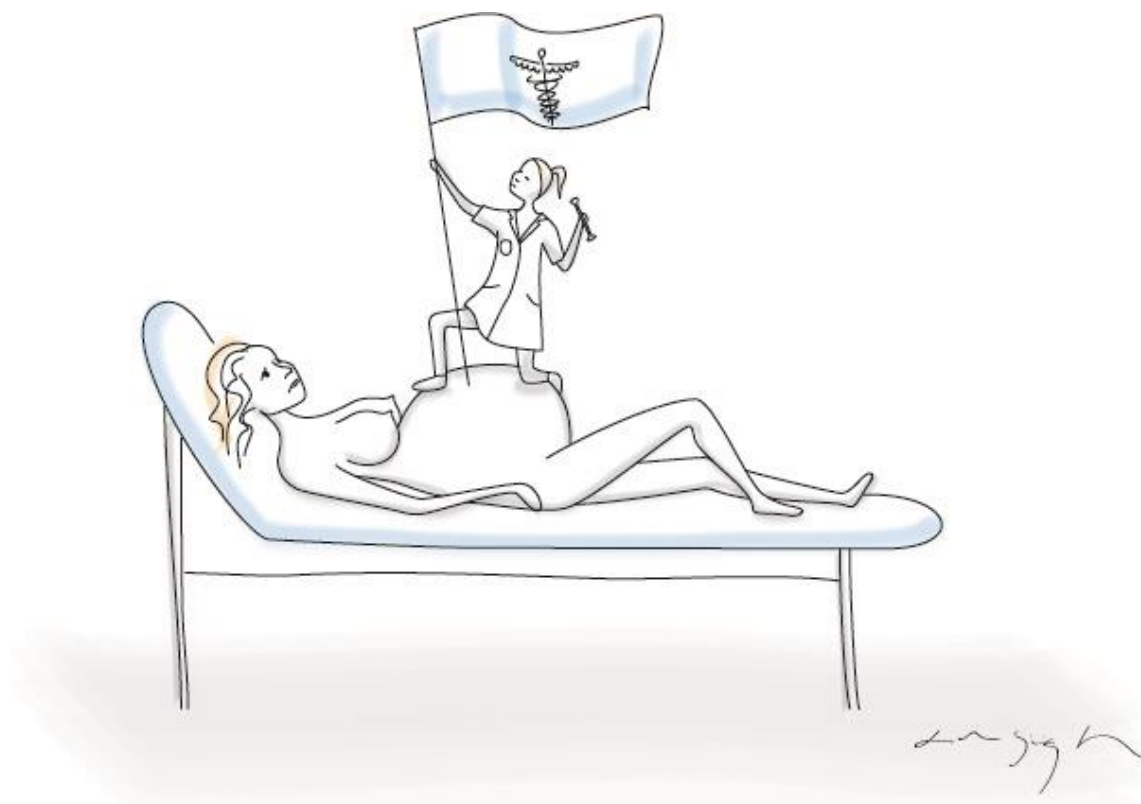


Obstetrisk vold i en dansk kontekst

*Et bachelorprojekt med en kritisk tilgang til svangreomsorgens
standardiserede praksis*



Bachelorprojekt af:

Emilie Bonde Laursen
Kristina Gammelgård-Larsen
Mette Kastrup Kjær
Lene Thurlow

University College Nordjylland, UCN

Jordemoderuddannelsen

J13V, modul 14

6. juni 2016

Vejleder: Marie Hald Thisted

*Denne opgave -eller dele heraf -må kun offentliggøres med forfatterne) tilladelse jf.
Bekendtgørelse af lov om ophavsret nr. 1144 af 23.10.2014.*

Resumé

Titel: Obstetrisk vold i en dansk kontekst - Et samfundsvidenskabeligt bachelorprojekt med en kritisk tilgang til svangreomsorgens standardiserede praksis.

Beskrivelse af problemfelt: Med en begrundet antagelse om, at der i Danmark forekommer obstetrisk vold som resultat af svangreomsorgens anvendelse af forskningsevidens, handler problemstillingen i dette bachelorprojekt om at afdække årsagerne til forekomsten af obstetrisk vold samt undersøge mulighederne for at minimere denne.

Problemformulering: Hvordan kan elementerne *den bedste forskningsevidens*, jordemoderens *kliniske ekspertise* og *kvindens værdier* i Sacketts definition af evidensbaseret medicin integreres i svangreomsorgen, så jordemoderen kan handle med respekt for kvinden og minimere forekomsten af obstetrisk vold?

Teori og metode: Bachelorprojektet er et samfundsvidenskabeligt litteraturreview, hvor Sacketts definition af evidensbaseret medicin (EBM) operationaliseres gennem relevante kilder omhandlende magtbegrebet i sundhedsvæsenet, det jordemoderfaglige skøn og kvindernes oplevelse af mødet med procedurer.

Analyseresultater: Den bedste forskningsevidens er i den danske svangreomsorg det mest fremtrædende af elementerne i Sacketts definition af EBM, og kommer til udtryk i svangreomsorgens procedurer. Svangreomsorgens struktur medfører, at jordemoderen både er magtudøver og underlagt magten. Jordemoderens muligheder for at udføre et jordemoderfagligt skøn påvirkes af den medikaliserede tilgang i svangreomsorgen. De gravide kvinder føler sig sygeliggjorte og pacificerede i mødet med den standardiserede praksis.

Diskussion: Der er et komplekst forhold mellem *den bedste forskningsevidens*, jordemoderens *kliniske ekspertise* og *kvindens værdier*, der vanskeliggør integrationen af disse i svangreomsorgen. Jordemoderens *kliniske ekspertise* er en forudsætning for, at *kvindens værdier* bliver integreret, men jordemoderens *kliniske ekspertise* er afhængig af *den bedste forskningsevidens*, som ikke fungerer uden jordemoderens *kliniske ekspertise*.

Konklusion: På grund af det komplekse forhold mellem elementerne i Sacketts definition af EBM er det ikke muligt at konkludere entydigt på, hvordan jordemoderen kan integrere *den bedste forskningsevidens*, jordemoderens *kliniske ekspertise* og *kvindens værdier*, da denne integration er udfordret af det teknokratiske paradigmes dominans i svangreomsorgen.

Abstract

Title: Obstetric violence in a Danish context – A social scientific bachelor project with a critical approach to the standardized practice in maternity care.

Field of interest: With a defensible hypothesis that obstetric violence is taking place in Denmark as a result of the use of evidence from research in maternity care, the field of interest in this bachelor project is to seek to uncover the underlying reasons for the occurrence of obstetric violence and to examine the opportunities to minimize it.

Problem definition: How can the elements *best research evidence*, *clinical expertise of the midwife* and *values of the woman* in Sacketts' definition of evidence-based medicine be integrated in maternity care so that the midwife can best carry out her work with respect for the woman, while at the same time minimizing the occurrence of obstetric violence?

Theory and method: This bachelor project is a social scientific literature review where Sacketts' definition of evidence-based medicine (EBM) is operationalized through relevant sources regarding the concept of power in the healthcare sector, the professional judgement of the midwife and the women's own experience of their meeting with procedures.

Results of analysis: Within Danish maternity care, the *best research evidence* is the most prevalent of the elements in Sacketts' definition of EBM, which is expressed in the procedures in maternity care. The structure of maternity care results in the midwife being both the one who exercises power and the one who is subject to power. The opportunities for the midwife to make a professional judgement is affected of the medicalized approach in maternity care. The pregnant women feel alienated and pacified in their meeting with the standardized practice.

Discussion: There is a complex relationship between the *best research evidence*, *clinical expertise of the midwife* and the *values of the woman*, which complicates the integration of these elements in maternity care. The *clinical expertise* is a precondition for having *the values of the woman* integrated, but *the clinical expertise of the midwife* is in turn dependent on the *best research evidence*, which does not work without *the clinical expertise of the midwife*.

Conclusion: Because of the complex relationship between the elements in Sacketts' definition of EBM it is not possible to make a clear-cut conclusion on how the midwife can integrate the *best research evidence*, her *clinical expertise* and the *values of the woman*, as this integration is challenged by the dominance of the technocratic paradigm in maternity care.

Indhold

Indhold	1
1. Indledning.....	4
2. Problemformulering	9
2.1 Begrebsafklaring.....	9
2.2.1 Obstetrisk vold	9
2.2.2 David Sacketts definition af EBM	9
2.2.3 Svangreomsorgen.....	9
2.2.4 Kvinden	10
2.2 Afgrænsning	10
3. Mål og formål	11
3.1 Mål.....	11
3.2 Formål.....	11
4. Teori og metode	12
4.1 Struktur	12
4.2 Redegørelse og begrundelse for valg af metode	14
4.2.1 Videnskabsteoretiske overvejelser	14
4.3 Redegørelse og begrundelse for valg af kilder.....	15
4.3.1 David Sacketts definition af EBM	15
4.3.2 Reidum Norvolls fortolkning af magt	16
4.3.3 Gitte Bjørnlund - Det jordemoderfaglige skøn	16
4.3.4 Sara V. Simonsen – Ventetiden i overtiden.....	17
4.3.5 Lovgivning og procedurer	18
4.4 Litteratursøgning	19
4.4.1 Søgning i databaser	19
4.4.2 Pensumlitteratur	19

4.4.3 Bevidst tilfældig søgning.....	19
5. Redegørelse og analyse	21
5.1 Redegørelse og anvendelse af EBM ifølge Sackett.....	21
5.1.1 Sacketts definition af EBM.....	21
5.1.2 Quality of life.....	22
5.1.3 Begrænsninger og udfordringer ved EBM	23
5.2 Redegørelse og analyse af den <i>bedste forskningsevidens</i> med udgangspunkt i ”Magt og afmagt”	23
5.2.1 Introduktion til magt.....	24
5.2.2 Viden er magt.....	25
5.2.3 Medikalisering	27
5.2.4 Magtens mellemænd	28
5.2.5 Opsummering.....	29
5.3 Redegørelse og analyse af jordemoderens <i>kliniske ekspertise</i> med udgangspunkt i ”Det jordemoderfaglige skøn”	29
5.3.1 Jordemoderfagets udvikling.....	29
5.3.2 Det jordemoderfaglige skøn	30
5.3.3 Fødselsparadigmer	31
5.3.4 Opsummering.....	33
5.4 Redegørelse og analyse af <i>kvindens værdier</i> med udgangspunkt i ”Ventetiden i Overtiden”	33
5.4.1 Kvindernes oplevelse af at blive depersonaliseret	34
5.4.2 Kvindernes oplevelse af at blive sygeliggjort.....	35
5.4.3 Opsummering.....	36
6. Diskussion	37
6.1 Del 1 – Den bedste forskningsevidens og jordemoderens kliniske ekspertise	37
6.1 Del 2 – Den bedste forskningsevidens og kvindens værdier	38

6.2 Del 3 – Integration af den bedste forskningsevidens, jordemoderens ekspertise og kvindens værdier	41
6.4 Kritik af anvendt metode	43
7. Konklusion.....	44
8. Perspektivering	46
9. Referenceliste	48
10. Bilagsoversigt	54

Opgavens omfang: 93.482 anslag med mellemrum

Forsidens billede er designet af Louise Siig Nielsen, med tilladelse til, at vi må bruge det på forsiden af vores bachelorprojekt.

1. Indledning

Er der plads til den individuelle kvinde i den danske svangreomsorg¹?

Under en konference i Kroatien med overskriften *"Human Rights in Childbirth"* stiftede vi bekendtskab med adskillige problemer omhandlende krænkelse af fødendes rettigheder i Østeuropa. Efterfølgende udforskede vi emnet yderligere på en studietur til Ungarn, hvor vi, igennem interviews med forskellige fagprofessionelle inden for obstetrikken og aktivister med interesse i menneskerettigheder, lærte om den obstetriske praksis i Ungarn, herunder voldsomme og unødvendige indgreb, set med "danske jordemoderøjne". Af eksempler herpå kan nævnes rutinemæssig episiotomi og fundustryk, tvungen rygleje ved fødsel, samt adskillelse af mor og barn post partum - alt sammen med minimal eller ingen inddragelse af kvinden i beslutningsprocesserne.

I Ungarn gjorde eksemplerne på de voldsomme og unødvendige indgreb stort indtryk på os, og vi begyndte derfor at spekulere på, om vi i Danmark også udfører unødvendige indgreb og/eller overgreb på kvindens autonomi, men måske mindre eksplicit? I bachelorgruppen gjorde vi os tanker omkring vores egen oplevelse af den danske praksis og stødte på flere obstetriske dilemmaer, heriblandt igangsættelse af fødsel ved GA 41+5. Er det nødvendigt at anbefale rutinemæssig igangsættelse af fødslen før 42+0, når vi ved, at en del vil føde af sig selv inden for samme "tidsfrist", og at den perinatale mortalitet kun ændres relativt lidt ved graviditas prolongata? (Wilken-Jensen, s. 4). Ligeledes kan vi diskutere praksis vedr. igangsættelse og profylaktisk antibiotikabehandling ved PROM², idet Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) skriver, at der ikke er tilstrækkelig evidens til at anbefale profylaktisk antibiotikabehandling, men tilråder dette alligevel (Andersen et al. 2009 s. 6). I relation til PROM oplever vi, at der er stor forskel på procedurerne ift. tidlig stimulation vs. afventende tilgang i hhv. Hjørring og Herning på trods af, at de to procedurer baserer sig på den samme guideline fra DSOG (Høj 2012 & Møller 2016). Endvidere er igangsættelse af fødsler blevet beskrevet som en af de mest drastiske måder at gribe ind i den naturlige graviditet- og fødselsproces (Macdonald & Magill-Cuerden 2012, s. 851), hvilket i kombination med en igangsættelsesrate på knap

¹ Betegnelsen "svangreomsorg" anvendes som et samlet begreb for sundhedsvæsenets indsats ifm. graviditet, fødsel og barsel (Brot & Poulsen 2013, s. 4)

² PROM = prelabour rupture of membranes = vandafgang uden ledsagende veaktivitet ved gestationsalder ≥ 37 uger (Andersen et al. 2009, s. 1)

25%³ (Sundhedsdatastyrelsen 2013) får os til at tænke på, om der i nogle tilfælde foregår unødvendige indgreb i svangreomsorgen. Et andet eksempel på et område med evt. unødvendige indgreb, afspejles i den omdiskuterede sectiofrekvens. Udføres der for mange sectio'er på landsplan på et unødvendigt grundlag? World Health Organisation (WHO) mener, at den ideelle sectiofrekvens ligger på 10-15 % og henviser til, at sectionater på over 10 % ikke associeres med reduktion i den materielle eller neonatale mortalitet (WHO 2015b, s. 2). I Danmark ligger sectiofrekvensen på 22,36 % (Sundhedsdatastyrelsen 2013) og således væsentligt højere end WHO's anbefaling.

Vores eksempler og undren over, hvorvidt der foregår unødvendige indgreb underbygges af formand og tidligere næstformand for Jordemoderforeningen Lillian Bondo (Bondo) og Kit Dynnes Hansen (Hansen), der i en leder i "Tidsskrift for jordemødre" skriver:

Når fire ud af ti førstegangsfødende med normal fødsel, får stimuleret veerne medicinsk, når mere end hver femte af alle gravide forløses ved kejsersnit og hver fjerde får fødslen sat i gang, godt syv procent får hjælp af sugekop, og lidt mere end tre procent bliver klippet i mellemkødet så [...] griber vi ind i over halvdelen af alle fødsler [...] Vi kan og skal arbejde for at nedbringe antallet af indgreb i de helt ukomplicerede forløb (Bondo & Hansen 2013, s. 5).

Foruden de overflødige indgreb i sig selv, var et af de store problemer i Ungarn, som tidligere nævnt, at kvinderne hverken blev informeret eller inddraget i beslutningsprocesserne vedr. egen fødsel. If. dansk lovgivning er vi forpligtet til at indhente informeret samtykke (LBK nr. 1202 af 14/11/2014). Dette til trods kan vi være i tvivl om, hvor gode vi rent faktisk er til at informere kvinderne fyldestgørende og dermed indhente samtykke på et informeret grundlag. Manglende eller utilstrækkelig information er i modstrid med både lovgivningen og "Ethiske retningslinjer for jordemødre", hvori det anføres, at jordemoderen aktivt bør medvirke til "*at svangreomsorgen/sundhedsydelse bygger på respekt for borgernes ligeværd og integritet, og at borgerne sikres reel medbestemmelse og indflydelse på tilbud og eventuel behandling*" (Iversen et al. 2010, s. 4) - dette med udgangspunkt i en fyldestgørende information samt kontinuerlig støtte af kvinden i beslutningsprocessen og den afledte behandling (ibid.).

Ifm. en videre undersøgelse af problematikkerne vedr. manglende informeret samtykke samt unødvendige indgreb er vi stødt på begrebet *obstetrisk vold*, som hidtil har været et ukendt begreb for os. Begrebet stammer oprindeligt fra venezuelansk lov og bliver defineret som:

³ 24,5 % i 2013 (Sundhedsdatastyrelsen 2013)

...the appropriation of the body and reproductive processes of women by health personnel, which is expressed as dehumanized treatment, an abuse of medication, and to convert the natural processes into pathological ones, bringing with it loss of autonomy and the ability to decide freely about their bodies and sexuality, negatively impacting the quality of life of women.
(D'Gregorio 2010, s. 201).

