

# Ambulant fødsel til førstegangsfødende

## - Genvej eller omvej til øget egenomsorg?



**Navne:** Jane Bjerregaard Lauridsen og Ida Blenker Arentsen

**Studie:** Kandidat i Folkesundhedsvidenskab, cand.scient.san.publ.

**Gruppenummer:** 14gr1051

**Semester:** 4 semester, Kandidatafhandling

**Vejleder:** Carsten Kronborg Bak

**Censor:** Kirsten Beedholm Poulsen

**Dato:** 2. juni 2014

**Anslag:** 231.663

## Indholdsfortegnelse

Resumé .....	5
Abstract .....	6
Læsevejledning.....	7
Kap. 1. Problemanalyse .....	8
1.1. Initierende problem – Svangreomsorg før og nu.....	8
1.2. Indledning.....	9
1.3. Ambulant fødsel i et økonomisk perspektiv .....	10
1.4. Ambulant fødsel i et tværsektorielt perspektiv.....	11
1.5. Ambulant fødsel og amning .....	13
1.6. Ambulant fødsel og genindlæggelser .....	14
1.7. Etik i et brugerperspektiv. ....	15
1.7.1. Medikalisering.....	16
1.7.2. Normalisering .....	17
1.8. Utryghed eller kontrol i et brugerperspektiv?.....	18
1.9. Region Syddanmark som case.....	19
1.10. Problemformulering .....	20
1.11. Begrebsafklaring.....	21
1.12. Fokusering og afgrænsning .....	22
Kap. 2. Specialets teoretiske ramme.....	23
2.1. Indledning.....	23
2.2. Begrebet self efficacy .....	24
2.2.1. Ydre påvirkning.....	26
2.2.2. Forventninger .....	27
2.3. Begrebet empowerment.....	28
2.3.1. Eksperten og eleven.....	29
2.3.2. Ekspertrollen.....	30
2.3.3. Opgør med ekspert/elev forholdet .....	31
2.4. Sammenfatning.....	33
2.5. Vurdering af de teoretiske begrebers anvendelighed.....	33
Kap. 3. Metode .....	35
3.1. Litteratursøgning .....	35
3.1.1. Formål.....	35

3.1.2. Udvalgelse af studier .....	36
3.1.3. Ekstern validitet.....	37
3.1.4. Reproducerbarhed.....	38
3.2. Den kvalitative interviewmetode.....	38
3.2.1. Det videnskabsteoretiske udgangspunkt.....	38
3.2.2. Formål.....	39
3.2.3. Forberedelsesfasen.....	39
3.2.4. Gennemførelsen.....	44
3.2.5. Analysefasen.....	46
Kap. 4. Resultater .....	47
4.1. Resultat af litteratursøgningen.....	47
4.1.1. Indledning.....	47
4.1.2. Førstegangsfødende - en særlig udsat gruppe?.....	48
4.1.3. Parathed til ambulat fødsel og koblingen til self efficacy som begreb .....	51
4.1.4. Empowerment og opfølgning .....	53
4.1.5. Opsamling - Plads til det individuelle .....	55
4.2. Resultat af de kvalitative interview .....	56
4.2.1. Analyse af fokusgruppeinterviewet .....	56
4.2.2. Analyse af de semi-strukturerede individuelle interview .....	64
Kap. 5. Diskussion af resultater .....	74
5.1. Førstegangsfødende i et ambulat forløb .....	74
5.2. Positive oplevelser i et ambulat forløb .....	75
5.3. Negative oplevelser i et ambulat forløb.....	76
5.4. Forudsætninger for at føle sig tryk ved ambulat fødsel.....	76
5.4.1. Netværk .....	76
5.4.2. Erfaring.....	77
5.5. Tværfagligt samarbejde .....	78
5.5.1. Fælles definition .....	78
5.5.2. Koordinering.....	78
5.6. Barrierer mod ambulat fødsel.....	80
5.6.1. Normers betydning .....	80
5.6.2. Behovet for kontrol.....	80
5.7. Betydningen af mødres individuelle behov .....	81
5.8. Vurderingen af udskrivelsestidspunkt .....	82

5.8.1. Vurdering af udskrivelsestidspunkt ud fra et hensyn til mestrende selvtillid.....	82
5.9. At styrke morens egenomsorg gennem anerkendende kommunikation .....	83
5.9.1. Et etisk hensyn.....	85
5.10. Medindflydelse og ansvar.....	86
5.11. Forberedelse til ambulantly fødsel.....	87
5.12. Bemærkning .....	88
Kap. 6. Kritisk diskussion af metoden.....	88
6.1. Diskussion af den kvalitative metode .....	89
6.1.1. Forforståelsens betydning.....	89
6.1.2. Validitet .....	90
6.1.3. Helhedskriteriet .....	92
6.1.4. Spejlkriteriet .....	93
6.1.5. Overførbarehed.....	93
6.2. Diskussion af egenomsorgsbegrebet .....	95
Kap. 7. Konklusion.....	97
Kap. 8. Perspektivering .....	100
Referenceliste .....	102

## Resumé

**Titel:** Ambulant fødsel til førstegangsfødende – genvej eller omvej til øget egenomsorg?

**Forfattere:** Lauridsen, J. & Arentsen, I.

**Baggrund:** Svangreomsorgen har undergået flere udviklende tiltag men også besparelser gennem de seneste år. Dette betyder, at kvaliteten af svangreomsorgen har været til diskussion. Et nyere tiltag har atter pustet til ilden i debatten omkring, hvad der skaber de bedste betingelser som nybagt mor. Dette tiltag er indførelsen af ambulant fødsel til førstegangsfødende. Dette speciale undersøger derfor, hvordan det ambulante fødselstilbud til førstegangsfødende opleves, og hvordan regionsrådets egen målsætning om øget egenomsorg harmonerer med praksis.

**Problemformulering:** Hvordan opleves det ambulante fødselstilbud af førstegangsmødre og sundhedsprofessionelle i Region Syddanmark? Herunder, hvordan kan fødselstilbuddet forbedres, så det i videst mulige omfang vil kunne tilgodese nybagte mødres egenomsorg.

**Metode:** Litteraturstudie samt kvalitativ interviewundersøgelse af 3 mødre og 6 sundhedsprofessionelle fra Haderslev.

**Konklusion:** På baggrund af specialets undersøgelser kan det konkluderes, at førstegangsfødende på mange måder udgør en uhomogen gruppe. Deres oplevelser er derfor også meget individuelt betingede og indeholder både positive og negative oplevelser med det ambulante fødselstilbud. Det kan konkluderes, at egenomsorg er et begreb, som kan være svært at opfylde i praksis, men som under visse forudsætninger er muligt at tilgodese gennem et ambulant fødselstilbud til førstegangsfødende. Styrket egenomsorg i den ambulante fødselsordning forudsætter dog en helhedsorienteret indsats, en anerkendende tilgang med fokus på morens ressourcer, et sammenhængende tværfagligt bidrag samt - vigtigst af alt: morens accept af at føde ambulant.

## Abstract

**Title:** Ambulant delivery for first-time mothers - shortcut or detour to increased self-care?

**Authors:** Lauridsen, J. & Arentsen, I.

**Background:** The Danish antenatal care has undergone several improving initiatives, but also cuts. This means that the quality of antenatal care has been discussed widely. A recent initiative has increased the debate about what provides the best conditions for new mothers. This initiative is the introduction of ambulant delivery for first-time mothers. This thesis examines how ambulant delivery is experienced by first-time mothers and examines if the region councils target of increased self-care is consistent with practice.

**Aim:** How is the initiative “ambulant delivery” experienced by first time mothers and healthcare professionals in the region of Southern Denmark? Including: - how can this initiative be improved to accommodate first time mothers self-care to the fullest extent possible?

**Methods:** Literature survey and qualitative interview study of 3 first-time mothers and 6 healthcare professionals from Haderslev.

**Conclusion:** Based on the results from this thesis it is concluded, that first-time mothers in many ways represent a heterogeneous group. Their experience with ambulant birth is very individually determined and therefore it can be said, that the initiative can generate both positive and negative experiences. It can be concluded, that self-care is a concept that can be difficult to pursuit in practice, but is possible to increase under certain conditions. Increased self care requires a holistic and appreciative approach with the forces of the mother in focus. Further more a coherent multidisciplinary contribution and most importantly: - the mothers accept of ambulant delivery.

## Læsevejledning

Nærværende speciale indeholder 8 overordnede kapitler og strukturen er inspireret af Aalborg modellen.

Specialet er opbygget således, at der i kapitel 1.1 introduceres til problemstillingen, herunder identificeres et initierende problem.

Kapitel 1.2-1.9 præsenterer en problemanalyse, som indeholder identifikation af problemet ud fra et bredt perspektiv. Dette kapitel munder ud i specialets problemformulering i kap. 1.10.

I kapitel 1.11 & 1.12 redegøres for specialets begrebsafklaring og afgrænsning.

I kapitel 2 præsenteres specialets teoretiske perspektiv, ud fra en bearbejdning af begreberne self efficacy og empowerment.

Kapitel 3 indeholder en beskrivelse af de anvendte metoder, som danner baggrund for den videre bearbejdning.

I kapitel 4.1 bearbejdes resultaterne fra de 20 videnskabelige artikler, som er fundet ved systematisk søgning.

I kapitel 4.2 bearbejdes resultaterne af interviewundersøgelserne med 2 jordemødre, 1 barselssygeplejerske, 3 sundhedsplejersker og 3 ambulante førstegangsfødende.

Kapitel 5 danner rammen om specialets samlede diskussion af resultater, herunder emperi, teori og studier med henblik på besvarelse af problemformuleringen.

I kapitel 6 diskuteres specialets kvalitative interviewmetode samt egenomsorgsbegrebet.

I kapitel 7 besvares problemformuleringen i en samlet konklusion.

Til slut perspektiveres specialets resultater i kapitel 8.

Resultaterne fra dette speciale henvender sig til sundhedsprofessionelle eller andre interesserede. Desuden kan specialets resultater være anvendelige for de af landets regioner, som overvejer at implementere lignende indsatser. Baggrunden for specialet er en kritisk refleksion over ambulante fødselstilbud til førstegangsfødende, og formålet er at bidrage til undersøgelse og potentiel forbedring af ambulante fødselstilbud til førstegangsfødende med fokus på øget egenomsorg.

## Kap. 1. Problemanalyse

### 1.1. Initierende problem – Svangreomsorg før og nu

I årtier har sundhedsbegrebet og sundhedssektorens praksis haft fokus på *behandling* ((1)s.33). I dag hører mange *forebyggende aktiviteter* ligeledes ind under sundhedsvæsenets tilbud, hvor svangreomsorg udgør en stor del af den forebyggende indsats ((2)s.144). Betegnelsen svangreomsorg dækker over sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel ((3)s.4).

Interessen for svangreomsorg er udsprunget af en erkendelse af, at grundlaget for et sundt liv allerede begynder ved undfangelsen ((4)s.7). Formålet med sundhedsvæsenets indsats er dermed at give familier og børn de bedste betingelser for en god start, - med udgangspunkt i en sundhedsfremmende og forebyggende indsats ((5)s.103). Svangreomsorgen indeholder i dag som minimum: screening, behandling og besøg hos praktiserende læge samt konsultationer ved jordemoder og besøg af sundhedsplejersken ((6)s.153;(7)s.16).

Retningslinjerne for svangreomsorgen har udviklet sig over en årrække - eksempelvis med hensyn til øget brugerorientering, øget brug af teknologi og øget standardisering ((3)s.8;(8)s. 417). Dette har blandt andet betydet øget fokus på brugerindflydelse, indførelse af elektroniske patientjournaler og udvikling af regionale fødeplaner. Svangreomsorgen har dog også været berørt af besparelser i kommuner og regioner de seneste år, hvilket har betydet nedskæringer i eksempelvis forældreforberedelsen, færre indlæggelser på barselsafsnit og kortere tid til barselsbesøg af sundhedsplejersken (9).

I 2009 og 2010 indførte samtlige regioner ambulante fødsel som standard ved ukomplicerede flergangsfødsler ((10)s.3). Denne praksis dækker over udskrivelse mellem 4 – 24 timer efter fødsel - afhængigt af den enkelte regions retningslinjer ((3)s.177). Denne praksis har været genstand for stor debat blandt kommende forældre og sundhedsprofessionelle, da der er uenighed om, hvorvidt ambulante fødsel bidrager sundhedsfremmende eller sundhedshæmmende til den eksisterende svangreomsorg (11);(12).

Ved udgangen af 2010 tiltog debatten yderligere, da Region Syddanmark meddelte, at de fra år 2011 også ville indføre ambulante fødsel ved ukomplicerede førstegangsfødsler ((6)s.140). Dette tiltag blev af jordemoder Maria Jacobsen fra Holbæk sygehus beskrevet som en positiv udvikling,



da familierne ved ambulat fødsel dermed ”undgår oplevelsen af hospitalsrutiner, der ikke tager hensyn til familiens behov” (11). Modsat har tiltaget vakt stor bekymring hos blandt andre lektor Hanne Kronborg fra Afdeling for Sygeplejevidenskab på Institut for Folkesundhed ved Århus Universitet, som i 2010 udtalte i Politiken, at ”nybagte forældre havner i et decideret ingenmandsland, hvis de skal føde ambulat” (12). Det er med udgangspunkt i denne debat, at nærværende speciale tager sit afsæt. Således er det initierende problem spørgsmålet om, hvorvidt ambulat fødsel har en sundhedsfremmende eller -hæmmende betydning for førstegangsfødende og deres betingelser for en god start i den tidlige barselsperiode.

## 1.2. Indledning

I følgende problemanalyse analyseres ovennævnte initierende problem. Der tages udgangspunkt i førstegangsfødende, som har haft en ukompliceret fødsel, fordi disse er kandidater til tidlig udskrivelse. Det anerkendes dog, at andre parametre end ukompliceret fødsel har betydning for, hvorvidt sundhed fremmes eller hæmmes for nybagte førstegangsmødre ved ambulat fødsel. Disse parametre kan eksempelvis være social ulighed, alder og socialt netværk ((13)s.26). Udgangspunktet for specialet er således, at førstegangsfødende er en uhomogen gruppe, som har individuelle behov og forudsætninger, men idet det ambulante fødselstilbud tilbydes alle førstegangsfødende, der har haft en ukompliceret fødsel, afgrænses målgruppen ikke yderligere. Dette valg er truffet således, at specialets resultater kan benyttes til forbedringsforslag i videst mulige omfang og eventuelt som vejledende materiale for beslutningstagere i regioner og kommuner forud for indførelse af ambulat fødsel for førstegangsfødende.

Det ambulante fødselstilbud rummer mange aspekter og fordrer derfor en bred tilgang. Det drejer sig her om økonomiske, tværsektorielle og etiske perspektiver, som begrundes og analyseres nedenfor. Analysen fører frem til Region Syddanmarks ambulante fødsels- og barselsstilbud som case for den videre bearbejdning. Specialets bearbejdning foretages herefter i et brugerperspektiv med fokus på begrebet egenomsorg, da et overordnet formål for indførelse af ambulat fødsel til førstegangsfødende, ifølge Region Syddanmark, er at styrke den nybagte mors egenomsorg (14).

### 1.3. Ambulant fødsel i et økonomisk perspektiv

En anden del af formålet med indførelsen af det ambulante fødselstilbud er, ifølge formanden for Region Syddanmarks sundhedsudvalg, Poul-Erik Svendsen, at få mest mulig sundhed for pengene gennem en mere effektiv fordeling af knappe ressourcer (14). I et sundhedsøkonomisk perspektiv er hensigtsmæssig fordeling af ressourcer altid det overordnede formål, når forebyggende eller sundhedsfremmende initiativer analyseres ((15)s.9);((16)s.96). I denne sammenhæng handler den sundhedsøkonomiske analyse om alternativerne: indlæggelse af alle førstegangsfødende eller prioritering af indlæggelse af mødre med patologiske fødselsforløb. Den sundhedsøkonomiske analyse går derfor ud på at finde frem til, hvilket alternativ der er mest hensigtsmæssigt, når gevinster og omkostninger stilles op over for hinanden ((16)s.96-97);((15)s.349-350);((17)s.144).

Hvis førstegangsfødende med ukomplicerede fødsler udskrives til hjemmet få timer efter fødslen, frigives der ressourcer på sygehusene til de mere komplicerede forløb. Ambulant fødsel har også økonomisk betydning for sundhedsplejen, idet kommunen bør tilbyde ekstra og tidligere besøg til mødre, som udskrives tidligt ((3)s.178). Således betyder ambulant fødsel, at der muligvis spares ressourcer på indlæggelser, men samtidig øges udgifterne på opfølgning i hjemmet.

Danske retningslinjer for udførelse af medicinske teknologivurderinger anbefaler, at økonomiske analyser udføres i et samfundsmæssigt perspektiv for at undgå et for snævert perspektiv ((17)s. 149). I et snævert perspektiv vil der indgå færre ressourcestræk. – Eksempelvis vil alene fokus på regionens brug af ressourcer ikke give et retvisende indtryk af de reelle omkostninger ved en teknologi - som eksempelvis ambulant fødsel (Ibid.s.150). Det samfundsmæssige perspektiv er det bredeste og mest omfattende, hvor alle relevante omkostninger og konsekvenser ved teknologien identificeres, måles og værdisættes uafhængigt af, hvem de tilfalder (Ibid.s.148). I et samfundsmæssigt perspektiv indgår dermed brug af ressourcer i *både* region og kommune. Det kan være en udfordring at arbejde ud fra et samfundsmæssigt perspektiv, fordi der opereres med to forskellige budgetter i henholdsvis region og kommune ((18)s.10). Dette fænomen kan føre til kassetænkning, som ud fra et sundhedsøkonomisk perspektiv ikke sikrer den bedste udnyttelse af ressourcerne i forhold til patientforløbet som helhed i den tidlige barselsperiode ((17)s.147).

For at mindske kassetænkning bør beslutningstagerne omkring ambulant fødsel være regionsråd og kommunalbestyrelser i fællesskab (19). Hvis beslutninger ikke træffes i fællesskab, kan en konsekvens af ambulant fødsel være, at kommune og region ikke arbejder efter samme målsætning.

Hvis regionen sparer ressourcer, når mødre udskrives ambulant, vil økonomi præge regionens formål med tilbuddet og modsat vil øgede udgifter til ekstra besøg i kommunalt regi præge kommunens målsætning og interesse for tilbuddet. Hvis kommunerne ikke har ressourcer til at imødekomme øgede udgifter, vil ydelser i form af ekstra og tidligere besøg ikke fungere i praksis. Det vil betyde, at ambulant fødsel ikke fremstår som et sammenhængende forløb, hvor der tages højde for konsekvenserne af kortere indlæggelsestid ((20)s.80-81). Dermed opstår en risiko for, at den nybagte mor ”tabes mellem to sektorer”.

Tendensen i det danske sundhedsvæsen er, at stadig kortere patientforløb bliver en større del af sekundær sektor, fordi behandling gøres mere effektiv og ressourcer dermed frigives (21). Det er derfor oplagt, at økonomiske incitament er en del af årsagen til indførelse af ambulant fødsel. Det er imidlertid således, at DRG-taksten<sup>1</sup> for et fødselsforløb for førstegangsfødende inklusiv barseltilbud er en gråzonetakst, hvilket betyder, at taksten er den samme, uanset om barselstilbuddet er en indlæggelse eller et ambulant tilbud. Taksten udløser 24.163 kr. pr. patient (23).

Eftersom der udbetales samme DRG-takst i regionen uafhængigt af indlæggelse eller ambulant forløb og fordi der i kommunen er større udgifter forbundet med ambulant fødsel, er det usikkert, hvorvidt tilbuddet er cost-effectivt. At ambulant fødsel er cost-effectivt vil sige, at det er det billigste alternativ til at opnå et defineret mål ((16)s.99). Dermed skal ambulant fødsel kunne tilføre mødrene noget, som en indlæggelse ikke kan for at være cost-effectivt, - eksempelvis øget egenomsorg. Derfor er det afgørende at undersøge potentialet for øget egenomsorg ved tidlig udskrivelse og det økonomiske perspektiv henlægges derfor. Analysen leder således videre til en belysning af, hvad ambulant fødsel rummer og hvad henholdsvis primær og sekundær sektor bidrager med.

#### **1.4. Ambulant fødsel i et tværsektorielt perspektiv**

Sundhedsstyrelsen har klare anbefalinger for, hvordan rammerne for det tværsektorielle samarbejde i forbindelse med ambulant fødsel for førstegangsfødende bør se ud. Jordemødre skal forberede kvinden på ambulant fødsel gennem fødsels- og forældreforberedelse i graviditeten (24). Desuden skal hun evaluere, om moren har haft en ukompliceret fødsel og føler sig tryk ved udskrivelse.

---

<sup>1</sup> DRG står for: Diagnose Relaterede Grupper og anvendes til beregning af, hvad sygehusafdelinger betales for deres ydelser (22).

Jordemoderen skal ligeledes vejlede grundigt om forhold mellem mor og barn i det første døgn efter fødslen ((3)s.178). Hun skal også tilbyde besøg subsidiært telefonkontakt på henholdsvis 1. og 2. dag efter fødslen (Ibid.). Endelig er det jordemoderens pligt at koordinere udskrivelsen med sundhedsplejen og videregive nødvendig information om moren til primær sektor ((7)s.97). Hvorvidt moren får tilbudt et tidligt hjemmebesøg af sundhedsplejersken, er dermed blandt andet afhængigt af et godt samarbejde og tydelig kommunikation mellem de to sektorer.

Efter udskrivelsen skal fødeafdelingen tilbyde et ambulante besøg til screening af barnet og efterfødselssamtale til forældrene, hvilket foregår i barnets 3. levedøgn ((3)s.179;(24). Sundhedsplejersken bør ifølge anbefalingerne som minimum tilbyde et besøg i hjemmet 4-5 dage efter fødslen og et besøg igen 7-14 dage efter fødslen ((3)s.179).

I nedenstående figur 1. ses en oversigt over det ambulante fødsels- og barselstilbud ifølge anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen for primær og sekundær sektors ydelser til ambulante førstegangsmødre:

#### Det ambulante fødselstilbud ifølge Sundhedsstyrelsen

- **Forberedelse til fødsel og ambulante fødsel i graviditet ved jordemoder**
- **Efter fødsel: vurdering og vejledning ved jordemoder**
- **Telefonopkald fra fødestedet 1 dag efter fødsel**
- **Hjemmebesøg ved jordemoder 1-2 dage efter fødsel**
- **Screenings-besøg inkl. fødselssamtale i barselsklinik eller hjemmet 2-3 dage efter fødsel**
- **Hjemmebesøg ved sundhedsplejerske 4-5 dage efter fødsel**
- **Hjemmebesøg ved sundhedsplejerske 7-14 dage efter fødsel**

Figur 1: De anbefalede ydelser tilknyttet det ambulante fødselstilbud (24);((3)s.178-179,181).

Ambulant fødsel forudsætter således sammenhæng i patientforløbet og tæt kontakt mellem sygehus, jordemoder og den kommunale sundhedspleje, så den nybagte mor har et sted at rette sin henvendelse, hvis der opstår problemer ((18)s.11). Da der ved ambulante fødsel opstår et øget behov for koordinering mellem organisationerne, er det således vigtigt at belyse det tværsektorielle samarbejde i forbindelse med ambulante fødsel.

Lauvås og Lauvås beskriver, at forvirring omkring faggrupperes rollefordeling kan være en utilsigtet konsekvens, når overlappende kompetencer skal forenes i en tværfaglig indsats. Dette kan blandt

andet skabe usammenhængende patientforløb, hvilket også viser sig i det ambulante tilbud, når det ikke er tydeligt defineret, hvilke funktioner jordemoder og sundhedsplejerske skal udfylde ((20)s. 80-81). Samarbejde på tværs af sektorer kræver derfor særlig opmærksomhed over for risikoen for utilsigtede hændelser og fejl i sundhedsvæsenet, og derfor bør der være opmærksomhed på at få denne overgang i patientforløbet til at fungere (25). Derfor anbefaler Dansk Sygeplejeråd, at der udarbejdes fælles retningslinjer for samarbejdet på området ((18)s.11).

Indførelsen af ambulante fødsel til førstegangsfødende betyder dermed øget tværsektorielt samarbejde og ændring af flere arbejdsopgaver. Dette forudsætter forandringsparathed hos jordemødre og sundhedsplejersker, og at der findes de nødvendige ressourcer i begge sektorer. Hvis ikke det tværsektorielle samarbejde fungerer, antages det, at støtte og vejledning til nybagte mødre kan fremstå usammenhængende. Dette kan lede til en mulig utilsigtet konsekvens af ambulante fødsel i form af problemer med amme-etablering, hvilket analyseres i følgende afsnit.

## **1.5. Ambulant fødsel og amning**

Udfordringer i amme-etableringen benyttes i argumentation mod indførelse af ambulante fødsel til førstegangsfødende, hvilket belyses i nedenstående ((18)s.10).

Sundhedsstyrelsen anbefaler blandt andet, at børn bør ammes fuldt, indtil de er 6 måneder og ammes delvist til de er 12 måneder ((26)s.11). Udfordringen er imidlertid, at når en nybagt mor udskrives indenfor 24 timer efter fødslen, er amningen ikke etableret inden hjemrejse, fordi mælken først løber til på tredjedagen (Ibid.s.35). Ifølge Ekström et al ammer både første- og flergangsfødende signifikant kortere tid, hvis de udskrives tidligt. Der skelnes i dette studie mellem tidlig og sen udskrivelse ved 72 timer (27). Ifølge Dansk Sygeplejeråd har en del mødre vanskeligheder med amning og tolkning af barnets signaler, når de kommer hjem ((18)s.10). Problemer med amme-etablering er i relation hertil den største prædiktør for at stoppe amningen tidligt. Der er således en odds ratio for ikke at amme fuldt ved 4 måneder på 3,10, hvis der har været problemer med amme-etablering ((28)s.66,69). Idet nybagte mødre kan have mindre adgang til vejledning og hjælp i etableringsperioden ved tidlig udskrivelse, kan flere ambulante fødende således have problemer med etablering af amning og deraf følgende afbrudt amning.

Madden et al., 2003, fremhæver unge mødre, førstegangsmødre, lav socioøkonomisk position som risikopopulationer for at afbryde amningen tidligere end anbefalet. Disse grupper ammer dog ikke kortere ved ambulante fødsel versus indlæggelse (29). Brown et al., 2004, finder ligeledes i deres Cochrane review, at der ikke er nogen sammenhæng mellem kortere amme-periode og udskrivelse 24-48 timer efter fødslen (30). Det er således usikkert, hvorvidt en kortere amme-periode end anbefalet er en utilsigtet konsekvens af ambulante fødsel. Ovenstående understreger derimod, at den nybagte mor har brug for støtte og opbakning i de allerførste døgn efter fødslen, hvis hun skal have gode forudsætninger for vellykket amning. Vejledning, information og støtte er således vigtige forudsætninger for, at det ambulante fødselstilbud giver vellykket amme-etablering.

Hvis ikke amningen lykkes, kan sikkerheden i et ambulante fødselsforløb kompromitteres, fordi barnet taber sig for meget og bliver dehydreret. En mulig utilsigtet konsekvens af ambulante fødsel kan derfor ligeledes være flere genindlæggelser af det nyfødte barn, hvilket analyseres i følgende afsnit.

## **1.6. Ambulante fødsel og genindlæggelser**

Vellykket amning forudsætter blandt andet, at moren er i stand til at tolke sit barns signaler. Når en førstegangsmor udskrives ambulante, overlades der hende et større ansvar for tolkning af barnets signaler de første døgn efter fødslen i forhold til, hvis hun indlægges på sygehuset nogle dage ((3)s.177).

Tidlig udskrivelse efter fødsel forudsætter derfor, at der er tale om en mor, hvor det forventes, at barselsperioden bliver uden komplikationer og uden risici for både mor og barn (Ibid.s.176). Der er således udfærdiget retningslinjer for, hvilke mødre og børn der bør være kandidater til ambulante fødsel. Men definitionen er bred og klinisk funderet, hvilket betyder, at nogle mødre alligevel udfordres. På trods af disse retningslinjer kan en utilsigtet konsekvens af ambulante fødsel dermed være øget risiko for genindlæggelse af barnet, fordi kvinden ikke får tilstrækkelig hjælp og vejledning til tolkning af barnets signaler (Ibid.). Børneafdelinger har gjort opmærksom på, at spædbørn genindlægges med væggtab på over 10 % <sup>2</sup> eller med gulsot, fordi mødre, der udskrives ambulante, har problemer med at etablere amningen og har svært ved at tolke barnets signaler ((18)s.10);((28)s.66).

---

<sup>2</sup> Et væggtab på 10 % af fødselsvægten er grænsen for, hvor meget en nyfødt må tabe sig efter fødslen (31).

Det er dog usikkert, hvorvidt genindlæggelser er et reelt problem afledt af ambulante fødsler, da der er divergerende resultater på området (32-34). Eksempelvis kan Evans et al. og Soskolne et al. ikke påvise signifikant øget risiko for genindlæggelse ved udskrivelse før 48 timer (32,33). Lock et al. finder derimod, at når indlæggelsestiden forkortes fra 2,25 dag til 1,65 dag øges risikoen for genindlæggelse med 3,1 % (34).

Ifølge Anne Uller som er medlem af følgegruppen for fødeplanen i Region Syddanmark, kan det desuden være problematisk at benytte genindlæggelser som et parameter for utilsigtede konsekvenser af ambulante fødsler, fordi det ikke er et kvalitetsmål i sig selv at undgå genindlæggelser. Hun udtaler endvidere, at det i lige så høj grad er et kvalitetsmål at kunne opspore og tilbyde behandling til de børn, der har behov for det (personlig kommunikation med specialkonsulent Anne Uller).

Der er således ikke entydig evidens for, hvorvidt genindlæggelse er en utilsigtet konsekvens af ambulante fødsler, hvorfor bearbejdningen i dette speciale ikke behandler emnet yderligere. I en undersøgelse foretaget af Danielsen et al., 2000, viser der sig et fald i genindlæggelser af nyfødte, hvis der gives et tilstrækkeligt opfølgende tilbud til moren efter udskrivelse (35). Dermed rettes fokus atter på kvaliteten af den sundhedsfaglige ydelse og det tværsektorielle samarbejde som et vigtigt kriterium for, at ambulante fødsler bliver et sundhedsfremmende og ikke et sundhedshæmmende initiativ.

Kvaliteten af sundhedsfaglige ydelser handler blandt andet om sikkerhed og medicinske vurderinger. Kvalitet handler imidlertid også om grundlæggende værdier og etik. De grundlæggende værdier i et forebyggende og sundhedsfremmende initiativ antages at have betydning for oplevelsen af initiativet og brugertilfredsheden. Derfor ledes her videre til en etisk analyse af grundlæggende værdier ved ambulante fødsler med fokus på medikalisering og normalisering.

### **1.7. Etik i et brugerperspektiv.**

En etisk stillingtagen til indsatser på forebyggelsesområdet må som minimum omfatte en analyse af såvel skadevirkninger som positive effekter - samt hvilke underliggende værdier, der er på spil ((13)s.17). Det etiske perspektiv handler her om de konsekvenser, et sundhedsfremmende og forebyggende tiltag har for det enkelte individ (Ibid.s.13). Begrebet medikalisering sættes i

nedestående i relation til ambulat fødsel. Dette gøres fordi, tilbuddet anses for at være en form for demedikalisering af den del af svangreomsorgen, der vedrører barselsplejen. Ligeledes sættes ambulat fødsel i forbindelse med normaliseringsbegrebet, fordi der til trods for bestræbelser i retning af demedikalisering er meget konkrete anbefalinger for, hvordan moren bør agere, når hun udskrives fra sygehuset.

### 1.7.1. Medikalisering

Sociolog Irving Zola introducerede begrebet medikalisering som ”....a proces whereby more and more of everydaylife has come under medical dominion, influence and supervision” ((36)s.210,l.31-32.). Graviditet, fødsel og barsel er eksempler på livsbegivenheder, som er under sådan medicinsk overvågning (Ibid.s.216). Kvinden overvåges i graviditeten gennem kontroller, scanninger og anbefalinger til livsstil og under fødslen har sygehuset procedurer og standarder for, hvordan fødslen skal håndteres ((3)s.26). En konsekvens af medikalisering kan være, at individet fralægger sig ansvaret for sin situation og stoler mere på medicinske autoriteter end egen formåen. Dette står i modsætning til formålet med det ambulante fødselstilbud, hvor den nybagte mor overlades et *større* ansvar for sin egen situation ((36)s.223).

Ambulat fødsel kan dermed anskues som en de-medikalisering af barselsperioden, idet ansvaret for barnets trivsel flyttes fra medicinske autoriteter som sygeplejersker og jordemødre på et barselsafsnit til kvinden selv i hjemmet. Det kan således være kontroversielt, at kvinden som ambulat fødende er gravid og fødende under medicinsk overvågning og derefter skal håndtere barselsperioden i hjemmet uden samme ”opsyn og kontrol” (Ibid.s.216). Ud fra et etisk perspektiv kan det således være vanskeligt for kvinden at turde stole på sine egne evner i barselsperioden, fordi hun har vænnet sig til den risikotænkning og overvågning, som har fundet sted under hendes graviditet og fødsel.

Det kan imidlertid diskuteres, hvorvidt der er tale om en egentlig de-medikalisering, fordi der ifølge Sundhedsstyrelsen bør gives omfattende opfølgning i hjemmet i form af hjemmebesøg og telefonkontakt mellem mor og sundhedsprofessionel ((3)s.176). Denne opfølgning skal blandt andet sikre, at moren ikke føler sig alene med ansvaret for sit barn. Sundhedsstyrelsen har klare anbefalinger til, hvad denne opfølgning bør indeholde i form af vejledning og anbefalinger til den nybagte mor (Ibid.). Vejledning og anbefalinger er nødvendig i forberedelsen til ambulat fødsel, men kan på den anden side medføre et andet etisk dilemma, nemlig normalisering ((37)s.17).



### 1.7.2. Normalisering

Normalisering kan anskues som en proces, hvor en bestemt adfærd i en bestemt kontekst fremmes gennem et magtforhold mellem mennesker ((38)s.73). Ifølge Hermann, 2010, er der her tale om, at ”magten udfolder sig gennem normer” (Ibid.). Det kan eksempelvis være, at der skabes normer for, hvordan moren bør tage sig af sit nyfødte barn gennem anbefalinger og vejledning. Sundhedsstyrelsens anbefalinger skaber således en norm, som afspejler, at det at blive mor til dels handler om at håndtere sit barn ud fra anvisninger fra sundhedsprofessionelle. Disse anbefalinger er med til at skabe sundhed og succes, men normaliseringen kan også skabe følelsen af skyld og skam, når man ikke formår at håndtere disse anvisninger korrekt (Ibid.).

Löf et al., 2006, beskriver dog i sit studie, at konkrete anbefalinger appellerer til nybagte førstegangsmødre, som udskrives i løbet af barnets første levedøgn. Førstegangsmødrene beskriver, at konkrete anbefalinger giver dem tryghed, fordi de oplever anbefalingerne som redskaber til at kunne tage sig af barnet (39).

