

Kejsersnit på moders ønske

- Et collective casestudie af balancegangen mellem den gode
oplevelse og det faglige skøn

Et speciale af

Cari Parsberg, Mette Løvholm og Michelle Juhl
Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab
4 semester. Aalborg Universitet. 2016
Vejleder: Helle Haslund Thomsen

Forord

*“Do not go where the path may lead, go instead where there is no path
and leave a trail” - Ralph Waldo Emerson*

Citatet illustrerer vores rejse gennem problemfeltet, der til tider har skabt frustrationer over, at der ikke har været en tydelig vej mod at besvare problemformuleringen. Vi har fordybet os i en niche, og hvad vi vurderer som et underbelyst område i et folkesundhedsvidenskabeligt perspektiv, og ved at have fundet en åbning til udvikling, håber vi at efterlade spor.

I forbindelse med udarbejdelse af specialet, ønsker vi at takke Sygehus Sønderjylland, for formidling af kontakt til informanter, som har deltaget i et fødeplanforløb og desuden fremsendelse af upubliceret materiale.

Yderligere vil vi takke alle informanterne, som har deltaget i vores undersøgelse. Jeres bidrag har været reflekteret og velovervejet, og I har udfordret vores forståelse og udvidet vores horisont, hvilket har bidraget markant til udformningen af dette speciale.

Slutteligt vil vi rette en tak til vores vejleder, Helle Haslund Thomsen, for sit store engagement og din prisværdige fleksibilitet.

God læselyst!

RESUMÉ

Baggrund: Sammenlignet med vaginal fødsel ses der en øget risiko for, at barnet kan udvikle en række sygdomme, når det fødes ved kejsersnit. Ligeledes er der for moderen en øget risiko for komplikationer umiddelbart under fødslen, samt efterfølgende og i senere graviditeter, når der sammenlignes med vaginal fødsel.

Siden 2002 har det været muligt at registrere kejsersnit på moders ønske, hvilket dækker over situationer hvor kvinden ønsker kejsersnit, men svangrepersonalet ikke finder medicinsk eller obstetrisk grund til at efterkomme ønsket. I Danmark har en kvinde ikke juridisk ret til at vælge kejsersnit, da beslutningen hviler på den obstetriske vurdering. Derfor opstår således et etisk krydsfelt mellem at respektere kvindernes autonomi og at praktisere evidensbaseret medicin for svangrepersonalet.

Formål: Formålet med specialet var at undersøge kvindernes oplevelse af dialogen med svangrepersonalet ved et ønske om kejsersnit, samt vurdere hvordan der kan skabes en tilgang i praksis, der balancerer kvindens autonomi og den faglige vurdering. Dette gøres i lyset af et ønske om at nedbringe kejsersnit på moders ønske blandt flergangsfødende kvinder.

Metode: Formålet med undersøgelsen blev opfyldt gennem udførelse af et collective casestudie med inddragelse af to cases; en kritisk case og en online fokusgruppe. Den kritiske case tog udgangspunkt i en dansk fødeafdeling, der har arbejdet fokuseret på at nedbringe andelen af kejsersnit. Den online fokusgruppe blev rekrutteret og gennemført på det sociale medie Facebook. I alt deltog tre informanter i semistrukturerede interviews og 22 informanter i et fokusgruppeinterview. Materialet er blevet analyseret ved anvendelse af Dahlager og Fredslunds filosofisk-hermeneutiske analysestrategi og analyseprogrammet NVivo 10. En systematisk litteratursøgning, har bidraget til at fortolke og diskutere undersøgelsens fund, og inspirere til udarbejdelse af konkrete udviklingstiltag.

Fund: I analysen fremkom tre hovedtemaer; Anerkendelse, Tillid og Forklaringsmodeller. Der findes ikke kongruens for hvordan flergangsfødende kvinder oplever dialogen med svangrepersonalet, dog er der stærke indikationer for, at anerkendelse af hendes bevægegrundlag for ønsket er en vigtig komponent i kvindernes tilfredshed. Grundet nationale forskelle i hvordan kejsersnit på moders ønske håndteres, afhænger oplevelsen af en god dialog også af det enkelte fødesteds procedure. Tillid findes at være et element der har betydning for kvindernes oplevelser, hvortil nuværende praksis og tidligere negative fødselsoplevelser, vurderes at være kilde til mistillid til svangrepersonalet. På baggrund af problematikker, der vedrører kvindens følelse af anerkendelse og tillid samt kvindens personlige karakteristika, kan samtaler om kejsersnit enten bære præg af at have kæmpende eller forhandlende forklaringsmodeller.

Konklusion: For at balancere kvindens autonomi og svangrepersonalets faglige vurdering, og samtidig nedbringe andelen af kejsersnit, anbefaler vi konkrete udviklingstiltag i praksis, som indebærer tre trin med en opklarende -, en forhandlende - og en beslutningsfase, der minimum involverer to samtaler med specialjordemoder, samt desuden brug af beslutningsværktøjet Option Grid.

ABSTRACT

Background: A child born by cesarean delivery has an increased risk of developing a number of diseases compared to vaginally born children. As for the mother complications can occur both during and after cesarean delivery, as in future pregnancies, when compared to vaginal birth. Since 2002 the registration of maternal request, a term that defines a situation where a woman wish for cesarean delivery without the midwife or obstetrician finds a medical or obstetric reason to grant the wish, has been available. In Denmark a woman does not have the legal right to demand cesarean delivery as this decision is based upon the assessment made by the obstetrician. Between respecting the woman's autonomy and practicing evidence based medicine an ethical cross field arises.

Aim: The aim of this thesis was to explore the woman's experience of the dialogue with antenatal care team when she wishes for cesarean delivery and to determine how to best balance the woman's autonomy and the professional assessment. This was done with the purpose of minimizing cesarean delivery on maternal request for multiparous women.

Methods: A collective case study with two cases was carried out: a critical case and an online focus group. The critical case was based on informants from a maternity ward where minimizing the total amounts of cesarean deliveries was pursued. The online focus group were recruited and carried out on Facebook. A total of three semi-structured interviews were carried out and a total of 22 women participated in the focus group. The material was analyzed using Dahlager & Fredlund's philosophical hermeneutic analysis approach and the analysis programme NVivo 10. A systematic literature search contributed to interpret and discuss the findings and inspired to the development of specific interventions.

Findings: Three main themes were found: Recognition, Trust and Explanatory Models. Inconsistencies remain as to how multiparous women experience the dialogue with antenatal care team. The team's recognition of the reasons for her to make the wish appears to be a strong indicator for the women's overall satisfaction with the dialogue. As there are inconsistencies in the procedures of maternal request nationally the satisfaction of the dialogue depends also on the procedure of the individual maternity ward. We estimate that trust is found to be an element of meaning for the women's experiences and the present practice of maternal request and previous birth experiences are sources of mistrust between the woman and the antenatal care team. Based on the women's feeling of recognition, trust in the antenatal care team and the women's personal characteristics the dialogue can either take on a battling or negotiating kind.

