperspektiv' dækker over, tiden der går fra fødslen til bristningen sutureres. Her ønsker vi at skelne mellem umiddelbar suturering, så snart det kan lade sig gøre efter fødslen (hvad vi er vant til fra praksis) og afventende suturering.

'Postpartum' dækker over tiden lige efter fødslen, da vi er interesseret i den primære suturering (som sker ifm. fødslen) og ikke i resutureringer/sekundær suturering (som ofte er nogle dage efter fødslen).

Stikord på engelsk

Del 1 - jordemoderens oplevelse af de første timer

Rammer: culture, delivery room, guideline, practice guideline (organizational structure)

Oplevelse: experience, perspective, perception

Jordemoder: midwife, nurse midwife

Postpartum: the golden hour, postpartum, the first hours

Del 2 - suturering

Suturering: suturering, wound healing, primary repair

Ukompliceret bristning: perineum, laceration

Tidsperspektiv: delay, immediate, postpone

Postpartum: postpartum

Overvejelser om oversættelse af ord, samt udvælgelse af emneord vs. fritekst

Ifm. oversættelse af de danske stikord har vi anvendt vores kendskab til engelske fagtermer, søgt inspiration i den indledende søgning, samt i andre bachelorprojekter. Vi undersøgte de udvalgte databasers emneordslister, og udvalgte de ord, der havde den ønskede betydning. Databaserne anvender forskellige emneord, hvorfor vores søgninger i de forskellige databaser, ikke er identiske. De ord vi ikke fandt et dækkende emneord for, blev lavet til fritekstord. Desuden giver fritekstsøgningen mulighed for at afsøge artikler, der endnu ikke er tildelt emneord af databaserne.

Overvejelser for søgestrategi

De strukturerede litteratursøgninger er foretaget ud fra samme søgestrategi, hvor emneordssøgning og fritekstord afsøges og kombineres med de boolske operatører "OR" eller "AND", for hhv. at skabe en foreningsmængde og fællesmængde (Glasdam 2015).

Fælles for begge del-søgninger er, at vi først afsøgte artikler, der ligger under fællesmængden af blok 1, 2 og 3. Herefter afsøgte vi blok 1, 2 og 4, hvor vi har taget blok 3 ud. Fælles for begge del-søgninger er også, at blok 3 specificerer hhv., at det specifikt er jordemoderen, vi ønsker at undersøge oplevelser fra, og hvad det er ved sutureringen, vi ønsker at undersøge. Her i forsøget på at se i hvor høj grad blokkene begrænsede søgningen.

I begge del-søgninger har vi da kombineret alle blokke, for at præcisere vores søgning, og således afsøge artikler i fællesmængden.

For del 1 i denne søgekombination tilføjede vi desuden en afgrænsning af årstal for søgningen i PubMed. Dette for at indsnævre, det forholdsvis store søgeresultat, til at være rettet mod de nyeste artikler, og give et mere overskueligt antal relevante resultater.

For søgningen i del 2 havde vi ingen afgrænsninger, da søgeresultaterne var så få, at gennemgang af relevansen for hver artikel var overskuelig.

Fra søgningen i del 1 fremkom flere potentielt relevante artikler. Efter nærmere gennemlæsning udvalgte vi Niela-Vilen et al.(2020) som mest relevant til besvarelsen af problemformuleringen. Fra søgningen i del 2 fandt vi ingen relevante artikler til besvarelse af problemformuleringen.

2: Databaser (valg og begrundelse)

Navn på database:	Begrundelse for valg af database
1: PubMed	Vi har valgt PubMed, fordi det er en stor sundhedsfaglig database der dækker over hele det biomedicinske område, herunder også jordemoderfaglige relaterede områder (Glasdam 2015). Den har på nuværende tidspunkt over 33 millioner citationer og abstracts (PubMed 2022) og bliver på daglig basis opdateret (Glasdam 2015). Derfor finder vi det relevant at søge efter artikler i denne database for at kunne svare på dele af projektets problemformulering.
2: CINAHL Complete	Vi har valgt også at søge i CINAHL, fordi den også er en sundhedsfaglig database, men denne dækker dog mere over blandt andet sygeplejefaget, og herunder også jordemoderfaget. CINAHL er en mindre database end PubMed og en stor del af CINAHLs Headings er baseret på PubMeds MeSH Terms, men har yderligere ca. 2000 sygeplejeord lagt til (Henricson 2018, s. 114). Herudover er den også specielt god til kvalitative forskning indenfor patienterfaring og -oplevelser (Glasdam 2015). Vi fandt det derfor også relevant at søge i denne database, da den afdækker en stor del af det jordemoderfaglige felt.
3: The Cochrane Library	The Cochrane Library er en mindre database, der indeholder kritiske systematiske reviews over resultater af randomiserede undersøgelser. Disse reviews er et vigtigt grundlag for evidensbaseret medicinsk praksis (ibid., s. 44). Vi valgte derfor at søge på denne database, for at se om vi kunne finde et review der kunne være med til at belyse projektets del om suturering.