Et alternativ til denne normaliseringsproces kan være at give den enkelte mor større ansvar og magt til at have fokus på det, som føles vigtigt og relevant for hende. Ifølge Sundhedsstyrelsen har det dog ikke nødvendigvis en grundlæggende værdi at have magt og ansvar i situationen som nybagt mor, men derimod er *muligheden* for selvbestemmelse vigtig ((13)s.33).

Margareta Brodén har qua sit kliniske arbejde som psykolog mange års erfaring med samspil mellem mødre og deres spædbørn samt kvinders udvikling af identitet som mødre (40);(41). Hun repræsenterer et andet fokus for, hvordan den nybagte mor bør rustes til tidlig udskrivelse. Brodén, 2004, beskriver nemlig, at det værdifulde i et velfungerende mor-barn-forhold er, at det er intuitivt. For meget teoretisk viden om, hvordan man skal forholde sig som nybagt mor, kan være en hindring for det spontane emotionelle forløb ((41)s.103). Det vigtigste er ifølge Brodén, at forældrenes selvfølelse og tillid til egen formåen øges (Ibid.).

Normaliseringsprocesser gennem konkrete anbefalinger og vejledning omkring amning, gulsot og barnets lejrning etc. kan således resultere i en følelse af selvsikkerhed og kontrol, fordi moren føler sig rustet til at håndtere situationen med det nyfødte barn. Modsat kan mere individorienteret støtte med fokus på morens selvfølelse og selvtillid, samt mindre fokus på konkrete anbefalinger hjælpe hende til at være mere følsom over for sit barns signaler. Det antages dermed at være individuelt,

om den enkelte mor støttes bedst i form af konkret vejledning eller opbakning med fokus på selvfølelse og selvtillid.

Ifølge den etiske analyse varierer mødres oplevelser og behov i forbindelse med ambulantly fødsel. Derfor belyses brugerperspektivet yderligere i nedenstående. Brugerperspektivet er ligeledes særligt interessant i dette speciale, idet det knyttes til formålet om øget egenomsorg.

### **1.8. Utryghed eller kontrol i et brugerperspektiv?**

At blive mor for første gang betyder, at kvinden får en ny identitet, og situationen samtidig er særligt udfordrende, fordi der ofte følger en grundlæggende tvivl på egen evne til at kunne tage sig af barnet ((40)s.51).

Margareta Bróden beskriver, hvordan forældre, som får andet eller tredje barn ofte giver udtryk for, at oplevelsen er anderledes, end da de blev forældre for første gang: *"Med dette barn kan jeg slappe af, nyde det og stole på mig selv. Jeg kan se, hvad hun behøver, det er så enkelt"* ((41)s.128). Sundhedsstyrelsen påpeger også, at førstegangsførelse skal tildeles ekstra opmærksomhed, fordi de kan have svært ved at vurdere, om en tilstand eller et symptom hos barnet er normalt eller unormalt ((3)s.177).

En utilsigtet konsekvens af ambulantly fødsel kan i tråd med ovenstående således være, at førstegangsførelse føler sig utrygge, når de sendes hjem fra sygehuset få timer efter fødslen, fordi de ikke stoler på deres egen evne til at kunne tage sig af barnet. Følelsen af utryghed er ifølge en nyere undersøgelse forstærket jo ældre den fødende er (42). Den gennemsnitlige alder for førstegangsførelse i Danmark stiger og er i dag 29,1 år. Den høje alder kan dermed være medvirkende til en øget risiko for følelsen af utryghed ved ambulantly førstegangsfødsel (Ibid.);(43).

Idet utryghed er en mulig utilsigtet konsekvens af ambulantly fødsel for førstegangsførelse er det relevant at undersøge, hvilken klinisk betydning denne utryghed kan have. Ifølge Munk-Olsen et al. kan utryghed føre til øget risiko for depression eller følelsen af ikke at kunne håndtere situationen

som mor (44). Andre studier viser dog, at mødre, som udskrives tidligt efter fødslen, - uafhængigt af paritet<sup>3</sup>, ikke har øget risiko for udvikling af efterfødselsdepression (30);(46);(47).

Samtidig med at moren kan opleve usikkerhed og utryghed, beskriver Margareta Brodén, 2004, at alle nybagte mødre har en instinktiv fornemmelse af, hvad barnet behøver ((41)s.105). Denne instinktive fornemmelse kan have influeret på resultater fra Hall og Carty samt Perssons og Dykes' studier. Disse viser, at ambulante fødende uafhængigt af paritet oplever tilsigtede konsekvenser af tidlig udskrivelse i form af større selvtillid, autonomi og følelse af kontrol (48,49). Følelsen af kontrol, autonomi og selvtillid antages således at være påvirket af dybereliggende faktorer hos den nybagte mor. Disse faktorer kan være den instinktive fornemmelse af, hvad barnet behøver eller mestrende selvtillid i forhold til rollen som nybagt mor. Dette emne uddybes nærmere i kap. 2.2. om self efficacy. Der kan ligeledes være en tryghed i at komme hjem i vante omgivelser, hvor der er fredeligt og roligt. Desuden kan det have stor betydning for den nybagte mor, at hun kan være sikker på, at hendes partner kan være sammen med hende og barnet de første døgn, hvilket ikke altid vil kunne lade sig gøre ved en indlæggelse (50).

Der kan således være utilsigtede konsekvenser af ambulante fødsel i form af utryghed og eventuelt øget risiko for angst, depression og følelsen af ikke at kunne håndtere situationen. Der kan dog modsat også være tilsigtede konsekvenser i form af øget selvtillid, autonomi og følelse af kontrol.

Baggrunden for at indføre ambulante fødsel i Region Syddanmark er netop potentialet i de tilsigtede konsekvenser - men hvor reelt er potentialet? Nedenfor belyses Region Syddanmarks ambulante fødselstilbud til førstegangsfødende, som leder til specialets problemformulering.

## **1.9. Region Syddanmark som case**

Som beskrevet kan ambulante fødsel til førstegangsfødende både medføre tilsigtede og utilsigtede konsekvenser samt udfordringer forbundet med økonomiske, etiske og tværsektorielle perspektiver. Disse udfordringer har også gjort sig gældende ved indførelsen af det ambulante tilbud i Region Syddanmark, som fortsat 2,5 år efter implementering har få ambulante førstegangsfødende (51).

---

<sup>3</sup> Paritet angiver antallet af gennemførte graviditeter (45).

Regionsrådet i Syddanmark har defineret, at målet er, at 40 % af regionens førstegangsfødende vil benytte sig af tilbuddet om ambulante fødsel ((52)s.1). Imidlertid er kun 18 % af 4755 førstegangsfødende i år 2012 udskrevet indenfor 24 timer efter fødslen (51). Fra et kritisk perspektiv tyder disse tal således på, at der bør være gode muligheder for at forbedre tilbuddet.

Eksempelvis viser tal fra Statens Institut for Folkesundhed og en sammenligning med Sundhedsstyrelsens redegørelse for anbefalinger for svangreomsorg, at der er plads til forbedringer. Her nævnes behov for fastlagte tidlige hjemmebesøg af både jordemoder og sundhedsplejerske ((3)s.178);((6)s.144-146);((10)s.3);((4)s.2).

Region Syddanmark har blandt andet på baggrund af disse anbefalinger udfærdiget en fødeplan, som fremadrettet skal understøtte et mere sammenhængende og trygt fødselsforløb i forbindelse med ambulante førstegangsfødsel. Tryghed i fødselstilbuddet er en væsentlig målsætning for ambulante fødsel i regionen. Poul-Erik Svendsen, formand for Region Syddanmarks sundhedsudvalg, beskriver i tråd hermed, at formålet med ambulante fødsel blandt andet er, ”at styrke egenomsorgen for de helt ukomplicerede forløb” (14).

Egenomsorg fremgår altså som en vigtig målsætning for ambulante fødsel til førstegangsfødende, men hvordan harmonerer dette med virkeligheden?

Hvordan opleves tilbuddet til førstegangsfødende i Region Syddanmark i praksis af de involverede parter? Er egenomsorg en reel tilsigtet konsekvens eller hvordan kan denne om muligt styrkes? Specialets fokus rettes hermed mod en empirisk kvalitativ interviewundersøgelse af, hvilke oplevelser nybagte førstegangsmødre, sundhedsplejersker og jordemødre har af det ambulante fødselstilbud. Dette med formålet at øge indsigten i tilbuddets muligheder, begrænsninger, lokalisere faldgrupper og potentiel forbedring. Således danner nedenstående problemformulering udgangspunktet for den videre bearbejdning.

## **1.10. Problemformulering**

*Hvordan opleves det ambulante fødselstilbud af førstegangsmødre og sundhedsprofessionelle i Region Syddanmark?*

*Herunder, hvordan kan fødselstilbuddet forbedres, så det i videst mulige omfang vil kunne tilgodese nybagte mødres egenomsorg.*

- Det ambulante fødselstilbud dækker her over den praksis, de sundhedsprofessionelle udøver, fordi kvinden skal føde ambulantly eller har født ambulantly. Dette undersøges gennem kvalitative interview samt systematiske litteraturstudier. Undersøgelsens sigte er brugerperspektivet, hvorfor morens oplevelser er de primære. Da sundhedsprofessionelles praksis har afgørende indflydelse på, - og erfaring med den nybagte mors oplevelse af ambulantly fødsel, inddrages disses synspunkter også, dog ligeledes med fokus på belysningen af morens perspektiv.
- Sundhedsprofessionelle dækker her over 2 jordemødre fra fødegangen i Haderslev og 3 sundhedsplejersker fra Haderslev kommune. Desuden indgår en sygeplejerske fra barselsgangen på Haderslev sygehus, fordi hun er en del af gruppen, der udvikler vejledningsmateriale til ambulantly fødende og tilser ambulantly fødende i barselsklinikken.
- Egenomsorg dækker i dette tilfælde over begreberne empowerment og self efficacy, hvilket uddybes nærmere i nedenstående begrebsafklaring samt i den teoretiske bearbejdning i kap. 2. Undersøgelsen af dette begreb foretages gennem kvalitative interview, litteraturstudier og teoretisk analyse.

### 1.11. Begrebsafklaring

Da egenomsorg er et centralt begreb for Region Syddanmarks egen målsætning for indførelsen af ambulantly fødsel til førstegangsfødende, vælges dette som målsætning for specialets forandringsspektiv. Begrebet egenomsorg relaterer sig her til sundhedsfremmende og forebyggende initiativer, og formålet er dermed, at moren får mest mulig livskvalitet med mest muligt eget ansvar og indflydelse. I denne proces kan sundhedsprofessionelle være vigtige medspillere eller igangsættere af hjælp til selvhjælp ((53)s.23). Der er således en todelthed i begrebet egenomsorg, fordi det både omhandler morens eget-ansvar og den sundhedsprofessionelles medansvar ((54)s.10). Egenomsorg kan således betragtes ud fra et brugerperspektiv, et sundhedsprofessionelt perspektiv eller som et fælles anliggende – et partnerskab ((53)s.13). Dette speciale tager således udgangspunkt i betragtningen af egenomsorg som et partnerskab, hvorfor sundhedsplejersker, jordemødre og en barselssygeplejerske også indgår i undersøgelsen.

Egenomsorgsbegrebet udspringer i følge Sundhedsstyrelsen af ”*individtænkning, fremme af patientens egne ressourcer inklusiv selvtillid (self efficacy) og kan indebære empowerment*”

((53)s.23.1.6). Disse to begreber vil derfor fremadrettet benyttes til at undersøge og understøtte egenomsorgsbegrebet, som i sig selv er et bredt defineret begreb.

## 1.12. Fokusering og afgrænsning

Specialets bearbejdning kan ikke favne alle aspekter af ambulansfødsel og fordele og ulemper forbundet hermed. Derfor beskrives herunder tilvalg og fravalg samt rammerne for den videre bearbejdning.

Baggrunden for specialets problemstilling udspringer af den aktuelle drøftelse af, hvorvidt ambulansfødsel kan bidrage til øget egenomsorg. Sundhedsstyrelsen har godkendt ambulansfødsel under særlige forudsætninger. Disse forudsætninger, mødres samt sundhedsprofessionelles udtalelser om, hvorledes ambulansfødsel forbedres, danner således rammerne om specialets problembearbejdning.

Det videnskabsteoretiske ståsted for undersøgelsen er det åbne sundhedsbegreb, hvormed sundhed defineres som ” *evnen til at indfri mål under givne livsbetingelser*”((55)s.49.1.19). (Se kap. 3.2.1. for yderligere belysning). Det åbne sundhedsbegreb rummer individets holdninger, hvilket belyses gennem mødrenes perspektiv. Det åbne sundhedsbegreb rummer også en vis objektiv vurdering af sundhed og sygdom, hvilket understøttes ved inddragelse af de sundhedsprofessionelles perspektiv samt rammerne for ambulansfødsel (Ibid.s.65). Afsættet er således et brugerperspektiv med inddragelse af professionelles synspunkter. De sundhedsprofessionelle inddrages ligeledes for at knytte an til målet om styrket egenomsorg for mødre, idet udgangspunktet er, at egenomsorg opnås gennem et partnerskab mellem nybagt mor og sundhedsprofessionel.

Udgangspunktet for undersøgelsen af dette oplevelsesperspektiv er som tidligere nævnt begreberne empowerment og self efficacy. Disse begreber gøres håndterbare ud fra begreber så som tryghed, kontrol, indflydelse, selvtillid og støtte med henholdsvis positivt og negativt fortegn ((53)s.23-24);((3)s.177).

Målgruppen er, som tidligere beskrevet, den brede gruppe af førstegangsfødende, der har født ambulans og ukompliceret og som ifølge regionens fødeplan bør tilbydes basistilbuddet; defineret

som niveau 1<sup>4</sup>. Specialet inkluderer hverken fædre eller familie- og netværksperspektiver. Disse har dog også betydning for problemstillingen og er vigtige at få belyst ved kommende undersøgelser (56). De inkluderes ikke i nærværende speciale, fordi fokus er førstegangsmoren, som har de tætteste kontakter til sundhedspersonale og ligeledes har fødselsoplevelsen inde på livet. Betydningen af fædre og netværk berøres imidlertid i nogen grad gennem interviewundersøgelserne og specialets perspektivering, da netværk og farens nærvær fremgår som betydningsfuld for den nybagte mor.

Region Syddanmarks eksisterende fødselstilbud danner udgangspunkt for specialets rammer og målsætning. Forandringsperspektivet er dermed forbedring af det pågældende tilbud ud fra en kritisk refleksion over ambulante førstegangsfødsel som tilbud. Det bør imidlertid understreges, at tilbuddet er relativt nyt og stadig er under udvikling.

## **Kap. 2. Specialets teoretiske ramme**

### **2.1. Indledning**

Self efficacy og empowerment udgør centrale begreber til at forstå førstegangsmødres oplevelser, og er dermed et vigtigt grundlag for specialets bearbejdning. Teoriens rolle er ligeledes at skabe baggrundforståelse for, hvordan begrebet egenomsorg undersøges i den videre bearbejdning både gennem systematisk litteraturgennemgang og interviewundersøgelse.

Banduras self efficacy begreb beskrives som et af de mest anvendte inden for sundhedsfremme og er i dag et fast pædagogisk begreb i blandt andet patientuddannelserne i Danmark ((57)s.75);((58)s.190). Social indlæringssteori, som indeholder begrebet self efficacy, bidrager ifølge Sundhedsstyrelsen blandt andet til at styrke sundhedsfremmende egenomsorg, hvilket gør netop denne teori væsentlig i sammenhæng med specialets problemformulering ((54)s.17). Da self efficacy vælges som et hovedbegreb for den teoretiske bearbejdning, udelades andre dele af den sociale indlæringssteori. Med bearbejdning af begrebet self efficacy ønskes et bidrag til en teoretisk forståelse af, hvordan førstegangsmødre oplever det ambulante fødselstilbud, ligesom der søges en forklaring på disse oplevelser (Ibid.). Morens *forudsætninger* for ambulante fødsel antages dermed at

---

<sup>4</sup> Niveau 1 er det basale tilbud om graviditetsundersøgelser, fødselshjælp og barselspleje til kvinder, hvis graviditet vurderes uden øget risiko ((3)s.27).

have betydning for, hvorvidt ambulans fødsel øger hendes egenomsorg, og derfor er teorien om self efficacy relevant at inddrage i specialet.

Empowerment beskrives ligeledes som et væsentligt begreb indenfor sundhedsfremme i dag, og har været det siden det for første gang blev anvendt ved en sundhedsfremmekonference i Mexico i år 2000 ((53)s.24). Empowerment begrebet betegnes af Sundhedsstyrelsen som et vigtigt element for egenomsorgen i praksis ((54)s.13). Dermed udgør en bearbejdning af begrebet empowerment også et vigtigt bidrag til besvarelse af specialets problemformulering. Bearbejdningen af empowerment kan bidrage til forståelse for, hvordan mødres handlekompetence kan øges, så de oplever kontrol og ejerskab over deres beslutninger i den tidlige barselsperiode ((53)s.24). Empowerment kan ligeledes give en forståelse for det magtforhold, som er på spil mellem den nybagte mor og den sundhedsprofessionelle.

Bearbejdningen af disse to ovennævnte begreber kan dermed bidrage til øget indsigt i mødres oplevelser og behov samt sikre, at en potentiel forandring sker med fokus på involvering og øget individuel egenomsorg. I nedenstående vil self efficacy og empowerment præsenteres i to selvstændige afsnit. Først introduceres begrebernes oprindelse og generelle betydning. Herefter bearbejdes begreberne aktivt i relation til specialets kontekst.

## **2.2. Begrebet self efficacy**

Efter psykoanalysens og behaviorismens blomstring opstod der i 1950-60'erne en ny strømning af kognitive og sociale læringsteorier. En af frontfigurerne inden for dette område var den canadiske psykolog Albert Bandura. På trods af, at hans teorier udspringer af behaviorismen, rummer de en mere humanistisk tilgang og dermed fokus på både de sociale, biologiske og kognitive aspekter af individets læring, udvikling og væren ((59)s.216). Den sociale indlærings teori er en af Banduras mest markante teorier, som stadig anvendes i forklaringen på menneskers adfærd - især i forbindelse med lærings- og sundhedsadfærd. Teorien rummer blandt andet begrebet self efficacy - mestrende selvtillid, som er troen på, at man har de kundskaber, der skal til for at gennemføre en handling ((60)s.3). Mestrende selvtillid kan sættes i relation til coping- og mestrings-begrebet, idet begge begreber refererer til en form for forsvar mod stressorer eller udfordringer. Forskellen består dog i, at coping/mestring er tilknyttet den reaktion, der forsøger at beskytte individet mod



stressorer, mens ”mestrende selvtillid” handler om individets tanker inden en egentlig reaktion og går dermed forud for coping/mestring (61,62).

Graden af individets mestrende selvtillid har betydning for, hvor meget energi og tid vedkommende bruger på en handling, samt hvilke valg der træffes forud for handling. Derfor har mestrende selvtillid indflydelse på, hvordan individet håndterer sin situation ((60)s.10). Indsigt i self efficacy kan dermed være med til at belyse, hvorledes nybagte mødre kan få øget indflydelse i eget liv og hvilke mekanismer, der har betydning for deres mestrende selvtillid. Denne indsigt er dermed en vigtig forudsætning for, at egenomsorg kan blive en realitet.

Ifølge Bandura kan self efficacy konstrueres på fire forskellige måder: enten gennem egne erfaringer, andres erfaringer, støtte eller overtalelse fra omgivelserne eller krops- og følelsesmæssige oplevelser (Ibid.s.79). Self efficacy fremkommer således ud fra en eller flere af disse faktorer, hvor egne erfaringer dog udgør den stærkeste faktor for udviklingen af self efficacy, fordi den er mest autentisk.

Mestrende selvtillid refererer til individets tanker forud for en handling. Hvorvidt handlingen vurderes overkommelig eller ej er dermed afhængig af, hvilken tilgang individet har til handlingen (Ibid.s.80). Bandura beskriver således, at hvis der anvendes en strategi, hvor handlingen nedbrydes i mindre bidder, kan situationen synes mere overkommelig. Når der er skabt tiltro til, at situationen er overkommelig, vil handlingen således være lettere at udføre og på den måde øges den mestrende selvtillid (Ibid.s.81).

Når den mestrende selvtillid er øget, opstår en række fordele. Eksempelvis tør mennesker med høj grad af mestrende selvtillid sætte højere mål for sig selv (Ibid.s.116). Disse mennesker ser derfor nye situationer som mulighedsskabende, hvorimod individer med ringe grad af self efficacy ser nye situationer som risikofyldte (Ibid.s.116-117). Mennesker som mangler mestrende selvtillid har modsat svært ved at finde motivation og giver dermed hurtigt op (Ibid.s.39). I relation hertil beskriver Bandura ”selfbeliefs” (selvtillid), som ikke er situationsafhængige, men individafhængige og som udgør de tanker, der ligger forud for udviklingen af self efficacy. Udvikling af self efficacy beror på selfbeliefs, fordi erfaringer, der understøtter selfbeliefs, lettere lagres end erfaringer, som er i modstrid med individets selfbeliefs (Ibid.s.82). Dermed fastholdes individet let i en negativ eller

positiv tro på egne evner. Positive selfbeliefs øger dog ikke nødvendigvis den mestrende selvtillid, men negative selfbeliefs vil altid sænke den (Ibid.s.77).

I relation til specialets problemstilling, vil mødre, ifølge Banduras teori, ikke reagere ens på tilbuddet om ambulante fødsel. Eksempelvis vil mødre med ringe mestrende selvtillid muligvis opleve tilbuddet mere negativt og risikofyldt. Disse mødre risikerer at blive fastholdt i en negativ tro og formår dermed ikke at se, fastholde og anvende egne kompetencer konstruktivt eller udviklende. Der kan dermed siges at være en ikke-klinisk forskel på mødre, grundet forskellen i mestrende selvtillid, som har betydning for deres sårbarhed i rollen som mor (Ibid.);(28,63). Det skyldes blandt andet, at en lav mestrende selvtillid kan sætte mødrenes handleevne ud af spil, hvorfor de ikke får gavn af de evner, de i realiteten har ((60)s.35). Lav mestrende selvtillid kan derfor betyde, at den nybagte mor ikke efterlever den undervisning og vejledning, hun har fået forud for den ambulante fødsel. Hendes håndtering af morrollen vil dermed afspejle hendes mestrende selvtillid i højere grad end hendes tillærte evner og kompetencer som mor (Ibid.).

Ifølge Bandura udledes mestrende selvtillid på baggrund af tidligere oplevelser, hvilket gør at nye og helt ukendte situationer blot kan tage udgangspunkt i lignede oplevelser, med risiko for en mangelfuld selvsvurdering (Ibid.s.70). Dermed er det at være førstegangsfødende i sig selv en usikker situation. I disse nye situationer understreger Bandura dog, at en smule manglende tiltro til egne evner skaber incitament til at holde nysgerrighed og læring i gang (Ibid.s.76). Urealistisk høj selvsikkerhed kan derimod betyde, at der ikke ydes den indsats, der skal til for at nå målet. Derfor kan en ”naturlig skepsis” være en fordel i små mængder, men skabe stress i for store (Ibid.s.77). Meget selvsikre mødre kan således risikere at blive udfordret, fordi de efter udskrivning forventer, at tingene vil forløbe glat grundet høj mestrende selvtillid. Omvendt kan meget usikre kvinder opleve et større eget-ansvar som uoverkommeligt, fordi de ikke har tillid til egne handleevner. Der er således ifølge Banduras teori to *etiske problemstillinger* forbundet med det ambulante fødselstilbud. For det første kan det være en udfordring at lade mødre være ansvarlige for en vurdering af behovet for hjælp og støtte, både for kvinder med høj og lav mestrende selvtillid. For det andet og i tråd hermed kan en fælles klassificering af en bred gruppe med forskelligt erfaringsgrundlag give meget forskellige resultater (Ibid.).

### **2.2.1. Ydre påvirkning**

Fordi den mestrende selvtillid for førstegangsfødende ikke i så høj grad kan basere sig på tidligere erfaring, er mødrenes vurdering af deres self efficacy i høj grad påvirket af andre

menneskers opfattelse (Ibid.s.98). Dette kan således betyde, at morens opfattelse baserer sig på en stereotyp eller normbaseret opfattelse af, om førstegangsmødre magter eller ikke magter at føde ambulant. Dermed påvirkes og dannes hendes oplevelse både i samvær med andre førstegangsmødre og sundhedsprofessionelle. Ligeledes er oplevelsen under indflydelse af kulturen på sygehuset og normer og diskurser i samfundet. Morens forventninger vil således til dels være bestemt af egne forståelser, men påvirkes også af andres forventninger og af de valg, der gøres hende tilgængelig. Den almene opfattelse af det ambulante tilbud kan derfor få stor betydning for, hvordan moren opfatter sine reelle handlemuligheder (Ibid.).

På grund af denne ydre påvirkning kan individets self efficacy ifølge Bandura styrkes, hvis andre viser tiltro til vedkommendes evner (Ibid.s.102). Denne tiltro skal dog udvises inden for realistiske rammer, da self efficacy ellers svækkes. Positivt evaluerende feedback kan ligeledes være med til at styrke self efficacy, hvorimod nedsættende feedback har modsatte effekt (Ibid.s.104). Eksempelvis kan førstegangsmødre potentielt opleve, at self efficacy, engagement og faktisk forældreevne styrkes, hvis det ambulante fødselstilbud opleves som en tillidserklæring til deres forældreevne. Hvorledes man støtter og arbejder med morens ressourcer, har således stor betydning for den mestrende selvtillid.

### **2.2.2. Forventninger**

Fordi den mestrende selvtillid opbygges forud for den egentlige handling, har de forventninger et menneske har til resultatet af dets handling, ifølge Bandura, altafgørende betydning for de valg vedkommende træffer (Ibid.s.19). Denne forventning betegner Bandura som ”outcome forventninger”. Mennesker der tror, at deres adfærd har stor betydning for deres resultater, handler ofte mere aktivt og tager mere ansvar end de, der sætter deres lid til ydre hændelser eller andre personer. På den måde kan self efficacy styrkes af positive forventninger og vice versa (Ibid.s.20).

Outcome forventninger til en ambulant fødsel vil ifølge Bandura således betyde, at nogle mødre forventer et positivt forløb, mens andre forventer et negativt (Ibid.s.23). Her understreger Bandura, at negative forventninger ofte medfører negativt outcome (Ibid.s.21-22). En eventuel negativ opfattelse af ambulant fødsel kan således forklares ud fra negative forventninger til outcome.

Er der tale om en mor med høj mestrende selvtillid, som tror på, at hendes egen adfærd har betydning for hendes resultater, vil hendes tilvalg eller fravalg af ambulant fødsel forekomme mere aktive. Er der modsat tale om en mor med lav mestrende selvtillid, vil hendes valg være passive og i

højere grad afspejle den sundhedsprofessionelles valg. Den passivt besluttende mor kan risikere at forblive i en passiv rolle gennem hele barselsforløbet. Dette kan betyde, at negative forventninger og dermed lav self efficacy bliver en del af en rutinemæssig og uhensigtsmæssig adfærd (Ibid.).

Mennesker, som har tendens til at tvivle på deres mestringsevner, har også tendens til at tvivle på eventuel succes, der affødes af deres handlinger (Ibid.s.83). Det er individuelt, hvorvidt der findes tro på, at en ekstra indsats giver flere eller færre muligheder. Troen påvirkes af, om den ekstra indsats anses som særlig svær eller kontrollerbar (Ibid.s.84). Des mindre kontrol individet føler at have over egne evner, desto mindre motiveret er vedkommende for at præstere (Ibid.s.85). Dette kan forklare, hvorfor nogle mødre ønsker at forblive indlagt, idet de ikke føler kontrol over situationen med den nyfødte derhjemme (Ibid.).

Der er således mange faktorer på spil, som har betydning for mødres mestrende selvtillid. Afhængigt af, hvilke faktorer der er på spil, kan sundhedsprofessionelle således arbejde målrettet mod at højne den mestrede selvtillid og skabe positive outcome forventninger. Self efficacy stiller dog store krav til den enkelte mors egen indsats, hvorimod den sundhedsprofessionelle har større indflydelse på den anden del af egenomsorgen - nemlig empowerment, som bearbejdes nedenstående.

### **2.3. Begrebet empowerment**

Empowerment er et begreb, som er sammensat af flere forskellige teorier. Både feministiske og frigørende teorier (64,65), samfundsudviklende ((66)s.20-36) og selvhjælpsteorier (67,68) beskriver begrebet. I dette speciale tages imidlertid udgangspunkt i Paulo Freires teori fra slutningen af 60'erne og 70'erne om voksenlæring, fordi specialet benytter begrebet empowerment til at sætte fokus på processer, som skaber øgede handlekompetencer for nybagte førstegangsmødre. Empowerment kan fortolkes på forskellige niveauer. Nærværende speciale tager afsæt i teori om empowerment på individniveau, jf. Paulo Freire.

Freire beskriver magtforholdet mellem lærer og elev med udgangspunkt i Brasilien i 60'erne. Social ulighed var grundlaget for den magtforskydning, som han beskrev, og hans teori blev en metode til frigørelse af fattige landarbejdere gennem at bekæmpe analfabetismen (69). Hans teori sættes her ind i en dansk referenceramme og fokus flyttes således fra at mindske social ulighed til at fokusere

på empowerment - som redskab til at styrke mødres egenomsorg ((70)s.19). Empowerment er et rummeligt begreb, der er velegnet i forskellige sammenhænge, og i relation til dette speciale bidrager begrebet - i kombination med self efficacy til at belyse forskellige aspekter af mødrenes oplevelser.

Overordnet set handler empowerment om at skabe følelser hos mennesker, som giver dem styrke og kapacitet. Ligeledes handler begrebet om at skabe færdigheder og kompetencer i menneskers liv, så de kan gennemføre handlinger, der giver dem magt og kontrol over eget liv ((70)s.70);((71)s.106). Dette vil sige, at empowerment som begreb drejer sig om at frigøre ressourcer, mennesket besidder – men ikke altid formår at udnytte.

Empowerment kan sættes i relation til ambulans fødsel, idet begrebet kan repræsentere den øgede selvbestemmelse og kontrol nybagte mødre kan opnå ved at være i eget hjem i den tidlige barselsperiode. Når empowerment benyttes på denne måde til at beskrive tilsigtede konsekvenser af ambulans fødsel, drejer forståelsen af begrebet sig om et *produkt* som et mål for, hvordan den nybagte mor klarer situationen hjemme. Eftersom specialet benytter empowerment med fokus på forbedringsforslag, er det imidlertid mere interessant at fokusere på empowerment som en *proces*, der kan være genstand for forbedringer med det overordnede formål at skabe bedre egenomsorg for nybagte førstegangsmødre ((70)s.72).

Empowerment kan i denne sammenhæng således anskues som en proces og strategi, der skal ruste mødre til tidlig udskrivelse efter fødslen ((70)s.73). Empowerment som strategi retter sig således mod kompetenceudvikling, personlig motivation og morens tilgængelige ressourcer (Ibid.). For at opnå empowerment som proces, er det afgørende at afklare, hvordan den enkelte oplever og føler sin virkelighed og derefter tage udgangspunkt heri (Ibid.s.72). Når der tages udgangspunkt i den enkeltes eksisterende ressourcer, kan individuelle kræfter og kontrolmuligheder mobiliseres ((72)s.223).

### **2.3.1. Eksperten og eleven**

Når empowerment benyttes med dette fokus i relation til ambulans fødsel bliver læreproces og udvikling vigtige fokusområder, fordi udvikling af morens handlekompetencer er i centrum. Paulo Freire beskriver empowerment som en læreproces og fremhæver, at lærer og elev ofte indgår i en relation, hvor læreren fremstår som eksperten og eleven som den uvidende. Denne magtforskydning er ugunstig for læreprocessen, fordi læreren ikke opnår forståelse for elevens virkelighed, og eleven

nemt indtager en passiv rolle ((73)s.45). Læreren underviser, og eleven bliver undervist (Ibid.s. 46). Freire kalder denne form for undervisning for sparekasseundervisning, fordi den kun tillader eleverne at modtage, sortere og opmagasinere viden uden relation til virkeligheden og egen situation (Ibid.s.45).

Med Paulo Freires teori som referenceramme for ambulans fødsel repræsenterer læreren den sundhedsprofessionelle, og eleven repræsenterer den nybagte mor. Hensigten med brugen af teorien er derfor blandt andet at gøre magtforholdet mellem de to parter synligt og bestræbe, at den sundhedsprofessionelle bliver mindre aktiv, og moren modsat bliver mere aktiv.

### **2.3.2. Ekspertrollen**

Ekspertrollen og dennes betydning sættes i relation til fødsels og barselsområdet, når den sundhedsfaglige tager beslutninger på vegne af den nybagte mor. Når moren indtager en passiv rolle i mødet med sundhedsprofessionelle, lægger hun sit liv i hænderne på de professionelle i håbet om, at de klarer udfordringerne, hun måtte stilles overfor. Det er i sådanne situationer vanskeligt for den professionelle at lade være med at gøre noget, selvom det kan være uklart, hvad der skal gøres og om der overhovedet er belæg for en professionel indsats (Ibid.s.46). Derfor bliver effekten selvforstærkende, og moren bliver i endnu højere grad passiv. Selvom hun indtager rollen som passiv deltager og accepterer den sundhedsprofessionelle som eksperten, beskriver Freire, at mennesket lider, når det fratages muligheden for at tage ansvar for eget liv ((73)s.51). Derfor bør forholdet mellem lærer og elev (sundhedsprofessionel og nybagt mor) tilstræbe, at læreren i mindst mulig grad er eksperten og så vidt som det er muligt tager udgangspunkt i elevens erfaringer og forståelse af sin situation. Samtidig skal eleven tilskyndes til at træde ud af sin passive rolle og tage ansvar for sin situation (Ibid.s.52-53). Ambulant fødsel kan ses som et skridt i retning af omsorg med fokus på empowerment, fordi den sundhedsprofessionelle som ekspert delvist tages ud af den ekspertverden som sygehus og indlæggelse repræsenterer. Samtidig placeres ”eleven” i sine vante omgivelser, hvor hun sædvanligvis fungerer og bliver derfor en form for ekspert over sin egen situation.

Det er imidlertid ikke kun fysiske forhold som indlæggelse, der foranlediger et ulige magtforhold. Dermed kan et ulige forhold gøre sig gældende både ved indlæggelse og ved ambulans fødsel. Dette fordi der i enhver relation mellem nybagt mor og sundhedsprofessionel, opstår et potentielt ekspert/elev forhold.