If. ovenstående definition rummer begrebet ikke blot den fysiske vold, men også en psykisk vold i form af en dehumaniserende behandling, herunder overgreb på kvindens autonomi, overmedikalisering, og overgreb på den "naturlige" fødselsproces. Selvom dette kan lyde voldsomt, mener vi, at der kan trækkes paralleller mellem ovenstående definition af *obstetrisk vold* og de førnævnte obstetriske dilemmaer vedr. unødvendig medikalisering og manglende informeret samtykke, som vi møder i dansk praksis. På trods af, at venezuelansk lov ikke uden videre kan overføres direkte til danske forhold, mener vi, at opmærksomheden på *obstetrisk vold* stadig kan have relevans for den danske jordemoderpraksis. Dette understøttes af menneskerettighedsorganisationen White Ribbon Alliance⁴ (WRA) og WHO som begge omtaler samme problematikker gennem udtrykket "disrespect and abuse during childbirth" (Freedman et al. 2014, s. 915-917 og Armbruster et al. 2011, s. 1-5). Begrebet *disrespect and abuse* rummer ligesom den venezuelanske definition af *obstetrisk vold*, både den fysiske og psykiske vold, herunder krænkelse af kvindens autonomi (Freedman et al. 2014, s. 915), hvorfor vi finder disse begreber sammenlignelige. Både WRA og WHO gør opmærksom på, at *disrespect and abuse* forekommer universelt og i både lav- og højindkomst lande og dermed potentielt også i Danmark (Armbruster et al. 2011, s. 1 og WHO 2015a, s. 1). Vi har været i kontakt med flere lektorer fra jordemoderuddannelsen på Professionshøjskolen Metropol, som har beskæftiget sig med *obstetrisk vold*, bl.a. igennem et symposium på Professionshøjskolen Metropol i København med titlen "The hidden side of obstetric violence – North-south dialog on the appropriation of women's pregnant body". En af hoveddiskussionerne på symposiet gik på, om vi bør forholde os til *obstetrisk vold* i en dansk/europæisk sammenhæng (Professionshøjskolen Metropol 2016), hvilket stemmer overens med vores egne overvejelser. Endelig understreges relevansen af at diskutere begrebet *obstetrisk vold* i en dansk kontekst af Jordemoderforeningen, som har taget emnet op i "Tidsskrift for Jordemødre" med en 2-siders reportage fra symposiet på Metropol med overskriften "Obstetrisk vold" (Pihl & Funge 2016, s. 34-35).

⁴ International organisation, der arbejder for at sikre opfyldelsen af de universelle menneskerettigheder for gravide, fødende og mødre (WRA 2013)

Vi er opmærksomme på den hårde ordlyd af *obstetrisk vold*, og vi har igennem en workshop med opponering fra andre bachelorgrupper erfaret, hvorledes begrebet kan provokere læseren. Det samme har været oppe at vende på symposiet på Metropol, hvor det blev diskuteret, hvorledes betegnelsen *obstetrisk vold* kunne være en barriere for en egentlig diskussion om selve begrebets indhold; samtidig blev der argumenteret for at fastholde betegnelsen, da det sætter fænomenet ind i en større kontekst af vold mod kvinder generelt og samtidig tydeliggør, at der er tale om en grænseoverskridende handling (ibid.). Netop af disse årsager vælger vi at anvende begrebet.

De nævnte problematikker omhandlende profylaktisk antibiotika samt igangsættelse ved PROM, igangsættelse ved overtid, informeret samtykke og den høje sectiofrekvens relaterer sig til en øget medikalisering, hvilket er en oplevelse, vi deler med jordemoder Gitte Bjørnlund, som i sit masterprojekt "Det jordemoderfaglige skøn i praksisudøvelse baseret på faglige retningslinjer" beskriver, hvordan hun har oplevet, at det jordemoderfaglige erhverv er blevet påvirket af kravet om evidensbaseret (Bjørnlund 2014, s. 6).

I den kliniske del af vores uddannelse har vi oplevet procedureernes store betydning og indflydelse på vores praksis. If. forskningscentret Clearinghouse stiger efterspørgslen på evidens i disse år; baggrunden herfor er et ønske om at sikre, at praksis hviler på den bedste tilgængelige viden (Henriksen 2016). Med oprettelsen af den nye kandidatuddannelse i jordemodervidenskab, som har til formål at evidensbasere jordemoderfaget (Syddansk Universitet 2014, s. 4), bliver det tydeligt, at der indenfor vores fag sker en udvikling hen imod en mere evidensbaseret tilgang. Med den øgede forekomst af videnskabelig forskning, ser vi samtidig et behov for at diskutere anvendelsen af evidens i jordemoderfaglig praksis, så vi kan bevare den kvindecentrerede omsorg. Hvilken betydning har den stadig stigende evidensbaseret og deraf afledte procedurer for jordemødrenes arbejde? Bjørnlund pointerer i sit masterprojekt, at faglige procedurer påvirker jordemoderens praksisudøvelse, da fokus bliver at arbejde problemløsende ud fra disse procedurer, hvilket medfører mindre fokus på at indhente situationsspecifik viden. Herved opnår jordemoderen ikke tilstrækkelig viden om kvinden, hendes værdier og perspektiv på situationen, hvilket vil påvirke jordemoderens forudsætninger for at kunne lave et skøn, som er til kvindens bedste (Bjørnlund 2014, s. 45). Vi mener i øvrigt at kunne sidestille dette manglende fokus på kvinden med den dehumaniserende behandling og manglende frihed for kvinden til at træffe valg om egen krop, der i definitionen ovenfor, angives som *obstetrisk vold*. På trods af dette ønsker vi at understrege, at vi ikke underkender de evidensbaserede procedurer, samt

den enkelte jordemoders arbejdsgang, og at fokus i denne opgave er *obstetrisk vold* på baggrund af strukturelle forhold.

Opsummeringsvis er svangreomsorgen stærkt præget af et krav om en evidensbaseret praksis, og vi kan argumentere for, at kvinderne ikke inddrages tilstrækkeligt i praksis som følge af procedurernes dominans. Dette leder os til den anerkendte teoretiker indenfor evidensbaseret medicin (EBM), David Sackett (Lowes 2015), hvis definition på EBM foruden den *bedste forskningsevidens* også tager højde for *patientens værdier* samt den *kliniske ekspertise*: “*Evidence-Based Medicine (EBM) is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values*” (Sackett et al. 2000, s. 1). Han fremfører, at såfremt alle tre elementer integreres i praksis, vil kliniker og patienten danne en diagnostisk og terapeutisk alliance, og herved vil det kliniske outcome samt *quality of life* blive optimeret (ibid. s. 1). Jf. definitionen ovenfor medfører *obstetrisk vold* en negativ indflydelse på *quality of life*, hvorfor vi kan antage, at en succesfuld integration af de tre elementer i Sacketts definition af EBM vil minimere forekomsten af *obstetrisk vold* og samtidig forbedre det *kliniske outcome*.

Med udgangspunkt i Sackett kan vi altså anfægte den praksis, vi i dag oplever tager udgangspunkt i forskningsevidensen og som netop af denne grund kan føre til *obstetrisk vold* i dansk praksis.

Above all, we need humility. The power of randomized trials, particularly as they feed into official health care guidelines, is enormous. They are a form of advice unlike ordinary advice; because of pressure to conform, there may be no option of refusal. The ‘scientific evidence’ has achieved a mythical status. It is an excessively powerful rhetoric, a tool that so easily has become a weapon (Jadad & Enkin 2007, s.129).

Med dette afsluttende og sigende citat vil vi åbne op for en diskussion om anvendelsen af den videnskabelige evidens som en tungtvejende determinant for vores praksis i den danske svangreomsorg.

2. Problemformulering

Hvordan kan elementerne den *bedste forskningsevidens*, jordemoderens *kliniske ekspertise* og *kvindens værdier* i Sacketts definition af evidensbaseret medicin integreres i svangreomsorgen, så jordemoderen kan handle med respekt for kvinden og minimere forekomsten af *obstetrisk vold*?

2.1 Begrebsafklaring

I det følgende afsnit vil vi begrebsafklare relevante begreber ift. bachelorprojektets problemformulering.

2.2.1 Obstetrisk vold

Vi tager udgangspunkt i definitionen af *obstetrisk vold* fra venezuelansk lov der lyder:

the appropriation of the body and reproductive processes of women by health personnel, which is expressed as dehumanized treatment, an abuse of medication, and to convert the natural processes into pathological ones, bringing with it loss of autonomy and the ability to decide freely about their bodies and sexuality, negatively impacting the quality of life of women (D'Gregorio 2010, s. 201).

Selvom denne definition stammer fra Venezuela, vælger vi at bruge den, da den indeholder alle de elementer i *obstetrisk vold*, som vi ellers er stødt på.

2.2.2 David Sacketts definition af EBM

Vi tager udgangspunkt i Sacketts definition af EBM, der indebærer en tredeling af begrebet bestående af den *bedste forskningsevidens*, *klinikerens ekspertise* og *patientens værdier*. I vores bachelorprojekt anvender vi begreberne i en jordemoderfaglig kontekst og benævner dem hhv.: den *bedste forskningsevidens*, jordemoderens *kliniske ekspertise* og *kvindens værdier*. I bachelorprojektet betegner vi herefter *Sacketts definition af EBM* som EBM.

2.2.3 Svangreomsorgen

Betegnelsen “svangreomsorg” anvendes som et samlet begreb for indsatsen i det danske sundhedsvæsen ifm. graviditet, fødsel og barsel.

2.2.4 Kvinden

Med “kvinden” menes den gravide, fødende og barslende kvinde.

2.2 Afgrænsning

I dette projekt ønsker vi at afgrænse os fra at beskæftige os med faderen/partneren, trods vi er bevidste om, at partneren er en vigtig del af familiedannelsesprocessen. Vi ønsker desuden ikke at gå ind i den konkrete kommunikation, der foregår i mødet mellem jordemoderen og den gravide, selvom dette er en vigtig faktor i samarbejdet mellem de to og ift. bevarelse af hendes autonomi. Vi ønsker endvidere at afgrænse os fra at beskæftige os med lægeprofessionen, selvom jordemødre og obstetrikere i praksis har et tæt samarbejde. Afslutningsvis afgrænser vi os fra den obstetriske vold, der kan forekomme på baggrund af jordemoderens “personlige” handling, dvs. at vi beskæftiger os kun den obstetriske vold, der skyldes systemet.

3. Mål og formål

3.1 Mål

Målet med dette bachelorprojekt er at undersøge anvendelsen af den videnskabelige evidens i den danske svangreomsorg, mhp. at belyse udfordringer med integration af den *bedste forskningsevidens*, jordemoderens *kliniske ekspertise* og *kvindens værdier* således, at vi kan komme nærmere på at minimere forekomsten af *obstetrisk vold* i Danmark.

3.2 Formål

Projektets formål er:

- At sætte øget fokus på *obstetrisk vold* i Danmark.
- At medvirke til øget kritisk refleksion over anvendelsen af forskningsevidens i svangreomsorgen.
- At medvirke til øget kritisk refleksion over jordemoderens mulighed for at anlægge et klinisk skøn.
- At medvirke til at øge fokus på inddragelse af kvinden.

4. Teori og metode

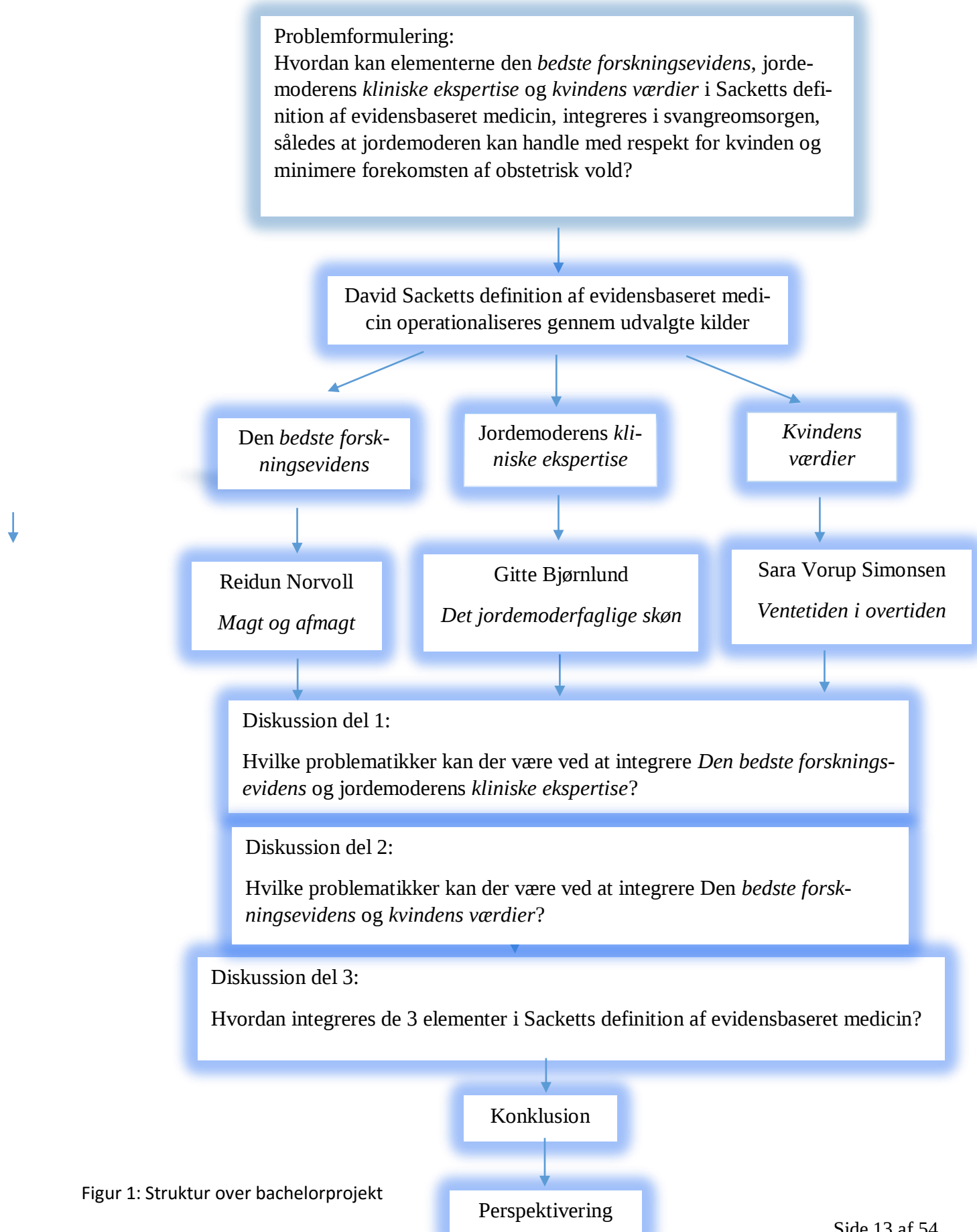
I det følgende vil vi gennemgå og begrunde projektets struktur og metode. Dernæst vil vi præsentere og kritisk vurdere det valgte materiale. Til sidst følger litteratursøgning med beskrivelse og begrundelse for vores søgestrategier.

4.1 Struktur

Til besvarelse af vores problemformulering vil vi arbejde med en operationalisering af EBM med udgangspunkt i bogen: “Evidence-Based Medicine - How to practice and teach EBM”. Vi anvender Sackett med det formål at udfolde de tre elementer i EBM, som er rammen for dette bachelorprojekt. Hvert element i EBM vil blive fortolket med en kritisk paradigmatisk tilgang, ud fra en udvalgt kilde til det enkelte element, i relation til dette bachelorprojekts problemformulering. Til at belyse elementet den *bedste forskningsevidens* anvendes Reidun Norvoll (Norvoll), som beskriver og fortolker magtbegrebet i bogen “Sociologi og socialantropologi - mellem mennesker og samfund”. Jordemoderens *kliniske ekspertise* belyses vha. Bjørnlunds masterprojekt “Det jordemoderfaglige skøn”. Endvidere inddrages kandidatspecialet “Ventetiden i overtiden - En antropologisk undersøgelse af kategoriseringens betydningen for kvinder, der har passeret terminsdatoen” af Sara Vorup Simonsen (Simonsen) mhp. at belyse Sacketts tredje element omhandlende *kvindens værdier*.

Analyserne sammenholdes i diskussionen, som opdeles i tre dele. Vi diskuterer udfordringerne ved at integrere, først den *bedste forskningsevidens* og jordemoderens *kliniske ekspertise*, dernæst den *bedste forskningsevidens* og *kvindens værdier*, for til sidst at diskutere udfordringerne ved integrationen af alle tre elementer i EBM. Igennem diskussionen vil vi kritisk vurdere jordemoderens praksis, mhp. at undersøge, hvordan svangreomsorgen kan organiseres, så jordemoderen kan handle med respekt for den enkelte kvinde samt om muligt minimere forekomsten af *obstetrisk vold*. Diskussionen afsluttes med kritik af egen metode, og udmunder i en konklusion på problemformuleringen, efterfulgt af en perspektivering.

Følgende figur viser strukturen i vores opgave.