Conclusion: In order to balance the woman's autonomy and the professional assessment and reduce cesarean delivery on maternal request we recommend a specific intervention which includes three parts; a clarifying, a negotiating and a decision-making phase in which a minimum of two meetings with a consultant midwife in which the use of an Option Grid and techniques of motivational interviewing is applied.

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1 Initierende problem	1
Kapitel 2 Problemanalyse	3
2.1 Problembaggrund	3
2.1.1 Et kritisk blik på WHO's anbefalinger	3
2.1.2 Kejsersnit i et internationalt perspektiv.....	4
2.2 Et folkesundhedsvidenskabeligt problem	4
2.2.1 Sundhedsmæssige konsekvenser af kejsersnit.....	5
2.2.2 Sundhedsøkonomiske perspektiver	10
2.2.3 Fødsel - en betydningsfuld begivenhed	11
2.3 Obstetrisk praksis	12
2.3.1 Sandbjerg Guidelines til vurdering af kvindens ønske om kejsersnit.....	13
2.3.2 Den obstetriske vurdering	15
2.3.3 Nationale forskelle i procedurer og retningslinjer.....	16
2.4 Kvinder, der ønsker kejsersnit	20
2.4.1 Sociodemografiske karakteristika.....	21
2.4.2 Årsager til kvindernes ønske	23
2.5 Fremherskende diskurser	24
2.5.1 Den medikaliserende diskurs	25
2.5.2 Naturlighedsdiskursen	25
2.5.3 At ønske kejsersnit i en dansk fødekultur.....	27
2.6 Det Pluralistiske Sundhedssystem	28
Kapitel 3 Afgrænsning	31
3.1 Afgrænsning	31
3.2 Formål	31
3.3 Problemformulering	32
Kapitel 4 Specialets referenceramme	33
4.1 Hermeneutikken som ramme	33
4.1.1 Gadammers filosofisk-hermeneutiske tilgang	33
4.1.2 Metodiske principper i hermeneutikken.....	35
4.1.3 Personlig og faglig forforståelse	36
4.2 Teori som dåseåbner	37
Kapitel 5 Design	39
5.1 Collective casestudie	39
5.2 Reference til etnografien	40
Kapitel 6 Anvendte metoder	42
6.1 Case 1: Et eksempel fra praksis	42
6.1.1 Individuelle interviews	42
6.1.2 Praksiseksemplet som kritisk case	42

6.1.3 Rekruttering af informanter	43
6.1.4 Interviewguide og interviewsituation	43
6.1.5 Optagelse og transskription	45
6.1.6 Informeret samtykke.....	46
6.2 Case 2: Online fokusgruppe	46
6.2.1 Facebook som rekrutteringsplatform.....	46
6.2.2 Udvælgelse og rekruttering af informanter	48
6.2.3 En fokusgruppe i facebookånden.....	49
6.2.4 Spørgsmålsguide til facebook.....	50
6.2.5 Dataindsamling.....	51
6.2.6 Informeret samtykke.....	51
6.3 Opsummering - hvorfor to cases?	52
6.4 Litteratursøgning	52
6.4.1 Baggrundssøgning	53
6.4.2 Systematisk litteratursøgning.....	53
6.4.3 Søgestrategi.....	53
6.4.4 Kriterier for udvælgelse af litteratur.....	54
6.4.5 Resultater af søgning.....	54
Kapitel 7 Analysestrategi	56
7.1 Analysens trin.....	56
7.1.1 Helhedsindtryk	56
7.1.2 Meningsbærende enheder	56
7.1.3 Operationalisering.....	56
7.1.4 Hermeneutisk fortolkning.....	57
Kapitel 8 Hermeneutisk fortolkning	58
8.1 Tidligere erfaringer	59
8.2 Analysens centrale temaer.....	61
8.2.1 Anerkendelse	61
8.2.2 Tillid.....	64
8.2.3 Forklaringsmodeller	70
8.3 Afrunding	77
8.3.1 Hvorfor den ringe effekt?	77
8.3.2 De centrale temaer i relation til hinanden.....	79
Kapitel 9 Diskussion af forandringsforslag	80
9.1 Motivationssamtalen.....	80
9.2 De involverede parter	81
9.3 Tidsperspektivet	81
9.4 Trin 1: Den opklarende fase	82
9.4.1 At sætte scenen.....	83
9.4.2 Kvinden i fokus	84
9.4.3 Udfordringer i dialogen.....	87
9.4.4 Refleksionsskema	89
9.5 Trin 2: Den forhandlende fase	89
9.5.1 Trin 1 som forudsætning for trin 2	90
9.5.2 At lytte til kvindes forklaringsmodel.....	91

9.5.3 Opmærksomhed på egne incitamenter	92
9.5.4 At formidle information	93
9.6 Trin 3: Beslutningsfasen	96
9.6.1 Vaginal fødsel.....	97
9.6.2 Kejsersnit.....	97
9.7 Ethiske problemstillinger	97
9.7.1 Empowerment som magtudøvelse.....	98
9.7.2 Helliger målet midlet?.....	99
9.7.3 Men hvad så med pligtetikken?	100
Kapitel 10 Implementering og evaluering	102
10.1 Implementering.....	102
10.1.1 Organisering af implementeringsarbejdet.....	102
10.1.2 Fastsæt mål.....	102
10.1.3 Udfør barriereanalyse	103
10.1.4 Vælg og udarbejd implementeringstiltag	104
10.2 Evaluering	105
Kapitel 11 Diskussion af specialets konstruktion	106
11.1 Diskussion af metode	106
11.1.1 Interview.....	106
11.1.2 Online fokusgruppe	108
11.2 Metodologiens betydning.....	112
11.2.1 Alternative metoder.....	113
11.2.2 Betydningen af den retrospektive oplevelse.....	113
11.2.3 Etik - forskers rolle.....	114
11.3 Den filosofiske hermeneutik som ramme	115
11.3.1 Fra horisont til horisontsammensmeltning.....	115
11.3.2 Udfordringer i analysen	117
11.3.3 Anvendelse af teori.....	117
11.3.4 Diskussion af litteratursøgning.....	118
Kapitel 12 Konklusion.....	120
Kapitel 13 Perspektivering.....	122
Kapitel 14 Litteraturliste	123

Kapitel 1

Initierende problem

Studier viser, at børn født ved kejsersnit har større risiko for bl.a. at udvikle astma, børnegigt og allergi sammenlignet med børn, der er født vaginalt (Sevelsted et al. 2015; Cho & Norman 2013). Kvinder, der føder ved kejsersnit, er i større risiko for kroniske smerter, end kvinder, der føder vaginalt, ligesom der ses øget risiko for en række alvorlige tilstande i senere graviditeter, herunder foranliggende moderkage og bristning af livmodervæggen (Aabakke et al. 2014; Cho & Norman 2013). Trods risici ved indgrebet er andelen af kejsersnit i Danmark steget fra omkring 13% af alle fødsler i 1997 til 21,5% i 2014, dog med en stagnering i udviklingen siden 2003 (Sundhedsdatastyrelsen 2016; Aabakke et al. 2016).