### 2.3.3. Opgør med ekspert/elev forholdet

Ambulant fødsel kan repræsentere en del af det paradigmeskifte som har givet øget opmærksomhed til empowerment som redskab. Paradigmeskiftet betyder, at fokus flyttes fra behandling og ydelser til sundhedsfremme og egen handling ((70)s.25). Derfor giver ambulant fødsel større handlerum for den, som Freire beskriver som den humanistiske pædagog. Freire beskriver den ”humanistiske pædagog” som modsætningen til eksperten og undertrykkeren, fordi denne vil have tillid til mennesket og dets skabende evner (Ibid.s.48). Udgangspunktet er her at arbejde med tilstedeværende ressourcer frem for begrænsninger. Menneskesynet og værdigrundlaget for empowerment er således, at alle selv *kan*, og at den professionelles opgave således er at få systemet til at passe til individets behov og ikke omvendt (Ibid.s.23). I relation til ambulant fødsel kan denne fleksibilitet fra sundhedsprofessionelle komme til udtryk i forhold til lydhørhed for morens ønske om indlæggelse eller et ambulant forløb. Flexibiliteten kan også gøre sig gældende gennem lydhørhed overfor individuelle ønsker og behov i det ambulante forløb.

Freire beskriver ”problemformulerende undervisning” som afsættet for empowerment ((73)s.58). Viden bør således ikke blot være informationer som gives til mødrene (Ibid.s.49). Derimod bør undervisning være en tilblivelsesproces og en erkendelse, hvor både mødre og sundhedsprofessionelle udvikles og gives kompetencer (Ibid.s.53,58). Forberedelse og undervisning i forbindelse med ambulant fødsel bør med denne referenceramme således ikke bare være informationer som ”afleveres” til mødrene undervejs i forløbet. I stedet bør den sundhedsprofessionelle have in mente, at målet er en dybere proces, som handler om tilblivelse, erkendelse og morens identitet ((70)s.93).

Dialog bliver således bærende for empowerment, fordi lærer-elev forholdet ophører gennem dialog, og begge dermed bliver ansvarlige for processen (Ibid.s.53-54). I dialogen bør der således være plads til både sundhedsprofessionel og nybagt mor (Ibid.s.63). Det handler ikke om, at den sundhedsprofessionelle altid skal give moren ret eller overlade hende ansvaret for at finde frem til, hvad situationen kræver ((70)s.80). Empowerment betyder, at der tages udgangspunkt i, hvad den nybagte mor siger, hun gerne vil have hjælp til. Derefter må den professionelles viden på området om saglige og faglige vanskeligheder deles med hende (Ibid.). Det er dette, Freire beskriver som dialogen, hvor mennesker mødes og navngiver verden ((73)s.63).

Freire beskriver videre, at den professionelles rolle i dialogen bør være med udgangspunkt i dette citat: ”Vi må lære masserne klart at se dét, som vi har modtaget fra dem i en forvirret form” ((73)s.69.l.6-8). I forhold til ambulans fødsel betyder dette, at dialogen bliver redskabet til forståelse. Den sundhedsprofessionelle fralægger sig sin ekspertrolle og træder ind i læreprocessen ved at gå i dialog med moren om, hvilke erfaringer hun bærer med sig og erfaringernes betydning for hendes situation som nybagt mor i hjemmet. Fordi den professionelle bidrager med faglighed og rådgivning i, hvordan situationen kan håndteres, får moren forståelse for, hvordan hun selv kan ændre sin situation. Dialogen bliver således grundlaget for handlinger og håndtering af ambulans fødsel, og hver enkelt nybagt mor er et unikt eksempel. Kompetenceløftet kan således ikke alene ske ud fra standarder om, hvad moren *bør* vide, når hun sendes hjem ambulans. I stedet bør der tages udgangspunkt i hendes individuelle ressourcer og erfaringer (Ibid.s.53,58).

Dialog forudsætter tro på, at den enkelte har indflydelse på og mulighed for at ændre sin situation, hvis den opleves ukontrollérbar. Hvis begge parter i en dialog tror på den enkeltes evne til at forandre situationen, bliver *handling* lige så betydningsfuld som dialogen (Ibid.s.62). Således bør dialogen mellem sundhedsprofessionel og nybagt mor bygge på en overbevisning om at, hvis situationen opleves ukontrollérbar, kan dette ændres gennem dialog og handling. Forudsætningen for at kunne handle er dog, at der findes ressourcer, som gør det muligt (Ibid.s.2). Disse ressourcer kan være self efficacy, viden eller kunnen. Den sundhedsprofessionelle kan bidrage med viden og opbakning for at opnå øget self efficacy (jf. kap. 2.2) for at udvikle den nybagte mors handlekompetencer og undgå magtesløshed (Ibid.).

Kritisk tænkning er lige som self efficacy, viden og kunnen en ressource og handler ifølge Freire om at tage ansvar (Ibid.s.68). Med kritisk tænkning opfattes verden som en proces og ikke en statisk enhed. Når verden tænkes som en proces, betyder det, at der kan tages ansvar, og at der kan opnås indflydelse. Modsætningen til kritisk tænkning er naiv tænkning, som i stedet vil tilpasse sig normen (Ibid.s.69). I forhold til ambulans fødsel betyder dette, at nybagte mødre må tage ansvar for deres situation, for at empowerment som proces kan findes sted ((70)s.93).

Empowerment kræver således en indsats af både sundhedsprofessionel og nybagt mor. Den professionelle må tage udgangspunkt i morens erfaringer, og moren må være villig til at tage ansvar.



På trods af, at Freire beskriver, at forholdet mellem lærer og elev bør være ligeværdigt, kan den magtposition, som sundhedsprofessionelle har, ikke fjernes (Ibid.s.87). Det er ifølge Andersen, Brok og Mathiasen, 2000, heller ikke intentionen at udviske dette magtforhold, fordi det er et vilkår, så længe det sociale og sundhedsfaglige arbejde er en lønnet opgave med politisk formål. Derimod skal magten tydeliggøres og synliggøres, så den kan gennemskues og håndteres (Ibid.).

## **2.4. Sammenfatning**

Ovenstående teoretiske analyse er specialets referenceramme, som vil afspejle den videre bearbejdning. Self efficacy og empowerment danner dermed tilsammen grundlag for at kunne operationalisere begrebet egenomsorg.

Self efficacy er den mestrende selvtillid, som er afhængig af tidligere erfaringer, relationer, egne og andres forventninger til situationen. Self efficacy kan påvirkes gennem tilkendegivelser fra omgivelserne, og derfor har sundhedsprofessionelle mulighed for at øge den enkelte mors self efficacy og outcome forventninger i forhold til ambulante fødsel.

Empowerment beskrives her som processen, der skal give den nybagte mor handlekompetencer. Et ulige magtforhold har betydning for morens mulighed for at tage ansvar for sin situation, hvilket er en forudsætning i et ambulante fødselsforløb. Bevidsthed om magtforholdet kan dermed hjælpe moren til at tage ansvar.

Nedenfor vurderes kort de teoretiske begrebers anvendelighed. Se kap. 6.2. for yderligere belysning.

## **2.5. Vurdering af de teoretiske begrebers anvendelighed**

I forhold til bearbejdningen af empowerment er det vigtigt at understrege, at det oprindelige begreb ifølge Paulo Friere retter sig mod undertrykte eller oversete individer. Dette er ikke i overensstemmelse med nærværende speciales målgruppe. Ligeledes har begrebet sin oprindelse i Brasilien, hvorfor kulturen ikke er direkte overførbare. Metodologien benyttes dog til stadighed i den vestlige verden og anses på trods af de umiddelbare forskelle som en velegnet strategi til at skabe

øget egenomsorg for førstegangsfødende. Dette fordi der er fokus på at skabe indsigt i og styrke mødrenes ressourcer og handlekompetence.

Empowerment er til tider blevet kritiseret for at være en disciplineringsstrategi, der i højere grad virker manipulerende end frigørende for individets ressourcer. Denne kritik udtrykkes blandt andet gennem Vallgårdas citat: ”*Empowerment inden for sundhedsfremme og forebyggelse er imidlertid ikke et neutralt middel til at gøre mennesker i stand til at forfølge de mål, de måtte have, men et middel til at få dem til at vælge at leve på en måde, så de bevarer eller fremmer egen eller andres sundhed*” ((71)s.108). Det er relevant at være opmærksom på denne problematik, når empowerment benyttes som strategi i sundhedsfremme og forebyggelse. Empowerment anses dog fortsat som et anvendeligt begreb i dette speciale, da det indeholder et stort potentiale for demokratiske processer i det ambulante fødselstilbud og potentiel øget self efficacy.

I forbindelse med bearbejdningen af Banduras sociale indlæringssteori, bør det understreges, at teorien indeholder 3 sammenhængende teorier, hvorfor der er foretaget en udvælgelse af begrebet self efficacy. Dette er gjort, fordi self efficacy anses for at have størst relevans for begrebet egenomsorg og fordi det er med til at skabe øget indsigt i mødrenes mestringsevner. Self efficacy er blevet kritiseret for i udgangspunktet at være målrettet børns læring, at være flertydigt og uden en præcis definition (74). Dette vurderes dog ikke at være et kritikpunkt med betydning for nærværende bearbejdning af begrebet.

Det er svært at måle egenomsorg, empowerment og self efficacy, hvorfor de i praksis er svære at spore hos nybagte mødre. Derfor er begreberne gjort alment forståelige, idet der i interviewene spørges ind til tryghed, selvtillid, kontrol, indflydelse og håndtering af udfordringer. Resultaterne afspejler derfor i højere grad disse begreber og ikke Albert Banduras og Paulo Freires oprindelige definitioner.

## **Kap. 3. Metode**

I nedenstående afsnit præsenteres metodebeskrivelserne for specialets videre bearbejdning.

Der gøres først rede for processerne under den systematiske litteratursøgning gennem præsentation af databaser, inklusions- og eksklusionskriterier og strategi for udvælgelse af studier. Den kritiske vurdering af studiernes anvendelighed foretages løbende.

Herefter præsenteres fremgangsmåden i de forskellige faser af den kvalitative dataindsamling, hvor der gøres rede for det videnskabsteoretiske ståsted og hovedfaserne: forberedelse, gennemførelse og analyse, efter inspiration af Kvaales anvisninger i forbindelse med gennemførelse af kvalitative undersøgelser.

### **3.1. Litteratursøgning**

Der er foretaget en bred, initierende litteratursøgning på Google Scholar, bibliotek.dk, Dansk Institut for Folkesundheds og Sundhedsstyrelsens hjemmeside for at afsøge tilsigtede og utilsigtede konsekvenser af ambulansfødsel. Den fokuserede, systematiske søgning er foretaget i databaserne: Cochrane, PubMed/Medline, Embase, Sociological Abstract, Psych Info, Cinahl og Health and Safety Science Abstracts.

PICO skemaet, der er anvendt som redskab til at systematisere søgningen, kan findes i bilag 1. Søgningen er med PICO skemaet inddelt i søgefacetter, som indkredser målgruppe, intervention, determinanter og ønsket outcome. Søgefacetterne er kombineret med boolske operatører, således at søgningen gøres bred med OR og begrænses med AND.

Alle termer er først søgt som Mesh/Thesaurus term og derefter som frittekstsøgning. Der er endvidere foretaget kædesøgning efter gennemlæsning af relevante artiklers referenceliste.

#### **3.1.1. Formål**

Formålet med litteraturgennemgangen er at finde evidens for, om førstegangsfødende er særligt sårbare i et ambulansfødselstilbud. Desuden er der søgt evidens for, hvorvidt self efficacy spiller en rolle for ambulante førstegangsmødre. Da ingen af studierne beskriver self efficacy i relation til ambulansfødsel, er der søgt viden om disse mødres parathed til at lade sig udskrive inden for det

første døgn efter fødslen. Dette er gjort, fordi det antages, at mødrenes accept af tilbuddet, blandt andet kan relateres til deres tillid til egen handlekraft (læs self efficacy) som barslende i hjemmet. Dermed kobles parathed til self efficacy fremadrettet.

Ydermere er der søgt evidens for, hvordan opfølgning efter tidlig udskrivelse bør være for at sikre så høj grad af tilsigtede konsekvenser som muligt. Opfølgningen relateres til specialets fokus på empowerment, fordi den har til hensigt at øge morens handlekompetencer og repræsenterer sundhedsvæsenets bidrag til den læreproces, moren gennemgår. Der er søgt evidens for besøg versus telefonopkald og evidens for, hvornår kontakt mellem sundhedsprofessionel og nybagt mor bør finde sted efter udskrivelsen. Herudover er der søgt viden om, hvilken form for information mødre har brug for for at være rustede til ambulans fødsel. Denne del af litteraturstudiet har primært fokus på forbedringsforslag i relation til specialets case. Resultater fra studierne kan læses i kap. 4.1.

### **3.1.2. Udvalgelse af studier**

Udvalgelsen af studier er sket ud fra en vurdering af relevans for specialets problemformulering og ekstern validitet i forhold til konteksten for specialet. Matrix kan findes i bilag 2.

Inklusionskriterier er således undersøgelser med førstegangsmødre, der har haft en normal fødsel med et raskt barn, som udskrives inden 48 timer efter fødslen. Desuden er et inklusionskriterie, at studierne har gennemgået peer review, fordi dette sikrer høj standard af videnskabelig metode og kvalitet i forskningen (75). Eksklusionskriterier er studier med fokus på etniske minoriteter og studier fra ikke-vestlige lande.

Udvalgelsen af studier er foregået i tre trin. I første sortering er det ud fra studiets titel vurderet, om artiklen kan bidrage til besvarelse af specialets problemformulering. Dernæst er de valgte studiers abstracts læst igennem og relevansen atter vurderet. Tredje sortering er foretaget efter fuld gennemlæsning af de resterende artikler. Udvalgelse af artikler i 2. og 3. sortering er foretaget efter følgende kriterier: 1) relevans for besvarelse af problemformulering, 2) overførbarhed til konteksten for specialet og 3) kvalitet af studie. Til at vurdere studierne kvalitet er VAKS skemaet anvendt til kvalitative studier, Prisma til reviews og metaanalyser, CONSORT til randomiserede studier (RCT) og STROBE til tværsnitstudier. Efter 3. sortering er der medtaget 24 studier og efter frasortering af studier, som er dobbeltrepræsenteret, bidrager 20 studier til besvarelse af specialets

problemformulering. Alle litteraturlister i reviews og metaanalyser er gennemgået for at sikre, at der ikke er studier, som er dobbeltrepræsenterede.

Studier med divergerende konklusioner er inddraget for at undgå selektionsbias og for at kunne præsentere "den sande værdi" i målpopulationen bedst muligt ((76)s.117). Når studierne har divergerende resultater, er resultaternes tyngde vurderet i forhold til overførbarhed til casen for specialet (77).

### 3.1.3. Ekstern validitet

Målpopulationen i specialet er førstegangsmødre som sendes hjem inden 24 timer efter fødsel i Region Syddanmark. Litteratursøgningen afspejler imidlertid en bredere population end som så, idet der er inkluderet studier, som undersøger udskrivelse indenfor 48 timer efter fødsel. Dette er gjort for at inkludere mest mulig relevant litteratur. Studierne anses fortsat for at være overførbare til målpopulationen, da det vurderes, at mødrenes udfordringer er nogenlunde de samme ved udskrivelse henholdsvis 24 timer og 48 timer efter fødslen ((3)s.173,180).

Søgningen har ikke haft overordnede limits i forhold til udgivelsesdato. Sverige og USA har en længere tradition for ambulante fødsel for førstegangsfødende. Derfor kan studier, som beskriver de første år med tilbuddet i disse lande være overførbare til dansk kontekst i dag - også på trods af ældre udgivelsesdato. Alle studier er dog vurderet i forhold til alder, og nogle studier er fravalgt på grund af manglende ekstern validitet. Eksempelvis er, danske studier, som undersøger effekterne af ambulante fødsel i slutningen af 80'erne (78). Disse er fravalgt, fordi de ikke inkluderer førstegangsfødende, og fordi baggrundsbeskrivelsen repræsenterer en mere biomedicinsk diskurs omkring barselsperioden end, hvad der generelt gør sig gældende i dag.

Hovedparten af de fundne studier er udenlandske. Studier fra Sverige og England anses som overførbare til dansk kontekst, da sundhedsudgifter pr. indbygger og ambulante opfølgning i disse lande er sammenlignelige med danske forhold (79). Søgningen inkluderer ligeledes studier fra USA og Australien, men der tages forbehold for direkte overførsel af disse resultater til dansk kontekst. Dette forbehold skyldes, at disse sundhedssystemer har en større andel af private sundhedsforsikringer. Dette betyder, at social klassificering kan udgøre en årsagsforveksling (confounder) eller bias, fordi der kan være forskel på, hvilket tilbud kvinden får, afhængigt af om hun har forsikring eller ej (80). Disse forhold kan mindske overførbarheden af amerikanske og

australske resultater til dansk kontekst. Studierne er alligevel inkluderet, da de anses for at kunne bidrage med oplevelser af ambulante fødsler.

#### **3.1.4. Reproducerbarhed**

Litteratursøgningen er beskrevet trin for trin i bilag 1. Med denne beskrivelse gøres søgningen reproducerbar, således at de samme studier vil kunne genfindes, hvis beskrivelsen følges fra start til slut (81). Det er dog ikke givet, at en person, som gentager søgningen, vil sortere og udvælge de samme studier. Årsagen til dette er, at problemformuleringen, som danner grundlag for litteratursøgningen, altid vil afspejle forskerens forforståelse og fordomme og dermed påvirke udvælgelsen ((82)s.72).

Udover at litteraturstudier er anvendt som metode til specialets bearbejdning, udgør kvalitativ interviewmetode også et væsentligt bidrag. Præsentationen af denne metode belyses nedenfor.

### **3.2. Den kvalitative interviewmetode**

I nedenstående bearbejdes den kvalitative interviewmetode med udgangspunkt i flere forskellige forfatteres litteratur om kvalitativ forskning. Først præsenteres det videnskabssteoretiske ståsted og formål. For at skabe metodisk gennemsigtighed beskrives metodeprocessen herefter ud fra de 3 hovedfaser: forberedelse, gennemførelse og analyse.

#### **3.2.1. Det videnskabssteoretiske udgangspunkt**

Ifølge Simovska har forskellige videnskabelige discipliner forskellige præferencer, når det drejer sig om konceptionalisering af sundhed ((83)s.34). Dette speciales videnskabssteoretiske ståsted er som tidligere nævnt inspireret af det åbne sundhedsbegreb defineret af Wackerhausen. Dette er valgt, fordi det baserer sig på den salutogentiske model, som lægger vægt på mekanismer, der har betydning for måden, hvorpå folk mestrer egen sundhed (Ibid.s.37). Denne tilgang vægter dermed sundhedsfremme og forebyggelse i højere grad end behandling, samtidig med at individet anses som aktivt medvirkende til sin egen sundhed (Ibid.);((53)s.49). Det åbne sundhedsbegreb flytter således fokus væk fra den enkeltes helbred og over på *forholdet* mellem individets mål, dets livsbetingelser og dets kropsbundne handlepotentialer. Sundhed er dermed et *relationsforhold* og ikke en kropstilstand ((55)s.67). Derfor bliver definitionen af, hvad sundhed er individuel og afhængig af den enkeltes livsbetingelser og mål (Ibid.). Denne referenceramme betyder, at der i den

kvalitative undersøgelser tages afsæt i den enkeltes oplevelse af ambulante fødsel. Der er således ikke på forhånd taget stilling til om ambulante fødsel fremmer eller hæmmer sundhed i den tidlige barselsperiode, men rammerne for ambulante fødsel anerkendes som et muligt vilkår for nybagte mødre. Der tages udgangspunkt i mødrenes fortællinger og den betydning det ambulante forløb har haft for den enkelte. Der lægges således større vægt på individuelle parametre som livskvalitet, kontrol over - og ansvar for eget liv end kollektive parametre for sundhed som amning eller genindlæggelse. Dette er ligeledes gjort for at interviewundersøgelsen skal afspejle specialets teoretiske referenceramme, der tidligere er beskrevet ud fra begreberne self efficacy og empowerment. Begreberne får dermed en aktiv rolle i den empiriske analyse og indgår derfor i udarbejdelsen af interviewguidens hovedtemaer.

Specialets undersøgelse fokuserer på jordemødres, en barselssygeplejerskes, sundhedsplejerskers og førstegangsmødres oplevelser og den metodiske tilgang for indsamling af empiri gennem interview er fænomenologisk og hermeneutisk. Der tages således med fænomenologien udgangspunkt i informanternes livsverdenen, hvor fænomener beskrives, som de opleves ((84)s.195). Det tilstræbes således at beskrive fænomener detaljeret og fordomsfrit (Ibid.s.197). Det tilstræbes ligeledes med hermeneutisk metode at forstå og fortolke informanternes svar som enkeltdele af en helhed, hvor der søges forståelse for både enkeltdele og helheden ((85)s.180).

### **3.2.2. Formål**

Formålet med specialets interviewundersøgelser er, som nævnt, at undersøge mødres og sundhedsprofessionelles oplevelser med ambulante fødsel for førstegangsfødende i Region Syddanmark samt at undersøge mulighederne for styrket egenomsorg. Der er til dette formål gennemført 3 individuelle, semi-strukturerede interview med førstegangsmødre, som har født ambulante i Region Syddanmark. Endvidere er der foretaget et fokusgruppeinterview med 6 sundhedsprofessionelle.

Ifølge Kvale og Brinkmann er der en række standardvalg af tilgange og teknikker på forskellige trin i en interviewundersøgelse ((86)s.119). Disse indeholder blandt andet hovedtemaerne: forberedelse, gennemførelse og analyse, som danner udgangspunktet for nedenstående metode gennemgang.

### **3.2.3. Forberedelsesfasen**

Forberedelsesfasen indeholder her udvælgelsen af respondenter og udfærdigelsen af interviewguides. Nedenstående præsenteres denne proces.

### **3.2.3.1. Udvalgelseskriterier**

Specialet er skrevet ud fra et samarbejde med Haderslev sundhedspleje og Haderslev sygehus. Derfor er udvælgelsen af respondenter foretaget inden for rammerne af dette samarbejde. Alle respondenter har deltaget på frivillig og informeret basis. Der er således udleveret og underskrevet samtykkeerklæring. Temaer samt formål for interviewene er endvidere oplyst respondenterne, hvilket sikrer ensrettethed og tryghed i interviewsituationen ((82)s.157).

#### ***Sundhedsprofessionelle***

Udvælgelse af sundhedsplejersker, jordemødre og barselssygeplejersken er foretaget med det for øje, at de skulle repræsentere et udvalg af både fortalere og skeptikere af det ambulante tilbud og at de skulle være snaksalige og åbne for dialog omkring ordningen (Ibid.s.123). Rekrutteringen er foretaget gennem personlig telefonisk kontakt. De sundhedsprofessionelle respondenter fremgår senere i specialet som respondenterne sundhedsplejerskerne 1 (S1), 2 (S2) og 3 (S3), jordemoder 1 (J1) og 2 (J2) samt barselsygeplejerske (BS).

Oprindeligt var hensigten at interviewe 6 jordemødre og 6 sundhedsplejersker ved to separate fokusgruppeinterview. Men da det ikke var muligt at rekruttere tilstrækkelig mange deltagere blev alternative muligheder diskuteret. Da 3 sundhedsplejersker, 2 jordemødre og 1 barselssygeplejerske havde indvilget i at deltage, blev løsningen at samle alle i ét fokusgruppeinterview. Denne løsning har vist sig at være fordelagtig i forhold til specialets resultater, idet de tre faggrupper repræsenterer forskellige oplevelser og synspunkter i forhold til ambulante fødsel. Derfor har styrken ved fokusgruppeinterview, som indebærer, at mødet mellem mennesker kan medvirke til øget indsigt i normer og diskursers betydning, således i høj grad gjort sig gældende ved dette interview ((87)s.125). Fokusgruppeinterview vurderes derfor at være en velegnet metode i denne undersøgelse. Fokusgruppeinterviewet er dog foretaget ud fra et perspektiv hvor interaktionerne respondenterne imellem ikke analyseres særskilt, men blot anses som influerende (Ibid.s.121). Formålet med fokusgruppe interviewet er at få en vigtig nuancering frem omkring henholdsvis fordele og ulemper for at give grundlag for forbedringsforslag. Derfor er fokusgruppeinterviewet som metode særligt velegnet til nærværende undersøgelse (Ibid.).

#### ***Mødrene***

Forud for interviewundersøgelsen er der ligeledes opsat en række kriterier for udvælgelse af mødrene. Dermed er selektiv udvælgelse benyttet, således at vigtige karakteristika i forhold til



problemformuleringen er repræsenteret i udvalget af respondenter ((87)s.124). Idet der har været få respondenter er udvælgelseskriterierne særligt vigtige. Inklusionskriterierne for mødre har været: førstegangsfødende, ambulante fødende, ukomplicerede fødsler, raske kvinder, mødre, som har født inden for de sidste 6 måneder, bosat i Haderslev kommune, samt mødre med forskellige holdninger til ambulant fødsel. Der er arbejdet med udvælgelseskriterierne i kombination med en strategisk afvejning af, hvor mange interview det har været realistisk at foretage med hensyn til tid og tilgængelige informanter ((88)s.32).

### ***Rekrutteringsproblemer***

Det har været vanskeligt at rekruttere respondenter til undersøgelsen, hvorfor færre respondenter end foretrukket har indgået i undersøgelsen. Det har ligeledes gjort det vanskeligt at selektere, idet der ikke var mange førstegangsfødende, som fødte ambulant og som har ønsket at deltage fra Haderslev kommune på det pågældende tidspunkt. Der kunne være valgt respondenter fra andre kommuner, men dette ville betyde, at respondenter ikke havde fået det samme tilbud, hvorfor denne mulighed bevidst er fravalgt. Dermed har andelen af tilgængelige ambulante førstegangsfødende været mindre end først antaget. Dette er blevet udfordret yderligere, da rekrutteringen af etiske hensyn foregik gennem de sundhedsprofessionelle og at disse havde travlt. Rekruttering af mødre gennem sociale medier samt snowballing gennem mødregrupper er derfor forsøgt, dog uden held. Det lykkedes dog for sundhedsplejersker og jordemødre i fællesskab at finde 3 deltagere, der senere i specialet fremgår som: respondent 1; en 32-årig lærer, respondent 2; en 27-årig sygeplejerske og respondent 3; en 31-årig kvinde med erhverv inden for salg og kontor. Alle tre mødre er på barselsorlov og har en fast samlever.

Af nedenstående figur 2. fremgår en samlet oversigt over de anvendte udvælgelseskriterier.

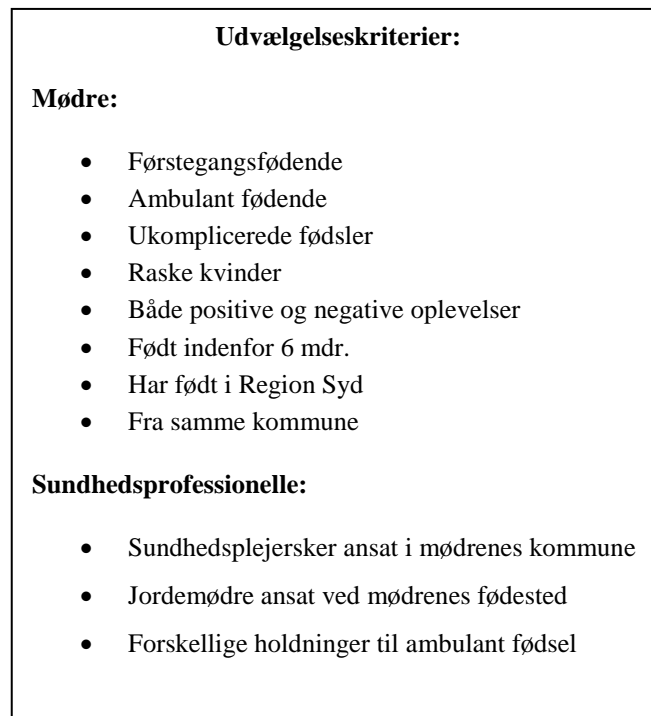


Fig. 2: udvælgelseskriterier

### **3.2.3.2 Interviewguides**

Interviewguides til interviewundersøgelserne er udarbejdet med udgangspunkt i to forskellige spørgsmål; forskningsspørgsmål og interviewspørgsmål ((86)s.153). Interviewspørgsmålene tager således udgangspunkt i de tematiske, teoretiske og dynamiske dimensioner for at sikre respondenternes spontane svar (Ibid.s.152). Ifølge Kvale og Brinkmann har forskellige typer af interviewspørgsmål forskellige formål. I interviewguiden benyttes således både indledende, opfølgende, sonderende, direkte og fortolkende spørgsmål samt tavshed (Ibid.s.155-156). Interviewspørgsmål er udarbejdet, så de er korte og semi-strukturerede og således, at ”hvad” opfølges af ”hvordan” (Ibid.s.153-155). Der er arbejdet særligt grundigt med de etiske spørgsmål i respekt for mødrenes privatsfære, hvorfor mere indirekte spørgsmål er valgt til belysning af egenomsorgen, så som emner inden for tryghed, indflydelse, selvtillid og støtte (se bilag 3) (Ibid.s.87). Undersøgelserne har undersøgt temaerne: fordele, ulemper og forbedringsforslag til det ambulante fødselsforløb, samt oplevelser knyttet til morens egenomsorg. Disse overordnede temaer har været udleveret til respondenterne før interviewet. Tematiseringen omkring egenomsorg har

forudsat en grundig indførelse i begreberne self efficacy og empowerment, hvilket ligeledes er foretaget forud for udarbejdelse af interviewguiden.

Det har endvidere været en vigtig forudsætning at forfølge samtaler, som belyser vigtige dele af respondenternes oplevelse. Dermed er det forud for interviewene endvidere overvejet, hvilke svar respondenterne eventuelt ville give, og herudfra er der forberedt mere specifikke samt opfølgende spørgsmål for at sikre, at emnerne blev besvaret eller uddybet ((82)s.141).

Interviewguiden er anvendt som et redskab og en rettesnor i interviewsituationen, og der har dermed været plads til at forfølge respondentens svar under semi-styrende forhold. Dette betyder, at de overordnede temaer belyses – men at rækkefølgen af forberedte spørgsmål ikke nødvendigvis følges som i surveys. Dette skabte plads til improvisation og opfølgende spørgsmål afhængigt af respondenternes svar i interviewsituationen.

Spørgsmålene i interviewguiderne er inspireret af resultater fra den systematiske søgning samt lignende danske undersøgelser af oplevelser ved ambulante flergangsfødsel (50,78,89-91). Samtlige interviewguides er pilottestet ved gennemlæsning og dermed valideret af henholdsvis en jordemoder, en sundhedsplejerske og en førstegangsfødende ((82)s.142). Interviewguides til de kvalitative interview kan findes i bilag 3.

Overvejelser omkring spørgsmålenes relation til egenomsorg fremgår ikke umiddelbart af interviewguiden til mødrene. Spørgsmålene er udfærdigede således, at egenomsorgsbegrebet indgår implicit i spørgsmålene til mødrene. Derfor kan nedenstående figur 3. være en hjælp til at fortolke baggrunden for det adspurgte og dets relation til begrebet egenomsorg.

<p><b>Spørgsmål til mødrene med relation til egenomsorg:</b></p> <p>Praktisk information: Hvordan ser moren sig selv (self efficacy) (sp. 3)</p> <p>Holdninger til ambulans fødsel: Hvad har evt. skabt egenomsorg (sp. 3)</p> <p>Oplevelser efter udskrivelse: Har der været styrket eller svækket egenomsorg (sp.1-6)</p> <p>Oplevelsen af barselstilbudet: Har der været styrket eller svækket egenomsorg (sp. 1-6)</p> <p>Oplevelse af egenomsorg: Hvornår bliver self efficacy styrket eller svækket (sp.1-4)</p> <p>Forbedringsforslag: Hvordan skabes empowerment (sp.1-7)</p>
---

Fig. 3: spørgsmål med relation til egenomsorg

### 3.2.4. Gennemførelsen

Ifølge Kvale og Brinkmann er de første minutter af interviewet afgørende for, hvordan resten af interviewet kommer til at forløbe ((86)s.148). Iscenesættelsen af de gennemførte interview er dermed foregået ved en indledende god kontakt og en briefing, hvori formålet med interviewet er gjort eksplicit (Ibid.s.149).

Ifølge Brinkmann fremmer interviewsituationer ofte tendensen til, at der besvares i et forsøg på at behage interviewer, og interviewer bliver dermed let medkonstruerende af bestemte svar ((88)s.30). Denne fejlkilde er mindsket ved, at interviewer har søgt uddybninger og forklaringer på det adspurgte. Interviewene er til dels eksplorativt undersøgt, hvorfor det ifølge fænomenologisk tradition kræver, at forskeren kan tilsidesætte egen virkelighedsopfattelse ((82)s.32). Et meget struktureret interview skaber ifølge Launsø og Rieper mindre fleksibilitet og dybde og øger

sandsynligheden for, at svarerne er farvet af interviewerens perspektiv (Ibid.). Derfor tager interviewguiden også udgangspunkt i en semistruktureret form således, at der vises forståelse for respondenternes livsverden, samtidigt med, at der søges målrettet svar på problemformuleringen og dermed også det teoretiske perspektiv (Ibid.).

Alle udførte interview er foretaget med fokus på en accepterende, imødekommende og fordomsfri tilgang (Ibid.s.136). Udover at respondenterne har været underrettet på forhånd, er alle interview afsluttet med muligheden for at komme med andre kommentarer samt en debriefing ((86)s.149).

#### **3.2.4.1. Individuelle interview med mødre**

Mødrene er blevet tilbudt, at interviewet kunne foregå i deres eget hjem og er ligeledes blevet givet muligheden for at bestemme tidspunktet for interviewet. Samtidig er muligheden for at mødes et andet sted efter morens ønske fremført. Dette er gjort for at give mødrene mest mulig indflydelse og for at respektere eventuel privatsfære omkring hjemmet. Alle respondenter ønskede imidlertid at blive interviewet i eget hjem. Dermed har udgangspunktet for interviewene været en tryk atmosfære på mødrenes præmisser ((82)s.136). Interviewene er blevet gennemført af både en styrende interviewer og en observatør, hvormed en integreret del af interviewet var observation af den kontekst hjemmet udgjorde. Dette er af observatøren gjort ubemærket og dokumenteret i form af stikord på en notesblok. Der er forud for interviewet udtrykt åbenhed omkring morens gøremål så eksempelvis amning og gråd gerne måtte afbryde undersøgelsen. Ligeledes er respondenterne i interviewsituationen atter blevet informeret om speciallets formål, anonymitet, tidshorisont, og der er givet samtykke til at optage og publicere til offentligt brug. Alle interview er foregået i en afslappet og fortrolig stemning og mødrene udtrykte glæde ved at bidrage.

Alle 3 respondenter har været åbne og villige til at dele erfaringer og synspunkter. Emner som repræsenterer sårbarhed er blevet delt i ligeså høj grad som mere neutrale emner. Både intervieweren og observatøren har været aktivt lyttende og særligt opmærksomme på at vise empati, hvis informanten har beskrevet svære situationer.