Figur 1: Struktur over bachelorprojekt

4.2 Redegørelse og begrundelse for valg af metode

Vi benytter et litteraturreview som vores metodiske tilgang. Vi analyserer og sammenholder eksisterende materiale til at besvare vores problemformulering. Litteraturreview indebærer en systematisk søgning, kritisk vurdering og udvælgelse af relevant litteratur (Glasdam red. 2011, s. 47-54). Ved at anvende denne metode kan vi på nuanceret vis belyse vores problemstilling, hvilket giver os perspektiver, der kan relatere sig til *obstetrisk vold*, som vi formentligt ikke havde fundet gennem indsamling af egen empiri. Vi har været systematiske og kritiske omkring udvælgelsen af kilder mhp. at kunne besvare vores problemformulering. Vi er bevidste om, at den udvalgte litteratur kan være præget af forfatterens holdning og tilgang. Ved at analysere elementerne i EBM med hver deres relevante kilde kan vi skildre forskellige perspektiver og syn på problemstillingen. En ulempe ved et litteraturreview kan være, at de kilder vi bruger, ikke er skrevet med samme formål som vores projekt (Launsø, Olsen & Rieper 2011, s. 118). Dette tager vi højde for ved at analysere vores kilder ift. problemformuleringen. Igennem vores valgte metode forventer vi at opnå et bredt perspektiv til besvarelse af dette bachelorprojekts problemformulering.

4.2.1 Videnskabsteoretiske overvejelser

I dette afsnit vil vi redegøre for vores videnskabsteoretiske overvejelser. Vi tager udgangspunkt i metodebogen "Forskning om og med mennesker - Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning" af Laila Launsø, Leif Olsen og Olaf Rieper (Launsø, Olsen & Rieper).

Vi anvender en samfundsvidenskabelig tilgang med afsæt i det kritiske paradigme. Grundantagelsen i det kritiske paradigme er: *"...at den sociale verden og sammenhænge heri ikke altid er, som det de umiddelbart giver sig ud for at være"* (Launsø, Olsen & Rieper 2011, s. 63). Dette ses i svangreomsorgen, som umiddelbart er velfungerende, men som vi, jf. indledningen, problematiserer pga. risikoen for *obstetrisk vold*. Det kritiske paradigme stiler mod *"at blotlægge skjulte sammenhænge og afsløre illegitim magtudøvelse og undertrykkelse"* (ibid.), hvilket vi finder foreneligt med vores problematisering af svangreomsorgens struktur. Launsø, Olsen & Rieper beskriver endvidere nødvendigheden af kritiske teorier og analyser for at kunne gennemskue og synliggøre fænomener i den sociale verden for på denne måde at kunne forstå og forklare fænomenet og afsøge, hvad der gemmer sig under "overfladen" (ibid.). Fænomenet kan eksemplificeres som *obstetrisk vold*, et begreb som ikke umiddelbart er synlig i en dansk

kontekst, men vi antager på trods af dette, at *obstetrisk vold* forekommer, jf. indledningen. Igen- nem det kritiske paradigme og udvalgte kilder, som præsenteres nedenfor, synliggøres den “vir- kelige verden”.

Til det kritiske paradigme hører den handlingsrettede forskningstype, og her er kvalitetskriteri- erne “læring og forandring”, hvilket indebærer bevidstgørelse af de sammenhænge aktørerne indgår og handler i (ibid.), hvorved aktørerne skal få et revideret syn på sig selv og de processer, de befinder sig og agerer i (ibid.). Aktørerne i dette bachelorprojekt er både jordemødre og kvinder.

4.3 Redegørelse og begrundelse for valg af kilder

I dette afsnit vil vi redegøre for, begrunde og forholde os kritisk til vores valg af kilder.

4.3.1 David Sacketts definition af EBM

Vi anvender bogen “Evidence-Based Medicine” fra 2000 skrevet af Sackett et al., hvori EBM defineres (Sacketts et al. 2000, s. 1). Bogen er af ældre dato og forfatterne er fra universiteter, forskningscentre og hospitaler i Canada, USA og UK, og dermed er bogen ikke rettet mod en dansk kontekst. Alligevel finder vi Sacketts definition af EBM anvendelig, da lektorer fra jor- demoderuddannelsen på Metropol har præsenteret os for Sackett, og selv anvender hans teori i deres undervisning, hvilket bekræfter teoriens aktualitet.

Sackett er lægeuddannet, professor i klinisk epidemiologi og biostatistik og anerkendt pioner inden for EBM (Watts 2015). Vi ser både fordele og ulemper i form af Sacketts profession. På den ene side bør Sackett som aktør i organisationen have haft viden om integration af forsk- ningsevidens i praksis. Modsat kan Sackett også være farvet af sin position som læge, hvilket kan påvirke hans holdninger og tilgang til den evidensbaserede praksis.

“Evidence-Based Medicine” er en metodebog omhandlende udvælgelse og implementering af videnskabelige undersøgelser i praksis (ibid. s. 3-4). Store dele af bogen er ikke relevant for vores problemformulering, hvorfor vi anvender en begrænset del af bogen. Når vi i dette ba- chelorprojekt refererer til bogen “Evidence-Based Medicine”, vælger vi, på trods af respekt for medforfatterne, kun at referere til Sackett for overskuelighedens og læsevenlighedens skyld.

4.3.2 Reidum Norvolls fortolkning af magt

Reidun Norvoll (Norvoll) er forfatter bag kapitlet ”Magt og afmagt” i bogen “Sociologi og socialantropologi”, som anvendes som teoretisk afsæt til analysen af det element i EBM, der omhandler den *bedste forskningsevidens*. Forskningsevidensen kommer i svangreomsorgen til udtryk i procedurer, og udgør en del af det vidensgrundlag, vi baserer vores praksis på. Magtbegrebet bliver da relevant som analytisk udgangspunkt, idet *viden* if. teorien fører til magt. Norvoll er sygeplejerske samt Dr. Polit. og Cand. Sociol. (Cristin 2016), og har dermed både kendskab til sundhedsfaglig praksis og viden om bredere samfundsmæssige forhold. Norvolls forskning har bl.a. omhandlet tvang og brugerinddragelse (Gyldendal Norsk Forlag).

Vi er opmærksomme på, at bogen er sekundærlitteratur, og Norvoll inddrager flere teoretikere heriblandt filosof og idehistoriker Michel Foucault (Norvoll 2009, s. 69) og sociolog Erving Goffman (ibid. s. 77), som har hver deres fokus, hvilket giver os et bredere teoretisk afsæt for vores analyse, end hvis vi havde taget udgangspunkt i primærlitteratur. Bogen tager med sin samfundsvidenskabelige, sociologiske og socialantropologiske tilgang udgangspunkt i problemstillinger og begreber, herunder *magt*, og gør dette anvendeligt for social- og sundhedsvidenskabelige videregående uddannelser, herunder jordemoderuddannelsen. Magtbegrebet bliver således praksisnært og anvendeligt ift. dette bachelorprojekt.

4.3.3 Gitte Bjørnlund - Det jordemoderfaglige skøn

Masterprojektet: “Det jordemoderfaglige skøn” fra 2014 af Bjørnlund har til formål at undersøge, hvorledes evidensbaseret praksisudøvelse påvirker jordemoderstuderendes muligheder for at lære at anlægge selvstændige jordemoderfaglige skøn i deres kliniske del af jordemoderuddannelsen. Vi er bevidste om, at Bjørnlund har et andet fokus i hendes Masterprojekt, end vi har i vores bachelorprojekt. Bjørnlund trækker på Robbie E. Davis-Floyd, som er amerikansk antropolog, og anvendes af Bjørnlund i en jordemoderfaglig kontekst, som vi finder relevant til at belyse jordemoderens *kliniske ekspertise*.

Der er tale om et dansk humanvidenskabeligt studie, Bjørnlund argumenterer dog for, at det er præget af en samfundsvidenskabelig tilgang, da jordemoderprofessionen også studeres ift. samfundet og hospitalsorganisationen (Bjørnlund 2014, s. 11), hvilket gør det relevant for dette bachelorprojekts problemstilling.

Definitionen af det jordemoderfaglige skøn, Bjørnlund anvender i sit masterprojekt, finder vi sammenlignelig med Sacketts forståelse af den kliniske ekspertise, hvorfor Bjørnlund inddrages i dette bachelorprojekt.

Bjørnlund er uddannet jordemoder og har 25 års praksiserfaring. Hun fremhæver selv, at hun dermed er indlejret i genstandsfeltet og har erfaring med udførelse af det jordemoderfaglige skøn, hvilket hun ser som en fordel. Modsat er Bjørnlund også velvidende om ulempen ved sin profession ifm. sit studie, da hun fremhæver, at det kan have betydning for, hvor klart hun kan se genstandsfeltet (ibid. s. 12).

4.3.4 Sara V. Simonsen – Ventetiden i overtiden

Kandidatspecialet “Ventetiden i overtiden” af Simonsen er et dansk antropologisk studie, som gennem en kombination af observationsstudier og semistrukturerede interviews, undersøger kvindernes oplevelse af behandlingen ved overtid i graviditeten. Simonsens studie har et andet fokus end dette bachelorprojekt; Simonsens analyse er dog underbygget af direkte citater fra kvinderne, hvilket gør specialet gennemskueligt og herved anvendeligt i dette bachelorprojekt, som relaterer sig til kvindernes oplevelse af inddragelse i svangreomsorgen. Specialet har en hermeneutisk tilgang, hvilket er forskelligt fra vores kritisk paradigmatisk tilgang. Vi mener dog, at kilden har sin relevans alligevel, da den giver empiriske eksempler på *obstetrisk vold* i form af kvindernes oplevelse af bl.a. pacificering.

Simonsen er bevidst om risikoen for at inddrage egne følelser og oplevelser i projektet, da hun selv har født efter igangsættelse. Hun er antropolog og kan med denne baggrund have en anden tilgang og se andre problemstillinger i svangreomsorgen end jordemoderen, og kan dermed være medvirkende til at belyse andre sider af svangreomsorgen. Undersøgelsen er foretaget og godkendt i 2014 og Jordemoderforeningen har i “Tidsskrift for Jordemødre” udgivet en artikel omhandlende undersøgelsen i 2015. Dette bekræfter, at kandidatspecialet er aktuelt ift. de gravide kvinder i nutidens Danmark.

Vi er opmærksomme på, at undersøgelsen tager udgangspunkt i ét bestemt sygehus’ praksis, men vi mener til trods for dette, at resultaterne kan generaliseres til resten af landet, idet alle danske fødeafdelinger rutinemæssigt arbejder med igangsættelse pga. overtid.

4.3.5 Lovgivning og procedurer

Med dette afsnit ønsker vi kort at introducere lovgivningens hierarki og procedurernes placering i svangreomsorgen. Denne introduktion skyldes, at der gennem redegørelse og analyse inddrages dele af sundhedsloven og autorisationsloven, da lovene danner grundlaget for vores praksis. Endvidere understreger Sundhedsministeriet, at Sundhedsstyrelsen (SST) for landets sygehuse skal pointere nødvendigheden af procedurer med den hensigt at styrke patientsikkerheden (VEJ 9001 af 20/11/2000).

Lovene er udstedt af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, med SST som administrerende myndighed. Sundhedslovens baggrund er bl.a., at behandling skal være af høj kvalitet, samt at patienterne skal have valgfrihed (LBK nr. 1202 af 14/11/2014). Autorisationsloven omhandler bl.a. jordemødres virke og autorisationsbestemmelser og beskriver, at vi har pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed (LBK nr. 877 af 04/08/2011).

Ser man den danske lovgivning som et hierarki, ligger lovene øverst. Bekendtgørelser er ændringer eller uddybninger til en allerede eksisterende lov. Lovbekendtgørelser er en sammenkrivning af en oprindelig lov og de dertil hørende bekendtgørelser. Cirkulære er kun bindende for underordnede myndigheder, da de er tilkendegivelser fra én administrativ myndighed til en anden. Længere nede i lovhierarkiet følger vejledninger, som er af orienterende art og fortolkninger af en lov, som man ikke kan straffes direkte på baggrund af. En vejledning er dog altid knyttet til en lov eller en lovbekendtgørelse, som man kan straffes efter (Evald 2005, s. 21-30). Dette underbygges af autorisationslovens § 91, hvor det beskrives, at bødestraffe kan udmåles ved overtrædelse af forskrifter, som er udarbejdet på baggrund af autorisationsloven (LBK nr. 877 af 04/08/2011). Procedurer ikke er lov, men SST fremhæver dog, at procedurerne har en retsvirkning, herunder henvises der til, at sundhedsprofessionelle altid bør udvise omhu og samvittighedsfuldhed jf. autorisationslovens § 17. En afvigelse fra en procedure vil ikke nødvendigvis være manglende omhu og samvittighedsfuldhed. Hvis afvigelsen sker på baggrund af en vurdering i den konkrete situation, så kan afvigelsen netop tolkes som omhu og samvittighedsfuldhed (VEJ 9001 af 20/11/2000).

4.4 Litteratursøgning

I dette afsnit vil vi redegøre for og begrunde vores litteratursøgning og -udvælgelse.

4.4.1 Søgning i databaser

For beskrivelse af vores søgning i databaser, se bilag 1: DOSIS-guide. For eksemplarisk søgehistorie, se bilag 2: Søgehistorie fra søgning i CINAHL Complete.

4.4.2 Pensumlitteratur

Foruden søgning i databaser har vi ifm. vores indkredsning af bachelorprojektets problemstilling valgt at gennemgå vores modulplaner fra den teoretiske del af uddannelsen for at få inspiration til teorier og teoretikere. Herigennem fik vi inspiration til anvendelse af magtbegrebet, men fandt ikke teori fra lektionerne svarende vores problemstilling og foretog i stedet en bevidst tilfældig søgning, som er beskrevet nedenfor.

4.4.3 Bevidst tilfældig søgning

Bevidst tilfældig søgning (Glasdam red. 2011, s. 37) har været anvendelig i litteratursøgningsprocessen ifm. dette bachelorprojekt, da *obstetrisk vold* er et relativt nyt begreb set i en skandinavisk kontekst. Vi har derfor haft stor gavn af at kontakte personer, der beskæftiger sig med emnet, og vi har herigennem få kendskab til projekter, undervisningsmateriale mv., som relaterer sig til *obstetrisk vold* i en dansk kontekst.

4.4.3.1 Inspiration til Sacketts EBM

For at opnå sparring ift. begrebet *overmedikalisering* og ‘menneskerettigheder indenfor fødselsområdet’ kontaktede vi en jordemoder og lektor på jordemoderuddannelsen på Metropol, som har beskæftiget sig med netop disse emner. På baggrund af denne kontakt stiftede vi bekendtskab med Sackett, som vi har fundet anvendelig til besvarelse af vores problemformulering. Vha. bibliotekssøgninger fandt vi frem til bogen: “Evidence-Based Medicine”.

4.4.3.2 Inspiration til Norvolls kapitel om magt og afmagt

På baggrund af søgning i vores pensumlitteratur, fortsatte vi vores søgning i relation til magtbegrebet og fandt inspiration fra vores egne undervisere. Herved fandt vi frem til bogen “Sociologi og socialantropologi”, som behandler magtbegrebet.

4.4.3.3 Inspirations til Bjørnlunds masterprojekt

Under et klinikmøde i praktikken havde gruppemedlemmer stiftet bekendtskab med Bjørnlund, uddannelsesansvarlig jordemoder i Viborg, som på mødet holdt oplæg om sit masterprojekt. Vi fandt Bjørnlund aktuel og anvendelig ift. klinisk ekspertise og jordemoderfagligt skøn modsat søgeresultaterne fra databaserne og gennemgangen af pensumlitteraturen.

4.4.3.4 Inspiration til Simonsens kandidatspeciale

De artikler, som vi fandt gennem litteratursøgningen i databaserne, gav ikke en kilde der specifikt var rettet mod kvindernes oplevelse af procedurer i en jordemoderfaglig kontekst, der var sammenlignelig med danske forhold. Via en medstuderende stiftede vi bekendtskab med Simonsens antropologiske kandidatspeciale, som netop har kvindernes oplevelse af svangreomsorgen som fokus.

5. Redegørelse og analyse

I det følgende vil vi redegøre og analysere hver udvalgt kilde med udgangspunkt i vores problemformulering.

5.1 Redegørelse og anvendelse af EBM ifølge Sackett

I dette afsnit vil EBM blive operationaliseret, så det bliver relevant for jordemoderprofessionen og dermed også dette bachelorprojekt. Vi argumenterer for, at vi kan overføre begrebet EBM til jordemoderprofessionen, da Sackett selv pointerer, at bogen “Evidence-Based Medicine” er skrevet til praktiserende læger, men at EBM er overførbart til andre sundhedsprofessioner (Sackett et al. 2000, s. V). De tre elementer i EBM redegøres for, og det vil fremgå, hvordan vi anvender hvert enkelt element i resten af bachelorprojektet.

5.1.1 Sacketts definition af EBM

If. Sackett er EBM i praksis en integration af tre elementer, bestående af den *bedste forsknings-evidens*, *klinisk ekspertise* og *patientens værdier* (ibid. s. 1). Hvert element i definitionen af EBM uddyber Sackett yderligere:

5.1.1.1 Den bedste forskningsevidens

Den *bedste forskningsevidens* inkluderer if. Sackett relevant forskning fra de grundlæggende videnskaber inden for medicinen, men også patientcentreret forskning, præcise diagnostiske test herunder kliniske undersøgelser, prognoser og effekten og sikkerheden af terapeutiske, rehabiliterende og forebyggende behandlinger. Samtidig omhandler den *bedste forskningsevidens* ny evidens fra klinisk forskning. Den nye evidens kan være med til at afkræfte tidligere anvendte og accepterede diagnostiske test og behandlinger og dermed erstatte dem med tests og behandlinger, som er sikrere, mere præcise og langt mere effektive end før (ibid.).

Den *bedste forskningsevidens* vil i jordemoderens praksis typisk komme til udtryk i de procedurer, der danner rammen om den kliniske praksis. I analysen af dette element af EBM, refereres derfor både til den *bedste forskningsevidens* i sig selv og til procedurerne.