I Danmark foretages betydeligt flere kejsersnit end i de nordiske nabolande. I 2012 var andelen af kejsersnit således 21% i af alle fødsler, hvor den var 17% i Norge og 16,6% i Sverige (Nordisk Medicinalstatistisk Komité 2014). Da der ses flere lighedstræk i svangreomsorgen landene imellem (Karlström, Nystedt, Johansson, et al. 2011; Nordisk Medicinalstatistisk Komité 2014), kan det undre, hvorfor Danmark har en højere andel af kejsersnit end nabolandene.

Siden 2002 har det, i Danmark, været muligt at registrere kejsersnit på moders ønske (Sundhedsstyrelsen 2005). Begrebet dækker over gravide, der ønsker kejsersnit, selvom obstetrikere ikke finder medicinsk eller obstetrisk grund til at fraråde vaginal fødsel (Aabakke et al. 2016).

Den gravide har ikke lovmæssigt krav på at få et kejsersnit, men har til gengæld ret til en grundig samtale på fødestedet, hvori hun kan redegøre for sit ønske, og har krav på fyldestgørende information om risici. Obstetrikere kan ifølge lovgivningen afvise operation efter grundig vurdering af den gravides baggrund for ønsket (Krebs et al. 2006; Sundhedsstyrelsen 2013).

I 2008 var 14,6% af alle kejsersnit registreret som kejsersnit på moders ønske (Sundhedsstyrelsen 2013). Det er dog uklart hvad denne procentdel reelt er udtryk for, da der nationalt er variationer i retningslinjer for kejsersnit på moders ønske. Desuden spiller den enkelte obstetrikers vurdering en afgørende rolle (Sundhedsstyrelsen 2005; Forstholt & Lidegaard 2009), hvorfor det forekommer svært at fastslå de faktiske

opgørelser af fænomenet. Det forekommer problematisk, at kategoriseringen af hvornår et kejsersnit er uden medicinsk eller obstetrisk indikation, og dermed er et kejsersnit på moders ønske, afhænger af enkeltpersoners vurderinger, da det må betyde, at de gravide ikke modtager samme behandlingstilbud på de forskellige danske fødesteder. Desuden rejses et spørgsmål om hvor mange gravide, der har ønsket kejsersnit, men ikke får deres ønske opfyldt, da det kun er de, der får kejsersnit, der registreres.

Det bedste potentiale for at få en god fødsel opstår, når den gravides forventninger, ønsker og handlinger anerkendes af de sundhedsprofessionelle (Berthelsen & Gohr 2006). I det danske sundhedsvæsen er der generelt fokus på brugerinddragelse (KORA 2015), hvor den enkelte bl.a. har ret til at takke nej til en given behandling, selvom det anbefales af de sundhedsprofessionelle (Sundhedsloven 2010). Gravide står dog i en speciel situation, hvor der kun ses to udfald; vaginal fødsel eller kejsersnit. De kan derfor ikke frasige sig behandling på samme vis som syge borgere. Ligeledes kan den gravide i udgangspunktet ikke selv vælge om hun vil have kejsersnit, da gyldigheden af hendes ønske skal vurderes af en obstetriker (Krebs et al. 2006). Dette rejser spørgsmålet om hvorvidt den gravide, der ønsker kejsersnit, føler sine forventninger, ønsker og handlinger anerkendt, således hun får en god fødselsoplevelse uanset fødemåde.

I et svensk studie, finder jordemødre og obstetrikere det svært at balancere mellem at praktisere evidensbaseret medicin, og vise respekt for den gravides autonomi, når hun ønsker kejsersnit (Karlström et al. 2009). Det tyder derfor på, at det er en svær proces for både sundhedsprofessionelle og gravide, hvorfor det findes interessant at undersøge, hvordan dette etiske krydsfelt af evidens, retningslinjer, følelser og forhandling håndteres på de danske fødesteder, og hvilken betydning denne håndtering har for kvinderne. Vi vil i dette speciale tage udgangspunkt i dette krydsfelt.

Kapitel 2

Problemanalyse

Med udgangspunkt i det initierende problem, udfoldes i dette kapitel centrale aspekter, der relaterer sig til kejsersnit generelt og kejsersnit på moders ønske. Indledningsvist sættes kejsersnit ind i en international kontekst, for at vurdere andelen af kejsersnit i Danmark ud fra en bredere optik. Ud fra et biomedicinsk perspektiv sættes kejsersnit på moders ønske ind i en folkesundhedsvidenskabelig kontekst, efterfulgt af en samfundsorienteret vinkel med fokus på økonomiske aspekter. Slutteligt inddrages en brugerorienteret optik, hvor fødslen ansues som en betydningsfuld begivenhed. I den resterende del af problemanalysen vil vi først undersøge den obstetriske praksis, hvor nationale forskelle skitseres. Dernæst vil vi belyse, hvad der karakteriserer kvinder, der ønsker kejsersnit, og slutteligt præsenteres diskurserne omkring kejsersnit, hvilket problematiseres ud fra hvilken betydning dette kan have for selve dialogen mellem kvinderne og svangrepersonalet. Fremadrettet anvendes svangrepersonalet som en samlet betegnelse for jordemødre og obstetrikere.

2.1 Problembaggrund

I det følgende vil vi tage et historisk og kritisk blik på WHO's anbefalinger for kejsersnit, og sætte anbefalingen ind i dansk kontekst.

2.1.1 Et kritisk blik på WHO's anbefalinger

Siden slutningen af 1940'erne har kejsersnit været et kirurgisk indgreb, som overvejende betød overlevelse for både mor og barn (Hvidman 2008). Siden er udviklingen gået stærkt, og internationalt ses en markant stigning i antallet af kejsersnit. I et studie af 150 lande ses en global stigning fra 6,7% kejsersnit af alle fødsler i 1990 til 19,1% i 2014 (Betrán et al. 2016).

Med baggrund i stigningen har World Health Organisation (WHO) revurderet deres anbefalinger, og har siden 2015 anbefalet, at et lands andel af kejsersnit ikke bør overstige 10% af alle fødsler, mod tidligere 10-15% (WHO 2015). Forskning på området viser nemlig, at en andel over 10 % ikke har indflydelse på mortaliteten for hverken mor eller barn (WHO 2015). Det påpeges dog, at der bør foretages kejsersnit, når det er

medicinsk nødvendigt, ligesom kvindens og barnets tarv er vigtigere end at overholde en bestemt rate (WHO 2015).

Selvom andelen af kejsersnit på 21,5% (Aabakke et al. 2016) i Danmark, langt overstiger WHO's anbefalinger, er det ikke ensbetydende med, at målet bør være de anbefalede 10%. Anbefalingen er fastsat ud fra sondringen om mortalitet (WHO 2015). I Danmark er det imidlertid ikke mortalitet i forbindelse med fødsel og kejsersnit, der vækker bekymring, idet dødsfald forbundet med fødsel, for både mor og barn er sjældent (Sundhedsstyrelsen 2005). Derimod må opmærksomheden ledes mod spørgsmålet om morbiditet, da der ses evidens for en lang række risici ved kejsersnit, hvilket uddybes i afsnit 2.2.1.