#### **3.2.4.2. Fokusgruppeinterview med sundhedsprofessionelle**

Fokusgruppenterviewet er foretaget i sundhedsplejens lokaler for at gøre konteksten så virkelighedsnær som muligt ((82)s.136). Lokalet var indbydende med et stort ovalt bord med levende lys, kaffe, vand, frugt og chokolade. Stemningen var afslappet, munter og præget af en

uformel diskussion. Stemningen blev understøttet af, at interviewet blev foretaget af en mindre styrende moderator, som faciliterede interviewet samt en observatør ((86)s.170). Interviewet blev foretaget ud fra ”den blandede tragtmodel”, således at der både var plads til en åben diskussion samtidig med, at der blev søgt svar på forskningsspørgsmålene ((87)s.126). Respondenterne har fået samme information som under de individuelle interview, og der er blevet taget de samme forholdsregler omkring en bevidst anerkendende tilgang.

### **3.2.5. Analysefasen**

Nedenstående præsenterer analysefasen, som omhandler transkribering samt analyse.

#### **3.2.5.1. Transskribering**

Alle interview er optaget og transskriberet ordret ud fra retningslinjer for anvendt transskriberingsmetode ((86)s.203). Efter transskriberingen er der foretaget gennemlæsning samtidig med afspilning af lydfileerne, med henblik på at sikre troværdigheden ((92)s.493). Da transskriberingen hverken anvendes til konversations – eller dybdepsykologisk analyse er eksempelvis emotionelle aspekter ikke betonet, for at øge læsevenligheden ((86)s.204). Ifølge Kvale & Brinkmann bør transskriberingen gennemses af en anden end den, der har transskriberet. Dette kvalitetskriterie er opfyldt, hvilket har øget undersøgelsens validitet (Ibid.). Transskriberingerne kan findes i bilag 4-7.

#### **3.5.2.2. Analyse**

Til analyse af det transskriberede materiale er der anvendt begrebsdrevne meningskondensering med inspiration fra Giorigis fænomenologiske teori. Denne metode er anvendt, da den udtrykker situationen fra subjektets synspunkt og søger naturlige betydningsenheder ((88)s.47);((86)s.194). I analysen af det transskriberede materiale er meningsenheder og temaer således holdt op mod interviewene i deres helhed. På den måde opretholdes respondenternes meninger, ifølge Malterud, i de fremanalyserede temaer ((85)s.180). Til store dele af interviewet er der dog benyttet deduktiv kodning, hvor der ledes efter temaer, som kan relateres til begreberne self efficacy, fordi disse udgør specialets teoretiske referenceramme. Interviewanalysen er i praksis foretaget i flere trin. Den første analyse er dermed allerede foretaget under selve interviewet, hvor respondenterne beskrev, og interviewererne fortolkede det sagte ((86)s.217). Herefter er næste analyse foretaget mere systematisk på skrift, hvor meningsindholdet er analyseret yderligere i farvekoder (Ibid.). Materialet er kodet ud fra de overordnede kategorier: oplevede fordele og oplevede ulemper samt forudsætninger og

forbedringsforslag med fokus på begreberne self efficacy og empowerment. Herunder er underkategorierne: kommunikation, individualitet og sammenhæng fremkommet af interviewene med mødre. Underkategorierne for fokusgruppeinterviewet med de sundhedsprofessionelle er: samfundssyn, netværk, kommunikation, vejledning og samarbejde. Se evt. kodetræ i bilag 8 for en oversigt. Herudfra er der bearbejdet to særskilte analyser med mange fællestræk, som kan læses i kap. 4.2.

I kap. 8 gøres temaerne for tekstkondenseringen til genstand for et refleksivt fortolkningsniveau, hvor empirisk og teoretisk viden skaber nye forståelsesrammer.

Nærværende speciales metode er hermed belyst, nedenfor præsenteres resultaterne.

## **Kap. 4. Resultater**

I nedenstående afsnit bearbejdes specialets resultater. Første resultatbearbejdning tager udgangspunkt i analysen af litteraturstudiet og herefter resultatet af de kvalitative interview. Temaerne for analysen af litteraturstudiet er henholdsvis parathed, opfølgning og individualitet. Temaerne for analysen af de kvalitative interview er de førnævnte koder.

### **4.1. Resultat af litteratursøgningen**

#### **4.1.1. Indledning**

Specialets undersøgelse af ambulans fødsel inkluderer en systematisk litteratursøgning. Formålet med gennemgang af relevante databaser er at undersøge, hvilke erfaringer der findes med ambulans fødsel til førstegangsfødende. På den måde kan specialets empiri tilføres perspektiver, som bekræfter eller stiller spørgsmåltegn ved resultaterne. Således kan validiteten potentielt styrkes på trods af et begrænset antal interview.

Siden 1990'erne er der publiceret flere studier, som beskriver både tilsigtede og utilsigtede effekter af ambulans fødsel i et internationalt perspektiv (30,39,46,49,90,93-105). Der har været særlig fokus på sikkerhed i tilbuddet, og derfor er amning, gulsot, genindlæggelser, risiko for depression ofte nævnt som effektmål i vurderingen af ambulans fødsel (29,30,93,94,106-111). Der er ligeledes gennemført økonomiske evalueringer af tilbuddet i international kontekst (109,112-115). Ingen af

disse evalueringer er dog overførbare til ambulat fødsel i Region Syddanmark i år 2014 på grund af ældre udgivelsesdato eller fordi undersøgelserne er foretaget i USA.

De seneste år er patienttilfredsheden også blevet undersøgt gennem surveys og kvalitative studier (39,49,80,95,97,98,100,102-105). Der er imidlertid stor forskel på, hvilke resultater studierne præsenterer. Dette kan formentlig skyldes variation i opfølgning efter udskrivelsen. En anden mulighed er, at forskel i resultater skyldes variationer i studiepopulationerne. Der mangler dog undersøgelser, som beskriver hvilke faktorer, der har betydning for, hvordan ambulat fødsel opleves. Sådanne faktorer kan for eksempel være social ulighed, alder eller støtte og opbakning fra familie og venner.

Der er fundet studier, som beskriver mødres oplevelser af tidlig udskrivelse samt deres forudsætninger for og umiddelbare holdninger til ambulat fødsel (30,39,49,80,95-99,102,104,116). Forudsætninger og umiddelbare holdninger til ambulat fødsel relateres her til begreberne self efficacy og empowerment, som der er redegjort for i kap.2. Der relateres til disse begreber, fordi det antages, at de kan fortælle noget om parathed til - eller eventuel modstand mod at lade sig udskrive tidligt. Denne parathed relateres til self efficacy, fordi den jf. kap. 2.2. kan afspejle den nybagte mors mestrende selvtillid. Den nybagte mors forudsætninger for ambulat fødsel i form af viden - eller behov for samme, relateres til begrebet empowerment, fordi specialet fokuserer på de dele af empowermentbegrebet, som handler om læringsprocesser og tilegnelse af handlekompetencer. Derudover undersøges det hvilken form for opfølgning, der bør være i hjemmet, for at den nybagte mors handlekompetencer øges bedst muligt. I bilag 2 findes en overordnet matrix over alle de anvendte artikler.

I det følgende afsnit inddrages resultater fra forskellige studier, der undersøger, hvorvidt førstegangsfødende udgør en særlig sårbar gruppe mødre.

#### **4.1.2. Førstegangsfødende - en særlig udsat gruppe?**

Jf. problemanalysen tyder det på, at førstegangsfødende udgør en særlig gruppe fødende. Resultater fra den systematiske litteratursøgning understøtter dette med både kvantitative og kvalitative data (99).

Bravo et al. finder forskellige resultater på effekter af ambulat fødsel i deres systematiske review fra 2011. Nogle af disse studier viser øget stress og flere depressioner blandt ambulat fødende,



mens andre studier viser mere tilfredse mødre. Dog fremhæves førstegangsfødende som en sårbar gruppe, fordi de kan føle sig uforberedte og bange for at skulle hjem og derfor vurderes det, at de kan have behov for længere indlæggelse end flergangsfødende (99).

Hjälmhult & Lomborg beskriver i deres studie fra 2012, at førstegangsmødre føler sig usikre og utrygge de første dage hjemme efter udskrivelse fra sygehuset, og at de har brug for informationer via personlig kontakt til en sundhedsprofessionel. Hjemmebesøg fremhæves her som særligt værdifuldt. Studiet bygger på resultater fra fokusgruppeinterview med 10 norske førstegangsmødre og 16 flergangsmødre mellem 20 og 40 år med forskellige socioøkonomisk position (102). I deres kvalitative studie undersøger Hjälmhult og Lomborg, hvorfor disse førstegangsmødre føler sig usikre. Mødrene fortæller, at usikkerhed og utryghed delvist kan forklares ud fra deres behov for at fremtræde i kontrol. Nogle mødre fortæller, at de føler sig utilstrækkelige eller føler ikke at have ”det som der skal til”, når de ikke kan fremtræde i kontrol. Det har stor betydning for disse mødre at fremstå positivt for deres omgivelser og de strækker sig langt for at opnå dette. Førstegangsmødre kan således have store forventninger og krav til sig selv i deres nye rolle. Følelsen forstærkes, når de oplever, at der i omgivelserne er krav om at agere på den ”rigtige måde” som mor (Ibid.). Disse resultater er fremkommet med fokusgruppeinterview som metode og derfor tages der, på trods af et bredt udsnit af respondenter, forbehold for, at resultaterne kan repræsentere ressourcestærke mødre, som har præget retningen af diskussionen under interviewet.

Derimod finder Johansson et al., 2010, gennem fokusgruppeinterview og individuelle interview med 8 førstegangsmødre og 3 førstegangsfædre med forskellig socioøkonomisk baggrund (variation i uddannelseslængde, indkomst og jobsituation), at opfølgning i hjemmet kan *bidrage* til kontrol i situation. Forældrene fortæller også i dette studie, at det er vigtigt at føle en grad af kontrol. Tidlig udskrivelse fremhæves dermed som positivt, fordi tilbuddet øger kontrol i situationen som nybagt mor (104).

Löf et al., 2006, beskriver i deres studie fra Sverige, at førstegangsmødre, der udskrives inden 36 timer efter fødslen, føler sig trygge og selvsikre (39). De fortæller, at en forudsætning for, at de føler sig trygge og selvsikre er, at der findes et netværk, som kan støtte og hjælpe dem med praktiske gøremål. Det fremhæves som særligt positivt, at ambulans fødsel giver mulighed for at være sammen som par, og at der er fred og ro i hjemmet (Ibid.). Resultaterne kommer fra åbne interview med 9 førstegangsmødre mellem 19 og 41 år, som alle har valgt tidlig udskrivelse. Alle respondenter angiver at have et godt socialt netværk og er enten studerende eller i arbejde. Dermed

er resultaterne ikke overførbare til førstegangsmødre, som har dårligt socialt netværk eller befinder sig uden for arbejdsmarkedet. Desuden er resultaterne heller ikke overførbare til mødre, som ikke ønsker ambulante fødsel.

Ifølge Johansson et al., 2010, fortæller forældre i deres studie, at barselspleje i hjemmet giver dem mulighed for at være mere medbestemmende i forløbet, hvilket fremhæves som særligt positivt (104). Forældrene beskriver deres ambulante forløb med følelserne: tryghed og frihed, men fortæller at en tæt kontakt til jordemoderen er en forudsætning for disse følelser (Ibid.).

Persson og Dykes, 2010, beskriver ligeledes i deres resultater fra åbne interview med svenske forældre, der er udskrevet 12-26 timer efter fødslen, at netop autonomi og selvbestemmelse anses som afgørende kvaliteter ved ambulante fødsel for nybagte mødre. Dette gør sig gældende uanset socioøkonomisk position og paritet (49). Mødrene i dette studie fortæller, at ambulante fødsel giver bedre mulighed for hvile, da der er mere ro i hjemmet end på sygehuset (Ibid.). Idet både Persson og Dykes samt Johannesen et al., 2010, har valgt respondenter med forskellig socioøkonomisk baggrund, vurderes det, at resultaterne kan overføres til andre kontekster uden samme forbehold som Löf et al.'s studie giver anledning til. Når respondenter i kvalitative studier repræsenterer et bredt udsnit og forskellige karakteristika, styrker dette studiets overførbarehed. Dette fordi der vil fremkomme flere perspektiver, og resultaterne vil dermed i mindre grad afspejle særlige karakteristika som eksempelvis socioøkonomisk position ((88)s.32).

Således fortæller førstegangsmødre om meget forskellige erfaringer, når de interviewes om deres oplevelse med ambulante fødsel. Nogle fortæller om tryghed og indflydelse (39,49,97,99,104,105), mens andre fortæller om utryghed og usikkerhed (97,99,102,105). Førstegangsmødre kan føle sig utrygge, fordi de ikke har kontrol over situationen eller har handlekompetencer i form af erfaring eller viden (95,104). Desuden kan de føle sig utrygge, hvis de udskrives ufrivilligt tidligt (105). Moren er dog ikke nødvendigvis særligt udsat eller sårbar, alene fordi hun er førstegangsfødende og flere førstegangsmødre beskriver det som en positiv oplevelse af føde ambulante. Alle refererede studier beskriver imidlertid, at en forudsætning for tilfredshed og tryghed med det ambulante fødselstilbud er, at der er tæt kontakt mellem de sundhedsprofessionelle og familien i hjemmet (39,49,102,104).

I næste afsnit vil studier, som kan relateres til self efficacy blandt nybagte mødre inddrages.

#### 4.1.3. Parathed til ambulant fødsel og koblingen til self efficacy som begreb

Der er ikke fundet studier, som har undersøgt self efficacy blandt nybagte førstegangsmødre, der udskrives få timer efter fødslen. Dette kan skyldes, at begrebet kan være svært at definere og dermed vanskeligt at undersøge. Derimod er der fundet studier, som beskriver, hvorvidt mødre føler sig parate og trygge, når de udskrives tidligt. Det antages, at en nybagt mor, som føler sig parat til tidlig udskrivelse og fuldt ud accepterer tilbuddet, har tillid til, at hun vil kunne klare situationen hjemme med det nyfødte barn (101,105). Derfor er parathed til - og accept af ambulant fødsel valgt som parametre for self efficacy. Her relateres til den umiddelbare holdning, som kvinden har før, hun har været igennem et ambulant fødselsforløb, fordi self efficacy relateres til tro på egen gennemslagskraft over for noget, der ligger i fremtiden ((60)s.3).

Der er imidlertid en risiko for, at villighed og parathed til ambulant fødsel ikke afspejler graden af self efficacy, men i stedet afspejler autoritetstro og morens villighed til "at gøre som der bliver sagt". Dette forbehold bør tages i betragtning, når resultaterne relateres til self efficacy.

Scrivens og Summer, 2001, beskriver i deres studie fra Australien, at parathed til - og accept af ambulant fødsel kan relateres til morens selvsikkerhed. Dette begrundes med at mødre, som vælger ambulant fødsel, i højere grad er selvsikre og positive overfor fødsel og forældreskab (96). Undersøgelsen bygger på usystematisk søgning og erfaring som henholdsvis klinikleder og underviser og derfor tages der forbehold for validiteten af dette studie.

Ifølge Waldenström, 1989, afhænger parathed til tidlig udskrivelse ikke af paritet. Det tyder derfor på, at self efficacy i forhold til ambulant fødsel ikke relaterer sig til paritet og erfaring med pleje af spædbørn (105). Resultaterne bygger på semistrukturerede telefoninterview med 230 nybagte mødre, hvor mødrene fortæller, hvorvidt de er blevet udskrevet tidligt efter eget ønske og hvorvidt de har oplevet deres barselsforløb tilfredsstillende. Interviewene er foretaget 2 måneder efter fødslen og studiet er gennemført i Sverige.

Almindeligvis klarer mødre sig godt efter udskrivelse. Hvis de ikke har følt sig parate til at tage hjem ved udskrivelsestidspunktet, har dette dog negativ betydning på, hvordan de oplever situationen nogle uger efter fødslen, deres tilfredshed med det ambulante forløb og adaptation til den nye rolle som mor (95,96,105). Derfor er mødre, som udskrives "ufrivilligt" tidligt, ifølge Weiss og Lokken, 2009, en særlig udsat gruppe. Deres resultater er fundet gennem spørgeskema ved udskrivelse og telefoninterview 3 uger efter fødsel. 140 mødre har deltaget (95). Prædiktorer som

har signifikant betydning for, om mødre føler sig klar til udskrivelse, er kvaliteten af den vejledning og undervisning, som de har modtaget. Prædiktorer med ikke-signifikant betydning er socioøkonomisk position, alder, race og paritet (Ibid.).

Hvorvidt moren føler sig parat til udskrivelse er, ifølge Bernstein et al., 2007, ikke relateret til længden af hendes indlæggelse. Der er således ikke nogen forskel på, hvor parate mødre, der udskrives henholdsvis før 48 timer og efter 72 timer, føler sig. Argumentet for, at de ikke føler sig klar til udskrivelse, er hovedsageligt, at mødrene følte sig svækkede efter fødslen (100). Studiet bygger på en surveyundersøgelse med 4300 vurderinger af udskrivelser. Både mødre og sundhedsfagligt personale vurderede, hvorvidt udskrivelsestidspunktet var det rigtige. Da det tyder på, at længden af indlæggelsen ikke er afgørende for, om kvinden føler sig parat til at skulle udskrives, styrkes antagelsen om, at det er dybereliggende faktorer, der har størst betydning for paratheden. Eksempelvis høj eller lav self efficacy. Det kan imidlertid også være sådan, at usikkerhed blot er et vilkår for nybagte mødre. Denne antagelse hviler på, at 141 mødre med varierende indlæggelseslængde alle medgiver, at de oplever en grad af usikkerhed i forhold til at skulle tage sig af barnet efter udskrivelsen (95).

Brown et al., 2002, beskriver i deres Cochrane review af 10 Randomized Controlled Trials tilstræbelser på at udelukke individuelle faktorer som eksempelvis betydningen af self efficacy for outcome af ambulante fødsel. Dette tilstræbes gennem randomisering til tidlig udskrivelse (12-24 timer efter fødslen). Effekten af ambulante fødsel er ifølge Brown et al., at mødre, som udskrives tidligt, er signifikant mere selvsikre i forhold til at tage sig af barnet frem til en måned efter fødslen, end mødre der har været indlagte (101).

Dette er i overensstemmelse med Boulvain et al.'s resultater genereret på baggrund af et RCT fra 2004, hvor kvinder, som randomiseres til udskrivelse 24-48 timer efter fødslen, sjældnere føler sig hjælpeløse 28 dage efter fødslen versus mødre, der har været indlagt 4-5 dage (46). Der gives ingen forklaringer på hvorfor, det forholder sig sådan. Men idet udvælgelsen er sket ved randomisering, bør deltagernes parathed til tidlig udskrivelse spille en mindre rolle for outcome. Det er imidlertid sådan, at trods randomisering og dermed forsøg på at sikre resultater mod confounding, er der i både studiet af Boulvain et al. og Brown et al. sket en selektion af kvalificerede cases gennem fravalg af deltagelse i studiet. Dette fravalg beror formentlig på uvillighed til at indgå i et studie, hvor der "risikeres" ambulante fødsel og fravalget bliver således et parameter for manglende parathed til ambulante fødsel. Det er derfor sandsynligt, at hvis moren er *indstillet* på ambulante

fødsel, mindskes hendes følelse af hjælpeløshed og hendes følelse af selvsikkerhed øges, når hun er ambulantly fødende. Desuden kan det konkluderes, at der er et stort forbehold for ambulantly fødsel, idet frafaldet af mødre, der opfylder inklusionskriterierne, er stort i forhold til de reelle deltagere i undersøgelserne af både Boulvain og Brown.

På baggrund af ovenstående studie gennemgang er der meget der tyder på, at morens umiddelbare tanker og følelser overfor ambulantly fødsel således har betydning for outcome på kort sigt. Hvis hun føler sig parat til tidlig udskrivelse forstærkes hendes følelse af at være en kompetent mor. Hvis hun derimod ikke føler sig klar til udskrivelse, når hun tager hjem, vil ambulantly fødsel i højere grad betyde, at hun har svært ved at håndtere den helt tidlige barselsperiode. Førstegangsmødre har ikke mindre tiltro til egne evner som nybagte mødre end flergangsfødende, men der findes generelt et stort forbehold mod at skulle udskrives få timer efter fødsel, hvilket kan skyldes, at mødrene ikke stoler på, at de vil kunne håndtere situationen hjemme.

I næste afsnit inddrages den del af resultater fra litteratursøgningen, der omhandler empowerment.

#### **4.1.4. Empowerment og opfølgning**

I litteraturgennemgangen er der adskillige eksempler på opfølgning i hjemmet. Betegnelsen ”opfølgning” benyttes her om alle ydelser, der gives til den nybagte mor, *fordi* hun har et ambulantly barselsforløb. Der er variation i både kvalitet (hvad opfølgning består af) og omfang (hvor lang tid den fortsætter). Det antages, at opfølgning har betydning for, hvordan ambulantly fødsel opleves, og at hensigten med disse ydelser blandt andet er at ruste den nybagte mor til at klare situationen bedst muligt hjemme. Ingen af studierne beskriver empowerment som et konkret redskab i opfølgningen. Derfor benyttes de resultater, som beskriver opfølgning, der har til hensigt at øge mødres handlekompetencer i forhold til ambulantly fødsel. Dette er en central del af specialet, idet der søges svar på, hvordan fødselstilbuddet kan forbedres, så det i videst mulige omfang vil kunne tilgodese nybagte mødres egenomsorg.

God vejledning, støtte og opbakning har ifølge Weiss & Lokken, 2009, og Johannesen et al., 2010, betydning for den nybagte mors villighed til at føde ambulantly (95,104). Persson og Dykes, 2000, beskriver, at jordemødre og sygeplejersker spiller en rolle for 12 interviewede forældre i ambulantly fødselsforløb, idet de professionelle kan bidrage med tryghed og opbakning (49). Forældrene beskriver, at det føles trygt, når sundhedspersonalet har en ”empowering” tilgang til ambulantly fødsel. Denne ”empowering” tilgang beskrives som signaler om at ”- selvfølgelig kan I klare det

her” kombineret med information og vejledning (Ibid.). Mødrene i Persson og Dykes´ studie beskriver videre, at det er vigtigt, at professionelles ”empowering” tilgang er konsekvent gennem graviditet, fødsel og barsel (Ibid.). Støtte og opbakning samt kvaliteten af vejledning og undervisning har dermed betydning for, om den nybagte mor er villig til at lade sig udskrive tidligt (95). Dette er i overensstemmelse med Johansson et al.´s resultater, hvor mødre som på forhånd har besluttet sig for ikke at føde ambulantly ombestemmer sig, når de oplever, at der er tæt kontakt til jordemoderen fra hjemmet (104).

Mødre, som er tilfredse med det ambulante fødselstilbud, fortæller, at de oplever at have kontrol, frihed, tryghed og autonomi og selvbestemmelse (49,104), hvilket er karakteristisk for empowerment. Disse positive konsekvenser af ambulantly fødsel beskrives i studier, hvor opfølgning har indeholdt grundig ammevejledning før hjemrejse, daglige telefonopkald, hjemmebesøg ved behov og ambulantly besøg på barselsklinik på 4. dagen (39,49).

Der findes således adskillige studier (80,104,116,117), som vurderer effekten af opfølgning i hjemmet. Et Cochrane review fra 2013, som inkluderer 12 RCT´er, konkluderer trods divergerende resultater, at nybagte mødre bør tilbydes hjemmebesøg efter udskrivelsen, og at opfølgning ellers bør afhænge af individuelle behov og om muligt tage morens præferencer i betragtning (117). Goulet et al., 2008, beskriver imidlertid i deres survey med 2583 deltagende mødre med kort indlæggelse, at hjemmebesøg og telefonopkald vurderes lige nyttigt, men at tidspunktet for kontakten derimod har betydning (80). Det er således vigtigt, at jordemoder eller sundhedsplejerske tager kontakt til familien inden 72 timer og at ambulantly kontrol uden for hjemmet tilbydes efter 72 timer (Ibid.).

Da valg mellem hjemmebesøg og telefonopkald ofte er et spørgsmål om ressourcer, kan alternative kontaktkanaler tages i betragtning. Videokonference mellem sundhedsprofessionelle og nybagte mødre har vist gode resultater og vurderes ifølge Lindberg et al., 2007, positivt af forældrene (116). Forældrene vurderer, at videokonference er en tryggere kommunikationsform end telefonen, fordi de er bange for, at barnets signaler eller symptomer undervurderes (Ibid.).

De typiske udfordringer, som førstegangsmødre beskriver, når de er kommet hjem efter fødsel omhandler ofte amning eller smerter (97). Mødre beskriver meget konkret i Darj og Stålnacke´s telefonsurvey fra år 2000, der inkluderer 103 respondenter med forskellig socioøkonomisk status, hvad de har brug for viden om, når de udskrives tidligt efter fødslen (Ibid.). De ønsker information

om barnets hygiejne, eksempelvis første bad og navlepleje. De ønsker også information om barnets udskillelser: afføring, urin og gylp. Information om søvn og lejrning af barnet efterspørges ligeledes. I forhold til amning ønsker mødre viden om amme stillinger, ømme vorter, tid pr. amning og mængde mælk. I relation til morens velbefindende ønsker de viden om efterveer, smertelindring, sting, mad og drikke (104).

Ovenstående resultater kan bidrage med konkrete anbefalinger til, hvad opfølgning bør bestå af, for at den nybagte mor opnår handlekompetencer i ambulante barselsforløb. Der er ikke entydig evidens for om telefonopkald og hjemmebesøg har samme effekt. Det vurderes imidlertid, at hjemmebesøg bør anbefales frem for telefonopkald, da dette resultat fremhæves i blandt andet et Cochrane review af Yonemoto et al., 2013, og fordi der således stiles mod den mest solide opfølgning (117). En mulighed er også at lade de nybagte mødre vurdere, om der er behov for hjemmebesøg (Ibid.). Videokonference kan være et alternativ eller et supplement til hjemmebesøg. Det er desuden vigtigt, at der er mulighed for telefonkontakt til sundhedsprofessionel døgnet rundt, da det fremhæves som en forudsætning for trykthed i forløbet, at der er hjælp at hente i akutte situationer.

#### **4.1.5. Opsamling - Plads til det individuelle**

Resultaterne af den systematiske litteratursøgning viser således, at førstegangsmødres oplevelser af ambulansfødsel både kan være øget stress, usikkerhed, utrykthed (97-99,102,105,118), men modsat også trykthed, selvsikkerhed, bedre hvile, selvbestemmelse og tilfredshed (30,39,46,49,97,99,104). Det vurderes således, at der ikke er tilstrækkelig evidens for at udelukke ambulansfødsel for førstegangsfødende, alene fordi de er førstegangsmødre. For at mindske utilsigtede konsekvenser af ambulansfødsel, bør morens egen vurdering og erfaring, hendes og barnets velbefindende samt måde, hvorpå hun håndterer muligheder, udfordringer og ansvar, tages i betragtning (103). Dette er i overensstemmelse med Yonemoto's Cochrane review, som anbefaler at opfølgning bør afhænge af individuelle behov og om muligt tage morens præferencer i betragtning (117). Den individuelle vurdering kan relatere sig både til udskrivelsestidspunkt og til behovet for opfølgning i hjemmet.

Udover at litteraturstudier er anvendt til bearbejdningen af specialet, udgør kvalitative interview ligeledes et væsentligt bidrag. Præsentationen af resultater fra de kvalitative interview belyses nedenfor.

## **4.2. Resultat af de kvalitative interview**

I nedenstående afsnit analyseres fokusgruppeinterviewet og de 3 individuelle, semi-strukturerede interview med førstegangsmødre fra Haderslev, Region Syddanmark. Disse analyser supplerer hinanden, således at de individuelle interview repræsenterer brugerperspektivet og fokusgruppeinterviewet bidrager med de sundhedsprofessionelles perspektiv. Kombinationen af disse perspektiver skaber resultater inden for det åbne sundhedsbegreb, således at den individuelle oplevelse sammenholdes med professionel erfaring og realisme. Ligeledes tilgodeses på denne måde betragtningen af egenomsorg som et partnerskab. De følgende overskrifter/temaer er alle fundet ved at anvende primært deduktiv kodning, hvor begreberne self efficacy og empowerment har været den teoretiske linse. Kategorierne har derfor betydning for mødrenes oplevelser og mulighed for styrket egenomsorg og der søges dermed svar på specialets problemformulering. For yderligere metodeovervejelser henvises til kap. 3.2. Transskribering af interviewene kan findes i bilag 4-7.

### **4.2.1. Analyse af fokusgruppeinterviewet**

I det følgende præsenteres analysen af fokusgruppeinterviewet. De 5 overordnede temaer, som er fundet ved kodning af interviewene, danner udgangspunktet for afsnittets overskrifter. Temaerne er: høje forventninger, differentiering, fordele og ulemper, kommunikation og forbedringsforslag. Disse bidrager til beskrivelsen af oplevelser i forbindelse med ambulante fødsel samt forbedringsforslag til det eksisterende tilbud. Temaerne bearbejdes i nævnte rækkefølge.

#### ***4.2.1.1. Høje forventninger blandt nybagte mødre***

Et af temaerne, som fremkom under fokusgruppeinterviewet, bidrager til forståelse af, hvad der kendetegner førstegangsmødre i dag. Dette tema er mødres høje forventninger til, hvordan de bør håndtere situationen med en nyfødt. Denne beskrivelse betragtes som en del af en baggrundsbeskrivelse af ambulante fødsel til førstegangsfødende. Beskrivelsen anses som betydningsfuld, idet den kan give indblik i faktorer, som er nødvendige at tage forbehold for, når ambulante fødsel skal fungere i praksis.

Én af jordemødrene stiller sig kritisk overfor indførelsen af ambulante fødsel, idet hun beskriver, at samfundsudviklingen ikke harmonerer med tilbuddet. Hun relaterer nybagte mødres situation i dag



til nybagte mødres situation for år tilbage, hvor kvinder havde mere erfaring med børn, når de fik deres eget første barn. Hun henvender sig til alle de 3 sundhedsplejersker og sine kollegaer fra henholdsvis fødegangen og barselsgangen samt undertegnede med kommentaren:

*”Ja, det er jo egentlig en speciel tid, når man tænker på, hvor lidt ressourcer unge mennesker i dag har med erfaring med familieliv, at være ung pige i huset og omgås små børn generelt. - Det er jo langt mindre, end det overhovedet nogensinde har været... Så det er jo faktisk lidt et specielt tidspunkt, at vi lige pludselig synes, at ambulansfødsel er en god ide”(J2).*

Hun beskriver situationen som et paradoks, fordi der er dårlig overensstemmelse mellem det større eget-ansvar ambulansfødsel giver og den måde kvinder i dag (ikke) opdrages ind i rollen som mor (J2).

Én af sundhedsplejerskerne bidrager til dette synspunkt ved at uddybe, at bedsteforældre ikke er tilgængelige, som de var tidligere, fordi de arbejder eller bor langt væk (S1). Ifølge de interviewede gør disse forhold, at nybagte forældre ikke har de bedste forudsætninger for et ambulansfødselsforløb med første barn i dag.

En anden jordemoder fortæller videre, at mødre i dag er perfektionister og har høje forventninger til, hvordan de bør håndtere situationen med den nyfødte (J1). Når mødre både har dårlige forudsætninger i forhold til erfaring med spædbørn og samtidig stiller høje krav til egen formåen, er de reelt set ikke i en god position til ambulansfødsel. Dette synspunkt er der generel enighed omkring, og en sundhedsplejerske beskriver, at der er risiko for, at mødre ”knækker nakken”, når de har så høje forventninger til, hvad de bør kunne klare som mor (S2). Både barselssygeplejerske, jordemødre og sundhedsplejersker udtrykker bekymring for disse mødre. Jordemødrene fortæller, at høje forventninger viser sig ved usikkerhed og via de spørgsmål, som mødre stiller under indlæggelsen. Én af sundhedsplejerskerne fortæller videre, at hun tror, at mødre bliver overraskede, når de finder ud af, hvad situationen som nybagt mor kræver (S3).

Der er generel enighed om, at normer i samfundet udfordrer mødre i et ambulansforløb, fordi kvinder ikke forberedes til at være mødre gennem deres opvækst som tidligere, og at mødre bliver overraskede over, hvad det indebærer at tage sig af en nyfødt. Deltagerne i fokusgruppesamtalerne kan have påvirket hinanden til at svare samstemmende. Alle har dog givet udtryk for egne overvejelser omkring samfundsudviklingen og ambulansfødsel og er kommet med forskellige perspektiver på problemstillingen.

#### **4.2.1.2. Differentiering – hvem skal hjem og hvem skal blive?**

Alle deltagere i fokusgruppeinterviewet har fortalt, at det er vigtigt for dem at yde stor omsorg for nybagte mødre og fortæller, at det er vigtigt, at ambulante fødsel opleves sikkert og trygt. Deres refleksioner omkring, hvornår ambulante fødsel er det rigtige tilbud til førstegangsfødende afspejler denne omsorg.

En af jordemødrene beskriver i relation hertil, at hun synes, det er ressourcestærke mødre, som sendes hjem ambulante og at hun føler sig tryk ved den selektion, mødre sendes hjem efter. Selektionen, som hun henviser til, er jordemødres vurdering af fødselsforløbet, amning og hvorvidt moren føler sig tryk ved tidlig udskrivelse. Hun oplever, at det nuværende niveau på 18 % ambulante førstegangsfødende er passende, og at målet om 40 % er urealistisk og uacceptabelt (J1). Hvis denne målsætning skal kunne indfries, er jordemødre og barselssygeplejersken enige om, at de skal ”presse” flere mødre til at tage hjem, hvilket de ikke ønsker.

Når interviewdeltagerne vurderer, om moren er klar til tidlig udskrivelse, er tryk et vigtigt parameter. Hvis jordemødrene oplever, at den nybagte mor er usikker, forsøger de derfor at få hende til at blive på sygehuset frem for at blive udskrevet til et ambulante forløb (J1;J2).

Det tyder imidlertid på, at der ikke altid er overensstemmelse mellem de sundhedsprofessionelles og mødres egen opfattelse af, hvornår det er hensigtsmæssigt at være ambulante fødende. Barselssygeplejersken fortæller, at det kan være svært at overtale forældre til at blive i afdelingen, hvis hun vurderer at ambulante fødsel ikke er hensigtsmæssig. Hun oplever, at der kan være en rastløshed over disse forældre (BS).

En sundhedsplejerske fortæller videre, at mange vælger at tage hjem, selvom de egentlig ikke er klar til det. Hendes oplevelse er, at der kan være prestige i at komme tidligt hjem (S1). Der er enighed omkring, at ambulante fødsel kan være et attraktivt valg for fødende, fordi der kan være et positivt signal i at udskrives tidligt.

En anden sundhedsplejerske beskriver ligeledes, at nogle mødre sendes hjem for tidligt (S2). Sundhedsplejersken fortæller, at hun er forbeholden overfor ambulante fødsel, fordi hun kan være urolig og utryk, når der ikke er professionelle øjne, som vurderer barnets trivsel i hjemmet. Hun fortæller om en utilsigtet hændelse, hvor barnet blev hjerneskadet på grund af for lavt blodsukker.