5.1.1.2 Klinisk ekspertise

Når Sackett fremstiller klinisk ekspertise, menes der klinikerens evne til at anvende kliniske færdigheder og erfaringer for på denne måde hurtigt at kunne identificere den specifikke patients helbred og diagnose, samt patientens individuelle fordele og ulemper ved en intervention, med udgangspunkt i personlige værdier og forventninger hos patienten (ibid.). Da både Sacketts definition af *klinisk ekspertise* og Bjørnlunds beskrivelse af det jordemoderfaglige skøn rummer hensyntagen til den individuelle kvindes værdier (Bjørnlund 2014, s. 27-28) i beslutningen om, hvad der er den bedste behandling i den specifikke situation, finder vi det relevant at anvende det jordemoderfaglige skøn i operationaliseringen af EBM, specifikt ift. elementet jordemoderens *kliniske ekspertise*. Klinikerens ekspertise vil fremadrettet i dette bachelorprojekt blive benævnt som jordemoderens *kliniske ekspertise*, dog kontekstafhængigt også som det jordemoderfaglige skøn på baggrund af Bjørnlunds anvendelse af begrebet.

5.1.1.3 Patientens værdier

Patientens værdier omhandler patientens individuelle præferencer, bekymringer og forventninger. Patientens værdier bør if. Sackett integreres i de kliniske beslutninger (Sackett et al. 2000, s. 1). Vi anvender Simonsens kandidatspeciale til at analysere *patientens værdier*, som fremover benævnes *kvindens værdier*, da det er de gravide, fødende og barslende kvinder, jordemoderen beskæftiger sig med.

5.1.2 Quality of life

Når disse tre elementer alle inddrages og integreres i praksis vil klinikerens og patientens if. Sackett danne en diagnostisk og terapeutisk alliance, hvilket vil medføre et optimeret *klinisk outcome* samt *quality of life* (ibid.). Den diagnostiske og terapeutiske alliance anses som værende et optimalt samarbejde mellem jordemoderen og kvinden og vil i dette bachelorprojekt blive beskrevet som et optimalt samarbejde mellem disse parter. I dette bachelorprojekt har vi valgt at fokusere på *quality of life*, og dermed ikke beskæftige os med *klinisk outcome*. Dette valg er foretaget på den baggrund, at *obstetrisk vold* medfører et mindsket *quality of life*, hvorfor fokus i denne opgave vil være på at øge *quality of life* mhp. at minimere *obstetrisk vold*, jf. problemformuleringen.

5.1.3 Begrænsninger og udfordringer ved EBM

Med dette afsnit vil vi fremhæve begrænsninger og udfordringer ved EBM, if. Sackett.

En af begrænsninger ved EBM, er manglende entydig videnskabelig evidens (Sackett et al. 2000, s. 7). En anden begrænsning er det faktum, at evidens er under hastig udvikling, og at den *bedste forskningsevidens* sidste år ikke nødvendigvis vil være den samme i år (ibid. s. 29). Desuden er det if. Sackett en udfordring at overføre evidensen til plejen af den individuelle patient (ibid. s. 7). Endvidere fremhæver Sackett en udfordring i at inkorporere den kvalitative forskning i EBM i praksis (ibid. s. 21).

5.2 Redegørelse og analyse af den *bedste forskningsevidens* med udgangspunkt i ”Magt og afmagt”

I det følgende vil vi se på den del af EBM, der beskrives som den *bedste forskningsevidens*. Jf. redegørelsen af Sackett, kommer den *bedste forskningsevidens* særligt til udtryk igennem de procedurer, jordemoderen i vid udstrækning baserer vores praksis på. Derfor vil genstandsfeltet for dette analyseafsnit, foruden den ”rene” forskningsevidens, være procedurerne indenfor svangreomsorgen, der fortæller, hvordan vi skal tilrettelægge og udføre vores praksis. Som analyseredskab til at undersøge betydningen af den *bedste forskningsevidens* og procedurer i vores svangreomsorg anvendes teorier om *magt og afmagt*, fortolket af Reidun Norvoll.

Vi finder det relevant at holde kapitlet om magt op imod den del af Sacketts evidensbegreb, der omhandler den *bedste forskningsevidens*, idet Michel Foucault peger på en tydelig sammenhæng mellem magt og viden, som vi vil redegøre nærmere for i det nedenstående. I denne kontekst forstår vi *viden* som den viden, der afspejles i vores procedurer, i form af den *bedste forskningsevidens*. Dette analyseafsnit vil berøre magtens konsekvenser for kvinderne. Perspektiverne, der vedrører kvindernes oplevelser i mødet med procedurerne, udfoldes dog først i opgavens afsnit 5.4.

5.2.1 Introduktion til magt

Med henvisning til den anerkendte sociolog Max Weber definerer Norvoll magt som *“et eller flere menneskers mulighed for at sætte deres vilje igennem i det sociale samkvem, også selvom andre deltagere i det kollektive liv skulle gøre modstand”* (Norvoll 2009, s. 68). Således fremhæves det, at magt eksisterer i situationer, hvor personer eller grupper har modstridende interesser (ibid.). Indenfor svangreomsorgen kan der være tale om en modstridende interesse mellem en procedure på baggrund af den *bedste forskningsevidens* og et specifikt ønske fra en individuel kvinde.

If. Norvoll er det relevant at diskutere magt inden for sundhedsvæsenet, idet undersøgelser har vist, at brugere af sundhedsvæsenet har følt sig krænkede og umyndiggjorte. Brugerne har bl.a. følt sig krænkede, når de har følt sig *“ignorerede, affejede og bagatelliserede af personalet”* (ibid. s. 72). Norvoll refererer til undersøgelser af patienters utilfredshed med hospitalsophold, som viser, at utilfredsheden ofte bunder i oplevelser af manglende individuel og medmenneskelig omsorg samt umyndiggørende behandling. Norvoll henviser i denne forbindelse til Goffman, som med afsæt i begrebet *institutionalisering*, anvender termene *depersonalisering* og *dehumanisering* til at beskrive konsekvenserne af den umyndiggørende og umenneskelige behandling (ibid. s. 80). Jf. definitionen af *obstetrisk vold*: *“the appropriation of the body and reproductive processes of women by health personnel, which is expressed as **dehumanized treatment**...”* (D’Gregorio 2010, s. 201) er der en klar sammenhæng mellem Goffmans institutionaliseringsbegreb og *obstetrisk vold*.

Norvoll beskriver med henvisning til Goffman, at depersonaliseringsprocessen startes allerede ved indlæggelsen, hvor patienten omformes fra at være et aktivt subjekt til at være et passivt objekt. Inden for institutionen mødes den indlagte med forventninger om føjelighed og lydighed ift. personalets ønsker (ibid. s. 78). Personalets, jordemoderens, ønsker til kvinden vil oftest være bundet op på *bedste forskningsevidens* som udtrykt i procedurerne. Med udgangspunkt i Goffman kan man altså argumentere for, at vi ved at lade procedurerne være styrende for vores praksis, kan medføre pacificering og objektivisering kvinden.

Forud for den videre analyse af magtbegrebet, finder vi det relevant at understrege, at magt if. Norvoll kan forstås som *“et alment kendetegn ved det sociale liv og som et fænomen, der kan have både positive og negative konsekvenser”* (ibid. s. 69). Magt kan således være en ressource til at opnå det, man gerne vil, men kan også manifestere sig som undertrykkelse og krænkelse af andre mennesker (ibid.). Magten i den *bedste forskningsevidens* og i praksis procedurerne,

der bygger herpå, er altså gavnlige og kan medføre positive konsekvenser. Dette understøttes endvidere af Sundhedsministeriet, der har pålagt SST at pointere nødvendigheden af procedurer overfor landets sygehuse, med den hensigt at styrke patientsikkerheden (VEJ nr. 9001 af 20/11/2000). Jf. dette bachelorprojekts indledning er procedurene en integreret del af vores praksis i dag. If. Norvoll kommer magtanvendelse til syne i måden, handlinger udføres på (Norvoll 2009, s. 72). Dermed synes det mere relevant at diskutere anvendelsen af den *bedste forskningsevidens* end eksistensen af samme.

5.2.2 Viden er magt

Norvoll tager afsæt i Foucault, der påpeger en klar sammenhæng mellem magt og viden, idet de er hinandens forudsætninger. Magt producerer viden og der vil tilsvarende altid være en vidensbase, som understøtter et givent magtforhold (ibid. s. 90). Magt baseres på sprog og virkelighedsopfattelse, og netop af denne grund er viden en vigtig del af den magtform, Norvoll kalder *symbolsk magt*. Symbolsk magt handler bl.a. om magten til at definere, hvad der anses for at være rigtigt og forkert i en bestemt kontekst eller i samfundet generelt (ibid. s. 87). Den *bedste forskningsevidens* udtrykker i vid udstrækning en opfattelse af, hvad der er “rigtig” og “forkert” praksis inden for svangreomsorgen.

If. Norvoll anlægges Foucault et konstruktivistisk syn på viden, idet han ikke mener, at “*videnskabelig kundskab kan anses for et almengyldigt fænomen*” (ibid. s. 91). Med dette udgangspunkt kan man mene, at der ikke findes objektive sandheder om sundhed og sygdom, og dermed heller ikke objektive sandheder om bedste praksis i svangreomsorgen. Dermed kan man med udgangspunkt i den konstruktivistiske tankegang anfægte den værdi, der tillægges den *bedste forskningsevidens* i svangreomsorgens praksis i dag. Dette harmonerer med Sacketts understregning af, at den *bedste forskningsevidens* i år, ikke nødvendigvis er den *bedste forsknings-evidens* næste år, jf. redegørelsen af Sackett. Idet der hele tiden kommer ny forskning, ændres vidensgrundlaget og forståelsen af bedste praksis. I “Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv.” uddybes jordemoderens pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. I denne uddybning fremgår det, at “*jordemoderen har pligt til at holde sin uddannelse ved lige, følge udviklingen indenfor jordemoderfaget og gøre sig fortrolig med ny viden af betydning for erhvervsudøvelsen*” (VEJ nr. 151 af 15/08/2001), lovgivningen bekræfter her, at den *bedste forskningsevidens* ikke er konstant.

If. Norvoll opstår der dét, der kaldes modelmagt, når en person eller en gruppe af personer, får godtaget sin virkelighedsmodel som “den sande”. Denne gruppe vil da have (model)magten til at opstille præmisserne for den situation, der udspiller sig (ibid. s. 88). I dag foregår fødslerne i vid udstrækning på sygehusene, hvortil der følger nogle muligheder af medicinsk karakter. Som redegjort for i bachelorprojektets indledning, sker der i dag mange indgreb i den ukomplicerede fødsel, jf. citatet af Bondo og Hansen. Med baggrund i dette, kan man argumentere for, at en medicinsk tilgang til fødselsområdet er dominerende - man kan tale om, at der hersker en “lægevidenskabelig” modelmagt i svangreomsorgen. Dette ser vi i høj grad afspejlet i den værdi, der tillægges den *bedste forskningsevidens* i svangreomsorgens praksis.

Norvoll skriver: “*modelmagt styrkes hvis den samme person eller gruppe besidder information, som de andre ikke har adgang til*” (ibid. s. 88). Professioner har en særlig ekspertviden og “vidensmonopol”, der medfører, at professionerne har stor magt “*når det gælder forvaltning af normer og værdier i samfundet, og når det gælder om at bestemme, hvad der skal anses for normalt og unormalt, sundt eller usundt, rigtigt eller forkert*” (Turner 1987, Norvoll 2009, s. 90). Jordemødre besidder en særlig viden om graviditet og fødsel, på baggrund af uddannelse, erfaringer og ikke mindst den *bedste forskningsevidens*. If. Norvoll danner denne viden altså grundlaget for en styrket magt til jordemødrene; Norvoll betegner dette som *professionens magt*. Konsekvenserne heraf for kvinden udfoldes i det følgende afsnit.

5.2.2.1 Sprogets magt

Magt er baseret på sprog og kommunikation mellem mennesker, idet sproget har magt over tankerne og dermed også vores handlinger på baggrund af vores tænkning (Norvoll 2009, s. 87). Norvoll mener, at sproget ikke er neutralt, men et resultat af den virkelighedsopfattelse og de værdier, man har, og at sproget i sig selv kan forme virkeligheden (ibid. s. 87). Dermed er jordemødre med til at forme virkeligheden på fødselsområdet igennem den diskurs, der anvendes. Procedurene afspejler en forståelse af, hvornår noget er “normalt” og “unormalt”. Da jordemoderen tager udgangspunkt i procedurerne, bliver det forståelsen, der afspejles heri, der viderekommunikeres til kvinderne. Gennem sproget kan jordemoderen påvirke den virkelighed, den gravide/fødende står i, hvilket kan have store konsekvenser for det valg, kvinden træffer vedr. egen behandling. Jordemoderens informationsgivning tager i praksis ofte afsæt i den *bedste forskningsevidens* udtrykt i fødestedets procedurer, som dermed kan være stærkt bestem-

mende for de valg, kvinden træffer vedr. egen behandling. I svangreomsorgens procedure-baserede indretning er således indlejret et asymmetrisk magtforhold, der i udgangspunktet tilgodeser svangreomsorgens interesser, evt. på bekostning af kvinden, såfremt hendes interesser afviger herfra.

For at forstå, hvorfor det kan være svært for kvinden at holde fast i egne præferencer i mødet med den *bedste forskningsevidens*, er det nødvendigt at kende til begrebet afmagt. Afmagt er modstykket til magt og beskrives af Norvoll bl.a. som det at være i en situation, hvor man ikke har mulighed for at modsætte sig andres vilje (ibid. s. 80-81). De fødende kvinder har juridisk mulighed for at modsætte sig jordemoderens anbefalinger, idet de lovmæssigt er sikret autonomi via sundhedslovens §§ 15-16 om Informeret samtykke (LBK nr. 1202 af 14/11/2014). Afmagten forstærkes dog if. Norvoll, når man er i en afhængighedssituation, hvor man er afhængig af ”den mægtiges” hjælp (Norvoll 2009, s. 81), hvilket netop kan så tvivl om kvindens reelle mulighed for at gå imod den *bedste forskningsevidens*, såfremt hun har et ønske herom.

5.2.3 Medikalisering

Norvoll beskriver med henvisning til Foucault, at den medicinske profession har “*vundet herredømme over andre former for forståelse af sygdom og sundhed*” (ibid. s. 90). Tendensen beskrives if. Norvoll som medikalisering (ibid.). Norvolls udlægning af den medicinske dominans stemmer overens med vores oplevelse af praksis, hvor lægevidenskaben har stor magt også indenfor svangreomsorgen, hvor forskningsevidensen tillægges stor værdi (ibid.).

Medikaliseringen af fødselsområdet kommer til udtryk i det forhold, at de fleste kliniske situationer er beskrevet i procedurer med handlingsanvisninger på baggrund af den tilgængelige forskningsevidens. Således er den oplagte løsning på et konkret klinisk problem umiddelbart at tjekke procedurerne for “den bedste løsning” af det konkrete problem. Den *bedste forskningsevidens* kan med baggrund i ovenstående siges at have en stor plads i vores daglige praksis. Norvoll angiver, at der er delte meninger om medikaliseringens betydning, men fremfører det synspunkt, at medikalisering fører til overmedicinering og overbehandling, netop fordi tilstande, der tidligere betragtedes som normalt tilstande “*bliver sygdomme*” (ibid.). Overmedicinering og overbehandling kan sidestilles med *obstetrisk vold*, jf. definitionen heraf, som indeholder “*...abuse of medication, and to convert the natural processes into pathological ones....negatively impacting the quality of life of women*” (D’Gregorio 2010, s. 201). Med dette

udgangspunkt kan man argumentere for, at den *bedste forskningsevidens* og den lægevidenskabelige tilgang fylder uhensigtsmæssigt meget i svangreomsorgen, og at medikaliseringen kan tænkes at have medført overmedikalisering.

5.2.4 Magtens mellemænd

Umiddelbart kan det lyde som om, der lægges meget skyld over på jordemoderen. I den forbindelse er det relevant at påpege, at afmagt if. Norvoll ikke kun omhandler “*patienterne, men også personalets muligheder for at realisere egne faglige og personlige interesser i arbejdet*” (Norvoll 2009, s. 83). Foucault beskriver, at personalet er magtens mellemænd, hvor personalet, samtidig med at de udøver magt, selv er underlagt magtstrukturerne (ibid.). Den enkeltes magt vil ofte være knyttet til de roller, man besidder i et socialt system (Norvoll 2009, s. 75). I vores kontekst kan vi altså tale om, at jordemoderens magt baserer sig på hendes rolle som jordemoder og ikke på hendes egen person, jf. førnævnte om *professionens magt*. Den strukturelle magt udformes if. Norvoll bl.a. gennem den måde, institutionen er organiseret på (ibid. s. 75). Til svangreomsorgens organisering hører, foruden de bredere fysiske rammer, også rammerne for jordemoderens praksis. Denne er som nævnt i høj grad bundet op på den *bedste forskningsevidens* og dermed procedurer, som i vid udstrækning dikterer, hvordan jordemoderen skal handle.