2.1.2 Kejsersnit i et internationalt perspektiv

Selvom andelen af kejsersnit i Danmark umiddelbart forekommer høj, set i lyset af WHO's anbefaling, er Danmark langt fra andre lande som fx Brasilien med 56,6% i 2012, USA med 32,3% i 2014 (Betrán et al. 2016), og Tyskland med 31,7% i 2012 (Mylonas & Friese 2015). Hvilke faktorer, der influerer på antallet af kejsersnit, bør ses i lyset af det enkelte lands karakteristika i form af kultur og sundhedsvæsen. Et amerikansk markedsorienteret sundhedsvæsen og et tysk sundhedsvæsen, der finansieres via socialforsikring (Møller Pedersen 2013), finder vi ikke interessante, at foretage yderligere sammenligninger med, da fx finansielle incitamenter for at udføre kejsersnit vurderes anderledes end i Danmark (Mylonas & Friese 2015). I stedet findes det interessant at sammenligne Danmark med Sverige og Norge, da der netop her er lighed i såvel kultur som sundhedsvæsenets opbygning, der er skattefinansieret, ud fra ideen om velfærdssamfundet og lige adgang til sundhedsvæsenet uanset socioøkonomisk status (Møller Pedersen 2013). Desuden ses der specifikke ligheder mellem landenes svangreomsorg (Karlström et al. 2009; Nordisk Medicinalstatistisk Komité 2014), hvilket uddybes i afsnit 2.3.3.

2.2 Et folkesundhedsvidenskabeligt problem

Stigningen i andelen af kejsersnit kan ifølge til dels forklares ved, at de fødende er blevet ældre, mere overvægtige, at børnene har højere fødselsvægt, samt at der er flere IVF-graviditeter¹, som har ført til flere flerfoldsgraviditeter, samt at den obstetriske praksis for fostre i sædepræsentation har ændret sig (Sundhedsstyrelsen 2013). Desuden ses en

¹ In Vitro Fertilitet graviditeter

² Estimeret procentinterval ud fra opgørelser i andre årstal.

³ Enten spontan vaginal fødsel eller akut kejsersnit (Hyde & Modi 2012)

holdningsændring blandt gravide, idet de, i langt højere grad end tidligere, stiller krav til sundhedsvæsenet og har forestillinger om, hvordan deres fødsel skal foregå (Sundhedsstyrelsen 2013), hvilket også understøttes af et studie om danske førstegangsfødende (Berthelsen & Gohr 2006).

10% af alle fødsler i 2013 var planlagte kejsersnit (Sundhedsdata-styrelsen 2016), og heraf formodes 15-30%² at være kejsersnit på moders ønske (Forstholt & Lidegaard 2009; Sundhedsstyrelsen 2005; Sundhedsstyrelsen 2013). Selvom kejsersnit på moders ønske blot er en lille andel af alle fødsler, ser vi et forandringspotentiale i at nedbringe andelen af disse kejsersnit, med baggrund i WHO's anbefaling om kun at udføre kejsersnit, der er medicinsk nødvendige. Dertil hører, at der er en lang række sundhedsmæssige konsekvenser knyttet til kejsersnit, ligesom der også ses sundhedsøkonomiske konsekvenser. De følgende afsnit vil analysere disse konsekvenser samt fødselens psykologiske indvirken på kvinden med formålet at belyse specialets problemfelt i et folkesundhedsvidenskabeligt perspektiv.

2.2.1 Sundhedsmæssige konsekvenser af kejsersnit

Der findes flere patologiske tilstande i graviditeten eller under fødslen, som ubehandlet er potentielt livstruende for mor og barn. I disse situationer overgår fordelene ved kejsersnit indiskutabelt de sundhedsrisici, der er efter selve indgrebet (Krebs et al. 2006). Til gengæld er de utilsigtede konsekvenser af kejsersnit væsentlige i den obstetriske vurdering af hvornår et planlagt kejsersnit anbefales (Krebs et al. 2006). I det følgende beskrives nogle af de konsekvenser kejsersnit kan medføre for barnet, moderen og i efterfølgende graviditeter. Afslutningsvis rettes et kritisk blik på den tilgængelige evidens på området.

Konsekvenser for barnet

Når et barn fødes ved kejsersnit er der risiko for respiratoriske problemer umiddelbart efter fødslen. Dette sker dels fordi fostervandet ikke presses ud af lungerne, som det sker i den vaginale fødsel (Cho & Norman 2013), og dels fordi barnet endnu ikke er fuldt udviklet ved planlagt kejsersnit, da operationen udføres forud for terminsdatoen (Mylonas & Friese 2015). Et dansk studie har vist, at fødes barnet ved kejsersnit i 39. gestationsuge er risikoen for respiratoriske problemer fordoblet, sammenlignet med vaginal fødsel ved termin (Hansen et al. 2008), hvilket tydeliggør, at vaginal fødsel er at foretrække, såfremt der ikke er medicinske eller obstetriske indikationer for at foretage

² Estimeret procentinterval ud fra opgørelser i andre årstal.

kejsersnit, idet planlagte kejsersnit anbefales udført omkring 39. gestationsuge (Aabakke et al 2016a).

Børn født ved kejsersnit har øget risiko for at udvikle en række sygdomme, sammenlignet med børn født vaginalt. Et dansk kohortestudie fra 2014 har fundet en signifikant sammenhæng mellem kejsersnit og astma, bindevævssygdomme, børnegigt, inflammatoriske tarmsygdomme, immundefekter samt leukæmi, jf. tabel 2.1 (Sevelsted et al. 2015).

Tabel 2.1. Incidensrate-ratioer ved kejsersnit sammenlignet med vaginal fødsel i perioden 1977-2011. Studiepopulation: 1,9 mio. danske børn i alderen 0-15 år.

Sygdom/lidelse	Incidensrate-ratio* (IRR)	95% konfidensinterval (KI)
Astma	1,23	1,21-1,25
Astma opstået hos børn over 5 år	1,16	1,13-1,19
Bindevævssygdomme	1,11	1,04-1,19
Børnegigt	1,10	1,02-1,18
Inflammatoriske tarmsygdomme	1,20	1,06-1,36
Immundefekter	1,46	1,32-1,62
Leukæmi	1,17	1,00-1,36

*IRR er justeret for alder, kalenderår, fødselsvægt, antal tidligere fødsler, køn, hvilken sæson barnet er født i, moderens alder og sygdomme hos moderen.

(Sevested et al. 2014)

Et engelsk review fra 2012 viser ydermere en sammenhæng mellem kejsersnit og fødevareallergi, høfeber, type 1 diabetes, glutenallergi samt testikelkræft hos drenge, jf. tabel 2.2 (Hyde & Modi 2012).

Tabel 2.2. Odds-ratioer ved kejsersnit sammenlignet med vaginal fødsel. Baseret på flere forskellige studier.