Sundhedsplejersken giver udtryk for at denne situation måske kunne være undgået, hvis mor og barn ikke havde været udskrevet tidligt (S2).

### ***Fædrenes rolle***

I forbindelse med vurderingen af hvornår mødre er parate til ambulant fødsel, har det betydning, om der er en partner, som er aktivt deltagende. Hvis faren deltager aktivt, har det en positiv betydning for et ambulant forløb og blandt jordemødrene er der enighed om, at han generelt betragtes som en aktiv deltager. I tråd hermed fortæller én af jordemødrene, at fædre synes mere bevidste om deres ansvar, når familien udskrives ambulant (J1). Manden ses som en ressource og der er enighed om, at han repræsenterer et potentiale i forhold til at være den forælder, der har styr på de informationer, som gives ved ambulant fødsel. Barselssygeplejersken fortæller, at hun kan se en fordel i, at alle disse informationer adresseres til faren, fordi han kan forholde sig til denne del af barselsplejen. Samtidig skabes der rum for, at ansvar for barnets trivsel ikke alene hviler på moren (BS).

Alle deltagere i fokusgruppeinterviewet fortæller således om udfordringer i forhold til at vurdere, hvem der skal udskrives og hvem der skal forblive indlagt. Under denne del af fokusgruppeinterviewet begynder der at vise sig forskellige holdninger, og respondenterne svarer ikke kun samstemmende. Jordemødrene fortæller, at der tages individuelle hensyn og at mødre ikke skal "presses" til tidlig udskrivelse. De oplever, at det oftest er ressourcestærke mødre som udskrives tidligt og anser tryghed for at være en lige så vigtig forudsætning som kliniske parametre. Sundhedsplejerskerne oplever derimod, at flere mødre udskrives for tidligt og dette medfører utryghed for sundhedsplejerskerne.

#### ***4.2.1.3. Sundhedsprofessionelles syn på fordele og ulemper af ambulant fødsel.***

Deltagerne i fokusgruppeinterviewet præsenterer forskellige holdninger i forhold til skepsis og positiv indstilling til ambulant fødsel, hvilket giver indblik i både fordele og ulemper ved tilbuddet. Respondenterne beskriver dermed samlet set et nuanceret syn på ambulant fødsel.

### ***Fordele***

Én af jordemødrene fortæller i sin beskrivelse af fordele, at tidlig udskrivelse kan opfattes som en bekræftelse af, at alt er normalt, og at moren klarer situationen fint (J1). Morens selvtillid forstærkes dermed, fordi sundhedsprofessionelle viser tillid til, at ambulant fødsel er det rigtige valg for den enkelte mor (Ibid.). Én af sundhedsplejerskerne fortæller også, at hun oplever, at ambulante

førstegangsfødende er trygge og velforbredte, og at det derfor er rart for dem at komme hjem i vante omgivelser (S3). Hun fortæller, at der som regel er mere roligt i hjemmet end på sygehuset (Ibid.). En anden sundhedsplejerske fortæller også, at forældre er glade for at komme tidligt hjem fra sygehuset, og at de selv har valgt tidlig udskrivelse (S1). En jordemoder fortæller videre om, hvordan det at placere ansvar hos forældrene kan være positivt, og at hun ser det som en fordel ved den ambulante fødsel:

*”... Det er noget med at få ansvaret. Når de så tager imod det, skærper de sanserne mod, at: - det skal jeg selv... Også i graviditeten bliver der lagt vægt på, at man skal tage noget ansvar selv. Så det giver jo også en god ansvarsfølelse at skulle klare sig selv... Man lærer altså også helt vildt meget af at skulle lære af sin intuition fra start” (J2).*

### **Ulemper**

I forhold til ulemper, forbundet med ambulante fødsel, er særligt sundhedsplejerskerne optagede af problemer i forhold til amning. Én af sundhedsplejerskerne fortæller, at hun synes, at der er flere spædbørn, som taber sig mere end 10 % blandt ambulante forløb i forhold til indlagte. Hun mener, at det er, fordi det overrasker mødrene, hvor lang tid amningen tager (S3).

Da deltagerne spørges om, hvorvidt egenomsorg fremmes ved ambulante fødsel, fortæller en anden sundhedsplejerske, at hun tror, tilbuddet ligefrem kan mindske egenomsorgen. Det begrundes hun med, at nogle mødre udskrives tidligt uden at have forudsætningerne for at tage sig af barnet. Disse forudsætninger beskriver hun som erfaring med spædbørn og et netværk, som kan støtte den nybagte mor (S2). Samme sundhedsplejerske nævner, at flere genindlæggelser er en ulempe ved ambulante fødsel. Dette giver hendes kollega hende ret i og pointerer dette som en særlig uheldig konsekvens af ambulante fødsel (S1;S2).

Én af sundhedsplejerskerne fortæller ligeledes i relation hertil, at nogle mødre udskrives, før de er klar til det, og at hun ser dette som en ulempe ved ambulante forløb (S1). Disse mødre beskriver hun som de umodne mødre. Moderatoren spørger ind til, hvad der kendetegner umodne mødre og sundhedsplejersken svarer, at det hverken handler om uddannelsesniveau eller alder, men mødre, som ikke forstår alvoren af at skulle være mor. Dette synspunkt bekræftes af de andre deltagere.

Én af jordemødrene kommenterer herpå og fortæller, at det kan være svært at vurdere, om ambulante fødsel er det rigtige tilbud umiddelbart efter fødslen (J2). Årsagen til dette er, at forældrene er glade

og ubekymrede lige efter fødslen. Hun fortæller, at mødre oftest er glade og opstemte, når de forlader fødegangen. Jordemoderen beskriver samtidig, at situationen hurtigt kan forandres, og at det så bliver sundhedsplejers opgave at ”samle op” i hjemmet (Ibid.).

Senere i interviewet fortæller deltagerne i fokusgruppeinterviewet i enighed om, at en ulempe ved ambulante fødsler er, at mødre allerede i graviditeten skal forberede sig på, hvordan de skal håndtere den tidlige barselsperiode. Der er enighed om, at dette er problematisk, fordi det er umuligt at forberede sig på at blive mor. Én af jordemødrene fortæller, hvordan gravide gennem fødselsforberedelse forberedes til eksempelvis amning i graviditeten. Hun giver udtryk for, at undervisningen ikke har haft den ønskede effekt, da sundhedsplejerskerne under interviewet fortæller, hvor meget mødre overraskes af amningens omfang (J2).

Dette leder videre til betydningen af god vejledning og kommunikation i det ambulante fødselsforløb, fordi dialog med moren om udskrivningstidspunkt samt vejledning i amning, trivselstegn etc. anses for at have betydning for at det ambulante forløb bliver en positiv oplevelse. Både barselssygeplejerske, jordemødre og sundhedsplejersker beskriver kommunikation og vejledning som vigtigt på flere forskellige niveauer.

#### ***4.2.1.4. Betydningen af god kommunikation og vejledning***

Under fokusgruppeinterviewet bliver vejledning og kommunikation fremhævet som vigtigt i forbindelse med forberedelse til ambulante fødsler. Blandt andet kommer respondenterne frem til, at fødselsforberedelsen ikke altid har den ønskede effekt. Desuden drøftes kommunikation mellem professionel og nybagt mor i forbindelse med vurdering af udskrivningstidspunktet. Og endelig debatteres betydningen af god kommunikation mellem primær og sekundær sektor med udgangspunkt i bestræbelsen på at skabe et sammenhængende forløb for ambulante fødende. Deltagerne i interviewet giver således udtryk for, at kommunikation har betydning for ambulante fødsler i forskellige sammenhænge.

En sundhedsplejerske fortæller i denne forbindelse, at det er vigtigt at tage hensyn til, hvad den gravide er optaget af, når hun forberedes til ambulante fødsler. Sundhedsplejersken mener ikke, at mødre nødvendigvis er parate til at vejledes i barnets trivsel eller amning under graviditeten, hvilket hun ser som problematisk, fordi kvinderne forberedes i graviditeten (S2). Hun fortæller, at al forskning viser, at mødre ikke er klar til at modtage information om tiden efter fødslen, inden den er overstået. Hun fortæller desuden, at mødre heller ikke kan rumme al information umiddelbart efter

fødslen, når de udskrives tidligt. Derfor beskrives det som en udfordring at opnå tilstrækkelig vejledning og information til ambulante fødende (S2;S1;J2). En sundhedsplejerske beskriver, at der bør tages hensyn til den enkelte mor og mener derfor ikke, at fødselsforberedelse i grupper nødvendigvis er en egnet metode til at forberede alle mødre til tidlig udskrivelse (S2). Barselssygeplejersken fortæller i relation hertil, at personalet på fødegangen og barselsgangen forsøger at tage hensyn til, at informationen ikke må føles irrelevant eller overvældende (BS).

Det kan således være en udfordring at opfylde morens behov i et ambulante forløb. Dette stiller derfor store krav til en god dialog mellem de to parter.

Begge jordemødre fortæller, at de i kommunikationen med mødre tilstræber at vurdere, hvilke behov den enkelte mor har. De beskriver, at de er særligt opmærksomme på at imødekomme usikkerhed og utryghed:

*”Det kommer simpelthen frem i deres usikkerhed, når vi taler om det, og så siger vi: du har simpelthen brug for at blive her”(J1).*

*”Der er rigtig mange, der er usikre, som jo også er perfektionisterne som også er bange for at gøre noget forkert, og så viser det sig jo i den måde de spørger os og den hjælp de skal have...”(J2).*

Til trods for, at der således arbejdes målrettet med at imødekomme usikkerhed ved at tilbyde eksempelvis indlæggelse, føler nogle mødre, ifølge sundhedsplejerskerne, at de udskrives for tidligt og at de dermed ikke selv aktivt vælger at tage hjem inden for det første døgn. Disse mødre beskrives som de uerfarne og usikre mødre. Dette tyder på, at det er svært at opnå samme forståelse for, hvornår der er brug for indlæggelse, og hvornår et ambulante forløb er passende, hvorfor fokus på dette og tæt dialog med moren er afgørende.

Endelig beskriver alle deltagere i interviewet, at god kommunikation mellem sygehus og sundhedspleje har betydning for, hvilke oplevelser mødre får i det ambulante forløb. Én sundhedsplejerske fortæller, at det tidligere var et problem, at sundhedsplejen ikke fik besked, når en førstegangsfødende blev udskrevet ambulante (S2). Dette gav problemer, når sundhedsplejen som følge heraf ikke tog kontakt til moren. Én af jordemødrene beskriver, at hun oplever, at den direkte kontakt pr. e-mail til sundhedsplejen, som nu er oprettet, fungerer godt (J1). Alle er enige om, at der bør være en direkte kommunikationskanal mellem sygehus og sundhedspleje, og at denne fungerer godt i dag.

Én af sundhedsplejerskerne fremhæver desuden fælles møder som noget positivt for at kunne fremme forståelsen for hinandens arbejde (S3), fordi det kan være et forum for drøftelse af status, samarbejde og indblik i hinandens arbejde. De andre sundhedsplejersker, jordemødrene og barselssygeplejersken er positive overfor denne idé. Jordemødrene fortæller ligeledes, at de mangler tilbagemeldinger på, hvordan det er gået for nogle af de udskrevne mødre samt tilbagemeldinger på, hvordan de kan forbedre deres undervisning (J1;J2), hvilket også vil kunne imødekommes ved fælles møder.

#### **4.2.1.5. Forbedringsforslag**

Deltagerne i fokusgruppen sætter i løbet af interviewet fokus på flere områder, hvor der i det ambulante fødselsforløb er et potentiale for forbedring. I nedenstående afsnit opsamles disse forslag kort.

I dag defineres ambulante fødsel som udskrivelse indenfor 24 - 72 timer efter fødslen afhængigt af fødested. Derfor foreslår sundhedsplejen, at ambulante fødsel defineres ens på alle fødesteder, fordi det vil skabe mindre forvirring i sundhedsplejen og bedre mulighed for at tilbyde besøg til ambulante fødende på det mest passende tidspunkt.

Ligeledes er der generel enighed om, at fælles møder med jordemødre, barselssygeplejersker og sundhedsplejersker kan skabe bedre sammenhæng mellem ydelserne i et ambulante forløb (J1;J2;S3).

I forhold til differentiering og hensynet til den enkelte ligger der muligvis et forbedringspotentiale i, at gå i dialog med moren om hendes behov således, at der skabes en fælles forståelse for hendes ønsker i et ambulante tilbud.

Det foreslås ligeledes, at den del af forberedelsen til ambulante fødsel, som handler om barselsperioden, skal ligge efter fødslen. Dette mener interviewdeltagerne vil imødekomme en bedre fordeling og større relevans af information. En sundhedsplejerske foreslår endvidere, at mødre informeres om hjemmesider, hvor der er fokus på billeder og tale for at imødekomme behovet for alternative læringsformer (S2). Barselssygeplejersken foreslår ligeledes at introducere app's, som beskriver hvad mødrene skal være opmærksomme på dag for dag (BS).

Faren beskrives af alle deltagere som en overset ressource i barselsperioden og det vurderes, at han med fordel kan inddrages mere. Diskussionen af dette tages atter op i specialets perspektivering.

Afslutningsvis blev det også foreslået, at genetablere en tidligere ordning: ”åbent hus” hos sundhedsplejen. ”Åbent hus” er et arrangement, hvor mødre kan mødes og uformelt drøfte deres barns sundhed med en sundhedsplejerske. Der er delte meninger om, hvorvidt et sådan tilbud vil benyttes, da der allerede er mindre gode erfaringer med dette fra tidligere.

#### **4.2.1.6. Opsamling**

Fokusgruppeinterviewet udviklede sig til en god dialog mellem respondenterne. Der var en god stemning, og alle deltog i snakken. Jordemødre og barselssygeplejersken sad placeret i den ene side og sundhedsplejerskerne var placeret i den anden side af lokalet, hvilket kan have bidraget til en tryk stemning, fordi alle har siddet placeret blandt kolleger. Alle viste respekt for andres synspunkter – også på trods af egne divergerende synspunkter. Jordemødre og barselssygeplejersken fortalte om, at tryghed og individuelle vurderinger har høj prioritet, når de skønner, hvem der egner sig til ambulant fødsel. Sundhedsplejerskerne fortalte, at ambulant fødsel giver tryghed, autonomi, fred og ro for nogle mødre, og at tilbuddet medfører utryghed og usikkerhed for andre. Det nærmeste både jordemødre, barselssygeplejersken og sundhedsplejerskerne kan præcisere mødre med positive oplevelser af ambulant fødsel er, at der er tale om ”gæve jyder”, ressourcestærke mødre - eksempelvis med et stærkt netværk og mødre med et kort og ukompliceret fødselsforløb. Det nærmeste interviewdeltagerne kan præcisere mødre med negative oplevelser af ambulant fødsel er, at der her er tale om mødre, der ikke er realistiske omkring, hvilken indsats et nyfødt barn kræver, usikre mødre, mødre uden erfaring med spædbørn og mødre, der har høje forventninger til, hvad de bør kunne klare i rollen som mor.

#### **4.2.2. Analyse af de semi-strukturerede individuelle interview**

I nedenstående afsnit analyseres de 3 individuelle, semi-strukturerede interview med førstegangsmødre i Haderslev, Region Syddanmark. Denne analyse supplerer dermed specialets egen empiri med et brugerperspektiv på den ambulante fødselsordning. Første del af resultatafsnittet præsenterer de fordele og ulemper, mødrene oplever i forløbet, og sidste del præsenterer forbedringsforslag samt forudsætninger for tilfredshed med tilbuddet. Dette belyses inden for temaerne: kommunikation, individualitet og sammenhæng. De tre temaer er alle fundet ved kodning af data, hvor begreberne self efficacy og empowerment har været den teoretiske linse. Temaerne har derfor betydning for mødrenes oplevelse af tryghed, kontrol, indflydelse, selvtilid og støtte, som jf.



kap 1.12. kan ledes videre til egenomsorgsbegrebet. Transskribering af interviewene kan findes i bilag 5-7.

#### **4.2.2.1. Præsentation af mødrenes forløb**

De tre interviewede mødre har i udgangspunkter haft og har efter udskrivning stadig forskellige holdninger til det ambulante tilbud. Dette har blandt andet været et væsentligt inklusionskriterie og opvejer til en vis grad, at der kun inddrages 3 respondenter. For yderligere metodeovervejelser henvises til kap. 3.2.

Én mor havde i udgangspunktet affundet sig med at føde ambulant, men har været utryg og utilfreds med det ambulante tilbud (respondent 1). En anden mor har i udgangspunktet været tilfreds med at skulle føde ambulant og har bibeholdt denne følelse efter fødslen (respondent 2). Én tredje mor har i udgangspunktet følt sig skræmt ved at skulle føde ambulant, men er i dag tilfreds med tilbuddet (respondent 3).

#### **4.2.2.2. Oplevede fordele og ulemper**

Alle tre kvinder beskriver primært deres oplevelser på hospitalet som positive og trygge, men kun to af kvinderne oplevede det også som positivt og trygt at blive udskrevet tidligt. Disse to kvinder nævner blandt andet, at fordelene ved ambulant fødsel er muligheden for at være sammen med faren og at komme hjem i vante omgivelser: *”fordelen ved at komme hjem, er at der er ro”* (bilag 7). *”Man kender sin egen duft... og man kan bare gå i køleskabet...”* (bilag 6). *”Havde min mand ikke muligheden for at være der, så tror jeg også bare jeg ville hjem” ... ”Jeg kunne godt være blevet lidt længere, men jeg synes bare, at det var lidt synd for min mand, at han sov på en tynd sofa”* (bilag 7). Én af disse to mødre beskriver endvidere, at en væsentlig fordel ved ambulant fødsel er muligheden for at slippe for fremmedes (læs sundhedsprofessionelle og andre indlagte mødres) vurdering af hendes evner som mor (respondent 2).

Modsat beskriver den tredje mor, at det for hende ville have været en fordel at forblive indlagt på sygehuset og dermed være under sundhedspersonalets opsyn: *”Jeg kunne ikke nå at forberede mig... så hvis jeg som minimum havde haft en hel nat, hvor der var mulighed for at få hjælp og hvor man også selv kunne komme lidt mere ovenpå igen...”* (Bilag 5). Denne mor beskriver endvidere, at hun ikke selv valgte at føde ambulant, og at den tidlige udskrivelse medførte følelser som desperation, udmattelse, generel utryghed og følelsen af ’ikke at slå til’. Hun og en anden mor

beskriver desuden, at den tidlige udskrivelse har udfordret deres amning. Dette begrundes de med, at tidlig udskrivelse betyder, at mælken endnu ikke er løbet til, og at de derfor følte sig alene om at etablere amningen. Disse to mødre har oplevet, at tiden på sygehuset var præget af travlhed, og at jordemoderen ikke var tilstrækkeligt til stede efter fødslen. Dette betød, at mødrene ikke følte sig rustede til udskrivelse, hvilket nævnes som en ulempe (respondent 1 & 2). Én af mødrene har dog haft den modsatte oplevelse og fortæller således, at der var god tid under både fødsel og udskrivelse, hvilket følte trygt (respondent 3).

Hvorvidt det ambulante tilbud forbindes med flest fordele eller ulemper er således afhængigt af indre faktorer - eksempelvis den enkeltes mestrende selvtillid, ønsker og forventninger samt ydre faktorer - så som sundhedsprofessionelles (manglende) empowering tilgang, antallet af fødsler og bemanning på sygehuset.

Alle tre mødre har oplevet stor tryghed i at have mulighed for at kontakte fødestedet og den lokale sundhedsplejerske efter udskrivelsen. Denne mulighed påpeges som en væsentlig forudsætning for tryghed i det ambulante forløb. Der er overordnet set tilfredshed med de udvidede tiltag, som kommunen i dag tilbyder, og alle tre kvinder påpeger disse som minimumskrav for det ambulante forløb. Der nævnes herudover en række andre væsentlige forudsætninger samt forbedringsforslag til det ambulante tilbud. Disse forudsætninger og forbedringsforslag analyseres i de følgende afsnit.

#### **4.2.2.3. Kommunikation**

Kvinderne nævner alle flere situationer, hvor kommunikationen med de sundhedsprofessionelle har haft en afgørende betydning for deres oplevelse af det ambulante tilbud. Betydningen af kommunikation kan her både sættes i relation til Banduras beskrivelse af positiv evaluering af feedback og Freires beskrivelse af den ligeværdige dialog ((60)s.104);((73)s.54). Kommunikation vurderes dermed som et vigtigt redskab for at kunne styrke mødrene egenomsorg.

En god og anerkendende kommunikation med de sundhedsprofessionelle har givet de tre kvinder tryghed og støtte både før og efter fødsel. Eksempelvis nævner en mor: ”Vi fik allerede at vide til fødselsforberedelsen at, hvis vi var utrygge, så kunne vi få lov til at blive” (bilag 7).

Modsat har dårlig eller mangelfuld kommunikation givet de tre kvinder mindre indflydelse og mere usikkerhed. Eksempelvis fortæller en anden mor om en negativ oplevelse efter fødslen, hvor en

sygeplejerske fortæller parret, at hun forventer, at de snart skal rejse hjem: *"I skal jo være ude kl. 04.17 om morgenen, så måske det vil være rarest at tage hjem her til aften..."* Morens reaktion herpå er: *Man bliver vildt desperat, når man får sådan en besked..."* (bilag 5). Konsekvensen af denne kommunikation var, at moren følte sig presset til at lade sig udskrive tidligt.

Kun to af de tre mødre oplevede således det ambulante tilbud som et reelt tilbud med mulighed for at takke nej (respondent 2 & 3). Disse to mødre oplevede, at det var en vigtig forudsætning for et godt forløb, at de selv følte sig parate og trygge ved at skulle hjem, og at de sundhedsprofessionelle accepterede deres valg. Den tredje mor oplevede ikke det ambulante tilbud som et valg, hvilket hun følte både blev signaleret gennem kommunikationen i fødselsforberedelsen og efter fødslen: *"Der var slet ikke åbnet for muligheden for, at vi kunne blive"* (bilag 5). Denne mor oplevede ikke at have indflydelse på eller kontrol over sit forløb, hvilket dermed understreger vigtigheden af en god kommunikation, - samt hvorvidt det ambulante tilbud præsenteres som et valgfrit eller et obligatorisk tilbud.

#### ***Faste rammer***

På trods af, at to mødre har oplevet at have indflydelse på eget udskrivelsestidspunkt, beskriver de alligevel tilbuddet, som et forløb i fastsatte rammer: *"Vi var jo klar til at komme af sted... og 2-3 timer efter der skulle vi jo være ude..."* (bilag 7). *"Man vidste jo godt, at man skulle hjem med det samme"* (bilag 6). Hvorvidt det opleves muligt at bryde med disse fastsatte rammer og modsætte sig tidlig udskrivelse tyder dermed på at være påvirket af mødrenes oplevede reelle handlemuligheder. Begge disse mødre havde på forhånd bestemt sig for ikke at ville lade sig udskrive tidligt mod deres vilje og oplevede også at indlæggelse ved behov var en reel mulighed. Den tredje mor, som ikke oplevede at have et valg, oplevede heller ikke at have mulighed for at modsætte sig den nye fødeplan: *"Jeg er nok meget... sådan er det bare, det kan jeg ikke gøre noget ved"* (bilag 5).

Denne mor oplevede efter sin udskrivelse, at hospitalets personale heller ikke fandt det ambulante fødselstilbud attraktivt. Moren fik under et hjemmebesøg indtrykket af at jordemoderen synes at hun var blevet sendt hjem for tidligt, og at... *"generelt så de gerne, at man blev derinde"* (bilag 5). Denne udmelding kan have påvirket morens oplevelse og have fastholdt hende i opfattelsen af at have fået et dårligt tilbud. Det tyder således på, at kommunikation og signaler kan være med til at

forme mødrenes holdninger og deres mestrende selvtillid i forhold til at kunne stå ved deres behov og ønsker.

Alle tre mødre anså tidlig udskrivelse som det ”normale tilbud”, og at indlæggelse forudsatte ”noget unormalt”. En mor beskriver det som: *”Et døgn efter fødslen der var det normale, at man skulle være ude”* (bilag 7). Dette kan modsat førnævnte eksempel påvirke mødre til at stille efter at føde ambulant for at kunne indgå i den ”normale” kategori. Det tyder således på, at det har stor betydning, hvorledes det ambulante forløb italesættes og at sundhedspersonalets ord og signaler påvirker, hvad mødre anser som efterstræbelsesværdigt.

### ***Opfølgning er vigtig***

Alle mødre har overordnet set været glade for, at der har været mulighed for kommunikation og opfølgning med sundhedsprofessionelle fra både primær og sekundær sektor. Alle mødre er blevet ringet op og to af mødre har modtaget et besøg af jordemoderen (respondent 1 & 3). Jordemoderens besøg beskrives som vigtigt, og det synes attraktivt at slippe for at skulle på hospitalet til screeningskonsultation på 3. dag. Mødre beskriver kommunikation med jordemoderen som positiv, og at der er blevet udvist engagement og interesse i den enkelte kvindes fødsel. Alle mødre nævner ligeledes sundhedsplejerskens tidlige besøg som vigtigt. Mødre fortæller i tråd hermed om, at sundhedsplejerskens tidlige hjemmebesøg medfører lettelse, fordi de bekræftes i, at det, de gør, er godt nok.

Kommunikationen med de sundhedsprofessionelle under hjemmebesøgene har været god, og der har været mulighed for at drøfte mødrenes tanker. En vigtig forudsætning for, at hjemmebesøg opleves positivt, er, at der har været tid og ro til at drøfte det nødvendige. Én af mødre har dog oplevet, at sundhedsplejersken har haft travlt og efterlyser mere tid med sundhedsplejersken, samt at der bliver åbnet op for en mere privat kommunikation (respondent 3).

Samtidig med, at muligheden for at kunne ringe til de sundhedsprofessionelle skabte stor tryghed hos alle mødre, fortæller to af mødre, at de selv har svært ved at kommunikere deres behov for hjælp: *”Man er nok også lidt nervøs for, hvad de tænker... så man vil ikke ringe for meget for så tænker de sikkert, hvad er der nu galt... men man burde jo egentligt bare ringe”* (bilag 6). Der synes dermed at være en mere eller mindre bevidst forståelse af, at man bør kunne klare sig selv, som påvirker mødrenes overvejelser omkring akutte henvendelser til sundhedsprofessionelle.

Alligevel råder alle tre mødre andre til ikke at være tilbageholdende med at ringe, når de har brug for hjælp.

Kommunikation forud for udskrivelsen beskrives med blandede følelser af alle mødre. To af mødre har oplevet mangelfuld forberedelse på det ambulante forløb, idet de ikke mener at have haft en samtale forud for udskrivelsen, hvor de blev vejledt i, hvordan de skulle forholde sig hjemme. Alle tre mødre har dog oplevet tilfredsstillende forberedelse på den ”almindelige fødsel” gennem almen fødselsforberedende undervisning. Generelt efterlyses tydelig og konkret information omkring konsekvenserne af det ambulante forløb og sikkerhedsforanstaltninger forbundet hermed. Mødrene understreger, at information og vejledning er svær at tilpasse alle, fordi mødre har forskellige behov. Dette leder videre til næste tema, som er mødrenes individuelle behov og forudsætninger.

#### **4.2.2.4. Mødrenes individuelle behov**

Kvindens individuelle behov er en anden væsentlig faktor for, hvordan hun oplever forberedelse til og opfølgning af det ambulante tilbud. Netop dette område belyser vanskeligheden ved at udvikle ét tilbud, der kan tilgodeses alle førstegangsmødre. Mødrene har forskellige behov og forudsætninger, i et ambulante fødselsforløb. Derfor belyses herunder, hvorledes tryghed, netværk, erfaring, tiltro, ansvar og forståelser har betydning for, hvordan den enkelte mor oplever tilbuddet. I denne forbindelse vurderes mødrenes ”mestrende selvtillid” at være en betydningsfuld faktor for deres forudsætninger, samt hvorvidt empowerment kan blive en realitet.

Alle tre mødre nævner, at behovene som førstegangsmor er meget individuelle. Netop derfor beskriver de også, at det kan være svært at føle al forberedelse og opfølgning vedkommende. Mødrene beskriver ligeledes, at det er svært at vurdere, hvad man har brug for, og at man muligvis ikke kan forberede sig på at blive mor: ”*Man ved slet ikke, hvad man går ind til... så det er jo altafgørende, at man føler sig tryk*” (bilag 5). Det er dermed ikke givet, at forberedelse reelt set skaber tryghed i svangreomsorgen og det vurderes, at mødrenes mestrende selvtillid kan være afgørende for, hvor væsentlig forberedelsen opleves. En forudsætning for tryghed kan således godt omhandle andet og mere end den almene forberedelse, fordi det kan være forskelligt, hvad der skaber tryghed. Ligesom det ikke er givet, at forberedelse skaber tryghed, er det heller ikke givet, at patologiske forløb skaber utryghed (bilag 6). Æn af mødre havde ifølge de kliniske retningslinjer mulighed for at blive indlagt på grund af blødning, men hun følte sig tryk og havde brug for at

komme hjem (respondent 2). Omvendt følte en anden mor, uden kliniske forbehold for tidlig udskrivelse, sig utryk ved det selvsamme tilbud (respondent 1). Vurderingen af tidlig udskrivelse synes dermed at skulle tage udgangspunkt i individuelle faktorer såsom morens mestrende selvtillid, hvis tryghed i forløbet skal sikres.

To af de tre kvinder vil, under visse forudsætninger, anbefale det ambulante tilbud (respondent 2 & 3). Disse forudsætninger er: en vellykket fødsel, tryghed ved udskrivelsen samt støtte og opfølgning i hjemmet. De to mødre beskriver, at havde de oplevet besvær med amningen på hospitalet, ville de have valgt det ambulante tilbud fra. Derudover nævnes eventuelle store bristninger og selve fødselsoplevelsen også som betydningsfulde for deres overvejelser omkring tidlig udskrivelse. Udover at langstrakte og hårde fødsler påpeges som relevante for valget omkring ambulante fødsel, nævner moren, som oplevede at blive udskrevet tidligt mod sin vilje, at et hurtigt fødselsforløb heller ikke understøttes af det ambulante tilbud: *”Det var sådan lidt huhej vilde dyr... der var så meget, man pludseligt skulle forholde sig til... og så var vi overladt til os selv”* (bilag 5). Den tredje mor vil dermed ikke anbefale det ambulante tilbud, fordi den tryghed og ro, som hun manglede, kun ville opstå i kraft af en længere indlæggelse.

Alle tre mødre nævner, at ”det gode tilbud” bidrager med ro og tryghed. Det er dog forskelligt fra mor til mor, om dette opstår ved en tidlig udskrivelse eller ved at kunne blive på sygehuset. Alle tre mødre nævner dog, at det er væsentligt at have muligheden for at blive på sygehuset og at mødre ikke må presses til at tage hjem.

### ***Betydningen af socialt netværk***

Alle de tre mødre nævner endvidere netværk som en væsentlig forudsætning for et vellykket ambulante forløb, som i eksemplet: *”Jeg ville nødig have været enlig mor”* (bilag 7). Mødrene har alle et stort netværk og har oplevet støtte herfra, hvilket ikke vil gøre sig gældende for alle mødre. Mødrene vurderes således at være ressourcestærke og har oplevet en understøttende og empowering tilgang til deres forældre og qua deres netværk. Ydermere beskrives erfaring med spædbørn som en væsentlig forudsætning for oplevelserne forbundet med at skulle udskrives tidligt. Moren, der følte sig udskrevet for tidligt, beskriver det således at: *”Det havde da været rart at være der, hvor der var nogle, der havde noget erfaring - andet end de 12 timer man selv har på det tidspunkt”* (bilag 5). En mor understreger også, at erfaringsgrundlaget i dag er ringere end førhen, og mødrene således mangler erfaring med pleje af spædbørn så som badning og bleskift (respondent 3). To af

mødrene understreger i tråd hermed vigtigheden af selv at lægge sit barn til brystet og skifte ble på hospitalet (respondent 2 & 3). Ved selv at have håndteret disse situationer synes der at være skabt mere tryghed overfor tidlig udskrivelse. En mor nævner ligeledes at have haft glæde af flergangsmødres deltagelse i fødselsforberedelsen (respondent 1). Deres deltagelse har givet mulighed for bedre erfaringsudveksling.

Netværk synes dermed at være blevet en endnu større nødvendighed i dag, fordi mange mødre ikke har erfaring med helt små børn. Det ambulante forløb synes dermed at være udfordret af samfundsudviklingen, hvorfor vurderingen af tidlig udskrivelse også bør inddrage ydre omstændigheder så som kvindernes netværk.

På samme måde som mødrenes forskellige erfaring og mulighed for støtte påvirker oplevelsen af det ambulante tilbud, spiller mødrenes tiltro til egne evner også en stor rolle.

#### ***Tiltro til egne evner***

Mødrenes tiltro til egne evner synes at være svækket i flere tilfælde. Mødrene håndterer ukontrollerbare situationer ved at prøve sig frem. Denne metode har især for to af mødrene stor betydning for deres selvtillid: ”Man føler ikke man slår til” (bilag 5). ”Alle andre kan... kan mit barn ikke lide mig” (bilag 6). Alle tre mødre påpeger da også, at det er væsentligt, at sundhedspersonalet understøtter deres ”mestrende selvtillid” ved at tale om de svære situationer og rose dem, når noget lykkes. Det er forskelligt for mødrene, hvilke situationer der kan skabe afmagt. Det kan både være det at skulle lade rodet ligge, udfordringer ved amning eller at erkende behovet for andres hjælp. Mødrenes behov for støtte og opbakning kræver dermed en differentieret indsats. Selvom det største ønske er en brugermanual, beskriver mødrene da også et behov for en forberedende indsats, der lægger op til, at man ikke kan forberede sig på alt.

Mødre med lav mestrende selvtillid vil således opleve at blive udfordret i deres tiltro til egne evner, og dermed er det væsentligt, at den enkelte mor kan give udtryk for sin egen utryghed. Som førnævnt holder mødrene sig af og til tilbage fra at kontakte sundhedspersonalet, hvilket betyder, at nogle mødre ikke får den hjælp, de behøver. Da råd og vejledning i barselsperioden forudsætter, at man selv er aktivt opsøgende, er det sandsynligt, at mødre med lav mestrende selvtillid risikerer ikke at få den hjælp, de behøver.

Moren, der oplevede for tidlig udskrivelse, har kunnet give udtryk for sin utryghed og har derved fået flere hjemmebesøg af sundhedsplejersken (respondent 1). Flexibilitet omkring denne mulighed nævnes som en væsentlig forudsætning for at mindske utryghed efter udskrivelse. Der ligger dermed et ansvar hos moderen for selv at spørge om hjælp og et medansvar hos den professionelle for at kunne tolke, hvornår der eventuelt kan være et uopfyldt behov. En af mødrene understreger i tråd hermed, at det i høj grad er op til den enkelte mor at tage imod de tilbud, der stilles hende til rådighed. Således beskrives forudsætninger for tryghed som noget: ”*Man jo egentligt også selv har ansvaret for*” (bilag 7).