I svangreomsorgen har jordemoderen altså magt på baggrund af den jordemoderfaglige rolle og udøver magt med udgangspunkt i procedurer, der i værste fald kan medføre en dehumanisering og pacificering af kvinderne, jf. Goffmans institutionaliseringsbegreb. Samtidig er jordemoderen udsat for magt, fordi hun i vid udstrækning er underlagt at følge de procedurer, der er udstukket. I teorien har jordemødre mulighed for at afvige procedurer. I praksis kan dette dog være svært, idet systemet if. Norvoll, kan lægge for stort pres på den enkelte [jordemoder] ift. gennemførelse af institutionens rutiner til trods for at dette evt. kan bryde med faglige og etiske standarder (ibid. s. 76). Dertil kommer, at jordemoderen, til trods for, at procedurer ikke er lov, kan udsættes for sanktioner, hvis hun afviger fra en procedure og der på den baggrund sker et dårligt udkomme. Der kan potentielt stilles spørgsmål ved, om jordemoderen dermed har udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed, i modstrid med autorisationslovens § 17 (LBK nr. 877 af 04/08/2011). Det skal dog nævnes, at det omvendt også kan være udtryk for omhu og samvittighedsfuldhed, hvis jordemoderen afviger fra en procedure, såfremt det sker på baggrund af en vurdering i den konkrete situation (VEJ nr. 9001 af 20/11/2000). Jordemoderens

mulighed for at foretage en sådan vurdering og afvige fra proceduren kompliceres dog af magten i den *bedste forskningsevidens*.

5.2.5 Opsummering

Opsummerende kan det siges, at der er sket en medikalisering af svangreomsorgen på baggrund af en herskende lægevidenskabelig modelmagt, der betyder at den *bedste forskningsevidens* tillægges stor værdi i svangreomsorgen. Jordemoderprofessionen har magt på grund af et “vidensmonopol”, der bl.a. bygger på den *bedste forskningsevidens*. Magten er ikke entydig negativ eller positiv, og udøves konkret igennem sproget, der er med til at definere virkelighedsopfattelsen. Jordemoderen har i kraft af sin professionelle rolle mulighed for at påvirke det valg, kvinden træffer vedr. egen behandling; potentielle negative konsekvenser af denne magt kan være en dehumanisering og pacificering af kvinden. Jordemoderen er magtens mellemmand, da hun pga. svangreomsorgens organisering med procedurer udøver magt over for kvinden, samtidig med at hun selv er underlagt magtstrukturerne.

5.3 Redegørelse og analyse af jordemoderens *kliniske ekspertise* med udgangspunkt i ”Det jordemoderfaglige skøn”

Til at belyse elementet jordemoderens *kliniske ekspertise* anvender vi Bjørnlunds Masterprojekt: “Det jordemoderfaglige skøn”, da vi vil undersøge, hvordan svangreomsorgens struktur har indflydelse på, jordemoderens mulighed for at anlægge jordemoderfaglig skøn. Med jordemoderens *kliniske ekspertise* menes if. klinikerens evne til at anvende kliniske færdigheder og erfaringer for at kunne identificere den specifikke patients helbred og diagnose, samt patientens individuelle fordele og ulemper ved en intervention med udgangspunkt i personlige værdier og forventninger hos patienten (Sackett et al. 2000, s. 1).

5.3.1 Jordemoderfagets udvikling

Centerordningens indførsel i 1974 medførte, at jordemødrene gik fra et liberalt og selvstændigt erhverv uden for hospitalsregi til offentlige ansættelser, og jordemoderfaget blev dermed påvirket af en videnskabelig og teknologisk udvikling samt et krav om evidensbaseret jordemoderfaget (Bjørnlund 2014, s. 6). Centerordningens indførsel kan dermed ses som det første spadestik til medikalisering af fødslerne, fordi jordemoderfaget har gennemgået en udvikling fra

at være erfaringsbaseret til nu at stræbe efter evidensbaseret viden. De fastlagte rammer for jordemødres praksisudøvelse bidrager til et dilemma mellem jordemoderprofessionens bestræbelse på en individuel behandling med udgangspunkt i det jordemoderfaglige skøn og den nuværende bestræbelse på standardiseret behandling i form af procedurer. Dette mener Bjørnlund er i strid med jordemødrenes mulighed for at udøve det jordemoderfaglige skøn (Bjørnlund 2014, s. 8-9). Problematikken består i, at jordemødrenes evne til at vurdere et jordemoderfagligt skøn på baggrund af faglig viden samt tidligere erfaringer trues af indførslen af procedurene. Derfor vil vi gennem Sackett og Bjørnlund se nærmere på, hvordan jordemoderens *kliniske ekspertise* kan inddrages i svangreomsorgen mhp. at optimere kvindens *quality of life*.

5.3.2 Det jordemoderfaglige skøn

I sit masterprojekt udleder Bjørnlund, at centrale karakteristika ved det jordemoderfaglige skøn er, at jordemødre skal kunne foretage en faglig vurdering mellem komplicerede og ukomplicerede forhold samt, at jordemødrene er underlagt at medinddrage kvinderne og deres værdier og desuden bestræbe sig på at understøtte den spontant forløbende og ukomplicerede fødsel. Derfor må jordemoderen i praksis inddrage situationsspecifik viden for at skønne, hvad der er bedst for kvinden og samtidig skønne hvilke handlinger, der bedst understøtter den spontant forløbende og ukomplicerede fødsel (ibid. s. 27-28). Her stemmer det jordemoderfaglige skøn overens med Sacketts definition af jordemoderens *kliniske ekspertise*, da der i begge tilfælde er tale om evnen til at anvende kliniske færdigheder og erfaringer med udgangspunkt i kvindens personlige værdier. At yde en differentieret omsorg kan dog være en udfordring, når svangreomsorgen har fastlagte rammer i form af procedurer baseret på evidensbaseret viden, der fortæller, hvilke handlinger, der skal udføres i de specifikke situationer, hvilket bekræftes i Bjørnlunds masterprojekt, hvor hun henviser til den norske sygeplejeforsker Kari Martinsen, som mener, at skønsudøvelse er udfordret i den etablerede evidensbaserede praksisudøvelse, dels pga. procedurer (ibid. s. 22).

Bjørnlund pointerer, at det er den professionelles opgave at identificere en given problematik og gennem faglig viden vurdere og fortolke denne (ibid. s. 18). For at kunne anlægge et klinisk skøn, er det nødvendigt, at oplevede erfaringer bearbejdes gennem refleksion, for derigennem at kunne anvendes som ressourcer til fremadrettet at anlægge et klinisk skøn (ibid. s. 25). Sætter vi dette i relation til Sacketts definition af jordemoderens *kliniske ekspertise*, mener han, at jordemoderen foruden at have evner til at anvende kliniske færdigheder også skal have evner

til at anvende kliniske erfaringer for at kunne identificere den specifikke situation (Sackett et al. 2000, s. 1). Jordemoderens kliniske erfaringer danner dermed baggrund for, og styrker jordemoderens evne til at vurdere og fortolke en given problemstilling.

I sit masterprojekt fremhæver Bjørnlund nogle svagheder ved det jordemoderfaglige skøn, bl.a. at to forskellige professionelle, begge med de bedste hensigter, kan ræsonnere sig frem til forskellige konklusioner om, hvad der er mest formålstjenlig i den specifikke situation (Bjørnlund 2014, s. 19). Dette er et argument for, at jordemoderens *kliniske ekspertise*. Bjørnlund påpeger ligeledes med henvisning til Martinsen, *“at den evidensbaserede viden har sin fulde berettigelse, men at den generelle viden i det professionelle skøn må integreres med den situations-specifikke viden”* (ibid. s. 22). Endvidere argumenterer Bjørnlund for, at fundamentet for det jordemoderfaglige skøn er den faglige viden, da denne viden er afgørende for, at jordemoderen kan vurdere om det er forsvarligt at afvige fra en procedure (ibid. s. 24). At den evidensbaserede viden og dermed procedurerne har sin fulde berettigelse i jordemødrenes praksisudøvelse kommer til udtryk i Bjørnlunds masterprojekt, hvor følgende citat fra Bondo inddrages:

... som jordemødre bliver vi suget ind i et proceduretyranni, der ikke altid rummer plads til overvejelser over vilkårene for det enkelte menneske, eller plads til overvejelser sammen med kvinden. Vi skal helt sikkert handle efter evidens og statistik, men indsigten i den enkelte kvindes forhold er også afgørende for at kunne støtte hendes arbejde for at bringe sit barn til verden i trygge omgivelser (ibid. s. 54).

Her argumenterer Bondo for nødvendigheden af forskningsevidensen, men påpeger samtidig nødvendigheden af at inddrage *kvindens værdier* og etiske overvejelser, hvilket desuden stemmer overens med jordemoderens *kliniske ekspertise*, der if. Sacketts definition rummer inddragelse af *kvindens værdier* foruden kliniske færdigheder og erfaringer.

5.3.3 Fødselsparadigmer

I Bjørnlunds masterprojekt opstilles der et modsætningsforhold mellem hospitalsorganisationens standardiserede behandlinger på baggrund af procedurer og jordemødrenes hensigt om at holde svangreomsorgen så ukompliceret som muligt; de standardiserede behandlinger bestræbelse på at forebygge en potentiel risiko vil til tider medføre unødvendige indgreb i ukomplicerede graviditets- og fødselsforløb (ibid. s. 28-29). Modsætningsforholdet opstår bl.a. fordi hospitalsorganisationen og jordemødrene ikke arbejder ud fra samme fødselsparadigme, hvilket

medfører, at jordemoderens *kliniske ekspertise* bliver underkendt af procedurerne, da jordemødrene i vid udstrækning er underlagt at skulle følge afdelingens procedurer (VEJ 9001 af 20/11/2000). Bjørnlund skriver, at hospitalsorganisationen tager udgangspunkt i det teknokratiske paradigme, hvilket afspejles i indførelsen af Den Danske Kvalitetsmodel (ibid. s. 34), mens jordemødre i den danske fødekultur tilstræber at arbejde ud fra det humanistiske paradigme, med fokus på den enkelte kvindes forventninger og værdier. I sit masterprojekt tager Bjørnlund udgangspunkt i Robbie Davis-Floyd, som har en master og Ph.D i antropologi, og gennem forskning har indkredset tre paradigmer inden for fødselshåndtering (ibid. s. 31). I dette bachelorprojekt har vi valgt at fokusere på det teknokratiske og humanistiske paradigme, da det er disse paradigmer, der udgør det førømtalte modsætningsforhold.

I det *teknokratiske paradigme* betragtes kroppen som en maskine adskilt fra sjælen, og der anses umiddelbart ikke nogen nævneværdig grund til medinddragelse af kvinden (ibid. s. 31), hvilket desuden har den effekt, at jo mere vi kontrollerer naturen gennem medicin og teknologi, jo mere frygter vi de aspekter ved naturen, som vi ikke kan kontrollere, og i et forsøg på netop at bekæmpe disse ukontrollerbare aspekter indfører vi flere procedurer (ibid. s. 32). Hospitalsorganisationen, med dens fastlagte rammer og procedurer (ibid. s. 34), kan risikere at fjerne fokus fra den enkelte kvinde. Dette harmonerer ikke med jordemoderens *kliniske ekspertise*, da procedurerne lægger op til, at jordemoderen ikke handler på baggrund af hendes kliniske færdigheder og erfaringer, men derimod handler på baggrund af procedurerne, som vi må antage er baseret på den *bedste forskningsevidens*. If. Bjørnlund resulterer dette i, at potentielt normale gravide og fødende udsættes for unødvendig overvågning og indgreb (ibid. s. 37), og dermed opstår unødvendig medikalisering på baggrund af frygt for de aspekter ved naturen, som ikke kan kontrolleres.

I det *humanistiske paradigme* anses krop og sind som en samlet organisme. Både biologiske, psykologiske og sociale forhold anses for at være betydningsfulde og bidrager til inddragelse af kvinden (ibid. s. 31). Den professionelle, der agerer inden for dette paradigme, vil tilstræbe at opnå en balance mellem at anvende procedurer og tilgængelig teknologi samt inddrage kvindens ønsker og behov (ibid. s. 33). Dette paradigme harmonerer med Sacketts definition af jordemoderens *kliniske ekspertise*, idet det humanistiske paradigme lægger op til en individuel vurdering af kvinderne, hvor der også tages hensyn til *kvindens værdier*.

Jordemødrenes bestræbelser på at udøve en individcentreret omsorg står hermed i kontrast til svangreomsorgens bestræbelse på at opnå en vis kontrol ved at regulere jordemoderprofessionen gennem procedurer (ibid. s. 43), hvilket gør denne problematik til en organisatorisk problemstilling, og dermed ikke noget den enkelte jordemoder nødvendigvis kan have indflydelse på i sin praksisudøvelse.

5.3.4 Opsummering

Gennem ovenstående analyse af Bjørnlunds masterprojekt er vi kommet frem til, at svangreomsorgen er struktureret med udgangspunkt i det teknokratiske paradigme, hvilket er problematisk ift. jordemoderens stræben efter at arbejde ud fra det humanistiske paradigme samt jordemoderens *kliniske ekspertise* i form af det jordemoderfaglige skøn. På baggrund af det teknokratiske paradigmes dominans, som i høj grad er baseret på den *bedste forskningsevidens*, er det jordemoderfaglige skøn udfordret. En svaghed ved jordemoderens *kliniske ekspertise*, at to jordemødre kan ræsonnere sig frem til to forskellige løsninger, hvorfor evidensbaseret viden er et fundament for jordemoderens *kliniske ekspertise*.

5.4 Redegørelse og analyse af *kvindens værdier* med udgangspunkt i ”Vente-tiden i Overtiden”

Til at belyse elementet *kvindens værdier* anvendes Simonsens kandidatspeciale: ”Ventetiden i overtiden”, da vi ønsker at undersøge i hvilken grad kvinderne føler, at deres værdier bliver inddraget i svangreomsorgens praksis. Vi anvender kandidatspecialet som empirisk eksempel på kvindernes oplevelse af svangreomsorgen og mødet med svangreomsorgens procedurer. Igangsættelse pga. overtid er et eksempel på en situation, hvor en i udgangspunktet ukompliceret gravid kvinde udsættes for undersøgelser, indgreb samt øget overvågning, hvilket vi finder relevant ift. at undersøge *kvindens værdier*, hvormed der menes hendes præferencer, bekymringer og forventninger jf. redegørelsen af Sackett. *Kvindens værdier* skal inddrages i jordemoderens praksisudøvelse i svangreomsorgen for at fremme *quality of life* og dermed minimere *obstetrisk vold*.

5.4.1 Kvindernes oplevelse af at blive depersonaliseret

Jdm.: "Nå Mette, du er jo så 41+3.."

Mette: "Nej, jeg er Mette Hansen. Det er lidt underligt for mig at blive kaldt for et tal"
(Simonsen 2014, s. 62).

Ovenstående dialog er et eksempel på en kvinde, der ikke oplever at blive mødt som menneske i mødet med svangreomsorgen. Simonsen fremhæver desuden at: *"Brugen af tidskategorier, baseret på hvor lang tid den pågældende gravide kvinde er gået over terminsdatoen, bevirker at de gravide kvinder føler sig depersonaliseret"* (Simonsen 2014, s. 74). Som det fremgår af citatet, kan den standardiserede indretning af svangreomsorgen, hvor praksis i nogen grad ligger fast på forhånd, få negative konsekvenser for kvindernes oplevelse af at blive inddraget, i strid med EBM, hvorved det kan påvirke kvindens *quality of life negativt*. If. Simonsen kan jordemødrenes kategoriseringer på baggrund af tidsbetegnelser, internaliseres af kvinderne og medføre, at kvinderne føler sig sygeliggjorte og stigmatiserede som patienter (Simonsen 2014, s. 45). Vi kan forestille os, at kategoriseringer i andre forbindelser i svangreomsorgen potentielt kan medføre samme negative konsekvenser.

If. ovenstående om depersonalisering på baggrund af tal og måleenheder, kan kvindernes oplevelse i svangreomsorgen betragtes som *obstetrisk vold*, jf. definitionen: *"the appropriation of the body and reproductive processes of women by health personnel, which is expressed as **de-humanized treatment**..."* (D'Gregorio 2010, s. 201). Simonsen konkluderer, at igangsættelsesforløb automatisk placerer de gravide kvinder i en risikoberegning bestående af kategoriseringer i tal og procenter (Simonsen 2014, s. 77). Svangreomsorgen er således med til at kategorisere kvinderne. Kategoriseringen indebærer en risiko for, at vi ignorerer kvindens individualitet og dermed ikke får integreret *kvindens værdier* i praksis, i modstrid med EBM.

Simonsen argumenterer for, at der sker et skifte i praksis fra konsultationerne før terminsdatoen til konsultationerne efter terminsdatoen (ibid. s. 54). If. Simonsen følte mange af de gravide kvinder, at igangsættelsesprocessen overtog deres aktive rolle i fødselsprocessen, fordi der nu var fokus på det medicinske. De følte, at de blev negligeret til fordel for selve igangsættelsesprocessen (ibid. s. 55), som en informant udtalte:

Jeg føler, at pillerne nu skal gøre arbejdet, og jeg skal bare være i det. Da jeg var almindelig gravid (før terminsdatoen), var der mere fokus på mig som fødende, og samtalerne med jordemoderen handlede meget om mine forventninger til fødslen og min kunnen som fødende kvinde. Det er jo derfor vi har gået til fødselsforberedelse, men nu

skal pillerne bare arbejde for sagen. Det er lidt af en omvæltning, at jeg ikke er så vigtig længere (ibid. s. 54-55).

Ovenstående citat udtrykker en oplevelse af pacificering. Det faktum, at kvinden ikke følte sig vigtig og aktiv i igangsættelsesprocessen strider imod det faktum, at *kvindens værdier* skal integreres i praksis for at opnå et optimeret *quality of life*. Et manglende fokus på kvindens aktive rolle i eget forløb kan dermed øge risikoen for *obstetrisk vold*.