Sygdom/lidelse	Odds-ratio (OR)	95% konfidensinterval
Fødevareallergi	1,45	1,12-1,86
Glutenallergi	1,80	1,13-2,88
Høfeber	1,24	1,08-1,43
Type 1 diabetes mellitus	1,23	1,15-1,32
Testikelkræft	2,44	1,25-4,78

(Hyde & Modi 2012)

Enkelte steder ses dog uoverensstemmelser mellem de to studier, fx vedrørende type 1 diabetes. Vi vurderer, at begge studier er af høj kvalitet, hvorfor det kan være svært at afgøre hvorvidt der reelt er en sammenhæng eller ej.

Med udgangspunkt i sygdommene præsenteret i tabel 2.1 og 2.2, udleder vi, at kejsersnit indirekte kan medføre konsekvenser for familielivet i fremtiden, da det givetvis kan have betydning for hverdagslivet i barnets familie grundet eventuelle indlæggelser, behandlinger og særlige hensyn. Resultaterne skal dog læses med forbehold, da der ses confoundere og metodiske mangler i studierne, hvilket uddybes afslutningsvist i dette afsnit.

Mekanismer i den vaginale fødsel

Årsagssammenhænge mellem ovenstående sygdomme og kejsersnit er endnu ikke bekræftet (Hyde & Modi 2012). Flere studier postulerer, at den vaginale fødsel initierer vigtig fysiologisk tilpasning til livet udenfor livmoderen. Studierne bringer hypoteser om, at den stress, som barnet udsættes for i den spontane fødsel³ er en vigtig mekanisme, der har betydning for barnets sundhed og velvære i fremtiden (Hyde & Modi 2012; Cho & Norman 2013; Karlström et al. 2013).

Der er desuden hypoteser om, at bakteriel eksponering i fødslen nedsætter risikoen for udvikling af autoimmune sygdomme (Cho & Norman 2013; Hyde & Modi 2012). Ved vaginal fødsel udsættes barnet for bakterier fra moderens fødselskanal og perianale område, hvor et barn født ved kejsersnit fødes i et sterilt hospitalsmiljø. Den bakterieflora, der koloniseres i den nyfødtes tarm, har betydning for udviklingen af immunforsvaret. Fraværet af bakterier kan derfor være en mulig årsag til at autoimmune

³ Enten spontan vaginal fødsel eller akut kejsersnit (Hyde & Modi 2012)

sygdomme udvikles, idet immunforsvaret ikke modnes på samme måde, som ved den vaginale fødsel (Cho & Norman 2013; Hyde & Modi 2012). Til trods for, at der endnu ikke foreligger en stærk sammenhæng mellem kejsersnit og disse konsekvenser eller stærk evidens for, at den vaginale fødsel minimerer risikoen for autoimmune sygdomme, vurderer vi, at den vaginale fødsel, ud fra ovenstående sontring, er at tilstræbe. Dette underbygges desuden af igangværende studier, der ud fra pilottests viser en positiv effekt i barnets bakterieflora efter 30 dage, når børn født ved kejsersnit efterfølgende eksponeres for moderens vaginale bakterieflora (Dominguez-Bello et al. 2016).

Amning initieres sjældnere efter planlagt kejsersnit end ved vaginal fødsel og akut kejsersnit (OR: 0,8; 95% KI:0,8-0,9), hvilket bl.a. skyldes, at mælken er langsommere om at løbe til, da mor-barn interaktionen ofte påbegyndes senere end ved vaginal fødsel (Prior et al. 2012). Dette kan have betydning for barnet, da amning har flere gavnlige effekter, bl.a. en beskyttende virkning mod allergi (Prior et al. 2012; Hyde & Modi 2012). Dog forsøger flere fødesteder i Danmark at efterkomme dette, ved at initiere hud mod hud kontakt lige efter et kejsersnit, og således sikre en bedre ammestart med samme vilkår, som for den vaginalt fødende (Hvidovre Hospital n.d.; Rigshospitalet n.d.). Da flere børn født ved kejsersnit, indlægges på neonatal afdeling grundet respiratoriske problemer (Villar et al. 2007), vurderer vi derfor, at amning bliver et indirekte argument for vaginal fødsel, da chancerne for at imødekomme hud-mod-hud kontakten er mindre ved kejsersnit.

Konsekvenser for moderen

På kort sigt er kejsersnit forbundet med en let øget risiko for infektion, smerter i maven, behov for reoperation, blærelæsion og risiko for blodpropdannelse, sammenlignet med vaginal fødsel (Sundhedsstyrelsen 2005).

Umiddelbart efter kejsersnittet skal kvinden undgå løft over 10 kg, og bør undgå tungt arbejde samt bilkørsel i 6-8 uger, mens såret heler (Hvidovre Hospital Gynaekologisk-Obstetrisk Afdeling 2016; Region Nordjylland 2016). Ifølge et australsk studie, oplever kvinderne, at de ikke kan overholde disse restriktioner, da deres primære rolle er at være mor og hustru, hvortil der følger visse forpligtelser og gøremål i hverdagen, fx løft og transport af større børn (Kealy et al. 2010), hvorfor vi antager, at et kejsersnit højst sandsynligt vil have en negativ indflydelse på familiens hverdagsliv i den første tid efter fødslen.

Kejsersnit medfører en risiko for adhærencer⁴ omkring syningen. Adhærencer opstår hos 24-46% af kvinderne, og kan medføre smerter samt komplicere senere operationer (Aabakke et al. 2014), hvorfor konsekvenserne for moderen ikke blot forekommer på kort sigt, men også på længere sigt.

Ligeledes øger kejsersnit risikoen for at udvikle endometriose⁵ (Hazard ratio: 1.8; 95% KI: 1.7-1.9) (Andolf et al. 2013). Endometriose er påvist at nedsætte fertiliteten, således at det kan være svært for kvinderne at blive gravide igen (Hirsch et al. 2016). Desuden har gravide med endometriose større risiko for at abortere, end kvinder uden (IRR: 1,70; 95% KI: 1,34-2,16)(Santulli et al. 2016), hvorfor vi vurderer, at abort og infertilitet kan være indirekte konsekvenser af kejsersnit. Der ses dog også direkte konsekvenser af kejsersnit relateret til efterfølgende graviditeter, hvilket præsenteres nedenfor.

Efterfølgende graviditet(er)

Sammenlignet med vaginal fødsel, ses der i graviditeter efter kejsersnit, forhøjet risiko for foranliggende moderkage (OR: 1,5; 95% KI: 1,4-1,7), løsning af moderkage (OR: 1,4; 95% KI: 1,4-1,5), fastsiddende moderkage (OR: 1,5; 95% KI: 1,3-1,6), indvækst af moderkage i livmodermuskulaturen⁶ (incidens 0,3-0,6%) samt bristninger af livmodervæggen⁷ (incidens 0,1-0,3%). Med undtagelse af løsning af moderkagen stiger risikoen for alle de ovennævnte komplikationer med antallet af kejsersnit (Aabakke et al. 2014).

Tilstandene ovenfor øger risikoen for blødning under forestående vaginal fødsel eller kejsersnit. Såfremt der opstår blødning, som ikke kan standses, er eneste mulighed at bortoperere livmoderen, og denne risiko stiger ligeledes med antallet af kejsersnit fra 0,42% ved ét kejsersnit til 2,41% efter tre kejsersnit, sammenlignet med vaginal fødsel (Marshall et al. 2011).