#### ***Skepsis overfor det ambulante tilbud***

Mødrene fortæller, at de har oplevet skepsis omkring det ambulante tilbud i både medier, i familien og i det generelle samfundssyn. Der ligger således en negativ forståelse af det ambulante fødselstilbud, der udfordrer tilbuddets udbredelse og som ifølge en af mødrene i høj grad handler om, at man har været vant til et andet tilbud. En første skepsis synes derfor naturlig, idet nye ordninger kræver tilvænning. Mødrene mener ikke, at det ambulante forløb er et attraktivt tilbud for alle mødre, men som en mor understreger: ...”*handler det meget om ens egen indstilling*” (bilag 7).

Et andet centralt tema handler om sammenhæng og samarbejde og vil blive gennemgået i næste afsnit

#### ***4.2.2.5. Sammenhæng og samarbejde***

Udover, at der er faktorer på spil, som omhandler kommunikation og individualitet, så nævner mødrene også organisatoriske faktorer som betydningsfulde for deres oplevelse af det ambulante tilbud. Sammenhæng i forløbet er dermed endnu en faktor, som alle respondenter nævner som afgørende for deres oplevelse af det ambulante tilbud, og dette forudsætter i høj grad empowerment i både forberedelsen og opfølgningen. Alle mødre understreger, at en væsentlig forudsætning for et vellykket forløb er, at det er sammenhængende, og at de sundhedsprofessionelle komplementerer hinanden. Her påpeges specifikt koordinering mellem hjemmebesøg og hvem der er den rette kontaktperson ved akut opståede spørgsmål.

#### ***Forberedelse***

To af mødrene beretter om, at de ikke har følt sig tilstrækkeligt forberedt på ambulante fødsel og har desuden manglet en grundig udskrivende samtale (respondent 1 & 2). Mødrene sammenligner deres



tilbud med andre mødres og efterlyser på den baggrund en bedre introduktion til fødestedet forud for fødslen samt forberedelse på, hvad der sker efter udskrivelsen. En mor fortæller, at det kan føles skræmmende, fordi der kan være en forestilling om, at moren overlades til sig selv under et ambulante forløb (respondent 2). På trods af at mødre tvivler på, at det reelt er muligt at forberede sig på at blive mor, nævner de alligevel grundig forberedelse som en væsentlig forudsætning.

### **Opfølgning**

Alle mødre er glade for deres tidlige hjemmebesøg, men én mor påpeger, at besøg på udskrivelsesdagen er overflødig, fordi hun stadigvæk var overvældet af selve fødslen (respondent 2). To af mødre har oplevet, at deres besøg af sundhedsplejerske og jordemoder har fundet sted på samme dag og har derefter oplevet en længere periode, hvor de havde mere brug for besøg (respondent 2 & 3). De efterlyser dermed, at besøgene koordineres, og at der ikke er for lange pauser mellem besøgene. Alle tre kvinder beretter desuden om forvirring omkring skiftet mellem sekundær og primær sektor, og hvem de skal kontakte hvornår: *”Sygehuset mente, at det var min egen læge, der skulle kontaktes og lægen mente, at det var jordemoderen og jordemoderen mente, at det var sygehuset”* (bilag 6). Denne mor efterlyser hermed en oversigt over perioden før og efter fødslen med kontaktoplysninger i periodisk rækkefølge.

En af mødre har haft tilknytning til to fødesteder, hvilket efter eget udsagn har besværliggjort hendes forløb (respondent 2). Hun nævner at have manglet, at de to fødesteder har haft viden omkring hinandens tilbud. Samme mor har oplevet, at manglende opfølgning efter jordemoderens besøg har skabt utryghed omkring konsekvenserne af gulsot. Ydelserne tilknyttet sekundær sektor har dermed skabt forvirring. Imidlertid påpeger alle tre mødre, at begge sektorer indsats har haft afgørende betydning for deres oplevelse og at det, at der altid har været sundhedspersonale til rådighed, har bidraget med tryk i forløbet.

#### **4.2.2.6. Opsamling**

Mødrenes udsagn peger således på, at oplevelsen af ambulante fødsel er meget individuel. Positive oplevelser forudsætter erfaring, netværk, mestrende selvtillid og kan således bidrage til øget ro og tryk. En anerkendende kommunikation, en empowering tilgang og et sammenhængende forløb har endvidere understøttet mødrenes egenomsorg i det ambulante tilbud. Modsat har moren, der har følt sig presset til tidlig udskrivelse haft et utrygt og hektisk forløb. Det har dermed betydning for mødrenes egenomsorg, hvorledes de oplever, at deres behov bliver understøttet. Disse resultater har

skabt indsigt i en lille gruppe mødres oplevelser af det ambulante fødselstilbud til førstegangsfødende og ideer til fremtidige forbedringstiltag. Der bør dog tages højde for, at vurderingerne blot tager udgangspunkt i få individers oplevelser og ønsker.

## **Kap. 5. Diskussion af resultater**

I det følgende kapitel diskuteres specialets resultater, hvor teori, egen emperi og studier sammenholdes. Kapitlet indeholder en diskussion af positive og negative oplevelser med det ambulante fødselstilbud, samt hvorledes kommunikation og tværfagligt samarbejde har betydning for egenomsorgen i det ambulante tilbud. Kapitlet vurderer løbende resultaternes kvalitet, anbefalinger og supplerende alternativer til tilbuddet.

### **5.1. Førstegangsfødende i et ambulant forløb**

Ambulant fødsel tilbydes i dag alle førstegangsfødende med et ukompliceret fødselsforløb i Region Syddanmark ((6)s.140). Dette tilbud har mødt en del kritik med begrundelse i, at førstegangsfødende tilhører en ekstra sårbar gruppe, hvorfor tidlig udskrivelse risikerer at stille de nybagte mødre ringere end en indlæggelse på barselsgangen (12). Denne kritik understøttes blandt andet af fund fra Bravo et al.'s Cochrane review, hvor førstegangsfødende fremhæves som en særlig gruppe, der kan føle sig uforberedte og bange for at skulle hjem (99). Studiet konkluderer dermed, at førstegangsmødre kan have behov for længere indlæggelse end flergangsfødende, hvilket også er udgangspunktet for Sundhedsstyrelsens anbefalinger (Ibid.);((3)s.174). Disse kilder kan tillægges en vis tyngde og understøttes ligeledes af Brodén, som understreger at det, at blive mor for første gang er særligt udfordrende, fordi der ofte følger en grundlæggende tvivl på egen evne til at kunne tage sig af barnet ((41)s.103). På trods af, at førstegangsmødre udgør en særlig gruppe, peger flere resultater fra specialets litteraturstudie samt de sundhedsprofessionelles udtalelser dog på, at førstegangsmødre ikke nødvendigvis udgør en særlig *udsat* eller særlig *sårbar* gruppe (bilag 4);(39,104). Dette begrundes med, at usikkerhed ikke relaterer sig specifikt til paritet, og at både førstegangsmødre og flergangsmødre har positive oplevelser i forbindelse med det ambulante fødselsforløb (Ibid.). To af de tre interviewede førstegangsmødre har ligeledes oplevet det ambulante fødselstilbud som positivt (bilag 6-7). Tyngden af dette resultat er lille, men understøttes imidlertid af førnævnte studier, hvilket øger resultatets validitet. Disse to mødre nævner, at det har haft stor betydning for dem at restituere i vante omgivelser, og at tidlig udskrivelse har bidraget

med mere ro og tryghed, fordi de har været hjemme sammen med deres mand i stedet for at være indlagt på sygehuset (Ibid.). Netop ro og tryghed understreges ligeledes som væsentlige kvaliteter i det ambulante tilbud ifølge Perssons og Dykes' respondenter og kan således antages at være en tilsigtet effekt, der gælder flere end de to interviewede respondenter.

Der er ifølge specialets resultater således uenighed om, hvorvidt paritet er afgørende for om ambulante fødsel er et passende tilbud for den enkelte mor. I en generel betragtning er førstegangsmødre muligvis mere sårbare end flergangsmødre i forhold til et ambulante fødselsforløb. Idet førstegangsmødre i lige så høj grad som flergangsfødende fortæller om positive oplevelser med ambulante fødsel, bliver det dog jf. specialets problemformulering mere interessant at undersøge, hvilke oplevelser førstegangsfødende har med ambulante fødsel. Desuden er det interessant at undersøge, hvilke forudsætninger der er for, at den ambulante fødselsordning afføder flest positive oplevelser. Dette diskuteres videre i nedenstående.

## **5.2. Positive oplevelser i et ambulante forløb**

Hall & Carty samt Perssons & Dykes' resultater viser, at ambulante fødsel kan bidrage til øget selvbestemmelse, selvtillid, autonomi og følelse af kontrol sammenlignet med indlæggelse (48,49). Disse positive følelser nævnes ligeledes af de interviewede sundhedsprofessionelle som en reel fordel ved det ambulante tilbud (bilag 4). Respondent 2 og 3 fortæller, at der også var øget tryghed forbundet med at komme hjem, hvor der var fred og ro (bilag 6-7). Jordmoder 1 beskriver understøttende, at tidlig udskrivelse kan forstærke mødrenes selvtillid, fordi de bekræftes i at kunne klare sig på egen hånd (bilag 4).

Med reference til social indlærings-teori kan førstegangsmødre potentielt opleve, at self efficacy, engagement og faktisk forældreevne styrkes, hvis det ambulante fødselsstilbud opleves som en tillids-erklæring af deres forældreevne ((60)s.33). Dette kan således bekræfte, at der ligger et potentiale for øget selvtillid og selvsikkerhed i kølvandet på den tidlige udskrivelse. Brown et al. understøtter i sit review denne påstand, da deres resultater viser, at mødre, som udskrives tidligt, er signifikant mere selvsikre i forhold til at tage sig af barnet frem til en måned efter fødslen, end mødre der har været indlagt (101). Löf et al. beskriver ligeledes, at førstegangsmødre, der udskrives inden 36 timer efter fødslen, føler sig trygge og selvsikre. Resultaterne afspejler dog oplevelser fra de mødre, som selv har valgt tidlig udskrivelse (39). Det kan dermed diskuteres, hvorvidt disse kvinder har fået tilført selvsikkerhed og tryghed i kraft af tidlig udskrivelse eller om de i forvejen

tilhører en særlig viljestærk og selvsikker gruppe af mødre. Noget tyder nemlig på, at ikke alle mødre oplever disse tilsigtede effekter. De negative oplevelser diskuteres nedenstående.

### **5.3. Negative oplevelser i et ambulat forløb**

At der er tale om et frit valg understreges af Weiss & Lokken som en vigtig forudsætning for, at mødre oplever tilsigtede effekter af ambulat fødsel og mødre, som udskrives ufrivilligt tidligt, vil derfor ikke opleve de samme effekter - snarere tværtimod (95). Dette afspejles i høj grad også af den oplevelse respondent 1 har haft af det ambulante fødselstilbud, som for hende ikke blev oplevet som et reelt valg (bilag 5). Ifølge respondent 1 har det ambulante fødselstilbud i stedet affødt utryghed, desperation og magtesløshed (Ibid.). Disse følelser er sammenlignelige med fund fra specialets litteraturstudie, som viser, at førstegangsfødende har oplevet, at ambulat fødsel kan bidrage til stress, usikkerhed, utryghed (97-99,102,105,118). Denne oplevelse kan på kort sigt afføde ubehag, men kan på længere sigt få større konsekvenser. Ifølge Munk-Olsen et al. kan utryghed føre til øget risiko for depression eller følelsen af ikke at kunne håndtere situationen som mor (44). Det er således forskelligt fra kvinde til kvinde, hvorvidt det er indlæggelse eller tidlig udskrivelse, som bidrager med tryk i barselsperioden. Det kan derfor diskuteres, hvorvidt *alle* førstegangsfødende med ukomplicerede fødsler bør være kandidater til ambulat fødsel, eller om de i virkeligheden udgør en uhomogen gruppe, med vidt forskellige forudsætninger for, hvorvidt tidlig udskrivelse hæmmer eller fremmer egenomsorgen. Eksempler på forudsætninger diskuteres videre nedenfor.

### **5.4. Forudsætninger for at føle sig tryk ved ambulat fødsel**

Empirien og litteraturresultaterne peger særligt på 3 forudsætninger for, at mødre føler sig tryk i - og parate til ambulat fødsel. Disse forudsætninger er: et velfungerende netværk, en vis erfaring med spædbørn og grundig opfølgning i hjemmet.

#### **5.4.1. Netværk**

De interviewede mødre beskriver, at netværk er en væsentlig forudsætning for, at det ambulante tilbud reelt set kan afføde ro og tryk. De nævner alle fædre som særligt betydningsfuld, men alle fortæller også, at støtte fra andre familiemedlemmer har haft stor betydning (bilag 5-7). Netværk understreges ligeledes af de interviewede sundhedsprofessionelle som en væsentlig forudsætning for, at ambulat fødsel opleves positivt (bilag 4). Herunder understreger de sundhedsprofessionelle,

at netværk og erfaring er reduceret for nutidens mødre, og at indførelsen af ambulante fødsler dermed ikke harmonerer med samfundsudviklingen (Ibid.). Det tyder således på, at nybagte mødre i dag er udfordret af manglende netværk og støtte. Dette gælder dog tilsyneladende for både førstegangs- og flergangsfødende (Ibid.).

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at nybagte mødres netværk tages i betragtning, når de udskrives ambulante ((3)s.176). Det kan imidlertid diskuteres, hvad definitionen ”et godt netværk” består af. Vurderes det ud fra, om man har en partner, vil det betyde, at enlige mødre eventuelt ikke ”egner sig” til ambulante fødsler (98). Relateres der i stedet til hjælp til praktiske gøremål, vil det betyde, at mødre med begrænset social omgangskreds eventuelt ikke ”egner sig” til ambulante fødsler. Ifølge Weiss et al. har eksempelvis socioøkonomisk position ikke signifikant betydning for mødrenes sårbarhed (95). Det vil være individuelt, hvornår den enkelte oplever at have et godt netværk, og derfor bør der tages hensyn til morens egen vurdering. Netværk vurderes overordnet set at have stor betydning for tilsigtede effekter, så som egenomsorg i dette ambulante tilbud og kan derfor qua specialets resultater med fordel indgå som en del af vurderingen forud for tidlig udskrivelse ((3)s.176);(bilag 4-7).

#### **5.4.2. Erfaring**

En anden væsentlig forudsætning er mødrenes erfaringsgrundlag. Bandura beskriver, at self efficacy blandt andet kan opnås gennem erfaringer ((60)s.79). Dette kan være en del af forklaringen på, at erfaring tillægges stor betydning af flere respondenter. Jordemoder 2 fortæller om det paradoksale i, at ambulante fødsler implementeres i en tid, hvor mødre ikke har erfaring med spædbørn (bilag 4). Respondent 1 og 2 fortæller, at deres erfaring med spædbørn forud for ambulante fødsler har været vigtig for at kunne føle sig tryk i forløbet. Betydningen af egne kropsligt lagrede erfaringer understøttes af Banduras teori, som beskriver, at egne erfaringer bidrager positivt til mødrenes mestrende selvtillid ((60)s.79). Mødrene beskriver ligeledes, at det har haft afgørende betydning for dem, at de har haft succes med amning eller bleskift inden udskrivelse og derved fået tillid til, at de ligeledes kan klare dette hjemme (bilag 6-7). Manglende erfaring kan modsat medføre øget usikkerhed og skepsis for tidlig udskrivelse. At erfaring med spædbørn er en forudsætning for tryghed i et ambulante forløb er primært et resultat, som er fundet gennem de kvalitative interview og understøttes kun i begrænset omfang i specialets litteraturstudie (40,41,101). To studier beskriver dog modsat, at paritet ikke er afgørende for mødrenes parathed til tidlig udskrivelse (95,105). Det kan dermed diskuteres, hvor lang en erfaring tidlig udskrivelse forudsætter. På et

omend spinkelt grundlag, med Bandura og respondenterne som referenceramme, synes det dog efterstræbelsesværdigt, at moren har muligheden for praktisk erfaring forud for udskrivelse, eksempelvis ved selv at lægge barnet til brystet ((60)s.77);(bilag 4,6-7).

## **5.5. Tværfagligt samarbejde**

Der er bred enighed i både egen empiri og litteraturstudier om, at en del af forudsætningen for at ambulat fødsel opleves som et trygt og sikkert tilbud er, at der er god forberedelse til ambulat fødsel og grundig opfølgning opfølgning i hjemmet (bilag 5-7);(98,102,104). Dette er en faktor, som hovedsageligt ligger uden for den enkelte mors forudsætninger, og som varierer fra kommune til kommune. Derfor er det følgende diskussionsafsnit retningsgivende for sundhedsprofessionelle i forhold til at give den mest hensigtsmæssige form for opfølgning.

### **5.5.1. Fælles definition**

Tilstrækkelig opfølgning kræver et tæt tværfagligt samarbejde og et fælles udgangspunkt. Derfor er et væsentligt forbedringsforslag blandt andet, at de sundhedsprofessionelle får en fælles definition af ambulat fødsel samt en fælles betegnelse for et ”ukompliceret forløb” (bilag 4). Udfordringen ved en manglende fælles definition af hvornår der er tale om en ukompliceret eller ambulat fødsel er, at moren risikerer at få utilstrækkelig opfølgning og eventuelt gå glip af hjemmebesøg, fordi primær og sekundær sektor opererer med to forskellige definitioner. Dette er problematisk, da der er enighed blandt mødre og de sundhedsprofessionelle om, at tidlige hjemmebesøg udgør en væsentlig del af det opfølgende tilbud til ambulat fødende (bilag 4-7). Disse besøg beskrives som en væsentlig forudsætning for tryghed, støtte og kontrol i barselsperioden (Ibid.). Litteraturgennemgangen viser ligeledes, at tidligt hjemmebesøg er den mest sikre form for opfølgning efter ambulat fødsel (117).

### **5.5.2. Koordinering**

Specialets undersøgelse af regionens tilbud har vist, at det har været svært at koordinere hjemmebesøgene, og at der først efter 2½ år med ambulat fødsel for førstegangsfødende er tilbudt hjemmebesøg af jordemødre. Dette er dog ikke etableret i *alle* regionens kommuner endnu. De interviewede mødre og sundhedsprofessionelle beskriver alle forvirring omkring opgavefordeling og koordinering mellem primær og sekundær sektor (bilag 4-7). Denne forvirring udfordres yderligere af, at mødre af og til afholder sig fra at kontakte de sundhedsprofessionelle, for - efter eget udsagn ikke at være til besvær. I tråd hermed kan det diskuteres, om opdelingen af de

sundhedsprofessionelles opgaver kan fremgå tydeligere, og om det tværfaglige samarbejde kan styrkes. Én mulighed kan være at holde fast i den oprindelige inddeling mellem primær og sekundær sektor, således at jordemødre tager sig af ydelser på sygehuset og sundhedsplejen tager sig af ydelser i hjemmet. Ved en skarpere opdeling mellem ydelser på henholdsvis sygehus og i hjemmet er det dog stadig afgørende at bibeholde helheden i forløbet. Derfor er et tæt samarbejde mellem jordemødre og sundhedsplejersker fortsat vigtigt.

Litteraturstudiet har fundet alternativer til det eksisterende hjemmebesøg. Disse resultater kan diskuteres i forhold til, hvad jordemødre kan tilbyde som alternativ til hjemmebesøg, hvis argumentet om at lade sundhedsplejen stå for alle besøg i hjemmet skal følges op i praksis.

Persson og Dykes' resultater viser positiv effekt i form af tryghed ved daglig telefonkontakt i fem dage efter fødslen suppleret med et hjemmebesøg, hvis moren har behov (49). Lindberg et al. vurderer at anden visuel kontakt, eksempelvis videokonference, som et godt alternativ til telefonopkald (116). Litteraturgennemgangen og specialets empiri viser ydermere, at mulighed for telefonkontakt til sundhedsprofessionelle døgnet rundt skaber øget tryghed i tilbuddet (bilag 5-7);(80,97,104,116,117). Disse supplerende tiltag vil kunne tilgodese behovet for tæt kontakt og er et supplement til hjemmebesøg, som med fordel vil kunne varetages af sekundær sektor, da der her er døgnbemanding.

I tillæg til hjælp ved mindre akutte behov findes der adskillige app's og hjemmesider, som kan bidrage supplerende til støtte og vejledning i svangreomsorgen. Trygfonden har lavet hjemmesiden "Tryk med barn", hvor kommende og nybagte forældre let kan få relevant information om barnets sundhed og trivsel (119). Hjemmesiden indeholder 150 videoklip om graviditet, fødsel og tre måneder efter fødsel. Desuden findes app'en "Min baby", som indeholder svar på gængse spørgsmål omkring barnets sundhed og information om eksempelvis, hvornår det er tid til lægebesøg (120). En anden nyudviklet app er "Mit forløb", som er en samling af app's fra Odense Universitetshospital. App'en kan anvendes til at søge svar på spørgsmål omkring barnets sundhed og trivsel, og derudover kan fødende på Odense hospital registrere sig og derefter modtage relevant information hver 12. time efter udskrivelse (121).

Det er dog væsentligt at understrege, at specialets resultater peger på, at tæt kontakt mellem de sundhedsprofessionelle og familien i hjemmet er en væsentlig forudsætning for tryghed og tilfredshed i det ambulante tilbud. Derfor kan app's og hjemmesider ikke anses som en erstatning for hjemmebesøg men derimod blot et supplement til det nuværende tilbud (101,104,122).

I forlængelse af diskussionen af forudsætninger for tryghed i et ambulante forløb, er det relevant at drøfte, hvilke barrierer der er for ambulante fødsel. Dette er relevant, fordi viden om barrierer i lige så høj grad kan bidrage til forbedringsforslag som viden om forudsætninger for et trygt forløb.

## **5.6. Barrierer mod ambulante fødsel**

Empirien peger særligt på to barrierer for ambulante fødsel, hvoraf den ene handler om, at normen i dag er indlæggelse. Desuden viser både interview og studier, at mødres behov for kontrol og forudsigelighed i forløbet ikke harmonerer med ambulante fødsel. Disse to barrierer diskuteres i det nedenstående.

### **5.6.1. Normers betydning**

Ifølge mødrene er det en barriere for tidlig udskrivelse, at normen er indlæggelse. Respondent 3 beskriver, at årsagen til den normbaserede opfattelse er, at tilbuddet førhen var indlæggelse, og ”sådan har det altid været” (bilag 7). Det kan således diskuteres, hvor stor betydning samfundets normer og forventninger har for oplevelsen af det ambulante tilbud sammenholdt med den faktiske oplevelse. Ifølge Banduras sociale indlæringssteori kan en normbaseret opfattelse af, om førstegangsmødre magter eller ikke magter at føde ambulante nemlig betyde, at moren påtager sig denne opfattelse. Den almene opfattelse af det ambulante tilbud kan derfor få stor betydning for, hvordan moren opfatter sine reelle handlemuligheder i tilbuddet ((60)s.98). Alle tre respondenter fortæller i tråd hermed, at den generelle opfattelse er, at førstegangsfødende bør indlægges i længere tid og at dette derfor umiddelbart opfattes som det bedste tilbud (bilag 5-7). De interviewede sundhedsprofessionelle bidrager med et andet væsentligt perspektiv hertil. Dette perspektiv handler om, at konsekvensen af den normbaserede opfattelse også kan skabe modsvar. Modsvaret blandt mødre kan være, at det bliver prestigefyldt at føde ambulante, fordi der ved tidlig udskrivelse kan signaleres overskud (bilag 4). Normen har således en afgørende betydning for mødrenes forudfattede forståelse, men det kan diskuteres, hvorvidt normen er en barriere eller en motivationsfaktor for tidlig udskrivelsen.

### **5.6.2. Behovet for kontrol**

Ifølge Hjälmhult & Lomborgs resultater kan mødres behov for at *fremtræde i kontrol* ligeledes være en barriere for ambulante fødsel, fordi dette behov kan medføre usikkerhed og utryghed i et ambulante forløb (102). Respondent 1 oplevede at hendes behov for kontrol i barselsperioden medførte udfordringer efter udskrivelsen, idet hun syntes, det var svært hverken at have kontrol over vante



situationer eller nye og ukendte situationer med barnet (bilag 5). Denne stilen efter kontrol beskriver de sundhedsprofessionelle som særligt kendetegnende for de mødre, der oplever flest ulemper ved det ambulante tilbud (bilag 4). De beskriver blandt andet, at ”perfektionistiske mødre”, som har høje forventninger til deres forældrevegne oplever ambulante fødsel som utrygt, ukontrollerbart og uoverkommeligt (Ibid.). Ifølge Bandura bliver de meget ”perfektionistiske mødre” med urealistisk høj selvsikkerhed udfordret, fordi de efter udskrivelsen forventer, at forældreskabet vil forløbe gnidningsfrit grundet høj mestrende selvtillid ((60)s.77). Omvendt beskriver han dog også, at meget usikre mødre kan opleve det større eget-ansvar, der følger med et ambulante tilbud som uoverkommeligt (Ibid.). Både meget høj og meget lav mestrende selvtillid kan således være en udfordring i - og barriere for det ambulante tilbud. Da det kan være svært at indgå i en dialog med den nybagte mor om hendes mestrende selvtillid, fordi begrebet er diffust og teoretisk, vurderes hendes behov for kontrol at være et relevant emne, som kan diskuteres forud for en ambulante fødsel. Med Freire som referenceramme kan dialog omkring behovet for kontrol skabe overskuelighed og håndterbarhed for den nybagte mor, som udtrykt i citatet: ”Vi må lære masserne klart at se dét, som vi har modtaget fra dem i en forvirret form.”((73)s.69.l.6-8). Dialogen forudsætter, at begge parter har en tro på, at moren har mulighed for at ændre på sin situation, når den opleves ukontrollerbar ((73)s.62). Dialogen bygger dermed på tro på den enkeltes ressourcer og handlemuligheder. Således bliver empowerment handleanvisende for at skabe kontrol i det ambulante fødselsforløb.

## **5.7. Betydningen af mødres individuelle behov**

Specialets resultater peger som førnævnt på, at det ambulante tilbud tilbydes en stor og uhomogen gruppe af kvinder. Vurdering af udskrivelsestidspunkt er et område, hvor de sundhedsprofessionelle jf. fokusgruppeinterviewet forsøger at tilgodese mødres individuelle behov. Strategien er at tilbyde indlæggelse til mødre, som har haft patologiske forløb, hvor der er en medicinsk risiko forbundet med udskrivelse. Desuden tilbydes indlæggelse til mødre, som virker usikre og utrygge. På baggrund af specialets resultater tyder det imidlertid på, at det er svært at vurdere, hvornår den enkelte bør udskrives. Jordmødrene beskriver i tråd hermed, at det nuværende niveau på 18 % ambulante førstegangsfødende er passende, men at målet på 40 % er urealistisk og uacceptabelt (bilag 4). Skal andelen øges, er der således risiko for, at flere mødre oplever at blive presset til ambulante fødsel (Ibid.). Det kan derfor diskuteres, om egenomsorgen kan tilgodeses, hvis flere kvinder skal føde ambulante. For at mindske utilsigtede konsekvenser af ambulante fødsel, bør

morens egen vurdering og erfaring, hendes og barnets velbefindende samt måde, hvorpå hun håndterer muligheder, udfordringer og ansvar, dermed tages i betragtning (103). Dette bør være målet, frem for at nå målet om 40 % ambulant fødende. Dette er også i overensstemmelse med Yonemoto's Cochrane review, som anbefaler, at tilbuddet bør afhænge af individuelle behov og om muligt tage morens præferencer i betragtning (117). Den individuelle vurdering kan relatere sig både til udskrivelsestidspunktet og til behovet for opfølgning i hjemmet. Vurdering af udskrivelsestidspunkt diskuteres derfor i det følgende fra både mødres og de sundhedsprofessionelles perspektiv.

## **5.8. Vurderingen af udskrivelsestidspunkt**

Jf. diskussionen omkring normers betydning for ambulant fødsel oplever de sundhedsprofessionelle, at nogle mødre vælger tidlig udskrivelse for at opnå prestige. Dette betyder, at nogle mødre, som ifølge de sundhedsprofessionelle ikke er klar til tidlig udskrivelse, ønsker at føde ambulant og dermed risikerer at blive uskrevet *for* tidligt. Her opstår et væsentligt dilemma, nemlig – hvem og hvad skal afgøre, hvornår tidlig udskrivelse er det rigtige tilbud. I tråd hermed fortæller de interviewede sundhedsprofessionelle, at der kan være divergerende opfattelser blandt sundhedsprofessionelle og nybagte mødre af, hvornår tidlig udskrivelse er hensigtsmæssig. Nogle mødre opfylder ikke de kliniske retningslinjer, men føler sig klar, mens andre mødre opfylder de kliniske retningslinjer, men føler sig ikke klar.

Bernstein et al.'s resultater viser i tråd hermed, at sundhedsprofessionelles vurdering ofte er, at mødre er klar til udskrivelse tidligere, end mødrene selv vurderer sig klar (100). Dette er ifølge deltagerne i fokusgruppeinterviewet i modsætning til, hvad der gør sig gældende i Region Syddanmark, idet der fortælles, at det oftere er en udfordring, at mødre vurderer sig klar til udskrivelse tidligere, end professionelle vurderer, at de er klar (bilag 4). Det kan diskuteres, hvorvidt baggrunden for de sundhedsprofessionelles vurdering afspejler *deres* usikkerhed eller deres professionelle vurdering. Er der tale om usikkerhed overfor tilbuddet, kan det skabe en barriere for udbredelsen af ambulant fødsel, fordi sundhedsprofessionelles usikkerhed kan projiceres over i mødrene.

### **5.8.1. Vurdering af udskrivelsestidspunkt ud fra et hensyn til mestrende selvtillid**

Ifølge Bernstein et al. relaterer morens parathed til udskrivelse sig ikke til længden af hendes indlæggelse, men indre og dybereliggende faktorer (100). Netop fordi der er tale om individuelle

ikke-kliniske faktorer, er det vanskeligt at tage højde for, for hvem det ambulante tilbud er et godt tilbud. Ifølge Scrivens & Summer kan parathed til og accept af ambulante fødsel relateres til morens selvsikkerhed (96). Med reference til self efficacy begrebet vil mødre således ikke reagere ens på tilbuddet om ambulante fødsel, og nogle mødre med ringe mestrende selvtillid vil muligvis opleve tilbuddet negativt og risikofyldt ((60)s.77). Omvendt vil nogle mødre med høj grad af mestrende selvtillid anse tidlig udskrivelse for at være mulighedsskabende og positivt (Ibid.s.116). Det kan således diskuteres, om der forud for udskrivelse bør tages hensyn til en ikke-klinisk forskel på mødre, som handler om deres selvsikkerhed i rollen som mor. Det skyldes at lav mestrende selvtillid, ifølge Bandura, vil sætte mødrenes handleevne ud af spil, hvormed de ikke får gavn af de forældreevner, de i realiteten har (Ibid.s.35).

Er der derfor tale om en mor med lav mestrende selvtillid, vil hendes valg ifølge Bandura være passive og i højere grad afspejle den sundhedsprofessionelles valg (Ibid.). Det er i sådanne situationer vanskeligt for den professionelle at lade være med at handle, selvom det kan være uklart, hvad der skal gøres og om der overhovedet er belæg for en professionel indsats ((73)s.46). Dette vanskeliggør vurdering af et passende udskrivningstidspunkt og kan relateres til jordemoder 2's pointe om, at det kan være svært at vurdere om en nybagt mor egner sig til tidlig udskrivelse, når der skal foretages en vurdering på fødegangen få timer efter fødslen (bilag 4).

Hvis den nybagte mor indtager rollen som passiv deltager i dialogen omkring udskrivelsestidspunkt og accepterer den sundhedsprofessionelle som eksperten, beskriver Freire, at der affødes negative følelser, fordi hun fratages muligheden for at tage ansvar for eget liv. Respondent 1 har netop oplevet at være passiv deltager i sit eget forløb, hvilket har betydet, at hun har følt, at ansvar og kontrol har været hende frataget (bilag 5). Oplevelsen har således været negativ på trods af potentialet i det ambulante forløb og viser endnu engang, at dybereliggende ikke-kliniske faktorer kan udgøre forskellen på morens parathed og de sundhedsprofessionelles vurdering af hendes parathed. Morens mestrende selvtillid kan dermed være en væsentlig faktor for vurderingen af det rette udskrivelsestidspunkt.

## **5.9. At styrke morens egenomsorg gennem anerkendende kommunikation**

Ifølge Bandura kan morens mestrende selvtillid styrkes i det ambulante tilbud, hvis den sundhedsprofessionelle udviser tiltro og støtte ((60)s.102). Modsat kan manglende accept og anerkendelse af moren afføde lav mestrende selvtillid. Dette vil betyde, at moren ikke efterlever den

undervisning og vejledning, hun har fået, fordi hendes adfærd i højere grad vil afspejle hendes lave mestrende selvtillid frem for hendes tillærte evner og kompetencer (Ibid.s.35). Tiltro og støtte vil således kunne bidrage som et redskab i empowerment processen og dermed betyde, at moren opnår handlekompetence i det ambulante forløb ((73)s.45). Derfor kan støtte gennem anerkendende kommunikation antages at være væsentlig for udviklingen af mødrenes egenomsorg (Ibid.);((60)s.79).

Ifølge Freire er den ligeværdige dialog ligeledes nødvendig for styrket egenomsorg i det ambulante tilbud ((73)s.63). Udgangspunktet for denne dialog bør ifølge Freire være den enkelte mors behov og ønsker, således at dialogen bliver bærende for relationen (Ibid.). Hvis dialog i forbindelse med ambulante fødsel ikke tager udgangspunkt i en ligeværdigt relation mellem sundhedsprofessionel og nybagt mor, kan resultatet ifølge Freire være, at moren ikke opnår handlekompetencer, fordi hun indtager en passiv rolle (Ibid.s.45). Dermed kan anerkendende kommunikation ifølge både Freire og Bandura siges at være en væsentlig forudsætning for empowerment og øget self efficacy i det ambulante fødselstilbud. Denne påstand understøttes ligeledes af de tre interviewede mødre, som alle fortæller, hvordan kommunikation har været afgørende for deres oplevelse af det ambulante tilbud, og hvorvidt de har følt sig trygge eller utrygge (bilag 5-7).