5.4.2 Kvindernes oplevelse af at blive sygeliggjort

For mig var de der kategorier af tal med til at gøre hele konsultationen meget sådan medicinsk og "sterilt". Jordemoderen var selvfølgelig god til at spørge ind til mit velbefindende, men også svaret på dette blev målt og forholdt til den medicinske igangsættelse. Jeg tænker, det er meget typisk, siden det nu også handlede om igangsættelse, men når tiden og tallene er det, der er holdepunktet for igangsættelsen, var det som om, at de behandlede mig som én, der var syg... som bliver vurderet med tal og statistikker og sådan noget..., men det var jeg jo langt fra (ibid. s. 63-64).

Med dette citat kommer det til udtryk, at kvinden føler sig sygeliggjort. Følelsen af at blive sygeliggjort opstår når igangsættelsen italesættes og vurderes gennem tal og statistikker. Dermed har sygeliggørelsen baggrund i procedurerne og anvendelsen af forskningsevidensen. At kvinden føler sig behandlet som værende syg, men ikke definerer sig selv som syg er yderst relevant ift. Sacketts definition af *kvindens værdier*, idet det fremgår, at kvindens præferencer, bekymringer og forventninger ikke er inddraget, i strid med EBM. Det fremgår endvidere, at kvindens negative oplevelser ikke var resultatet af jordemoderens håndtering af situationen, men netop et resultat at svangreomsorgens struktur med en standardiseret praksis.

Følgende citat viser, hvordan risikotænkning præger jordemødrenes praksis:

Dét, som samtalen med jordemoderen handlede om, var også kun risikobaseret og meget medicinsk baggrundsbaseret – som om jeg allerede var syg. Jeg fik at vide, at jeg er i dén og dén risikogruppe, og at jeg er en del af dén og dén procentdel, som ikke havde født endnu. Ovenpå dét skulle Elias (baby i maven) og jeg måles og undersøges på kryds og tværs, og disse fysiske målinger var i høj grad med til, at jeg følte mig sygeliggjort (ibid. s. 76).

Jf. citatet kan den risikobaserede tilgang i svangreomsorgen være medvirkende til, at kvinden kan føle sig sygeliggjort i mødet med svangreomsorgen uden egentlig at være syg.

Af ovenstående fremgår det, at der i den danske svangreomsorg findes udfordringer med at integrere *kvindens værdier* i praksis, idet der ikke tages hensyn til den individuelle kvindes præferencer, bekymringer og forventninger, hvorved *quality of life* ikke optimeres.

5.4.3 Opsummering

På baggrund af Simonsens kandidatspeciale fremgår det, at de gravide kvinder bl.a. kan føle sig pacificerede, sygeliggjorte og depersonaliserede i mødet med svangreomsorgens standardiserede og risikobaserede tilgang.

6. Diskussion

I dette afsnit vil vi gennem hovedpointer fra analysen diskutere udfordringerne ved at integrere, først den *bedste forskningsevidens* og jordemoderens *kliniske ekspertise*, dernæst den *bedste forskningsevidens* og *kvindens værdier*, for til sidst at diskutere udfordringerne ved integrationen af alle tre elementer i EBM

6.1 Del 1 – Den bedste forskningsevidens og jordemoderens kliniske ekspertise

Jordemoderfagets udvikling har ført til en medikalisering, hvor graviditet og fødsel, som tidligere blev betragtet som ikke-medicinske tilstande, nu er blevet inkorporeret i lægevidenskaben på baggrund af en teknokratisk tankegang. I analysen af Norvoll beskrives samme tendens gennem udtrykket lægevidenskabelig modelmagt. Jf. analysen af Norvoll kan der argumenteres for, at medikalisering kan medføre overmedikalisering, hvilket kommer til udtryk igennem Bondo og Hansens udtalelse om, at der sker unødvendige indgreb i den ukomplicerede fødsel, jf. indledningen.

Det teknokratiske paradigmes dominans betyder, at den *bedste forskningsevidens* tillægges så stor værdi, at jordemoderens mulighed for at udøve sin *kliniske ekspertise* er udfordret. Dette skyldes netop, at der, jf. magtanalysen, lægges et stort pres på den enkelte jordemoder til at gennemføre institutionens rutiner, i vores praksis udtrykt via procedurerne. Dermed kan man diskutere, om det element i EBM, der omhandler den *bedste forskningsevidens* fylder uhenigtsmæssigt meget på bekostning af elementet jordemoderens *kliniske ekspertise*.

Som anført i analysen af Norvoll samt redegørelsen af Sackett, er der flere problematiske forhold i det faktum, at den *bedste forskningsevidens* og de afledte procedurer tillægges så stor magt. Disse opsummeres her; 1) forskningsevidensen kan være tvetydig, jf. Sackett, 2) det er aldrig garanteret at den nuværende forståelse af den *bedste forskningsevidens* er “den rigtige” 3) forståelsen af bedste praksis og tolkningen af forskningsevidensen er betinget af den virkelighedsopfattelse, der er gældende, og som ændres over tid, jf. Foucaults konstruktivistiske syn på viden. Dette står i kontrast til den værdi, der tillægges den *bedste forskningsevidens* i dag, der kan siges at udtrykke en opfattelse af, at der findes objektive sandheder om sygdom og sundhed. 4) Endelig er et problem ved den *bedste forskningsevidens*, at den kvalitative forskning er svær at integrere i evidensbaseret praksis, jf. redegørelsen af Sackett. Dermed fylder

den kvantitative forskningsevidens muligvis uhensigtsmæssigt meget ift. den kvalitative forskningsevidens, hvorved vigtige perspektiver muligvis går tabt i tilrettelæggelsen af praksis og dermed negligeres.

Disse kritikpunkter tydeliggør, hvorfor den *bedste forskningsevidens* ikke kan stå alene. På denne baggrund bør jordemoderen forholde sig kritisk til procedurerne og egen praksisudøvelse. Hermed understreges nødvendigheden af at inkorporere jordemoderens *kliniske ekspertise* som if. definitionen af EBM anvendes til at identificere den specifikke kvindes situation og opveje individuelle fordele og ulemper ved en intervention med udgangspunkt i *kvindens værdier*. Dermed er vurderingen af procedurerne, der beror på den *bedste forskningsevidens* afhængig af jordemoderens *kliniske ekspertise*. Omvendt er jordemoderens *kliniske ekspertise* også afhængig af den *bedste forskningsevidens*, da en svaghed ved det jordemoderfaglige skøn er, at forskellige jordemødre kan ræsonnere sig frem til forskellige løsninger, jf. Bjørnlund, hvorfor jordemoderens *kliniske ekspertise* må kombineres med den *bedste forskningsevidens*. Dermed har den *bedste forskningsevidens* sin fulde berettigelse på trods af de potentielle negative konsekvenser, som magten i den *bedste forskningsevidens* kan afføde over for kvinderne.

Igennem det komplekse samspil mellem den *bedste forskningsevidens* og jordemoderens *kliniske ekspertise* kan vi udlede, at disse ikke fungerer uafhængigt af hinanden, men i vid udstrækning er hinandens forudsætninger. Begge elementer må derfor inddrages i jordemoderens praksisudøvelse for at opnå øget *quality of life*, i overensstemmelse med EBM. Problematikken opstår i det øjeblik, hvor den *bedste forskningsevidens* overtrumfer jordemoderens *kliniske ekspertise*, som derved negligeres.

6.1 Del 2 – Den bedste forskningsevidens og kvindens værdier

I denne del af diskussionen vil vi diskutere udfordringer ved at integrere den *bedste forsknings-evidens* og *kvindens værdier* i praksis.

Som det fremgår i analysen af Simonsen, er der en risiko for, at kvinden kan føle sig patientliggjort, depersonaliseret og pacificeret i mødet med de standardiserede procedurer i svangreomsorgen, hvis hun ikke oplever at være betydningsfuld eller blive inddraget i behandlingen. If. analysen af Norvoll kan magten i den *bedste forskningsevidens* betyde, at procedurerne tillæg-

ges så stor værdi, at anvisningerne heri fremstår som “objektivt sande”, hvorved den individuelle kvindes evt. uoverensstemmende præferencer anses for at være forkerte. Kvinden kan internalisere sundhedsprofessionelles opfattelse af normalt/unormalt, jf. analysen af Simonsen, hvilket i kombination med kvindens afmægtige position kan betyde, at det i praksis ikke er muligt for kvinden at gå imod den *bedste forskningsevidens*, afspejlet i procedurerne; dette til trods for, at kvindens ønske evt. går imod procedurerne, jf. analysen af Norvoll, samt til trods for det faktum, at kvinden if. sundhedsloven om “Informeret samtykke” har ret til selvbestemmelse vedr. egen behandling.

Jf. analysen af Norvoll og begrebet *institutionalisering* startes en depersonaliseringsproces af kvinden allerede ved indlæggelse på sygehuset, som fører til en pacificering af kvinden, da hun bliver reduceret fra at være et aktivt subjekt til et passivt objekt. Reduktionen til passivt objekt kan skyldes en forventning fra svangreomsorgen til, at kvinden følger procedurerne. Dette skyldes netop den magt, der ligger i den *bedste forskningsevidens*. For at jordemoderen og kvinden kan opnå det optimale samarbejde, der er nødvendig for at opnå et optimeret *quality of life*, skal *kvindens værdier* integreres med den *bedste forskningsevidens* i praksis. Der er imidlertid, som skitseret ovenfor, et dilemma mellem disse to elementer, idet et for stort fokus på den *bedste forskningsevidens* kan medføre en tilsidesættelse af *kvindens værdier*. Når kvinderne i Simonsens studie, føler sig depersonaliserede, pacificerede og sygeliggjorte, er det netop udtryk for, at elementet *kvindens værdier* ikke inddrages i praksis. Herved øges risikoen for *obstetrisk vold*, idet der ikke opnås en succesfuld integration af elementerne i EBM.

Kompleksiteten i at integrere *kvindens værdier* med den *bedste forskningsevidens* opstår pga. det modsætningsforhold, der eksisterer mellem den standardiserede praksis, der er baseret på den *bedste forskningsevidens* og den individualiserede tilgang, som ligger i en hensyntagen til *kvindens værdier*. Således tager disse to elementer i EBM deres afsæt i to modpoler, hhv. standardisering og individualisering.

Koblingen mellem en manglende integration af *kvindens værdier* og *obstetrisk vold* er klar, jf. definitionen af *obstetrisk vold*, der lægger sig tæt op ad begreberne depersonalisering, pacificering og sygeliggørelse:

...the appropriation of the body and reproductive processes of women by health personnel, which is expressed as **dehumanized** treatment, an **abuse of medication**, and to convert the natural processes into pathological ones, bringing with

it loss of autonomy and the ability to decide freely about their bodies and sexuality, negatively impacting the quality of life of women. (D'Gregorio 2010, s. 201).

Med udgangspunkt i de negative konsekvenser af en negligering af *kvindens værdier* i praksis samt viden om vanskeligheden ved at integrere dette element med den *bedste forskningsevidens* kan man fristes til at spørge: Vil det være mere fordelagtigt for kvinden, hvis elementet *kvindens værdier* bliver prioriteret på bekostning af den *bedste forskningsevidens*? If. Sackett indeholder den *bedste forskningsevidens* bl.a. viden om effektiviteten og sikkerheden af terapeutiske og forebyggende behandlinger. Således er den *bedste forskningsevidens* og anvendelsen af procedurer et middel til at opnå en sikkerhed i kvaliteten af praksis. Dette understreges af Sundhedsministeriet, der, som nævnt i analysen af Norvoll, har pålagt SST at pointere nødvendigheden af procedurer overfor landets sygehuse, med den hensigt at styrke patientsikkerheden (VEJ 9001 af 20/11/2000). Den *bedste forskningsevidens* kan altså medvirke til at sikre, at kvinden får en behandling af høj standard, vurderet ud fra objektive kriterier, hvorfor procedurerne har deres berettigelse. I denne forbindelse er det relevant at nævne, at der ikke nødvendigvis eksisterer et modsætningsforhold mellem procedurernes anvisninger og *kvindens værdier*, hvorfor integrationen i praksis kan være mindre problematisk, end ellers skitseret i dette bachelorprojekt, hvor fokus er, hvordan forekomsten af *obstetrisk vold* minimeres.

Når den *bedste forskningsevidens* og *kvindens værdier* som beskrevet kan være problematiske at integrere i praksis, men begge er nødvendige elementer i EBM, er spørgsmålet, hvordan integrationen lader sig gøre. Som beskrevet i diskussionens første del, er det if. Sackett svært at integrere den kvalitative forskningsevidens i evidensbaseret praksis. Den kvalitative forskning vil i højere grad end den kvantitative forskning kunne undersøge perspektiver, der vedrører elementet *kvindens værdier*. Af denne grund kan man overveje, om en mere succesfuld integration af den kvalitative forskning i praksis, kan minimere risikoen for *obstetrisk vold*, igennem et øget fokus på de mere subjektive forhold vedr. svangreomsorgens praksis, såsom individuelle præferencer, bekymringer og forventninger. I denne forbindelse er det dog relevant at holde sig for øje, at kvalitative forskningsresultater, lige så lidt som kvantitative, kan generaliseres til at gælde alle kvinder. Risikoen for at negligere den individuelle kvinde er dermed fortsat til stede, hvorfor integrationen af elementerne i EBM ikke nødvendigvis er succesfuld på baggrund af en integration af den kvalitative forskning i praksis.

Som anført i analysen af Norvoll, kan magt også have positive konsekvenser, hvorfor magten i den *bedste forskningsevidens* ikke bør anses som entydig negativ. Idet magtanvendelse if. Norvoll kommer til syne i måden, handlinger udføres på, er spørgsmålet om jordemoderen kan anvende den *bedste forskningsevidens* og procedurerne på en måde, der muliggør en samtidig integration af *kvindens værdier*.

6.2 Del 3 – Integration af den bedste forskningsevidens, jordemoderens ekspertise og kvindens værdier

I diskussionens første og anden del diskuterede vi den *bedste forskningsevidens* ift. hhv. jordemoderens *kliniske ekspertise* og *kvindens værdier*. I dette afsnit vil integrationen af alle tre elementer blive sammenholdt og diskuteret mhp. at nå frem til en besvarelse af bachelorprojektets problemformulering.

Med udgangspunkt i det komplekse forhold ml. elementerne i EBM, som skitseret ovenfor, kan vi stille spørgsmål ved, om det i det hele taget er muligt at undgå *obstetrisk vold*, så længe det teknokratiske paradigme dominerer svangreomsorgen.

Jordemoderens *kliniske ekspertise* er forudsætningen for, at *kvindens værdier* kan integreres i praksis, idet jordemoderens færdigheder og erfaringer if. Sackett anvendes til at identificere den specifikke kvindes individuelle fordele og ulemper ved en intervention med udgangspunkt i kvindens personlige værdier og forventninger. Som anført i diskussionens første del er jordemoderens *kliniske ekspertise* imidlertid negligeret i praksis pga. magten i den *bedste forsknings-evidens* på baggrund af det teknokratiske paradigme. I analysen af Bjørnlund fremgår det i et citat af Bondo, at vi som jordemødre bliver suget ind i et “proceduretyranni”, hvor konsekvensen er mindre plads til individuelle hensyn, hvorfor kvinderne dermed ikke involveres tilstrækkeligt i praksis. Dette medfører negative konsekvenser for kvinderne i form af bl.a. sygeliggørelse, pacificering, og dehumanisering. Desuden kan det såkaldte proceduretyranni i visse tilfælde tænkes at føre til overmedikalisering, da det i analysen af Bjørnlund fremgår, at procedurer har en selvforstærkende effekt. Dette skyldes, at et stigende omfang af procedurer medfører en stigende frygt for de aspekter af naturen, der ikke kan kontrolleres, hvorfor der netop indføres flere procedurer i et forsøg på at bekæmpe disse aspekter. Hermed videreføres en ond spiral, hvor *kvindens værdier* får stadig mindre plads i svangreomsorgen.

Jordemoderen er magtens mellemmand, idet hun selv er underlagt organisationsstrukturen og procedurernes magt, mens hun udøver samme magt over for kvinden. Af denne grund er det i praksis vanskeligt for jordemoderen at tage udgangspunkt i den individuelle kvindes specifikke situation og inddrage *kvindens værdier*. I stedet kommer jordemoderen på baggrund af *professionens magt*, nemt til at udøve en negativ magt overfor kvinden. Dette skyldes, at jordemoderen har en styrket magt igennem det forhold, at hun har en professionel viden, som kvinden ikke har del i, jf. analysen af Norvoll. Med afsæt i begrebet *sprogets magt* kan man argumentere for, at jordemoderens formidling af sin professionelle viden, herunder den *bedste forskningsvidens*, potentielt kan påvirke kvindens valg om behandling i en sådan grad, at valget ikke træffes med udgangspunkt i *kvindens værdier*. Dermed opnår jordemoderen ikke at integrere sin *kliniske ekspertise*, idet dette netop indebærer, at kvindens personlige værdier og forventninger inkluderes i praksis, jf. Sackett.

Idet kvindens autonomi og frihed til at træffe valg vedr. egen krop på denne måde indskrænkes, øges risikoen for *obstetrisk vold* og en negativ påvirkning af *quality of life*, jf. definitionen af *obstetrisk vold*: “*the appropriation of the body and reproductive processes of women by health personnel...bringing with it loss of autonomy and the ability to decide freely about their bodies and sexuality, negatively impacting the quality of life of women*”.