Kejsersnit synes ud fra ovenstående at have en negativ indvirken på efterfølgende graviditeter. Da risikoen stiger for hvert kejsersnit, kan dette ses som et incitament for at kejsersnit ved første barn bør undgås, hvis kvinden ønsker flere børn.

I et samfundsperspektiv ses en trend mod mindre familier (Lavender et al. 2012). For at imødekomme den stigende forsørgerbyrde, hvor der er få unge til at forsørge mange ældre (Danmarks Statistik 2014b), forekommer det nødvendigt at trenden ændres, således danske familier bliver større, og kan yde et større bidrag til samfundet. Kejsersnit kan i denne henseende antages at spille en mindre, men ikke ubetydelig rolle, da de, som

⁴ Arvæv

⁵ Når livmoderslimhinden befinder sig uden for livmoderhulen.

⁶ Studiet viser her umiddelbart ingen sammenligning med vaginal fødsel.

⁷ Studiet viser her umiddelbart ingen sammenligning med vaginal fødsel.

vist ovenfor, kan komplicere efterfølgende graviditeter og fødsler. Dette underbygges af studier, der viser, at kvinder, der har fået kejsersnit, får 10% færre børn, end kvinder, der føder vaginalt. Desuden går der 14% længere tid før kvinden, der har fået kejsersnit, bliver gravid igen, sammenlignet med kvinder, der føder vaginalt (Aabakke et al. 2014). Årsagen hertil er uklar, men i et review af Gurol-Urganci et al. (2013) argumenteres for, at det hovedsageligt er selvvalgt, bl.a. fordi dårlige oplevelser i første graviditet og fødsel har indflydelse på fremtidige fertilitetsbeslutninger. Det er dermed ikke kejsersnittet der er den direkte årsag, men i stedet kvindernes oplevelse.

En kritik af litteraturen

Der foreligger meget litteratur på området, som klart indikerer, at der er association mellem kejsersnit og konsekvenser for mor, barn og efterfølgende graviditeter. Dog er litteraturen kendetegnet ved at være heterogen og med lav evidensgrad. I de fleste studier sondres der ikke mellem akut- og planlagt kejsersnit, ligesom der ikke korrigeres for, at mange planlagte kejsersnit udføres grundet sygdom hos mor eller barn, hvilket i sig selv øger risiko for komplikationer (Hvidman 2006).

Kausale sammenhænge mellem konsekvenserne og kejsersnit er endnu ubelyst, da der trods plausible indicier, mangler gyldig evidens (Lavender et al. 2012). Dette skyldes bl.a. mangel på RCT-studier, der sammenligner kejsersnit og vaginal fødsel, og har langsigtet follow-up, der giver mulighed for at identificere årsagssammenhænge og samtidig minimere antallet af confoundere (Hyde & Modi 2012; Lavender et al. 2012).

Fra et biomedicinsk synspunkt, kan der, jf. ovenstående, argumenteres for, at kejsersnit på moders ønske bør elimineres, da de er forbundet med unødvendige risici, som kan have konsekvenser for mor og barn, og desuden ikke er uden betydning på et demografisk og samfundsmæssigt plan. Endvidere også et på et sundhedsøkonomisk plan, hvilket belyses i næste afsnit.

2.2.2 Sundhedsøkonomiske perspektiver

I en Medicinsk Teknologivurdering (MTV) fra 2005 om kejsersnit på moders ønske estimeres den marginale omkostningsforskel, der er mellem kejsersnit på moders ønske og planlagt vaginal fødsel (Sundhedsstyrelsen 2005). Inkluderet data vedrører henholdsvis første- og flergangsfødende kvinder i lav risiko for komplikationer fra 29 danske fødesteder.

MTV'en (2005) viser, at det ikke synes mere ressourcekrævende at tilbyde kejsersnit på moders ønske for en førstegangsfødende end et planlagt vaginalt forløb.

Til gengæld estimeres en meromkostning på 5000 kr pr. kejsersnit for flergangsfødende i forhold til vaginal fødsel. Denne omkostningsforskel opstår, da omkostningerne for vaginal fødsel er lavere for flergangsfødende end for førstegangsfødende (Sundhedsstyrelsen 2005).

Forskellig registreringspraksis samt et lille datagrundlag, gør, at resultatet skal omgås med forsigtighed (Sundhedsstyrelsen 2005). I sundhedsøkonomisk øjemed kan det forekomme kritisk, at det netop er ved flergangsfødende, der ses en meromkostning, da opgørelser viser, at denne gruppe langt oftest får gennemført kejsersnit på moders ønske jf. afsnit 2.4.

MTV'en (2005) opstiller en hypotese om, at hvis alle fødende fik kejsersnit frem for at føde vaginalt, ville dette være en merudgift for samfundet på 120 millioner kroner årligt. Dette tal kan bruges til at estimere en stigning i omkostninger ved en given procentdel kejsersnit på moders ønske af alle fødsler. Dette er gjort ud fra tilgængelige tal, og disse beregninger viser, at samfundet i 2014 har haft en estimeret årlig meromkostning på 1,33 millioner kroner for de kejsersnit, der er udført på moders ønske, sammenlignet med 2004. De anvendte tal og beregninger forefindes i bilag 1.

En væsentlig kritik af MTV'ens økonomiske analyse er, at den kun inddrager de direkte hospitalsomkostninger relateret til kejsersnit på moders ønske versus vaginal fødsel. Når der regnes i et samfundsperspektiv, bør indirekte omkostninger såsom potentielle fremtidige sundhedsmæssige omkostninger også inkluderes, for at give et retmæssigt billede af det økonomiske omfang (Møller Pedersen 2013). Herunder ligger de sundhedsrisici, som er beskrevet i det foregående afsnit, og kan fx være omkostninger i forbindelse med udredning og behandling af allergi hos barnet. Vi vurderer derfor, at de reelle samfundsøkonomiske omkostninger relateret til kejsersnit på moders ønske er noget større end det estimerede tal ovenfor.

Selvom ovenstående ikke viser markante besparelser i et sundhedsøkonomisk perspektiv, viser det alligevel, at der ud fra en økonomisk betragtning er potentiale for at nedbringe omkostninger i sundhedsvæsenet, såfremt andelen af kejsersnit på moders ønske blandt flergangsfødende nedbringes, idet de ud fra en pragmatisk vinkel kan anses som unødvendige operationer, som er dyrere på både kort og lang sigt, end hvis kvinden føder vaginalt. Det økonomiske perspektiv vil dog ikke fremadrettet være et fokusområde i specialet.

2.2.3 Fødsel - en betydningsfuld begivenhed

En fødsel er en skelsættende begivenhed for forældre, som betyder, at et barn bliver til.

Denne begivenhed er for mange lykkelig, men en barnefødsel er uomtvisteligt en stressende begivenhed for den fødende, både fysisk og psykisk. En negativ fødselsoplevelse disponerer i højere grad kvinden til posttraumatisk stress og depression efter fødslen (Bielinski-Blattmann et al. 2009). Dette er alvorlige psykologiske sygdomme, som potentielt kan give en dårlig start på moderskabet og familielivet, hvorfor det fra et sundhedsmæssigt synspunkt vurderes vigtigt, at kvinder får en fødsel, som efterlader dem med en god fødselsoplevelse.