Situationer hvor den anerkendende kommunikation kan bruges som redskab til at skabe handlekompetence, er eksempelvis under udskrivningssamtalen, ved telefonopkald efter udskrivelse eller ved hjemmebesøg. Dette åbner muligheden for at benytte kommunikation som et redskab til at skabe tryghed i et ambulante fødselsforløb, fordi der i kommunikationen ligger en mulighed for at arbejde med morens ressourcer, så hun styrkes og løftes i forhold til at tro på, at ambulante fødsel kan skabe en god start for hende selv og barnet ((60)s.33). Dette er i overensstemmelse med Persson og Dykes' studie, hvor de interviewede forældre beskriver, at det har positiv betydning for oplevelsen af tryghed i det ambulante forløb, når sundhedspersonale signalerede, at de havde tiltro til forældrenes evner (49). Jordemoder 1 beskriver i tråd hermed, at det gennem kommunikation er muligt at bekræfte moren i, at hendes situation er normal og vise tillid til hendes handlekompetence i et ambulante forløb (bilag 4). Ligeledes nævner hun, at den anerkendende kommunikation kan øge morens tiltro til, at kunne mestre tidlig udskrivelse (Ibid.). Understøttende for denne påstand viser Weiss og Lokkens resultater, at støtte og opbakning har betydning for, om den nybagte mor er villig til at lade sig udskrive tidligt (95). Dette er i overensstemmelse med Johansson et al.'s resultater, hvor mødre som på forhånd har besluttet sig for ikke at føde ambulante ombestemmer sig, når de

oplever, at der er tæt og god kontakt til sundhedsprofessionelle fra hjemmet (104). Dette gjorde sig ligeledes gældende for respondent 3's fødselsforløb, idet hun besluttede sig for tidlig udskrivelse, på trods af at hun før fødslen havde besluttet, at hun gerne ville indlægges (bilag 7). Det vurderes dermed muligt at ændre mødres opfattelse af det ambulante tilbud gennem positiv kommunikation og dialog. Det vurderes ligeledes, at den ligeværdige dialog mellem sundhedsprofessionel og moren med fordel kan indeholde samtaleemner såsom morens selvtillid og identitet. Dermed kan hendes handlekompetencer lettere træde i kraft, fordi der arbejdes med den mestrende selvtillid.

Ifølge Freire er det vigtigt, at den sundhedsprofessionelle under denne anerkendende dialog træder tilbage og lader den nybagte mor fortælle, hvordan hun ønsker sit barselsforløb skal være og hvilke behov for støtte, hun har ((70)s.19). Værdigrundlaget bliver således at få systemet til at passe til individets behov og ikke omvendt (Ibid.s.23). Selv om magtforholdet mellem nybagt mor og sundhedsprofessionel ifølge Freire bør udviskes, er dette ifølge Andersen, Brok og Mathiasen ikke muligt. Derimod beskriver de, at magtforholdet bør gøres tydeligt og synligt, så det kan gennemskues og håndteres på den rette måde (Ibid.s.87). Det handler ifølge Freire dog heller ikke om, at den sundhedsprofessionelle altid skal give moren ret eller overlade hende ansvaret for at finde frem til, hvad situationen kræver, idet målet er, at dialogen giver plads til både sundhedsprofessionel og nybagt mor (Ibid.s.80);((73)s.63). Dette er en væsentlig pointe, da kommunikation med udgangspunkt i den individuelle mor og hendes særlige behov let bliver relativistisk. Det bliver dermed ikke muligt at stille spørgsmålstejn ved hendes behov, hvilket med nærværende speciales videnskabsteoretiske ståsted ikke altid er hensigtsmæssigt. Derfor bør udgangspunktet for kommunikationen i stedet afspejle *både* et etisk hensyn og en professionel vurdering.

### 5.9.1. Et etisk hensyn

På trods af at det kan diskuteres, hvor langt det individuelle hensyn skal strække sig, synes der dog samtidig at være en udefinerbar grænse for, hvor langt jordemødre og barselssygeplejersker kan gå i forsøget på at gøre ambulante fødsler attraktivt. Hvis positiv kommunikation benyttes i form af nudging<sup>5</sup> i forhold til at få mødre til at vælge tidlig udskrivelse, kan det nemlig diskuteres, hvornår nudging bliver til pres.

---

<sup>5</sup> Nudging handler om at skubbe mennesker i en særlig retning uden at fratage dem retten til at vælge. Richard Thaler Sass Sunstein er ophavsmand til begrebet (123).

Den interviewede barselssygeplejerske fortæller i tråd hermed, at mødre også følte sig usikre i forhold til situationen som nybagt mor, da de var indlagt i 5 døgn og anser dermed opmuntring til udskrivelse som en nødvendighed - uafhængigt af indlæggelsestid (bilag 4). Dermed beskriver hun usikkerhed som et vilkår for den nybagte mor, hvilket også er i overensstemmelse med Weiss og Lokkens resultater, som indikerer, at en vis grad af usikkerhed er uundgåeligt som nybagt mor (95). Dermed kan det diskuteres om usikre mødre i et ambulante forløb også ville være usikre mødre på barselsgangen, og hvorvidt usikkerheden afhænger af tilbuddets karakter. Nudging kan her være et anvendeligt redskab, men når sundhedsprofessionelle anvender kommunikation til at ændre på morens parathed til tidlig udskrivelse er det dog væsentligt at understrege at dette vil opleves forskelligt. Det er dermed væsentligt at pointere, at uanset hvilke vilkår nybagte mødre har i forhold til usikkerhed anses det uetisk at presse mødre til tidlig udskrivelse.

Når sundhedsprofessionelle anvender kommunikation til at ændre på morens parathed til tidlig udskrivelse, kan det således enten opleves som nudging eller pres og kan ifølge Bandura dermed enten styrke eller svække den mestrende selvtillid ((60)s.104). To af de interviewede mødre beskriver, at sundhedsprofessionelle ansporede til tidlig udskrivelse før fødslen, dog uden at mødrene opfattede det som et pres. Modsat oplever respondent 1 ikke at være blevet nudget, men at være blevet presset til tidlig udskrivelse (bilag 5). Det er usikkert, hvad der har haft mest afgørende betydning for disse forskellige oplevelser, men det har under alle omstændigheder haft stor betydning for mødrene, hvorledes tilbuddet blev italesat og hvilke signaler den sundhedsprofessionelle sendte under sin kommunikation (bilag 5-7). På baggrund af det, omend begrænsede grundlag, vurderes det som væsentligt for mødres oplevelse af det ambulante forløb, at sundhedsprofessionelle kommunikerer positivt om det ambulante tilbud, men med respekt for den enkelte mors behov. Banduras teori understøtter dette resultat og derfor tillægges hensigtsmæssig kommunikation mellem sundhedsprofessionel og nybagt mor en særlig betydning. En anden væsentlig forudsætning for styrket egenomsorg er medindflydelse og ansvar. Disse to forudsætninger vil diskuteres i nedenstående.

### **5.10. Medindflydelse og ansvar**

Med reference til self efficacy og empowerment er det vigtigt, at mødre har medindflydelse, hvis de skal opnå mestrende selvtillid, kontrol og ansvar i et ambulante forløb. Ifølge Bandura vil dette sige, at moren også gives muligheden for at opsætte og nå egne mål ((60)s.8). I overensstemmelse hermed bliver målsætningen for den sundhedsprofessionelle, ifølge Freire, at stimulere til kritisk

tænkning, fordi moren dermed oplever, at det er muligt at tage ansvar i det ambulante forløb ((73)s.69). Udfordringen er i imidlertid den, at mødre ikke altid tager dette ansvar. Dette påpeges blandt andet af respondent 3, som understreger, at en væsentlig forudsætning for, at moren opnår kontrol og tryghed i tilbuddet er, at hun selv tager mere ansvar (bilag 7). Der er således et ansvar, som tilfalder moren, og som går forud for styrket egenomsorg. Det er dog væsentligt at understrege, at der her ifølge Bandura er tale om en hårfin grænse, da der er risiko for selvbebrejdelse ved at overdrage moren et for stort eget-ansvar ((60)s.33). Her peger specialets resultater atter på et område, som er svært og udefinerbart, men som skal håndteres i praksis af de sundhedsprofessionelle. Det synes vanskeligt at balancere præcis den rette mængde ansvar, så resultatet bliver styrket egenomsorg og ikke selvbebrejdelse. Dette dilemma understreges ligeledes i kritikken af egenomsorgsbegrebet, hvor sårbare borgere risikerer ikke at kunne opfylde kravet om eget-ansvar ((71)s.108). Det kan dermed diskuteres, hvorvidt ansvar og medindflydelse i alle henseende er en reel tilsigtet effekt. Det synes dog muligt at imødegå dette dilemma gennem anvendelsen af self efficacy og empowerment, fordi der således tages udgangspunkt i den enkelte mors ressourcer.

### **5.11. Forberedelse til ambulant fødsel**

I tråd med ovenstående er en væsentlig forudsætning, for at moren kan tage ansvar og føle kontrol ifølge Bandura påvirket af hendes outcome forventninger ((60)s.19). Hendes forventninger har således stor betydning for hendes reelle outcome af ambulante fødsel. Derfor er det ligeledes vigtigt, at forberedelsen til den ambulante fødsel også indeholder en præsentation af det ambulante forløb, så moren ved, hvad hun kan forvente, samt at hun kender de mulige positive gevinster (Ibid.s.21). Denne anbefaling understøttes af de interviewede mødre, som efterlyser mere viden om, hvad de kan forvente sig af barselsforløbet (bilag 5-7). Uvidenhed og frygt for at blive overladt til sig selv, mener de interviewede mødre, er udgangspunktet for mange kvinders negative forventning til det ambulante tilbud. Det kan således diskuteres, om negative forventninger til det ambulante tilbud kan vendes ved at forberede mødre grundigere.

Det kan dog diskuteres, hvor grundigt mødre skal forberedes på et ambulante forløb, da der er fundet divergerende resultater på området. Löf et al. finder i deres studie et behov for detaljeret information og vejledning både før og efter fødsel (39). Omvendt beskriver Brodén, at for meget information kan ødelægge morens spontane intuition og moderlige instinkt ((41)s.104). De interviewede mødre er ligeledes splittede mellem ønsket om grundigere vejledning og fornuften i at

tydeliggøre, at det er umuligt at forberede sig fuldt ud på situationen som nybagt mor (bilag 5-7). Det er således ikke muligt at vurdere, hvornår forberedelsen vil føles tilstrækkelig for den enkelte. I tråd hermed understreger Bandura, at ”mestrende selvtillid” afhænger af, hvorvidt situationen synes overkommelig eller ej ((60)s.80). Hvis der anvendes en strategi, hvor situationen gøres mere overkommelig ved at inddele krav om handling i mindre dele, skabes tiltro til egen mestrende selvtillid i situationen (Ibid.s.81). Ved at inddele mængden af information i fødselsforberedelsen i mindre dele og tilbyde den på relevante tidspunkter, kan ambulante fødsel således gøres mere overkommelig. Det fremkom også af fokusgruppeinterviewet, at eksempelvis amme vejledning bør gives efter fødslen, hvor den føles mere relevant (bilag 4).

På baggrund af dette forbedringsforslag, kan det diskuteres om tiltaget ”Familieiværksætterne” vil kunne tilgodese dette ønske. Familieiværksætterne er et forældreforberedelsestilbud, som nogle kommuner tilbyder førstegangsfødende og deres partnere. Tilbuddet strækker sig over 16 mødegange fra d. 24. graviditetsuge til barnet er 1,5 år (124). Familieiværksætterne lægger netop vægt på løbende information og undervisning, og samtidig er hensigten et tæt samarbejde mellem primær og sekundær sektor, hvilket ligeledes vil tilgodese forbedringsforslaget om sammenhæng mellem ydelser i primær og sekundær sektor. Da Familieiværksætterne i øjeblikket er under etablering i én af regionens kommuner, kunne det ved fremtidig undersøgelse være interessant at undersøge, hvorvidt tiltaget virker understøttende for det ambulante tilbud.

## **5.12. Bemærkning**

Der er således flere forbedringsforslag til, hvorledes nybagte mødres egenomsorg kan styrkes. Det bør understreges, at fødestedet og sundhedsplejen i den kommune, der har været genstand for specialets undersøgelse allerede i høj grad prioriterer mødrenes tryghed, indflydelse, kontrol og ansvar i fødselstilbuddet. Der er derfor allerede taget et vigtigt skridt mod styrket egenomsorg i det ambulante fødselstilbud i denne kommune, og anbefalingerne gælder dermed i lige så høj grad andre af landets ambulante tilbud.

## **Kap. 6. Kritisk diskussion af metoden**

I dette afsnit diskuteres validiteten af specialets samlede resultater ved at diskutere den kvalitative metode og dernæst den teoretiske metode. For yderligere vurdering af den kvalitative metodes



kvalitet henvises til kap. 3.2. og for diskussion af studierne anvendelighed henvises til kap. 3.1. og kap. 5.

## **6.1. Diskussion af den kvalitative metode**

I dette afsnit opsamles diskussionen af den kvalitative interviewmetode. Med denne diskussion tilstræbes transparens i forskningsprocessen. Metodernes fordele og ulemper er drøftet undervejs i både forberedelses-, gennemførelses- og analysefasen. Da specialet tager afsæt i den forstående forskningstype vil kvaliteten vurderes og diskuteres ud fra forforståelse, validitet, helhedskriteriet og spejlkriteriet. Desuden diskuteres undersøgelsens overførbarhed ((82)s.39).

### **6.1.1. Forforståelsens betydning**

Forforståelsen har formentlig haft betydning for specialets resultater og er blandt andet påvirket af, at det åbne sundhedsbegreb er specialets referenceramme. Det er således væsentligt at påpege at resultaterne afspejler fravalg af både et rent fundamentalistisk og relativistisk sundhedsbegreb.

Overordnet set anses det som en styrke, at specialets resultater er fundet på baggrund af en forforståelse, som bygger på en bred initierende søgning om ambulante fødsel for førstegangsfødende (jf. kap 3.1). Idet forforståelse og baggrundsviden er styrende for tematiseringen i interviewguiden, hviler undersøgelsesresultaternes validitet til dels på denne baggrundsviden ((86)s.275).

Det anses ligeledes som en styrke, at begge forfattere både har haft en teoretisk tilgang og praksiserfaring fra henholdsvis sundhedsplejen og jordemoderfaget. Der kan dog også være ulemper forbundet med kendskabet til praksis, fordi feltet anskues og resultatet afspejles, inden for rammerne af denne erfaring. Forforståelsen er dog blevet diskuteret gentagne gange under hele specialets udarbejdelse, blandt andet for at sikre, at resultatet afspejler et tilstrækkeligt bredt perspektiv. Der har igennem hele processen været bevidsthed omkring forforståelsen samt en anerkendelse af, at denne vil interagere med data ((125)s.149).

Den løbende diskussion om forforståelsen har endvidere handlet om et bevidst forsøg på at lægge den til side i interviewsituationen. På den måde er det tilstræbt at lade respondenterne styre diskussionen i fokusgruppeinterviewet, og ligeledes er der tilstræbt åbenhed overfor emner, som

blev belyst under de individuelle interview. Efter hvert interview er det evalueret, hvorvidt enkelte spørgsmål har ledt respondenterne i retning af forfatterens forforståelse. Interviewresultaterne vurderes at afspejle respondenternes reelle udsagn og ikke forfatterens forforståelse.

### **6.1.2. Validitet**

Specialets interne validitet vurderes ud fra, hvorvidt det som tilstræbes undersøgt også er det undersøgte ((126)s.484). Derfor er det overvejet, hvorvidt forskningsmetoden er relevant i forhold til specialets formål ((85)s.24). Den kvalitative metodologi vurderes som en velegnet forskningsmetode i dette tilfælde, da ønsket har været at generere resultater, hvor øget indsigt og forståelse er i fokus ((88)s.29). Nedenstående diskuteres valget af fokusgruppeinterview og metodens betydning for de generede resultater. Efterfølgende diskuteres valget af individuelle interview og denne metodes betydning for resultaterne.

#### ***Fokusgruppeinterview***

Fokusgruppeinterview er valgt som en del af specialets undersøgelsesmetode. Det vurderes, at denne metode er relevant, fordi respondenterne repræsenterer forskellige dele af det ambulante fødselstilbud og har bidraget med forskellige og supplerende synspunkter. Resultatet afspejler således nye forståelser, fordi respondenterne har bidraget med forskellige perspektiver til ambulante fødsel. Resultatet af fokusgruppeinterviewet afdækker således aspekter af oplevelser, som ikke har været tilgængelige uden gruppeinteraktionen ((127)s.11,20). Den nye forståelse, som blev skabt under interviewet har særlig relevans for den del af specialets besvarelse, som omhandler forbedringsforslag. Fokusgruppeinterviewet har således bidraget til et professionelt og nuanceret svar på problemformuleringen. Resultatet genereret gennem fokusgruppeinterview af sundhedsprofessionelle er tro mod betragtningen af egenomsorgsbegrebet som et partnerskab, hvilket øger den interne validitet.

Der er dog også svagheder forbundet med det udførte fokusgruppeinterview. Eksempelvis var der ofte én eller to, som dominerede interviewet, og derfor fik alle ikke lige meget taltid. Denne svaghed er dog mindsket ved styring af interviewet og præsentation af, at det er vigtigt, at alle erfaringer tilkendegives ((82)s.156). Eksempelvis henvendte moderatoren sig direkte til sundhedsplejerskerne, når der ønskedes perspektiver på det jordemødrene havde sagt. Resultatet afspejler dermed alle de interviewede sundhedsprofessionelles oplevelser. Fordi interviewguiden til

dette interview bestod af få og brede spørgsmål, blev der skabt en bredere og mindre dybdegående viden, hvilket ligeledes var det tilsigtede.

Resultatet afspejler de sundhedsprofessionelles umiddelbare holdninger gennem selvrappede data, og det kunne ved yderligere undersøgelse være interessant at geninterviewe respondenterne eller anvende metodetriangulering. Det kan dermed være en fordel at supplere resultaterne med observationsstudier af for eksempel udskrivelsessamtaler eller fødselsforberedelse ((128)s.411). Ligeledes kan aktionsforskning på fødegangen eller i sundhedsplejen været et andet design til supplerende bearbejdning af problemstillingen med særligt fokus på udvikling ((129)s.100).

### *Individuelle interview*

Fordelen ved de individuelle interview er, at resultaterne afspejler en dybdegående indsigt i den enkelte mors oplevelser, hvilket ligeledes var hensigten. Mødrenes oplevelser anses som kernen i specialets fokus og derfor vurderes det oplagt at benytte individuelle interview, som bidrager med en særlig dybdegående forståelse af det undersøgte felt. De mange og konkrete spørgsmål i interviewguiden betyder, at der er blevet generet svar på særligt udvalgte emner, og at resultaterne dermed har relevans for specialets problemformulering.

Ønsket om indsigt i mødrenes egenomsorg har krævet, at der er blevet spurgt ind til private og følsomme emner. Det etiske hensyn har i disse situationer været foretrukket, og derfor er spørgsmål om egenomsorg stillet som åbne spørgsmål med flere fortolkningsmuligheder. Dette kan svække interviewanalysens belysning af egenomsorg og den interne validitet, men er bevidst valgt for at holde en respektfuld distance til kvindernes privatsfære ((86)s.87).

De kvalitative interviewundersøgelser er foretaget på baggrund af videnskabeligt funderede interviewguides, hvorfor resultatet af det undersøgte både forventes at være og reelt set synes at være det tilsigtede ((82)s.23). Tematiseringen i interviewguiderne er dermed en del af valideringen, der sikrer, at der ligger en teoretisk forudsætning bag resultaterne ((86)s.275). Spørgsmålene er dog blandt andet fremstillet med inspiration fra materiale om flergangsfødende og udenlandske undersøgelser, som ikke er direkte overførbare til specialeundersøgelsens kontekst (30,39,46,99);(78,89,91,130,131). Det er dog vanskeligt at vurdere, hvorledes dette har betydning for resultaterne.

Det vil til fremtidig yderligere undersøgelse være interessant at supplere forskellige dataindsamlingsmetoder til specialets undersøgelse. Blandt andet kan indlagte mødre med fordel interviewes til sammenligning. Alternativt kan kvantitative spørgeskemaundersøgelser anvendes til at undersøge eksempelvis frekvensen af amningen, genindlæggelse eller niveauet af egenomsorg. Ydermere kan interview af gravide angående deres barrierer og motivation i forbindelse med ambulante fødsel ligeledes bidrage med et relevant perspektiv.

### *Kodning af data*

Kodning af data fra både fokusgruppeinterview og semi-strukturerede interview er ligeledes forbundet med undersøgelsens validitet. Der er som tidligere nævnt primært anvendt deduktiv kodning, hvilket betyder, at resultatet afspejler den teoretiske ramme. Det betyder også, at nye emner, som fremkom undervejs i processen, er udeladt. Eksempelvis har emnerne gulsot, amning, familieforhold og arbejdsforhold haft betydning for mødrenes oplevelse af det ambulante tilbud. Det vurderes imidlertid som en styrke, at resultaterne er ensrettede, målrettede og afgrænsede i relation til problemformuleringen. Risikoen for at miste helhedsforståelsen synes dermed ikke at være et relevant kritikpunkt i denne sammenhæng. Dette leder videre til en vurdering af helhedskriteriet.

### **6.1.3. Helhedskriteriet**

Med udgangspunkt i hermeneutisk tænkning indgår helhedskriteriet i kvalitetsvurderingen af undersøgelsens resultater, idet der tages afsæt i den hermeneutiske cirkel, hvor helhed og enkeltdele i datamaterialet sættes i relation. Helhedskriteriet er således opfyldt ved, at interviewerens har været bevidst om, at respondenterne leverer meninger, som er kontekstafhængige ((82)s.32). Resultatet afspejler således også den kontekst udsagn er indlejret i.

Helhedskriteriet er blandt andet opfyldt ved, at der undervejs i både forberedelsesfasen og bearbejdningsfasen har været opmærksomhed på, at der kan være bestemte grunde til at respondenterne svarer, som de gør (Ibid.s.30). Eksempelvis fremkom det af fokusgruppeinterviewet, at mødre kan tilstræbe at signalere overskud ved at være ambulante fødende. Hvis dette gør sig gældende, kan resultaterne af interview med mødre give et ikke-retvisende positivt indtryk af oplevelsen af ambulante fødsel for at signalere overskud. Dette synes dog ikke at gøre sig gældende, idet mødre under de individuelle interview ikke har været tilbageholdende med at fortælle om sårbarhed. Derfor antages det, at dette eksempel ikke har

betydning for gyldighed af nærværende data. Resultaterne synes således at afspejle mødrenes ærlige mening og ikke fremprovokerede udsagn.

Vurderingen af helhedskriteriet handler også om overvejelser omkring, hvilken gruppe af ambulante fødende undersøgelsen repræsenterer. Der er en risiko for, at resultater af interviewene med mødre repræsenterer en ressourcestærk gruppe med stærke holdninger. Det er tilstræbt at undersøge så forskellige respondenter som muligt, men der bør tages forbehold for, at specialets resultater bygger på en lille gruppe mødres udsagn og fortolkningen af deres virkelighed.

Ud fra helhedskriteriet antages det ligeledes, at sundhedspersonalets udtalelser kan være påvirkede af politiske og organisatoriske beslutninger. Deres udtalelser kan eksempelvis være påvirket i negativ retning, hvis de har fornemmelsen af ikke at have indflydelse på ændringer, som ambulante fødsel har medført for deres arbejde. Idet alle deltagere i fokusgruppeinterviewet giver udtryk for en særdeles nuanceret forståelse af tilbuddet, vurderes risikoen for mindsket gyldighed af undersøgelsen i relation hertil dog at være lille.

#### **6.1.4. Spejlkriteriet**

En anden vurdering af resultaternes validitet tager udgangspunkt i spejlkriteriet. Spejlkriteriet omhandler, hvorvidt respondenternes udtalelser er gengivet korrekt, og at resultatet dermed er gyldigt. Spejlkriteriet er forsøgt opfyldt, ved at sikre resultaterne gennem troværdighedstjek i interviewsituationen samt, hvorvidt svarene er forstået og fortolket korrekt ((82)s.30);((92)s.493). Alle respondenter er desuden blevet tilbudt at få tilsendt transskriberingen til gennemlæsning for at imødekomme muligheden for indvendinger. Det har ingen af deltagerne dog ønsket, hvilket kan mindske gyldigheden af resultatet. Der har dog været stor opmærksomhed på ikke at stille ledende spørgsmål, hvilket også sikrer spejlkriteriet og højner gyldighed af undersøgelsen ((86)s.271). Resultatet vurderes i sin helhed således at opfylde spejlkriteriet.

#### **6.1.5. Overførbarhed**

Overførbarhed handler om i, hvilke andre sammenhænge specialets resultater kan benyttes. Overførbarheden vurderes at være god, så længe resultaterne blot overføres til førstegangsmødre og sundhedsprofessionelle med samme karakteristika som de interviewede ((82)s.31). Resultaterne kan overføres til andre fødesteder og kommuner med det forbehold, at der kan være et andet opfølgende

tilbud de pågældende steder. Disse opfølgende tilbud antages at kunne påvirke oplevelsen af ambulante fødsel og derfor mindskes overførbareheden i denne sammenhæng.

Deltagerne i de individuelle interview repræsenterer variation i forhold til skepsis og tilfredshed med - og forventninger til det ambulante forløb. Dette styrker overførbareheden af specialets resultater til andre førstegangsfødende i et ambulante forløb, fordi undersøgelsen giver indsigt i både positive og negative oplevelser. Som det tidligere er beskrevet, kan specialets respondenter i de individuelle interview dog repræsentere en særlig ressourcestærk gruppe, da det kræver tid og overskud at deltage. Dette kan mindske overførbareheden af resultaterne, fordi de muligvis ikke kan overføres til førstegangsmødre i tilbuddet uden dette overskud. Hvis undersøgelsen havde inkluderet flere respondenter er det sandsynligt, at flere perspektiver blev inddraget, samt at et større mætningspunkt af data blev nået ((82)s.31). Overordnet set er svagheden ved brug af kvalitativ metode, at den er subjektiv og ikke er mulig at generalisere ((128)s.425). På grund af de få respondenter kan der dermed heller ikke udledes noget generaliserbart, hvorfor undersøgelsesresultaterne blot bør benyttes vejledende i lignende situationer. Undersøgelsen bidrager dog med resultater af ”kommunikativ værdi” og er dermed et *væsentligt* bidrag til undersøgelse af ambulante fødsel for førstegangsfødende.

Når specialets referenceramme og resultater fra litteratursøgningen sammenholdes med resultater af interviewundersøgelsen, er det dog muligt at slutte nogle generelle konklusioner. Det er det, fordi der er ligheder i udsagn omkring fordele, ulemper og forbedringsforslag til det ambulante tilbud i både studier og interview. Da de enkelte studier alle er gennemgået med relevante tjeklister, har gennemgået peer review og er vurderet i forhold til overførbarehed, vurderes de både valide og sammenlignelige. Den kvalitative interviewundersøgelses resultater understøttes dermed af litteraturstudiet og ekspertudtalelser fra anden anvendt litteratur, hvilket øger overførbareheden af specialets samlede resultater.

Den teoretiske referenceramme for specialet bidrager ligeledes til øget overførbarehed, idet begreberne self efficacy og empowerment vurderes at kunne bidrage med forklaringer på oplevelser i et ambulante forløb. Det kan imidlertid diskuteres, hvorvidt begrebet egenomsorg er et passende mål for ambulante fødsel, hvilket diskuteres i nedenstående afsnit.

## 6.2. Diskussion af egenomsorgsbegrebet

Begrebet egenomsorg har et bærende fokus i dette speciale, idet øget egenomsorg for nybagte mødre er et overordnet mål med det ambulante fødselstilbud (14). Det kan imidlertid diskuteres, om det er et hensigtsmæssigt mål, idet begrebet hverken har en entydig eller konsekvent definition ((132)s.7). Dette kan medføre en usystematisk tilgang til arbejdet med egenomsorg, fordi begrebet forvaltes ud fra den enkelte sundhedsprofessionelles forståelse (Ibid.). Denne kritik er imødegået i specialets bearbejdning af egenomsorg, idet to mere præcist definerede begreber benyttes og dermed opnås en dyberegående analyse af målet – øget egenomsorg. Det kan dog diskuteres, om det oprindelige egenomsorgsbegreb kan skilles ad og om det defineres og beskrives dækkende med begreberne self efficacy og empowerment.

Formålet med at inddrage fokus på self efficacy og empowerment i det ambulante tilbud er at øge egenomsorgen. Det er dog vigtigt at være bevidst om, at der ved praktisering af disse begreber ligger en implicit magtudøvelse mod et bestemt mål ((71)s.108). Egenomsorg som tilgang for sundhedsfremme og forebyggelse vil dermed altid indeholde to interesser. På den ene side politikere og embedsmænd der anskuer egenomsorg i relation til samfundsøkonomiske konsekvenser. På den anden side, er der individet, som i dette speciale refererer til den nybagte mor, der har behov for eller ønsker at styrke sin egenomsorg ((54)s.20). Der kan således ligge en latent konflikt i målet om øget egenomsorg, hvis mødrenes behov overskygges af det politiske behov. Ifølge Sundhedsstyrelsen bør bevidsthed omkring dette magtforhold gøres synligt, således at negative konsekvenser mindskes ((13)s.17).

Dette ulige forhold har allerede haft en indvirkning på, hvilken betydning ordet egenomsorg har fået. Ifølge en dansk antropologisk undersøgelse, sættes egenomsorgsbegrebet i dag ofte i sammenhæng med dårlig pleje og prioriteringer, der svækker borgernes ressourcer yderligere ((54)s.20). Der er således en skepsis omkring de reelle hensigter bag egenomsorgsbegrebet, som kan få betydning for dets udbredelse og anvendelse i praksis i dag.

I tråd hermed kan det diskuteres, hvor ansvaret for egenomsorg reelt set ligger. På trods af, at Sundhedsstyrelsen understreger, at egenomsorg udvikles i et partnerskab, så lægger nutidens sundhedsdiskurs op til et større eget-ansvar, som for nogle kan få en negativ betydning ((53)s.23);((133)s.160-164). Dermed kan det diskuteres, om øget egenomsorg i virkeligheden er en frigørende eller manipulerende strategi ((133)s.164). Dette dilemma bør lige som ovennævnte kritikpunkter inddrages, når der i sundhedsvæsenet arbejdes med øget egenomsorg.

### *Øget egenomsorg som resultat af individuel vurdering*

Hvis egenomsorg skal opnås gennem empowerment som strategi, er det ifølge Freire væsentligt at arbejde med kompetenceudvikling, personlig motivation og morens tilgængelige ressourcer ((70)s.23). Dette kan forekomme på flere måder, men forudsætter jf. kap. 8 en meget individuel tilgang. Denne tilgang beskriver de interviewede sundhedspersoner som grundlaget for deres eksisterende praksis (bilag 4). Det kan dog diskuteres, hvor meget opsatte standarder og retningslinjer rummer mulighed for individualitet i tilbuddet, og hvorvidt individualitet er hensigtsmæssigt i *alle* henseender.

Beskæftiger man sig med egenomsorg ud fra self efficacy som mål, arbejdes der ud fra morens egne erfaringer, andres erfaringer, støtte eller overtalelse fra omgivelserne eller krops- og følelsesmæssige oplevelser ((60)s.79). Herunder kan der skabes gode forudsætninger for, at moren starter forældreskabet med tiltro til sine egne evner. Her udgør forberedelsen en væsentlig mulighed for at opbygge håndterbare strategier, erfaringsudveksling og verbal støtte fra sundhedsprofessionelle (Ibid.s.81). På trods af disse potentialer udtaler de interviewede sundhedsprofessionelle, at egenomsorg er et misvisende mål, et langsigtet mål eller det modsatte af, hvad ambulante fødsel reelt set kan bidrage med (bilag 4). Det kan således diskuteres, hvorvidt Regionsrådsformandens målsætning for tidlig udskrivelse af førstegangsfødende er en mulig tilsigtet effekt.

Forudsætningerne for øget egenomsorg er, at kvinden føler tryk, kontrol, indflydelse, selvtillid og støtte i svangreomsorgen ((53)s.23-24);((3)s.177). Det er forskelligt, hvorledes disse følelser opnås og nogle kvinder under gruppeniveau 1 vil have sværere ved at opnå dem end andre. Egenomsorgsbegrebet kritiseres ifølge litteraturen ligeledes for at stille krav til morens eget-ansvar, som ikke alle kan opfylde ((71)s.108). Der er således et etisk dilemma ved at gruppere disse kvinder ud fra samme målsætning. - På den ene side vil en differentiering kunne skabe rummelighed, men på den anden side vil det besværliggøre sundhedsprofessionelles arbejde med at gøre egenomsorg faktisk og håndterbar. En mulighed kan således være, at differentieringen forekommer i mødet mellem mor og sundhedsperson. Dette understøttes af flere studier, hvor opfølgning nævnes som det, der har den mest signifikante betydning for egenomsorgen i det ambulante tilbud (95,96,105). Egenomsorg vurderes dermed som en potentiel mulighed i det ambulante tilbud, men bestemt ikke en selvfølge.



## Kap. 7. Konklusion

Der er i nærværende speciale søgt svar på, hvordan det ambulante fødselstilbud opleves af førstegangsmødre og sundhedsprofessionelle i Region Syddanmark samt, hvordan fødselstilbuddet kan forbedres, så det i videst mulige omfang tilgodeser nybagte mødres egenomsorg. På baggrund af specialets resultater, som er fundet gennem litteraturstudie samt kvalitative interviewundersøgelser, kan følgende konkluderes:

Oplevelsen af det ambulante fødselstilbud er forskellig og afhænger af flere forskellige faktorer. Det ambulante fødselstilbud kan bidrage med ro og tryghed samt større selvtillid, autonomi og følelse af kontrol. Disse fordele gør sig i høj grad gældende hos ressourcestærke mødre med høj mestrende selvtillid, mødre, der har oplevet en høj grad af kontrol og indflydelse i forløbet, samt mødre, som har oplevet at blive støttet og empowered af sit netværk og af de sundhedsprofessionelle. Det ambulante fødselstilbud kan modsat også bidrage til utryghed og usikkerhed, samt risiko for stress, angst og depression. Disse ulemper opleves oftest af perfektionistiske eller umodne mødre med lav mestrende selvtillid, mødre, som haft mindre indflydelse i forløbet, mødre som har haft en utryg fødselsoplevelse samt mødre, som har manglet erfaring, støtte og empowerment fra sit netværk og de sundhedsprofessionelle.

Specialets undersøgelser peger således på, at førstegangsfødende under gruppeniveau 1 på mange måder udgør en uhomogen gruppe. Deres oplevelser er på denne baggrund også meget individuelt betingede og der findes derfor både positive og negative oplevelser med det ambulante fødselstilbud. Oplevelsen af fødselstilbuddet er ydermere påvirket af forskellige normer og forståelser i samfundet, som kan betyde, at mødrene enten finder det ambulante tilbud risikofyldt eller prestigefyldt. Ifølge specialets resultater er der en række forudsætninger og anbefalinger for, at det ambulante fødselstilbud i højere grad tilgodeser mødres egenomsorg. Det foreslås, at der blandt andet tages højde for følgende determinanter for at opnå tilfredshed og øget egenomsorg i fødselstilbuddet:

- Individualitet
- Kommunikation
- Samarbejde og sammenhæng

Det fremkommer af specialets resultater, at morens individualitet er en væsentlig faktor for, hvordan hun oplever forberedelse til og opfølgning efter fødsel. Mødre har alle forskellige behov og forudsætninger med betydning for konsekvenserne af et ambulante fødselsforløb. I det ambulante fødselstilbud bør således medtænkes, at forberedelsen tilgodeser den enkelte mors erfaringsgrundlag, tager udgangspunkt i hendes ressourcer, samt at det klarlægges, hvordan der skabes mest mulig tryghed og indflydelse. Desuden bør det anerkendes i fødselstilbuddet, at tidlig udskrivelse ikke er det bedste tilbud for alle, og at pres eller tvang til at indgå i et ambulante forløb derfor bør undgås. Dette kan gøres ved at medtænke andre ikke-kliniske parametre for tidlig udskrivelse, så som (manglende) netværk og (manglende) mestrende selvtillid.