Som vi har udfoldet ovenfor, er der et paradoks i det faktum, at jordemoderen if. Sackett skal tage udgangspunkt i *kvindens værdier* mhp. at optimere *quality of life* for kvinden, mens jordemoderen, pga. den standardiserede anvendelse af den *bedste forskningsevidens* i praksis, har en på forhånd fastsat dagsorden. Dette afspejler det paradoksale forhold i svangreomsorgen, at jordemoderprofessionen tilstræber at arbejde ud fra det humanistiske paradigme med fokus på individuelle præferencer og værdier, mens jordemoderen er underlagt at arbejde indenfor det teknokratiske paradigmes strukturelle rammer. I det teknokratiske paradigme baseres praksisudøvelsen på standardiserede procedurer, hvor teknologi og den *bedste forskningsevidens* kan fjerne fokus fra individet, jf. analysen af Bjørnlund. Det er således vanskeligt at integrere jordemoderens *kliniske ekspertise* i praksis, idet hendes mulighed for at træffe individualiserede beslutninger med udgangspunkt i *kvindens værdier*, er udfordret af svangreomsorgens strukturer med en standardiseret tilgang til praksis. Dermed bliver det svært for jordemoderen og kvinden at danne det optimale samarbejde, der jf. Sackett vil optimere *quality of life* hos kvinden.

Til trods for, at jordemoderen ikke umiddelbart kan ændre på de strukturelle forhold, der er årsag til forekomsten af *obstetrisk vold*, kan vi forestille os, at jordemoderen kan være medvirkende til en minimeret risiko for *obstetrisk vold* ved at være reflekterende omkring egen praksis og have et øget fokus på inddragelse af den individuelle kvinde i tilrettelæggelsen af praksis.

6.4 Kritik af anvendt metode

Anvendelsen af et systematisk litteraturreview som metode har haft forskellige konsekvenser for vores analyseresultater, bl.a. at vores resultater er betinget af de anvendte kilders fortolkning samt, at vores anvendte kilder er skrevet med en anden agenda end dette bachelorprojekt, hvorfor vi har forholdt os kritisk til de anvendte kilder i afsnit 4.3. Ved at inddrage relevante kilder, har vi samtidig foretaget fravalg af andre kilder, hvilket er en generel begrænsning for et litteraturreview. Vi bevidste om, at projektets konklusion kunne have været anderledes, hvis vi havde inddraget andre kilder til besvarelse af problemformuleringen. Dette har vi været opmærksomme på ved nøje udvælgelse af kilder med udgangspunkt i projektets problemformulering. Indsamling af egen empiri ville ikke have været relevant for dette projekt, da problemformuleringen lægger op til at undersøge strukturelle aspekter ved svangreomsorgen, hvilket vi ikke finder optimalt at undersøge gennem indsamling af egen empiri. Desuden er det i forskningsverdenen optimalt at inddrage allerede eksisterende litteratur, hvis muligt, for ikke at belaste andre mennesker unødigt (Glasdam red. 2011, s. 47). På baggrund af ovenstående årsager har vi valgt at inddrage allerede eksisterende litteratur.

7. Konklusion

I dette afsnit opsummeres diskussionens tre dele og på baggrund heraf konkluderes der på projektets problemformulering. Desuden vil vi vurdere, hvorvidt vi har opfyldt projektets mål.

Gennem dette litteraturreview er vi kommet frem til, at der er et paradoks i svangreomsorgen, da svangreomsorgens strukturelle udformning tager udgangspunkt i det teknokratiske paradigme, mens jordemoderen tilstræber at arbejde ud fra det humanistiske paradigme. Dette vanskeliggør jordemoderens mulighed for at inddrage *kvindens værdier* pga. den standardiserede praksis, som er et resultat af medikaliseringen af svangreomsorgen.

Desuden har vi fundet ud af, at forholdet mellem den *bedste forskningsevidens* og jordemoderens *kliniske ekspertise* er komplekst, da de er hinandens forudsætninger. Dominansen af den *bedste forskningsevidens*, udtrykt i procedurer, gør det svært for jordemødrene at anvende deres *kliniske ekspertise*, men pga. tvetydigheden i den *bedste forskningsevidens* er den afhængig af jordemoderens *kliniske ekspertise*. Modsat er *klinikerens ekspertise* også afhængig af den *bedste forskningsevidens*, da svagheden ved det jordemoderfaglige skøn er, at forskellige jordemødre kan ræsonnere sig frem til forskellige løsninger på baggrund af samme situation.

Af diskussionen fremgår det, at kvinden kan føle sig afmægtig og på denne baggrund blive pacificeret, sygeliggjort og dehumaniseret, som følge af procedurernes dominans i svangreomsorgen, hvilket stemmer overens med definitionen af *obstetrisk vold*. Samtidig er procedurerne nødvendige, da de styrker kvindens patientsikkerhed.

På baggrund af diskussionen kan det konkluderes, at der er et indbygget problem i den strukturelle udformning af svangreomsorgen; den standardiserede tilgang fordrer ikke en integration af elementerne i Sacketts definition af EBM i praksis, idet magten i den *bedste forskningsevidens*, afspejlet i procedurer, påvirker jordemoderens mulighed for at anvende sin *kliniske ekspertise* i en negativ retning. Herved tilsidesættes *kvindens værdier* potentielt.

På grund af det komplekse forhold mellem elementerne i EBM er det ikke muligt at konkludere entydigt på, hvordan den *bedste forskningsevidens*, jordemoderens *kliniske ekspertise* og *kvindens værdier* kan integreres i svangreomsorgen, så jordemoderen kan handle med respekt for kvinden og minimere forekomsten af *obstetrisk vold*. Den *obstetriske vold* befinder sig på et strukturelt niveau, hvorfor det er svangreomsorgens strukturering, der er problematisk, og dermed ikke den enkelte jordemoders praksisudøvelse. Man kan dog forestille sig, at jordemoderen

kan bidrage til at minimere risikoen for *obstetrisk vold* ved at være reflekteret over sin egen praksis samt have fokus på inddragelse af *kvindens værdier*.

Vi har således opfyldt projektets mål om at undersøge anvendelsen af den videnskabelige evidens i den danske svangreomsorg mhp. at belyse udfordringer med integration af *den bedste forskningsevidens*, jordemoderens *kliniske ekspertise* og *kvindens værdier*.

8. Perspektivering

Som det fremgår af konklusionen er der et komplekst forhold mellem den *bedste forskningsevidens*, jordemoderens *kliniske ekspertise* og *kvindens værdier*, som kan vanskeliggøre en integration af de tre elementer og medføre en risiko for *obstetrisk vold*. Denne perspektivering åbner op for at inddrage perspektiver, som ikke har været muligt at inddrage i projektet pga. den indskrænkede problemstilling. Vi vil således se nærmere på, hvordan vi forestiller os, at den *bedste forskningsevidens* fremadrettet vil dominere svangreomsorgen, her tænker vi specifikt på opførelsen af de nye “supersygehuse”, som allerede er ved at blive en realitet.

Vi underkender ikke nødvendigheden af procedurer, der indføres i svangreomsorgen, da de bidrager til at sikre patientsikkerheden samt behandling af høj kvalitet i svangreomsorgen. Vi finder det dog vigtigt at påpege konsekvenserne af den udvikling, vi styrer mod, hvis vi ikke forholder os kritisk til, hvordan indførelsen af procedurer påvirker kvinden, samt jordemoderens praksisudøvelse. Vi kan forestille, os at større organisationer i form af “supersygehuse” kræver mere strukturering og strategi, og dermed kan man med en kritisk tilgang sætte spørgsmålstegn ved, om indførelsen af “supersygehuse” danner grobund for en øget risiko for *obstetrisk vold*.

På baggrund af vores konklusion, vurderer vi, at risikoen for *obstetrisk vold* kan minimeres ved at strukturere svangreomsorgen med udgangspunkt i det humanistiske paradigme i stedet for det teknokratiske paradigme, da det humanistiske paradigme tager højde for både *kvindens værdier* og den *bedste forskningsevidens*. Dette er ikke muligt at opnå til fulde, da samfundet bygger på det teknokratiske paradigme, hvilket bl.a. kommer til udtryk i sundhedsloven, hvor fødselshjælp betegnes som behandling og kvinden som patient (LBK nr. 1202 af 14/11/2014), hvorfor graviditet og fødsel if. sundhedsloven kan betegnes som en sygdom, der kræver behandling. At samfundet bygger på det teknokratiske paradigme, og at det ligefrem udtrykkes i lovgivningen er yderst tankevækkende, og er netop et argument for vigtigheden af at overveje konsekvenserne af det teknokratiske paradigmes dominans. Dette gælder både ift. kvinden som bruger af svangreomsorgen og for jordemoderen, der kommer til at stå som udøveren af *obstetrisk vold* og i dilemmaet som magtens mellemmand, hvorved jordemoderen kan risikere at måtte gå på kompromis med egne værdier i arbejdet grundet det teknokratiske paradigme.

På baggrund af ovenstående finder vi det sandsynligt, at oprettelsen af jordemoderledede fødeklinikker baseret på det humanistiske paradigme kan bidrage til “afmedikalisering” af fødslerne. Dette i håb om at undgå unødvendige indgreb i forventede ukomplicerede fødsler, ved at trække fødslerne ud af de store fødeafdelinger. Ved indførelsen af jordemoderledede fødeklinikker vil der stadig være udfordringer, idet jordemoderen er underlagt det selvstændige virksomhedsområde og har begrænsninger for udøvelsen af sin praksis. På trods af dette vurderer vi, at jordemoderledede fødeklinikker kan være medvirkende til at minimere risikoen for *obstetrisk vold*.

9. Referenceliste

Andersen, H. J. et al., 2009. *PROM- primær vandafgang ved/nær termin* [Online]. Sandbjerg Guidelines, DSOG.

Tilgængelig fra: <http://gynobsguideline.dk/sandbjerg/PROM%20%202009%20endelig.pdf> [Lokaliseret d. 05.06.2016].

Armbruster, D. et al., 2011. *Respectful maternity care: the universal rights of childbearing women* [Online]. Washington DC: White Ribbon Alliance.

Tilgængelig fra: http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf [Lokaliseret d. 05.06.2016].

Bertelsen, A. M. H. & Gohr, C., 2006, *Den gode fødsel - En antropologisk undersøgelse af fødselsfortælling*. København: Museum Tusculanums Forlag.

Bjørnlund, G., 2014. *Det jordemoderfaglige skøn i praksisudøvelse baseret på faglige retningslinjer* [MLP], [Online]. Aalborg: Institut for læring og filosofi, Aalborg Universitet.

Tilgængelig fra:

http://primo.aub.aau.dk/primo_library/libweb/action/search.do?v1%28freeText0%29=det+jordemoderfaglige+sk%C3%B8n&fn=search&ct=search&vid=desktop&indx=1&dum=true&reset_config=true&tab=default_tab&vl%2857399062UI1%29=all_items&vl%2857399064UI0%29=any&vl%281UIStartWith0%29=contains [Lokaliseret d. 05.06.2016]

Bondo, L. & Hansen, K. D., 2013. Mange indgreb i fødselshjælpen [Online], *Tidsskrift for jordemødre*, årg. 123, nr. 9, s. 5.

Tilgængelig fra: <http://www.jordemoderforeningen.dk/tidsskrift-for-jordemoedre/singlevisning/artikel/leder-mange-indgreb-i-foedselshjaelpen/> [Lokaliseret d. 05.06.2016]

Brot, C. & Poulsen, A., 2013. *Anbefalinger for svangreomsorgen*. 2. Udgave. København S: Sundhedsstyrelsen.

Cristin, 2016. *Reidun Norvoll* [Online]. Oslo: Current Research Information SysTem In Norway - Cristin.

Tilgængelig fra: <https://www.cristin.no/as/WebObjects/cristin.woa/wa/personVis?type=PERSON&pnr=1409> [Lokaliseret d. 05.06.2016]

Evald, J., 2005, *At tænke juridisk*, 3. Udgave. København Ø: Nyt juridisk forlag.

Freedman, L. P. et al., 2014. *Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda* [Online]. Bulletin of the World Health Organization. Tilgængelig fra <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/12/14-137869.pdf> [Lokaliseret d. 05.06.2016].

Glasdam, S. red., 2011, *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område - indblik i videnskabelige metoder*. København K: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
Gregorio, P., 2010. Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela [Online], *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, årg. 111, s. 201-202.
Tilgængelig fra: http://ac.els-cdn.com/S0020729210004261/1-s2.0-S0020729210004261-main.pdf?_tid=7bb0147e-2b06-11e6-a33b-00000aacb35f&acd-nat=1465121932_c8584992340be18798302c763bcc9097 [Lokaliseret d. 05.06.2016]

Gyldendal Norsk Forlag. *Reidun Norvoll* [Online]. Gyldendal Norsk Forlag.
Tilgængelige fra: <http://www.gyldendal.no/Forfattere/Norvoll-Reidun> [Lokaliseret d. 05.06.2016].

Henriksen, C., 2016. *Introduktion* [Online]. Aarhus: Dansk Clearinghouse for uddannelsesforskning, Aarhus Universitet.
Tilgængelig fra: <http://edu.au.dk/forskning/omraader/danskcldclearinghouseforuddannelsesforskning/omclearinghouse/introduktion/> [Lokaliseret d. 05.06.2016].

Høj, L., 2012. *Vandafgang efter uge 34+0* [Online]. PRI Dokument, Sygehus Vendsyssel.
Tilgængelig fra: <https://pri.rm.dk/Sider/19954.aspx> [Lokaliseret d. 05.06.2016].

Iversen, R. et al., 2010. *Etiske retningslinjer for jordemødre* [Online]. Kbh. K.: Jordemoderforeningen.
Tilgængelig fra: http://www.jordemoderforeningen.dk/fileadmin/Fag_Forskning/Etiske_retningslinjer/Etiske_Retningslinjer_2010.pdf [Lokaliseret d. 05.06.2016].

Jadad, A. R. & Enkin, M. W., 2007. *Randomized Controlled, Trials, Questions, Answers and Musings*. 2. Udgave. London: Wiley-Blackwell.

Launsø, L., Olsen, L. & Rieper, O., 2011. *Forskning om og med mennesker - Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning*. 6. udgave. København K: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Lowes, R., 2015. *David Sackett, 'Father of Evidence-Based Medicine,' Dies at 80* [Online]. Medscape Medical News.

Tilgængelig fra: <http://www.medscape.com/viewarticle/844845> [Lokaliseret d. 05.06.2016].

Macdonald, S. & Magill-Cuerden, J., 2012. *Mayes's Midwifery: A textbook for Midwives*. 14th edition. London: Baillière Tindall Elsevier.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2011. *Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed*. LBK nr. 877 af 04/08/2011.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014. *Bekendtgørelse af sundhedsloven*. LBK nr. 1202 af 14/11/2014.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2001. *Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv*. VEJ nr. 151 af 15/08/2001.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2000. *Vejledning om udfærdigelse af instrukser*. VEJ nr. 9001 af 20/11/2000.

Møller, T., 2016. *PROM. Fælles obstetrisk instruks, RM* [Online]. e-Dok, Region Midtjylland. Tilgængelig fra: http://e-dok.rm.dk/servlet/GeneratePDF?openservlet&server=213.179.56.101&pdfdb=edok/Admin/PDFDMS30.nsf&database=edok/editor/RMFS.nsf&docid=XC1257EF3004BD6BFC1257F5A004A70F2&readeraccess=false&hmargin=18mm&vmargin=15mm&footer_html=%3Cbr%3E%3Ctable%20width%3D100%25%20style%3D%22font-size%3A%2012px%3B%20border-width%3A%200%22%3E%3Ctr%3E%3Ctd%20colspan%3D%22%22%20style%3D%22border-width%3A%200%3B%20padding%3A%200px%22%3E%3CPROM.%20F%20E6lles%20obstetrisk%20instruks%2C%20RM%2C%20version%2011.%3Ctd%3E%3Ctr%3E%3Ctr%3E%3Ctd%20style%3D%22border-width%3A%200%3B%20padding%3A%200px%22%3E%3CUdskrevet%3A%2028-05-2016%20af%20Anonymous%3Ctd%3E%3Ctd%20style%3D%22border-width%3A%200%3B%20padding%3A%200px%22%20align%3Dright%3E%25p%20af%20%25n%3Ctd%3E%3Ctr%3E%3Ctable%3E&initial_pdf_zoom_type=4&transferparams=true&showlocal=1&level=HO-VEGY&approvallevel=3&path=/edok/editor/RMFS.nsf/ [Lokaliseret d. 05.06.2016].

Norvoll, R., Magt og afmagt. I E. Brodtkorb & M. Rugkåsa red. 2009. *Sociologi og socialantropologi mellem mennesker og samfund*. 2. udgave. København: Munksgaard Danmark, s. 67-120.

Pihl, A. & Funge, J. K., 2016. Obstetrisk vold [Online], *Tidsskrift for jordemødre*, årg. 126, nr. 3, s. 34-35.
Tilgængelig fra: <http://www.jordemoderforeningen.dk/tidsskrift-for-jordemoedre/singlevisning/artikel/obstetrisk-vold-1/> [Lokaliseret d. 05.06.2016]

Professionshøjskolen Metropol, 2016. *Symposium - Overgreb i forbindelse med fødsler* [Online]. Kbh N: Jordemoderuddannelsen Metropol.
Tilgængelig fra: <http://www.phmetropol.dk/Om+Metropol/Kalender/2016/02/Symposium+jordemoderudd> [Lokaliseret d. 05.06.2016].

Sackett, D. L. et al., 2000. *Evidence-Based Medicine - How to practice and teach EBM*. 2. udgave. London: Churchill Livingstone.