Studier, der har sammenlignet fødselsoplevelser blandt kvinder, der har født vaginalt, og kvinder, der har født ved kejsersnit på eget ønske, viser, at kvinder, der har født ved kejsersnit har en bedre oplevelse (Schindl et al. 2003; Wiklund et al. 2007). Et norsk studie fra 2014 har endvidere vist, at kvinder, der har født vaginalt, trods et ønske om kejsersnit, er i signifikant højere risiko for at lide af posttraumatisk stress efterfølgende, sammenlignet med kvinder, der både foretrækker og ender med at føde vaginalt (Garthus-Niegel et al. 2014). Det tyder derfor på, at kvinden kan være i risiko for alvorlige psykiske følger, hvis hendes ønske om kejsersnit ikke håndteres hensigtsmæssigt.

Disse fund pointerer vigtigheden af at indtænke kvindernes perspektiv i udformningen af praksis, da det med baggrund i studierne kan formodes, at kvinder, der ikke får deres ønske om kejsersnit opfyldt, er i risiko for at få en dårlig fødselsoplevelse, samt følger på længere sigt. Omdrejningspunktet for specialet vil derfor være rettet mod kvinder, der ønsker kejsersnit, og deres dialog med svangrepersonalet. I det følgende vil vi derfor se nærmere på den obstetriske praksis, som har betydning for de procedurer, som kvinden skal igennem, ved et ønske om kejsersnit.

2.3 Obstetrisk praksis

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG), afholder årlige møder, hvor der fastsættes guidelines for obstetrisk og gynækologisk praksis (Uldbjerg n.d.). Hvorvidt et kejsersnit vurderes som kejsersnit på moders ønske, er fastsat af de såkaldte Sandbjerg Guidelines i 2005, hvor en gruppe obstetrikere har vedtaget guidelines på baggrund af foreliggende evidens. Når der fremadrettet i dette speciale refereres til Sandbjerg guidelines, er det udelukkende de, der omhandler kejsersnit på moders ønske. Disse guidelines fungerer som et vurderingsredskab i praksis og angiver retningslinjerne på størstedelen af landets fødesteder, når obstetrikeren skal vurdere hvorvidt der er medicinske indikationer for at foretage et kejsersnit eller ej (Krebs et al. 2006). I det

nedenstående vil vi præsentere Sandbjerg guidelines, for at tydeliggøre obstetrikernes beslutningsgrundlag.

2.3.1 Sandbjerg Guidelines til vurdering af kvindens ønske om kejsersnit

Sandbjerg guidelines opdeler indikationer for at foretage kejsersnit i fire kategorier. Kategori I og II er kendetegnet ved at være forhold, der gør, at en vaginal fødsel ikke kan gennemføres eller skønnes at give øget risiko for henholdsvis alvorlige komplikationer eller akut kejsersnit. Da vi i dette speciale fokuserer på kejsersnit på moders ønske, der netop betegnes som kejsersnit uden medicinsk indikation, vil disse to kategorier ikke uddybes yderligere, men de specifikke medicinske indikationer kan findes i Tabel 2.3. Fremadrettet vil vi anvende vendingen ønske om kejsersnit, underforstået at dette er uden medicinsk indikation.

I Sandbjerg guidelines opdeles de ikke-medicinske årsager i kategori III og IV. Kategori III betegnes som forståelige grunde for at ønske kejsersnit og kategori IV betegnes som ikke-forståelige grunde. Forståelige årsager indebærer fx, at kvinden tidligere har haft en kompliceret fødsel eller akut kejsersnit jf. tabel 2.3. Desuden betegnes andre kliniske lidelser såsom rygproblemer eller vaginisme også som forståelige ønsker om kejsersnit, selvom der ikke foreligger evidens for, at det er gavnligt med et kejsersnit (Krebs et al. 2006). Ikke-forståelige årsager er fx, at en tidligere fødsel, ud fra kvindens perspektiv, har været besværlig, men hvor det lægefagligt ikke vurderes således, se Tabel 2.3 (Krebs et al. 2006). Ved forståelige begrundelser anbefales vaginal fødsel, men kejsersnit kan accepteres hvis kvinden efter grundig information stadig ønsker det. Ved de ikke-forståelige årsager kan obstetrikeren derimod vælge at acceptere ønsket, men har også mulighed for at afslå det, hvis det vurderes bedst for kvinden i den givne situation (Krebs et al. 2006).

Tabel 2.3. Oversigt over indikationer for at udføre kejsersnit.

Kategori	I : Traditionel medicinsk indikation	II : Udvidet medicinsk indikation	III : Ikke medicinsk indikation	IV : Ikke medicinsk indikation
Angivelse	Absolutte indikationer	Relative indikationer	Forståeligt ønske	Ikke-forståeligt ønske
Begrundelse	Livreddende for kvinden eller barnet Situationer, hvor fødsel ikke er muligt at gennemføre	Beskyttelse/sikring af kvindens eller barnets velfærd Opregning af tidligere øget risiko for forløb med negativt udfald, fx. akut kejsersnit eller forværring af gener. Graden af risiko vurderes uacceptabelt større ved vaginal fødsel ift. planlagt kejsersnit.	Der ses ingen medicinsk indikation (jf. kategori I og II). Der er forståelse for kvindens ønske, fx. på baggrund af tidligere forløb	Der ses ingen medicinsk indikation (jf. kategori I og II) eller identificerbar medicinsk begrundelse. Der er ikke forståelse for ønsket på baggrund af tidligere forløb eller andre forhold
Indikationer	Placenta prævia Tværløje (i relation til gestationsalder) HIV Primær genital herpes	UK Tvillinger med A i UK Trillinger Tidl sphinkterruptur med gener Tarmsygdomme Tidl sectio x 2 Tidl klassisk sectio Tidl uterus ruptur Samlet risiko for akut kejsersnit >50%	Tidl foetus mors Tidl misdannet barn Tidl langvarig eller besværlig fødsel Tidl vanskelig operativ forløsning Tidl akut kejsersnit Tidl født barn med fødselsskade Tidl sphinkterruptur uden gene	Oplevelse af at tidl. fødsel var besværlig (der findes normalt partogram og evt. operativ forløsning beskrevet uden komplikationer) Tidl født barn som var påvirket men ikke skadet Manden skal rejse Kan ikke redegøre for årsagen
Anbefaling	Anbefaling af Vaginal fødsel: Nej Kejsersnit: Ja Fraråd af Vaginal fødsel: Ja Kejsersnit: Nej	Anbefaling af Vaginal fødsel: Nej Kejsersnit: Ja Fraråd af Vaginal fødsel: Ja (*) Kejsersnit: Nej	Anbefaling af Vaginal fødsel: Ja Kejsersnit: Nej Fraråd af Vaginal fødsel: Nej Kejsersnit: Ja (**)	Anbefaling af Vaginal fødsel: Ja Kejsersnit: Nej Fraråd af Vaginal fødsel: Nej Kejsersnit: Ja (**)
Beslutning	Anbefaling af planlagt kejsersnit uanset, at kvinden evt. ønsker at forsøge vaginal fødsel	Anbefaling af planlagt kejsersnit. Vaginal fødsel kan accepteres, hvis kvinden fastholder et evt. ønske efter information	Anbefaling af vaginal fødsel. Accept af planlagt kejsersnit, hvis kvinden ønsker dette efter information	Anbefaling af vaginal fødsel. Planlagt kejsersnit kan enten accepteres eller afslås. Ved afslag bør der tilbydes en 'second opinion'