Del 1 - Litteratursøgning af artikel til at belyse jordemoderens oplevelse af de første timer efter fødslen

3. Blokinddeling (valgte søgeord/søgeteknik for hver blok)

Navn på database:	Blok 1 Rammer	Blok 2 Oplevelse	Blok 3 Jordemoderen	Blok 4 Postpartum
1: PubMed	Søgeord/søgeteknik: OR "Organizational Culture"[Mesh] "Birthing Centers/standards"[Mesh] "Delivery Rooms/standards"[Mesh] Hospital Culture Hospital guideline* Hospital practice* "Organizational structure" Guideline*	Søgeord/søgeteknik: OR Experience* Perception* Perspective*	Søgeord/søgeteknik: OR "Midwifery" [Mesh] "Nurse Midwives" [Mesh] Midwi*	Søgeord/søgeteknik: OR "Postpartum Period"[Mesh] "The first hour" "golden hour" Postpartum
2: CINAHL Complete	Søgeord/søgeteknik: OR (MM "Organizational Culture - Evaluation/Standards") Hospital culture hospital guideline Hospital practice Guidelines	Søgeord/søgeteknik: OR (MM "Midwife Attitudes") Perception* Experience* Perspective	Søgeord/søgeteknik: OR (MM "Nurse Midwives") (MM "Midwives+") Midwi*	Søgeord/søgeteknik: OR (MM "Puerperium") (MM "Postnatal care+") Postpartum "the first hour" "golden hour"

4. Søgeresultat for hver enkelt blok (antal hits)

Navn på database:	Dato	Blok 1 Rammer	Blok 2 Oplevelse	Blok 3 Jordemoderen	Blok 4 Postpartum
1: PubMed	19/04/22	1.224.192	1.992.085	89.032	124.394
2: CINAHL Complete	19/04/22	224.324	762.596	67.867	35.853

4. Søgeresultat ved kombination af blokke (antal hits)

Navn på database:	Dato	Søgning 1: Blok 1 AND Blok 2 AND Blok 3	Søgning 2: Blok 1 AND Blok 3 AND Blok 4	Søgning 3: Blok 1 AND Blok 2 AND Blok 3 AND Blok 4	Søgning 4: Blok 1 AND Blok 2 AND Blok 3 AND Blok 4 inkl. eventuelle afgrænsninger (punkt 5)
1: PubMed	19/04/22	5.379	1.652	382	306
2: CINAHL Complete	19/04/22	609	185	67	Ingen afgrænsninger.

5. Eventuelle afgrænsninger via database (beskriv valg)

Navn på database:	År	Sprog	Aldersgruppe	...
1: PubMed	>2010			
2: CINAHL Complete				

Del 2 - Litteratursøgning af artikel til at belyse hvilke muligheder der er for at afvente suturering

3. Blokinddeling (valgte søgeord/søgeteknik for hver blok)

Navn på database:	Blok 1 Suturering	Blok 2 Ukompliceret bristning	Blok 3 Tidsperspektiv	Blok 4 Postpartum
1: PubMed	Søgeord/søgeteknik: OR "Sutures"[Mesh] "Wound Healing"[Mesh] Perineal repair "Primary repair"	Søgeord/søgeteknik: OR "Perineum"[Mesh]) "Lacerations"[Mesh]) "Perineal tear" Perineal trauma	Søgeord/søgeteknik: OR Delay* Immediate Postpone*	Søgeord/søgeteknik: OR "Postpartum Period"[Mesh]
3: The Cochrane Library	Søgeord/søgeteknik: OR "Sutures"[Mesh] "Wound Healing"[Mesh] Perineal repair	Søgeord/søgeteknik: OR "Perineum"[Mesh]) "Lacerations"[Mesh]) "Perineal tear" Perineal trauma	Søgeord/søgeteknik: OR Delay* Immediate Postpone*	Søgeord/søgeteknik: OR "Postpartum Period"[Mesh]

4. Søgeresultat for hver enkelt blok (antal hits)

Navn på database:	Dato	Blok 1 Suturering	Blok 2 Ukompliceret bristning	Blok 3 Tidsperspektiv	Blok 4 Postpartum
1: PubMed	19/04/22	159.274	15.499	1.046.018	71.668
2: The Cochrane Library	29/03/22	6018	550	73.934	1852

4. Søgeresultat ved kombination af blokke (antal hits)

Navn på database:	Dato	Søgning 5: Blok 1 AND Blok 2 AND Blok 3	Søgning 6: Blok 1 AND Blok 2 AND Blok 4	Søgning 7: Blok 1 AND Blok 2 AND Blok 3 AND Blok 4	...
1: PubMed	19/04/22	190	33	9	
2: The Cochrane Library	19/04/22	16	8	2	

Referenceliste

Glasdam, S., 2015. *Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område : indblik i videnskabelige metoder*. 2. udgave. Kbh.: Nyt Nordisk Forlag.

Henricson, M., 2018. *Videnskabelig teori og metode: fra idé til eksamination*. Kbh.: Munksgaard.

Niela-Vilen, H., Axelin, A. & Flacking, R., 2020. The golden hour in Finnish birthing units - An ethnographic study, *Midwifery*, årg. 89, s. 102793.

PubMed, 2022. *PubMed Overview* [Online].

Tilgængelig fra: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/> [Lokaliseret 21-03-2022].

UCN Biblioteket, 2021. *DOSIS-guide: Dokumenteret Systematisk InformationsSøgning*. Aalborg: Professionshøjskolen UCN.

Reference standard: UCL University College Harvard