Det fremkommer endvidere af specialets resultater, at kommunikation er væsentlig for, om det ambulante tilbud styrker eller svækker mødres egenomsorg. Derfor bør i fødselstilbuddet medtænkes anerkendende kommunikation og at den sundhedsprofessionelle fremstår som den humanistiske pædagog. De sundhedsprofessionelles vejledning bør derfor foregå i en ligeværdig dialog med moren, hvor der udvises tiltro til hendes forældreevne samt tiltro til tilbuddet. Det anbefales ligeledes, at kommunikation mellem sundhedsprofessionel og nybagt mor inddrager emner så som identitet og forventninger, samt at vejledningen tilgodeser flere læringsstile. Dette kan tilgodeses ved at benytte alternative former for kommunikation så som billedmateriale, virtuel kommunikation, henvisninger til hjemmesider eller app's, der kan bidrage som et understøttende supplement i svangreomsorgen.

Det fremkommer ydermere af specialets resultater, at en væsentlig forudsætning for et vellykket forløb er, at det er sammenhængende, og at de sundhedsprofessionelle komplementerer hinanden. I relation til at skabe sammenhæng mellem ydelser på sygehuset og i sundhedsplejen beskriver både jordemødre, barselssygeplejerske og sundhedsplejersker, at et tæt samarbejde mellem sektorerne er vigtigt, og at der her ligger et forbedringspotentiale i det eksisterende tilbud. I det ambulante fødselstilbud bør således medtænkes, at hjemmebesøg koordineres og følges op. De sundhedsprofessionelle bør derfor fortsat udvikle og evaluere deres tværfaglige samarbejde, samt ensrette definitionen af ambulante fødsel.

Det anbefales, at det ambulante fødselstilbud som minimum opfylder Sundhedsstyrelsens og fødeplanens anbefalinger, således at tilbuddet ensrettes. Det betyder, at der tilbydes relevant

forberedelse, grundig udskrivesamtale og en solid opfølgning i form af opfølgende kontakt fra jordemoder, tidlige hjemmebesøg fra sundhedsplejen samt mulighed for døgnet-rundt telefonisk kontakt til sundhedspersonale.

I det ambulante fødselstilbud bør desuden medtænkes større inddragelse af faren som aktivt medvirkende samt udvikling af forberedelsen til ambulante fødsel, så den i højere grad føles vedkommende. Dette kan gøres ved, at en del af forberedelsen foregår efter fødslen eller gennem etablering af Familieiværksætterne eller lignende tiltag.

Det kan således konkluderes, at et vellykket ambulante fødselstilbud til førstegangsfødende forudsætter en helhedsorienteret indsats og et sammenhængende tværfagligt bidrag. Det kan ligeledes konkluderes, at egenomsorg er et begreb, som kan være svært at opfylde i praksis, men som *er* muligt at tilgodese gennem et ambulante fødselstilbud til førstegangsfødende. Dette forudsætter dog, at ansvaret blandt andet kan fordeles i et partnerskab mellem de sundhedsprofessionelle og den enkelte mor. Da specialet inkluderer få respondenter og fordi der mangler danske undersøgelser af ambulante fødsel til førstegangsfødende, vurderes det, at der er et behov for yderligere forskning på området.

## Kap. 8. Perspektivering

I nedenstående rettes blikket fra specialets specifikke fokus på mor og barn mod en belysning af farens deltagelse i det ambulante forløb og betydningen heraf. Dette gøres, fordi farens rolle kun er belyst i begrænset omfang, og fordi specialets resultater peger på, at han er betydningsfuld for et vellykket ambulante forløb. Eksempelvis fortæller de interviewede mødre, at det har haft afgørende betydning for dem, at familien har været samlet, frem for at faren måtte tage hjem, mens mor og barn forblev indlagt. Ligeledes fremhæver to mødre, at den støtte og opbakning de har modtaget fra faren, er en væsentlig årsag til, at det ambulante fødselsforløb har været en positiv oplevelse (bilag 5-7). De sundhedsprofessionelle beskriver ydermere, at ambulante fødsel giver faren mulighed for at spille en mere aktiv rolle og ser ham som et overset potentiale i forhold til at støtte og bakke op om moren (bilag 4).

Perspektiveringen belyser hermed betydningen af farens inddragelse i et ambulante fødselsforløb og præsenterer dermed et interessant fokus til fremtidig undersøgelse. Hensigten er at belyse farens betydning ud fra den forudsætning, at hans behov for støtte i forælderrollen tillægges lige så stor betydning som morens behov. Ydermere belyses, hvordan sundhedsprofessionelle kan udgøre en barriere for, at faren bliver en aktiv deltager i et ambulante fødselsforløb.

### *Mødre og fædres rolle*

Moderne familiemønstre præges af en ligestillingsdiskurs, hvor mor og far indgår i forældreskabet på lige fod (134). Dette symmetriske familiemønster afspejles også blandt helt nybagte forældre, idet fædre ønsker at være en del af både forberedelse til fødslen og den tidlige barselsperiode (135-137). Det antages imidlertid, at faren har anderledes behov end moren i forhold til støtte og opbakning som nybagt forælder. Denne antagelse hviler på deres forskellige opfattelser af, hvad situationen med en nyfødt kræver af dem. Eksempelvis ser moren typisk sig selv som omsorgsgiver til barnet, mens faren forsøger at balancere sine roller som forsørger og engageret forælder (138). Mødre og fædres forskellige opfattelser af deres forpligtelser som nybagte forældre kan betyde, at støtte og opbakning i forældreskabet med fokus på den *ene* forælder, gør indsatsen ufuldstændig, fordi den andens behov således ikke tilgodeses.

Specialets fokus har været på moren og hendes behov, og derfor er faren hovedsageligt blevet belyst som et potentiale for støtte og opbakning til *hende*. Hvis faren ønskes inddraget i et ambulante fødselsforløb, må det imidlertid først anerkendes, at han har egne behov, som bør tilgodeses i ligeså

høj grad som morens. Effekten af denne anerkendelse kan efterfølgende være, at han bliver en støtte for sin partner, ligesom hun bliver en støtte for ham. Forældreskabet betragtes således i højere grad som et fælles anliggende.

Anerkendelse af farens behov i et ambulante fødselsforløb handler blandt andet om, hvordan sundhedsprofessionelle grundlæggende forholder sig til ham i svangreomsorgen. Dette belyses kort i nedenstående.

### *Sundhedsprofessionelles betydning*

Hvis sundhedsprofessionelle ikke formår at involvere faren i deres omsorg for den nybagte familie, kan det udgøre en barriere for hans aktive deltagelse i et ambulante fødselsforløb. Fædre fortæller netop, at de kan mangle viden, færdigheder og opbakning, fordi svangreomsorg og fødselsforberedelse, primært henvender sig til kvinder (137). De fortæller også om, hvordan de kan føle sig oversete på sygehuset, fordi de oplever, at sundhedsprofessionelle alene fokuserer på mor og barn (139,140). En dansk undersøgelse af sundhedsplejerskers hjemmebesøg peger ligeledes på, at faren ikke føler sig delagtiggjort på lige fod med moren. I denne undersøgelse fortæller 31 % af fædre, at sundhedsplejersken hovedsageligt henvender sig til barnets mor ((141)s.18). Dette er i tråd med resultater af Fägerskjold et al., hvor fædre efterlyser en mere tillidsfuld relation til sundhedspersonalet og at hans rolle gøres mere eksplicit (135).

Når sundhedsprofessionelle ikke formår at inddrage faren, vælger han ofte at trække sig i afmagt, fordi han oplever, at det er mere vigtigt, at morens og barnets behov tilgodeses. Resultatet bliver dermed, at han ikke får mulighed for at spille en aktiv rolle (140). Tages der hensyn til mandens behov og potentiale i svangreomsorgen, kan han således selv vurdere, hvorvidt han ønsker at deltage. Tages der omvendt ikke dette hensyn, risikeres det, at manden ikke får muligheden for at være en involveret forælder på lige fod med moren.

På baggrund af ovenstående perspektivering kan en ny problemstilling til fremtidig undersøgelse derfor være at undersøge, hvorvidt et øget fokus på farens behov i det ambulante fødselsforløb kan skabe større tilfredshed og egenomsorg for nybagte forældre, fordi han herved får mulighed for at spille en mere aktiv rolle.

## Referenceliste

- (1) Kamper-Jørgensen F. *Forebyggelsesbegreber og sundhedsbegreber*. In: Kamper-Jørgensen, Almind, Gert, Jensen, Bjarne, editor. *Forebyggende sundhedsarbejde*. 1st ed.: Gyldendals bogklubber; 2009. p. 21-42.
- (2) Vallgård S, Krasnik A. *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik*. 2nd ed. København: Munksgård Danmark; 2010.
- (3) Sundhedsstyrelsen. *Anbefalinger for svangreomsorgen*. 2nd ed. København: Center for forebyggelse & Sundhedsstyrelsen; 2013.
- (4) Dansk sygeplejeråd. *Dansk sygeplejeråds anbefalinger til svangreomsorgen*. København; 2012.
- (5) Sundhedsstyrelsen. *Barn i vente: Graviditet, fødsel, barselstid - vejledning til gravide*. 6st ed. København: Sundhedsstyrelsen og komiteen for sundhedsoplysning; 2010.
- (6) Region Syddanmark. *Fødeplan i Region Syddanmark*. 2013;1st.
- (7) Sundhedsstyrelsen. *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge*. 2011;1st.
- (8) Johansen N. *Graviditet som et projekt der skal ledes*. In: Glasdam S, editor. *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*; 2009. p. 399-417.
- (9) Olufsen S. *Sundhedsplejersker presses af besparelser*. 2009; Available at: [http://www2.dsr.dk/dsr/nl\\_vis.asp?intType=5&NLID=379&id=4100735](http://www2.dsr.dk/dsr/nl_vis.asp?intType=5&NLID=379&id=4100735). Accessed 10/03, 2014.
- (10) Sundhedsstyrelsen. *Status for regionernes og kommunernes tilbud til gravide og fødende med fokus på ambulante fødsler og tidlige udskrivelser*. Redegørelse til Indenrigs- og Sundhedsministeriet. 2011 31032011;7-205-03-31/1/chb.
- (11) Kjeldset AM. *Et reelt godt tilbud*. 2011; Available at: <http://www.jordemoderforeningen.dk/tidsskrift-for-jordemoedre/singlevisning/artikel/et-reelt-godt-tilbud/>. Accessed 20/03, 2014.
- (12) Ritzau. *Nu skal førstegangsfødende føde ambulant*. Politiken 2010 16.09.2010.
- (13) Sundhedsstyrelsen. *Etik i forebyggelse og sundhedsfremme*. 1 st ed. København: Nota; 2013.
- (14) Region Syddanmark. *Ny fødeplan skal give bedre fødsler*. 2010; Available at: [www.regionsyddanmark.dk/vm328076](http://www.regionsyddanmark.dk/vm328076). Accessed 02/09, August 2010.
- (15) Drummond MF. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2005.
- (16) Vallgård S, Krasnik A. *Sundhedstjeneste og sundhedspolitik: en introduktion*. 3rd ed. København: Munksgaard Danmark; 2002.

- (17) Sundhedsstyrelsen. *Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering*. version 1 (2nd ed) ed. København: Sundhedsstyrelsen, Enhed for medicinsk teknologivurdering; 2007.
- (18) Dansk sygeplejeråd. *Fremtidens sundhedspleje i kommunerne*. København; 2007; version 1.
- (19) Harsløf C. *Høring vedrørende udkast til anbefalinger for barselsperioden - kap. 15 i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorg*. 2012 29/052012(000241989).
- (20) Lauvås K, Lauvås P. *Tværfagligt samarbejde: perspektiv og strategi*. 2nd ed. Århus: Klim; 2006.
- (21) Særkjær S. *Fakta om accelerede patientforløb*. Kvalitet i den offentlige sektor - sekretariatet for ministerudvalget 2007 03/2007.
- (22) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. *DRG-Systemet*. 2012; Available at: <http://www.sum.dk/Sundhed/DRG-systemet.aspx>. Accessed 22/05, 2014.
- (23) Statens Serum Institut. *Takster 2014*. 21/3/2014; Available at: <http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Sundhedsoekonomi/Takster/Takster%202014.aspx>. Accessed 15/04, 2014.
- (24) Sundhedsstyrelsen. *Hurtig udskrivning af nyfødte kræver tidligt jordemoderbesøg*. 2010; Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2010/hurtig-udskrivning-af-nyfoedte-kraever-tidligt-jordemoderbesoeg>. Accessed 15/03, 2014.
- (25) Gut R, Freil M. *Patientperspektivet som grundlag for forbedring af det tværsektorielle samarbejde*. Månedsskrift for Praktisk Lægegering 2008;86:69-75.
- (26) Sundhedsstyrelsen. *Amning: en håndbog for sundhedspersonale*. 3rd ed. København: Sundhedsstyrelsen; 2013.
- (27) Ekstrom A, Widstrom AM, Nissen E. *Duration of breastfeeding in Swedish primiparous and multiparous women*. Journal of human lactation: official journal of International Lactation Consultant Association 2003 May;19(2):172-178.
- (28) Christensen AM, Brixval CS, Svendsen M, Laursen B, Holstein BE. *Årsrapport for børn født i 2008 og 2009. Amning i 14 kommuner - Hvilke faktorer har betydning for fuld amning, når barnet er fire måneder?* Statens Institut for Folkesundhed 2011;1(1).
- (29) Madden JM, Soumerai SB, Lieu TA, Mandl KD, Zhang F, Ross-Degnan D. *Effects on breastfeeding of changes in maternity length-of-stay policy in a large health maintenance organization*. Pediatrics 2003 Mar;111(3):519-524.
- (30) Brown S, Bruinsma F, Darcy M, Small R, Lumley J. *Early discharge: no evidence of adverse outcomes in three consecutive population-based Australian surveys of recent mothers, conducted in 1989, 1994 and 2000*. Paediatric and Perinatal Epidemiology 2004;18(3):202-213.

- (31) Dam B. *Trivselstegn for nyfødte*. 2013; Available at: <http://ekstern.infonet.regionyddanmark.dk/>. Accessed 17/4, 2014.
- (32) Evans WN, Garthwaite C, Wei H. *The impact of early discharge laws on the health of newborns*. Journal of Health Economics 2008;27(4):843-870.
- (33) Soskolne EI, Schumacher R, Fyock C, Young ML, Schork A. *The effect of early discharge and other factors on readmission rates of newborns*. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 1996 Apr;150(4):373-379.
- (34) Lock M, Ray JG. *Higher neonatal morbidity after routine early hospital discharge: are we sending newborns home too early?* Canadian Medical Association 1999 Aug 10;161(3):249-253.
- (35) Danielsen B, Castles AG, Damberg CL, Gould JB. *Newborn discharge timing and readmissions: California, 1992–1995*. Pediatrics 2000;106(1):31-39.
- (36) Conrad P. *Medicalization and social control*. Annual review of Sociology 1992;18(1):209-232.
- (37) Breinholdt M. *Stigmatisering: debatoplæg om et dilemma i forebyggelsen*. 1st ed. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse; 2008.
- (38) Hermann S. *Michel Foucault - pædagogik som magtteknologi*. In: Olesen & Pedersen, editor. Pædagogik i sociologisk perspektiv Århus & København: Via System; 2010. p. 68-91.
- (39) Löf M, Svalenius EC, Persson EK. *Factors that influence first-time mothers' choice and experience of early discharge*. Scandinavian Journal Caring Sciences 2006;20(3):323-330.
- (40) Brodén M. *Graviditetens muligheder: en tid hvor relationer skabes og udvikles*. 1st ed. København: Akademisk Forlag; 2004.
- (41) Berg Brodén M. *Mor og barn i ingenmandsland: intervention i spædbarnsperioden*. 1st ed. København: Hans Reitzel; 1991.
- (42) Vigdis Aasheim. *Becoming a mother at an advanced age: pregnancy, outcomes, psychological distress, experience of childbirth and satisfaction with life*. Stockholm: Inst för kvinnors och barns hälsa/Dept of Women's and Children's Health; 2013.
- (43) Danmarks Statistikbank. *Gennemsnitsalder for fødende kvinder og nybagte fædre*. 2014; Available at: <http://www.statistikbanken.dk/FOD11>. Accessed 15/04, 2014.
- (44) Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. *New parents and mental disorders: a population-based register study*. JAMA 2006;296(21):2582-2589.
- (45) Statens Serum Institut. *Begreber i fødselsstatistikken*. 2012; Available at: <http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Dataformidling/Sundhedsdata/Leksikon/Begreber%20i%20fodselstatistikken.aspx>. Accessed 17/4, 2014.



- (46) Boulvain M, Perneger TV, Othenin-Girard V, Petrou S, Berner M, Irion O. *Home-based versus hospital-based postnatal care: a randomised trial*. BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2004;111(8):807-813.
- (47) Thompson JF, Roberts CL, Currie MJ, Ellwood DA. *Early discharge and postnatal depression: a prospective cohort study*. Medical journal of Australia 2000;172(11):532-536.
- (48) Hall WA, Carry EM. *Managing the early discharge experience: taking control*. Journal of advanced nursing 1993;18(4):574-582.
- (49) Persson EK, Dykes A. *Parents' experience of early discharge from hospital after birth in Sweden*. Midwifery 2002;18(1):53-60.
- (50) Jensen S. *Tidlig udskrivning - ambulat fødsel*. Tidsskrift for jordemødre 2010 2010;2 2010:2.9.2010.
- (51) SydLIS. *Antal mødre (fødsler) - fordelt på paritet og indlæggelsesintervaller efter fødsel*. 2014; Available at: <http://regionsyddanmark.dk/wm438663>. Accessed 17/2, 2014.
- (52) Jepsen Skaarup A. *Forslag til fødeplan i Region Syd*. Region Syddanmark 2010. Sagsfremstilling d. 17/10/2010.
- (53) Sundhedsstyrelsen. *Terminologi: forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
- (54) Dørfler, L., & Hansen, H. *Egenomsorg: en litteraturbaseret udredning af begrebet*. Viden og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen 2005;1(1).
- (55) Wackerhausen S. *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis*. 2nd ed. København: Nota; 2013.
- (56) Madsen SA, Munck H. *Fædres tilstedeværelse ved fødsler*. Tidsskrift for jordemødre 1999;8:01/05/2014.
- (57) Carlsson M. *Sundhedspædagogiske perspektiver på læring og undervisning*. In: Simovska V, Jensen J, editors. Sundhedspædagogik i sundhedsfremme. 1st ed. Århus: Århus Universitetsforlag; 2012. p. 69-84.
- (58) Lavesen M, Schnor H. *Sundhedspædagogik i patientuddannelse*. In: Simovska V, Jensen J, editors. Sundhedspædagogik i sundhedsfremme. 1st ed. København: Gads Forlag; 2012. p. 183-198.
- (59) Christensen U, Albertsen K. *Teorier om dannelse og forandring af livsstil*. In: Iversen, T.S., Kristensen, B.E., Hostein, P.D., editor. Medicinsk sociologi. Samfund, sundhed og sygdom København: Munksgaard Danmark; 2004. p. 207-224.
- (60) Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman; 1997.
- (61) Pearlin LI, Schooler C. *The structure of coping*. Journal of Health and Social Behavior 1978;19(1):2-21.

- (62) Olsen B,J. *Mestring*. 2012; Available at:  
[http://www.denstoredanske.dk/Krop, psyke og sundhed/Psykologi/Psykologiske termer/mestring](http://www.denstoredanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/Psykologi/Psykologiske_termer/mestring). Accessed 15.5, 2014.
- (63) Salonen AH, Kaunonen M, Åstedt-Kurki P, Järvenpää A, Isoaho H, Tarkka M. *Parenting self-efficacy after childbirth*. *Journal of Advanced Nursing* 2009;65(11):2324-2336.
- (64) Solomon BB. *Black empowerment: Social work in oppressed communities*. 1st ed. New York: Columbia University Press New York; 1976.
- (65) Riger S. *Toward a community psychology of empowerment*. *Division of Community Psychology Newsletter* 1981;15:2-3.
- (66) Rothman J. *Three models of community organization practice*. In: Cox FM, editor. *Strategies of community organization: A book of readings*. 2nd ed. Michigan: FE Peacock Publishers; 1974. p. 22-38.
- (67) Wallerstein N. *Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs*. *American journal of health promotion* 1992;6(3):197-205.
- (68) Rissel C. *Empowerment: the holy grail of health promotion?* *Health Promotion International* 1994;9(1):39-47.
- (69) Henriksen H. *Paulo Freire*. 2009; Available at:  
[http://www.denstoredanske.dk/Erhverv, karriere og ledelse/P%C3%A6dagogik og uddannelse/Internationalt p%C3%A6dagogisk samarbejde/Paulo Freire](http://www.denstoredanske.dk/Erhverv,_karriere_og_ledelse/P%C3%A6dagogik_og_uddannelse/Internationalt_p%C3%A6dagogisk_samarbejde/Paulo_Freire). Accessed 15/4, 2014.
- (70) Brok P, Lundemark Andersen M, Mathiasen H. *Empowerment på dansk*. Frederikshavn: Dafolo; 2000.
- (71) Vallgård S. *Forebyggelse og sundhedsfremmedefinitioner, historie og magtudøvelse*. In: Glasdam S, editor. *Folkesundhed i et kritisk perspektiv*. 1st ed. Denmark: Dansk sygeplejeråd; 2009. p. s.95-137.
- (72) Iversen L, Kristensen TS, Holstein BE, Due P. *Medicinsk sociologi. Samfund, sundhed og sygdom*. 1st ed. København: Munksgaard Danmark; 2002.
- (73) Freire P. *De undertryktes pædagogik*. 1st ed. København: Christian Ejlers; 1997.
- (74) Biglan A. *A behavior-analytic critique og Bandura´s self efficacy theory*. *Oregon Research Institute* 1987;10(1):1-15.
- (75) Wallin J. *Peer review*. 2012; Available at:  
<http://www.sdu.dk/bibliotek/fag/medicin/vejledning/peer+review>. Accessed 16/04, 2014.
- (76) Juul S. *Epidemiologi og evidens*. 2nd ed. København: Munksgaard Danmark; 2012.

- (77) Thomsen C, Dahlerup J, F. *Kort indføring i evidens*. 2008; Available at: [http://www.dnu.rm.dk/files/Sundhed/DNU/DNU/Borger/Visioner/bilag%201\\_EBD\\_hierarkier.pdf](http://www.dnu.rm.dk/files/Sundhed/DNU/DNU/Borger/Visioner/bilag%201_EBD_hierarkier.pdf). Accessed 16/04, 2014.
- (78) Kierkegaard O, Engstrøm H, Næsted H, Briand A. *Barselsperiodens forløb efter tvungen ambulat fødsel*. Ugeskrift for Læger 1992;154(3):119-123.
- (79) Eberth M. *Det danske sundhedsvæsen i internationalt perspektiv*. 2010; Available at: [http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2010/DOKU/OECD/DKsundhedsv\\_internationaltpersp.pdf](http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2010/DOKU/OECD/DKsundhedsv_internationaltpersp.pdf). Accessed 13/03, 2014.
- (80) Goulet L, D'Amour D, Pineault R. *Type and timing of services following postnatal discharge: do they make a difference?*. Women Health 2007;45(4):19-39.
- (81) Nordisk Campbell center. *På jagt efter det hele, en guide til systematisk litteratursøgning*. 2006; Available at: [http://www.sfi.dk/graphics/Campbell/Dokumenter/For\\_Forskere/Tryout-netversionDK.pdf](http://www.sfi.dk/graphics/Campbell/Dokumenter/For_Forskere/Tryout-netversionDK.pdf). Accessed 16/04, 2014.
- (82) Launsø L, Rieper O. *Forskning om og med mennesker: forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning*. 6th ed. København: Nyt Nordisk Forlag; 2011.
- (83) Simovska V. *Hvad er sundhed?*. In: Simovska V, Jensen J, editors. *Sundhedspædagogik i sundhedsfremme*. 1st ed. København: Gads Forlag; 2012. p. 33-48.
- (84) Jacobsen, B. Tangaard, L., Brinkmann, S. *Fænomenologi*. In: Brinkmann S. & Tangaard, L., editor. *Kvalitative metoder*. 4th ed. København: Hans Reitzel; 2010. p. 185-205.
- (85) Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en indføring*. 3rd ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
- (86) Kvale S, Brinkmann S. *Interview: introduktion til et håndværk*. 2nd ed. København: Hans Reitzel; 2009.
- (87) Halkier B. *Fokusgrupper*. In: Brinkmann S, Tangaard L, editors. *Kvalitative metoder*. 1st ed. København: Hans Reitzel; 2012. p. 121-135.
- (88) Brinkmann S, Tangaard L. *Interviewet: samtalen som forskningsmetode*. In: Brinkmann S. & Tangaard, L. editor. *Kvalitative metoder*. 1st ed. København: Hans Reitzels Forlag; 2012. p. 29-53.
- (89) Gohr C. *Den gode fødsel: en antropologisk undersøgelse af fødselsfortællingen*. 1st ed. København: Museum Tusulanum; 2006.
- (90) De la Fuente Fønne, Isabel, Thranow IR. *Barselsophold versus ambulat fødsel - set fra kvindernes synsvinkel*. Ugeskrift for Læger 1998;160(41):5939--5942.
- (91) Guldager E. *Barselsperioden efter ambulat fødsel: hvad mener de nyblevne forældre?: en spørgeskemaundersøgelse med deltagelse af 588 familier i Ringkøbing amt*. Ringkøbing: Ringkøbing Amtskommune, Sundhedsfremmeafdelingen; 1994.

- (92) Tangaard L, Brinkmann S, *Kvalitet i kvalitative studier*. In: Brinkmann S. & Tangaard L., editors. *Kvalitative metoder*. 1st ed. København: Hans Reitzels Forlag; 2012. p. 489-499.
- (93) Kvist LJ, Persson E, Lingman GK. *A comparative study of breast feeding after traditional postnatal hospital care and early discharge*. *Midwifery* 1996;12(2):85-92.
- (94) Kierkegaard O. *Ammeperiodens varighed efter tvungen ambulant fødsel*. *Ugeskrift for Læger* 1993;155(34):2609--2612.
- (95) Weiss ME, Lokken L. *Predictors and outcomes of postpartum mothers' perceptions of readiness for discharge after birth*. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2009;38(4):406-417.
- (96) Scrivens L, Summers, AD *Home too soon? A comment on the early discharge of women from hospital after childbirth*. *The Australian Journal of Midwifery* 2001;14(3):28-31.
- (97) Darj E, Stålnacke B. *Very early discharge from hospital after normal deliveries*. *Upsala Journal of Medical Sciences* 2000;105(1):57-66.
- (98) Britton JR. *Pre-discharge anxiety among mothers of well newborns: Prevalence and correlates*. *Acta Paediatrica* 2005;94(12):1771-1776.
- (99) Bravo P, Uribe C, Contreras A. *Early postnatal hospital discharge: the consequences of reducing length of stay for women and newborns*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2011;45(3):758-763.
- (100) Bernstein HH, Spino C, Finch S, Wasserman R, Slora E, Lalama C, et al. *Decision-making for postpartum discharge of 4300 mothers and their healthy infants: the Life Around Newborn Discharge study*. *Pediatrics* 2007 Aug;120(2):391-400.
- (101) Brown S, Small R, Faber B, Krastev A, Davis P. *Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002 July(3):3-46.
- (102) Hjälmlhult E, Lomborg K. *Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers' experiences*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2012;26(4):654-662.
- (103) Fredriksson GE, Högberg U, Lundman BM. *Postpartum care should provide alternatives to meet parents' need for safety, active participation, and 'bonding'*. *Midwifery* 2003;19(4):267-276.
- (104) Johansson K, Darj E. *What type of information do parents need after being discharged directly from the delivery ward?*. *Upsala Journal of Medical Sciences* 2004;109(3):229-238.
- (105) Waldenström U. *Early discharge as voluntary and involuntary alternatives to a longer postpartum stay in hospital - effects on mothers' experiences and breast feeding*. *Midwifery* 1989;5(4):189-196.

- (106) Quinn AO, Koepsell D, Haller S. *Breastfeeding incidence after early discharge and factors influencing breastfeeding cessation*. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 1997;26(3):289-294.
- (107) Edmonson MB, Stoddard JJ, Owens LM. *Hospital readmission with feeding-related problems after early postpartum discharge of normal newborns*. JAMA 1997;278(4):299-303.
- (108) Thøstesen LM, Fenger-Grøn J. *Svær dehydrering hos nyfødt efter ambulant fødsel*. Ugeskrift for Læger 2011;173(37):2253-2254.
- (109) Grullon KE, Grimes DA. *The safety of early postpartum discharge: a review and critique*. Obstetrics & Gynecology 1997;90(5):860-865.
- (110) Winterburn S, Fraser R. *Does the duration of postnatal stay influence breast-feeding rates at one month in women giving birth for the first time? A randomized control trial*. Journal of Advanced Nursing 2000;32(5):1152-1157.
- (111) Madlon-Kay DJ. *Maternal assessment of neonatal jaundice after hospital discharge*. Journal of Family Practice 2002;51(5):445-448.
- (112) Petrou S, Boulvain M, Simon J, Maricot P, Borst F, Perneger T, et al. *Home-based care after a shortened hospital stay versus hospital-based care postpartum: an economic evaluation*. BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2004;111(8):800-806.
- (113) Tai-Seale M, Rodwin M, Wedig G. *Drive-through delivery: where are the "savings"?*. Med Care Res Rev 1999 Mar;56(1):30-46.
- (114) Capt DG, Maj WB, Capt CK, Col RH. *Cost Consequences of Implementation of an Early Obstetrical Discharge Programme in a Military Teaching Hospital*. Australian and New Zealand journal of obstetrics and gynaecology 1999;39(1):35-40.
- (115) Scott A. *A cost analysis of early discharge and domiciliary visits versus standard hospital care for low risk obstetric clients*. Aust J Public Health 1994;18(1):96-100.
- (116) Lindberg I, Christensson K, Öhrling K. *Parents' experiences of using videoconferencing as a support in early discharge after childbirth*. Midwifery 2009;25(4):357-365.
- (117) Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. *Schedules for home visits in the early postpartum period*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 January(7):3-59.
- (118) Romito P, Zalateo C. *Social history of a research project: A study on early post-partum discharge*. Social Science & Medicine 1992;34(3):227-235.
- (119) Rigshospitalet. *Tryk med barn*. 2012; Available at: <http://www.rigshospitalet.dk/topmenu/Nyheder+og+presse/Nyheder+fra+Rigshospitalet/TRYG+MED+BARN+-+nyt+onlineunivers.htm>. Accessed 20/04, 2012.

- (120) Dansk sygeplejeråd. *Sundhedsplejersker begejstret for ny baby app*. 2012; Available at: <http://www.dsr.dk/Nyheder/Sider/Sundhedsplejersker-begejstret-for-ny-baby-app.aspx>. Accessed 25/04, 2014.
- (121) Syddansk Universitet. *Nybagte forældre får hjælp af app*. 2014; Available at: [http://www.sdu.dk/nyheder/nyviden/alle\\_artikler/2014/april/nybagteapp](http://www.sdu.dk/nyheder/nyviden/alle_artikler/2014/april/nybagteapp). Accessed 20/04, 2014.
- (122) Persson EK, Dykes A. *Parents' experience of early discharge from hospital after birth in Sweden*. *Midwifery* 2002;18(1):53-60.
- (123) Thaler RH. *Nudge: improving decisions about health, wealth and happiness*. London: Penguin; 2009.
- (124) Fonden for Socialt ansvar. *Familieiværksætterne*. 2014; Available at: <http://familieivaerksaetterne.dk/>, 2013.
- (125) Dellve L, Abraham KH, Trulsson U & Hallberg LRM. *Grounded Theory in Public Health Research*. *Qualitative Methods in Public Health Research: Theoretical Foundations and Practical Examples*. Hallberg LRM ed. Lund: Studentlitteratur; 2002. p. 137--173.
- (126) Malterud K. *Qualitative research: standards, challenges, and guidelines*. *The Lancet* 2001;358(9280):483-488.
- (127) Morgan DL. *Focus groups as qualitative research*. 2nd ed. London: Sage Publications; 1997.
- (128) Karpatschof B. *Den kvalitative undersøgelsesforms særlige kvaliteter*. In: Brinkmann S&T, Lene, editor. *Kvalitative metoder*. 1st ed. København: Hans Reitzels Forlag; 2012. p. 409-428.
- (129) Nielsen S, B., Nielsen A, K. *Aktionsforskning*. In: Brinkmann S, Tangaard L, editors. *Kvalitative metoder*. 1st ed. København: Hans Reitzels Forlag; 2010. p. 97-120.
- (130) Fønne IdIF, Thranov IR. *Barselsophold versus ambulat fødsel - set fra kvindernes synsvinkel*. *Ugeskrift for læger* 1998;160(41):5939-5942.
- (131) Guldager E. *Tidlige udskrivelser fra barselsafdelingen: - hvordan fungerer de?: Rapport fra en pilotundersøgelse 1.11.-31.12.92.* : Københavns Kommune. Social- og Sundhedsforvaltningen, Socialfaglig afdeling; 1993.
- (132) Sundhedsstyrelsen. *Egenomsorg: et særligt perspektiv på forebyggelse og sundhedsfremme*. 1st ed. København: Sundhedsstyrelsen; 2006.
- (133) Olsson U. *Sundhedsoplysning - frigørelse eller manipulation*. In: Glasdam S, editor. *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*. 1st ed. Denmark: Dansk sygeplejeråd; 2009. p. 144-165.
- (134) Brandt B, Kvande E. *Fleksible fedre: Maskulinitet, arbeid og velferdsstat*. 1st ed. Oslo: Universitetsforlag; 2003.

- (135) Fägerskiöld A. *Support of fathers of infants by the child health nurse*. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2006;20(1):79-85.
- (136) Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F, Bremberg S. *Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies*. Acta Paediatrica 2008;97(2):153-158.
- (137) Jordan PL. *Laboring for relevance: Expectant and new fatherhood*. Nursing Research 1990;39(1):11-16.
- (138) St John W, Cameron C, McVeigh C. *Meeting the challenge of new fatherhood during the early weeks*. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 2005;34(2):180-189.
- (139) Montigny F, Lacharité C. *Fathers' perceptions of the immediate postpartal period*. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 2004;33(3):328-339.
- (140) Bäckström C, Wahn EH. *Support during labour: First-time father's descriptions of requested and received support during the birth of their child*. Midwifery 2009 July;27(1):67-73.
- (141) Bleses D. *Sundhedsplejerskens rolle i forbindelse med tidlig sprogtilegnelse og indsats*. Sundhedsplejersken 2010;1:12-18.