Simonsen, S. V., 2014. *Ventetiden i overtiden - En antropologisk undersøgelse af kategoriseringens betydning for kvinder, der har passeret terminsdatoen* [Cand.], [Online]. Aarhus: Institut for kultur og samfund, Aarhus Universitet.

Tilgængelig fra:

https://www.statsbiblioteket.dk/au/?locale=da#/search?query=ventetiden%20i%20overtiden&recordId=sb_6132655 (Her kan kilden hentes fra)

<http://nobelspec.au.dk/20062276.pdf> (Selve kilden i pdf-format)

[Lokaliseret d. 05.06.2016]

Sundhedsdatastyrelsen, 2013. *Sygehus fødte og komplikationer* [Online]. Kbh S: Sundhedsdatastyrelsen.

Tilgængelig fra: <http://www.esundhed.dk/sundhedsregistre/MFR/Sider/MFR03.aspx>. [Lokaliseret d. 13.05.2016].

Syddansk Universitet, 2014. *Syddansk Universitet studieordning for kandidatuddannelsen i jordemodervidenskab* [Online]. Odense: Sundhedsfagligt fakultet, Syddansk Universitet.

Tilgængelig fra: http://static.sdu.dk/mediafiles///Files/Information_til/Studerende_ved_SDU/Din_uddannelse/Jordemodervidenskab/Aktuel_studieordning/Studieordning_kandidatuddannelsen_i_Jordemodervidenskab.pdf [Lokaliseret d. 05.06.2016].

Watts, G., 2015. David Lawrence Sackett [Online], *The Lancet*, vol. 385, nr. 9985, s. 2348.

Tilgængelig fra: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)61094-7/fulltext?rss%3Dyes](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)61094-7/fulltext?rss%3Dyes) [Lokaliseret d. 05.06.2016].

WHO, 2015a. *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth* [Online], Geneva: WHO.

Tilgængelig fra: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1 [Lokaliseret d. 05.06.2016].

WHO, 2015b. *WHO Statement on Caesarean Section Rates* [Online]. Geneva: WHO.

Tilgængelig fra: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?ua=1 [Lokaliseret d. 05.06.2016].

Wilken-Jensen, C. et al., 2009, *Graviditet efter termin* [Online]. Sandbjerg Guidelines, DSOG.

Tilgængelig fra: http://gynobsguideline.dk/files/Graviditas%20prolongata2011_endelig.pdf [Lokaliseret d. 05.06.2016].

WRA, 2013. *About us* [Online]. The White Ribbon Alliance.

Tilgængelig fra: <http://whiteribbonalliance.org/about-us/> [Lokaliseret 05.06.2016]

Det anvendte referencesystem er Harvard.

10. Bilagsoversigt

- Bilag 1: Dosis-guide
- Bilag 2: Eksempel på søgehistorie

Bilag 1: DOSIS-guide

Vi har søgt databaserne CINAHL Complete og PubMed. Begge databaser omhandler søgeord, der bl.a. relaterer sig til jordemodervirksomhed (Glasdam red. 2011, s. 41-42), hvorfor disse databaser er relevante for dette projekts problemstilling. Årsagen til søgning i begge databaser er, at der er forskel på databasernes indhold (ibid. s. 40). Begrundelse for valg af databaser samt søgestrategier uddybes i dosisguiden, se bilag 1.

Vores litteratursøgning i databaserne var systematiske og indeholdte både fritext-, emneords-, kombinerede- og kædesøgninger. På denne vis har vi søgt bredt i databaserne og samtidig indsnævret søgningerne i forhold til projektets problemstilling. Vi søgte efter kvalitative studier med udgangspunkt i kvindens oplevelse af et konkret obstetrisk indgreb. På baggrund af disse søgninger har vi læst flere abstracts og artikler, men vi fandt ingen relevante for vores problemstilling, da de ikke kunne overføres til en dansk kontekst, hvorfor vi har udvalgt vores kilder ad andre veje.

D O S I S - guide

DOkumenteret Systematisk InformationsSøgning

1. Emne

Titel:

Obstetrisk vold i en dansk kontekst

Et samfundsvidenskabeligt bachelorprojekt med en kritisk tilgang til svangreomsorgens standardiserede behandlingsformer.

Problemformulering:

Hvordan kan elementerne den *bedste forskningsevidens*, jordemoderens *kliniske ekspertise* og *kvindens værdier* i Sacketts definition af evidensbaseret medicin integreres i svangreomsorgen, så jordemoderen kan handle med respekt for kvinden og minimere forekomsten af *obstetrisk vold*?

Stikord på dansk:

Jordemoder, jordemoderfaglig praksis, evidensbaseret viden, evidensbegreb, menneskerettigheder ifm. fødsel, obstetrisk vold, umenneskeliggørelse, informeret samtykke.

Stikord på engelsk:

Midwifery, midwife, evidence-based medicine, human rights, women's rights, obstetric violence, informed consent.

 2. Søgestrategi

Database eller informationskilde	Begrundelse for valg af database eller informationskilde	Dato / periode for søgning
Database 1: PubMed	PubMed er den største medicinske database og vi har valgt at søge i denne, da den indeholder et stort antal peer-reviewed artikler. Databasen opdateres dagligt, og man kan derfor finde de nyeste artikler (Glasdam red. 2011, s. 41). PubMed foreslår desuden automatisk søgninger, der relaterer sig til det allerede søgte emne på baggrund af andres søgninger i PubMed.	04.04.16 – 12.05.16
Database 2: CINAHL Complete	CINAHL er en database, der primært relaterer sig til sygeplejen, men også andre beslægtede emner. Materialet på CINAHL er specielt rettet mod patientoplevelser og –erfaringer samt den kvalitative forskning. Databasen er derfor relevant for vores problemstilling, da vi bl.a. ønsker øget viden om kvindernes oplevelser i svangreomsorgen. Materialet i CINAHL er ligeledes peer-reviewed (ibid. s. 42)	04.04.16 – 12.05.16
Database 3: Jordemoderforeningen.dk	Vi har valgt at søge i Jordemoderforeningens artikeldatabase, da den indeholder fagspecifikke artikler.	04.04.16 – 12.05.16
Database 4: UCNbib.dk	Vi har valgt at supplere vores søgning i databaser med bibliotekssøgning, ud fra de emner, teoretiker mv. som vi har fundet relevante undervejs i bachelorprocessen.	04.04.16 – 12.05.16

3. Beskrivelse
af søgestrategi

	Tema 1 – Obstetrisk vold	Tema 2 – Kvinden i centrum	Tema 3 – Evidens	Tema 4 – Klinisk skøn	Tema 5 - Obsterik
Database 1 – PubMed:	Kontrollerede emneord: Human Rights Abuse[Mesh:NoExp] Violence[Mesh] inkl. Physical abuse Medicalization [Mesh] Dehumanization [Mesh] Coercion [Mesh] Fritekst: Obstetric* violence [tw] Disrespect* [tw] Psychological abuse [tw] Psychological violence [tw] Dehumanizing treatment [tw] Physical violence [tw] Appropriation of the body [tw]	Kontrollerede emneord: Personal Autonomy [Mesh] Humanism [Mesh] Patient-Centered Care[Mesh] Human Rights [Mesh] Women's Rights [Mesh] Patient Rights [Mesh] Quality of Life [Mesh] Decision making[Mesh] Fritekst: Patient value*[tw] Patient belief*[tw] Patient need*[TW] Patient wish*[TW] Women-centered care[tw] Women centered care[tw] Expectation*[tw] Individual care[tw] Feeling of security[tw]	Kontrollerede emneord: Evidence-Based Practice [Mesh] inkl. evidence-based medicine Clinical research [Mesh] Standardization[Mesh] Author: Sackett, D. Fritekst: David Sackett [tw] Standard* care [tw] Standard* practice* [tw] Procedure*[tw] Routine practice* [tw] Scientific research [tw]	Kontrollerede emneord: Professional Competence [Mesh] inkl. clinical competence Autonomy, professional [Mesh] Judgment [Mesh] Risk Assessment [Mesh] Organizational Culture [Mesh] Fritekst: Clinic* expertise[tw] Clinic* experience[tw] Clinic* judgement[tw] Clinic* assessment[tw]	Kontrollerede emneord: Obstetrics [Mesh] Midwifery [Mesh] Nurse Midwives [Mesh] Fritekst: Midwife*[tw] Obstetric*[tw] Maternity care [tw]

		Informed decision-making[tw] Informed decision making[tw] Woman* experience*[tw] Women* experience*[tw] Differentiate* care[tw] Shared decision making[tw]			
Database 2 – CINAHL:	Kontrollerede emneord: Civil Rights [MH] Patients Rights [MH, explode] Dehumanization [MH] Coercion [MH] Fritekst: Obstetric* violence [tx] Disrespect* [tx] Psychological violence [tx] Dehumani* treatment [tx] Appropriation of the body [tx]	Kontrollerede emneord: Patient Centered Care[MH] Quality of Life [MH] Decision making, clinical[MH] Advance Care Planning[MH] Consensus [MH] Fritekst: Patient value*[tx] Patient need*[tx] Patient wish*[tx] Women centered care[tx] Expectation*[tx] Individual care[tx] Informed decision making[tx]	Kontrollerede emneord: Professional Practice, Evidence-Based [MH] Professional Practice, Research-Based [MH] Medical Practice, Evidence-Based [MH] Nursing Practice, Evidence-Based [MH] Author: Sackett, David [AU] Fritekst: Sackett, David [tx] Standard* care [tx] Standard* practice* [tx] Routine practice* [tx]	Kontrollerede emneord: Professional Competence [MH] Clinical Competence [MH] Autonomy, professional [MH] Judgment [MH] Risk Assessment [MH] Fritekst: Clinic* expertise[tx] Clinic* experience[tx] Clinic* judgement[tx] Clinic* assessment[tx]	Kontrollerede emneord: Maternal-Child Care [MH] Obstetrics [MH] Midwifery [MH] Nurse Midwifery [MH] Fritekst: Midwife*[tx] Obstetric*[tx] Maternity care [tx]

		Women* experience*[tx] Differentiate* care[tx] Shared decision making[tx]	Scientific research [tx]		
Database 3 – Jordemoderforeningen	Fritekst: Obstetrisk vold	Fritekst: Kvindecentreret omsorg	Fritekst: Evidensbaseret viden	Fritekst: Klinisk skøn	***

4. selektionskriterier

	Publikationsår	Sprog	Publikationstype	Tilgængelighed
Database 1 – PubMed:	Fra 2011	Engelsk Dansk Svensk Norsk	Ingen selektionskriterier	Free full text Full text Abstracts available
Database 2 – CINAHL:	Fra 2000	Engelsk Dansk Svensk Norsk	Ingen selektionskriterier	Full text
Database 3 – Jordemoderforeningen:	Ingen selektionskriterier	Ingen selektionskriterier	Ingen selektionskriterier	Ingen selektionskriterier

5. Søgeresultat	Tema 1 – Obstetrisk vold:	Tema 2 – Kvinden i centrum:	Tema 3 – Evidens:	Tema 4 – Klinisk skøn:	Tema 5 - Obstetrik
Database 1 – PubMed:	5.526	107.049	262.388	95.396	22.976
Database 2 – CINAHL:	10.938	170.424	44.199	108.074	131.061
Database 3 – Jordemoderforeningen:	0 400	2 1.160	1 747	1 366	*** ***

De øverste tal under database 3 - Jordemoderforeningen er rapporter og opgaver fundet på Jordemoderforeningens hjemmeside under “Fag og Forskning” dernæst “Artikler og rapporter”. Da der ikke findes en søgefunktion blandt disse artikler og rapporter, har vi lavet en gennemgang af titlerne indenfor grupperne graviditet, fødsel og barsel.

De nederste tal under database 3 - Jordemoderforeningen er fundet ved søgning i deres artikelarkiv. Søgeord fremgår af boks 3. Beskriv søgestrategi.

5. Søgeresultat (fortsat)	Tema 1 AND Tema 2 AND Tema 3 AND Tema 5	Tema 2 AND Tema 3 AND Tema 5	Tema 1 AND Tema 2 AND Tema 5	Tema 1 AND Tema 3 AND Tema 5	Tema 1 AND Tema 4 AND Tema 5	Tema 1 AND Tema 2 AND Tema 3 AND Tema 4 AND Tema 5
Database 1 – PubMed:	2	310	40	15	13	0
Database 2 – CINAHL:	78	2.743	958	115	336	31

Vi fandt relevante artikler for vores emne fra databasen CINAHL Complete, som bl.a. omhandlede kvindernes oplevelse af behandling, som vi har vurderet ikke kan overføres til en dansk kontekst. Vi har derfor lagt vægt på at finde undersøgelser, der var foretaget i Danmark, hvilket lykkedes os ad andre veje.

Bilag 2: Søgehistorie fra søgning i CINAHL Complete

← → 🏠 web.a.ebscohost.com.ez-scv.statsbiblioteket.dk:2048/ehost/history?sid=6280887d-a08c-4b85-85ed-b61b59a7b8f1%40sessionmgr4005&vid=11&hid=4209 🔖 🔍 ☰				
Search History/Alerts				
Print Search History Retrieve Searches Retrieve Alerts Save Searches / Alerts				
☐ Select / deselect all Search with AND Search with OR Delete Searches Refresh Search Results				
Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions	
☐ S47	S9 AND S23 AND S31 AND S39 AND S46	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (31)	View Details Edit
☐ S46	S40 OR S41 OR S42 OR S43 OR S44 OR S45	Limiters - Full Text; Published Date: 20000101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	View Results (131,061)	View Details Edit
☐ S45	TX Maternity care	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (8,341)	View Details Edit
☐ S44	TX obstetric*	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (191,225)	View Details Edit
☐ S43	TX midwife*	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (114,332)	View Details Edit
☐ S42	(MH "Midwifery") OR (MH "Nurse Midwifery")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (16,678)	View Details Edit
☐ S41	(MH "Obstetrics")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (3,665)	View Details Edit
☐ S40	(MH "Maternal-Child Care")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (826)	View Details Edit
☐ S39	S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36 OR S37 OR S38	Limiters - Full Text; Published Date: 20000101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	View Results (108,074)	View Details Edit
☐ S38	TX clinic* assessment	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (115,540)	View Details Edit
☐ S38	TX clinic* assessment	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (115,540)	View Details Edit
☐ S37	TX clinic* judgement	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (14,097)	View Details Edit
☐ S36	TX clinic* experience	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (39,779)	View Details Edit
☐ S35	TX clinic* expertise	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (7,782)	View Details Edit
☐ S34	(MH "Risk Assessment")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (61,193)	View Details Edit
☐ S33	(MH "Judgment") OR (MH "Professional Autonomy")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (7,783)	View Details Edit
☐ S32	(MH "Professional Competence") OR (MH "Clinical Competence")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (39,430)	View Details Edit
☐ S31	S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30	Limiters - Full Text; Published Date: 20000101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	View Results (44,199)	View Details Edit
☐ S30	TX scientific research	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (18,397)	View Details Edit
☐ S29	TX Routine practice*	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (5,087)	View Details Edit
☐ S28	TX Standard* practice	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (7,381)	View Details Edit
☐ S27	TX standard* care	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (9,710)	View Details Edit
☐ S26	TX sackett, David	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (35)	View Details Edit
☐ S25	AU Sackett, David	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (30)	View Details Edit

☐	S25	AU Sackett, David	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (30) View Details Edit
☐	S24	(MH "Professional Practice, Evidence-Based") OR (MH "Professional Practice, Research-Based") OR (MH "Medical Practice, Evidence-Based") OR (MH "Nursing Practice, Evidence-Based")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (53,554) View Details Edit
☐	S23	S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22	Limiters - Full Text; Published Date: 20000101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	View Results (170,424) View Details Edit
☐	S22	TX Shared decision making	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (7,435) View Details Edit
☐	S21	TX differentiate* care	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (51) View Details Edit
☐	S20	TX women* experience	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (11,411) View Details Edit
☐	S19	TX informed decision making	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (3,242) View Details Edit
☐	S18	TX Individual care	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (2,838) View Details Edit
☐	S17	TX expectation*	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (126,581) View Details Edit
☐	S16	TX women centered care	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (167) View Details Edit
☐	S15	TX Patient wish*	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (5,477) View Details Edit
☐	S14	TX Patient need*	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (45,101) View Details Edit
☐	S13	TX patient value*	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (4,238) View Details Edit
☐	S12	(MH "Advance Care Planning") OR (MH "Consensus") OR (MH "Decision Making, Clinical")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (22,359) View Details Edit

☐	S19	TX patient value	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (4,238) View Details Edit
☐	S12	(MH "Advance Care Planning") OR (MH "Consensus") OR (MH "Decision Making, Clinical")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (22,359) View Details Edit
☐	S11	(MH "Quality of Life")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (67,863) View Details Edit
☐	S10	(MH "Patient Centered Care")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (19,027) View Details Edit
☐	S9	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8	Limiters - Full Text; Published Date: 20000101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	View Results (10,938) View Details Edit
☐	S8	TX Appropriation of the body	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (11) View Details Edit
☐	S7	TX Dehuman* treatment	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (23) View Details Edit
☐	S6	TX Psychological violence	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (481) View Details Edit
☐	S5	TX Disrespect*	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (5,002) View Details Edit
☐	S4	TX Obstetric* violence	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (21) View Details Edit
☐	S3	(MH "Coercion")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (1,372) View Details Edit
☐	S2	(MH "Dehumanization")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (23) View Details Edit
☐	S1	(MH "Civil Rights") OR (MH "Patient Rights+")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (18,083) View Details Edit