(*) - men accept af vaginal fødsel, hvis kvinden ønsker dette efter information og diskussion

(**) - men accept af planlagt kejsersnit, hvis kvinden ønsker dette efter information og diskussion. Kilde: Sandbjerg guidelines 2006

Sandbjerg Guidelines efterlader rum til fortolkning, hvorfor det er vores vurdering, at kvinders ønske om kejsersnit behandles forskelligt alt efter hvilket fødested hun er tilknyttet. At den enkelte obstetrikers vurdering spiller en vigtig rolle, kan

eksemplificeres med beskrivelsen om, at en tidligere klinisk situation kan være en forståelig grund til at ønske kejsersnit (Krebs et al. 2006). Denne brede betegnelse kan potentielt tillade mange kvinder, at få deres ønske opfyldt et fødested, mens andre ikke vil anse den som gyldig.

I 2016 er der lavet forslag til revision af de eksisterende guidelines (Aabakke et al. 2016). Herunder en ændring af definitionen kejsersnit på moders ønske, hvor det ikke længere skal ses som en samlet risikovurdering, men i stedet et kejsersnit, hvor der ikke er nogen form for medicinsk eller obstetrisk indikation. Grunden hertil er bl.a. at kodningen af kejsersnit på moders ønske hidtil har afspejlet den enkelte obstetrikers holdning, hvilket også har forårsaget nationale forskelle (Aabakke et al. 2016). Om denne revision vil eliminere forskellene er endnu uvis, dog antager vi, at så længe den obstetriske indikation er en del af definitionen, vil der stadig være grundlag for en vis subjektivitet, hvor den individuelle vurdering vil skinne igennem, da guidelines ikke er konkrete procedurer og retningslinjer, som praksis er forpligtet at handle efter. Forskellen i vurdering nuanceres i det følgende.

2.3.2 Den obstetriske vurdering

Ud fra et økonomisk og evidensbaseret perspektiv findes det logisk at undgå unødvendige operationer, hvorfor det giver mening, at obstetrikeren har mulighed for at afslå kvindens ønske, såfremt begrundelserne tilfalder kategori III eller IV. Sandbjerg guidelines lægger op til, at det i sidste ende er obstetrikerens individuelle vurdering, der fastslår hvornår et ønske er forståeligt, og den enkeltes holdning er derfor afgørende i forhold til om kvinden får sit ønske opfyldt eller ej.

Ifølge Sandbjerg guidelines er sondringen mellem en traumatisk fødsel og en besværlig fødsel, om der i kvindens journal er beskrevet komplikationer, jf. Tabel 2.3. Dette kan dog virke paradoksalt, da enhver fødselsoplevelse, i vores optik, er subjektiv, og hvad der kan virke traumatisk for én kvinde, er ikke nødvendigvis traumatisk for en anden. En traumatisk oplevelse, vil derfor ikke per automatik fremgå af journalen, hvorfor et ønske om kejsersnit dermed kan falde i kategori IV, alene fordi journalen ikke viser, at der har været komplikationer. Efter vores vurdering vil kvinder, der falder i kategori IV jf. tabel 2.3, have flere udfordringer i at overbevise obstetrikeren om gyldigheden af deres ønske. Dermed vurderer vi, at disse kvinder er i større risiko for ikke at blive anerkendt af obstetrikere end de kvinder, der falder i kategori III, selvom de føler sig traumatiserede eller har andre selvvalgte gode grunde til at ønske kejsersnit. Dette understøttes af Karlström et al. (2010), som finder, at kvinder ofte selv vurderer at have en gyldig medicinsk eller personlig årsag til deres ønske.

Ud fra dette bliver vi nysgerrige på, om dialogen med obstetrikeren kan påvirke kvindens samlede fødselsoplevelse, da Berthelsen og Gohr (2006) i et dansk antropologisk studie netop viser, at anerkendelse fra sundhedsprofessionelle er vigtig for, at kvinden får en god oplevelse af forløbet.

Obstetrikere er professionelle, hvormed det anses, at de formår at give nuanceret information baseret på evidens, og træffer faglige beslutninger på samme grundlag i samtalen med kvinder, der ønsker kejsersnit, ligesom det er deres juridiske pligt at gøre (Sundhedsloven 2010). Et studie af danske obstetrikere fra 2004 viser imidlertid, at op mod 40% af respondenterne mente, at det er en kvindes ret at få udført et kejsersnit, selvom der ikke er medicinsk indikation herfor (Bergholt et al. 2004). Studiet viser endvidere, at kvindelige obstetrikere, der selv har haft en ukompliceret vaginal fødsel, i mindre grad er tilbøjelige til at efterkomme kvindens ønske (Bergholt et al. 2004). Det tyder derfor på, at obstetrikere ikke kan frigøre sig fra personlige holdninger, hvilket kan bringe dem i et etisk dilemma. Dette bekræftes i et studie af Karlström et al (2009), hvor både jordemødre og obstetrikere udtrykker, at de finder det svært at tage hensyn til kvindens autonomi samtidig med, at de skal udføre evidensbaseret lægevidenskab, når kvindens ønske om kejsersnit er funderet i ikke-medicinske årsager.

Det forekommer problematisk, at håndteringen af kvinder, der ønsker kejsersnit, i nogen grad beror på den enkelte obstetrikers personlige vurdering, da der således er potentiale for, at den faglige vurdering til dels kan træde i baggrunden for den personlige. Obstetrikere vurdering af kvindens ønske om kejsersnit må dog også ses i lyset af fødestedets procedurer på området, hvilket i det følgende uddybes.

2.3.3 Nationale forskelle i procedurer og retningslinjer

Få danske fødesteder har offentligt tilgængelige retningslinjer for tilbud til kvinder, der ønsker kejsersnit. Derfor vil vi i det følgende tage udgangspunkt i en organisationsanalyse fra MTV'en (2005), for at illustrere de nationale forskelle i praksis. Dette gøres med forbehold for at praksis kan være ændret sidenhen, også med baggrund i, at Sandbjerg Guidelines er udformet efterfølgende. MTV'ens organisationsanalyse undersøgte tilbuddet på tre danske fødesteder; Hvidovre Hospital, Hillerød Sygehus og Herning Sygehus. I Tabel 2.4 ses det, at der i 2005 var forskel i procedurer vedrørende håndteringen af ønsket om kejsersnit, både i forhold til antallet af samtaler, indholdet i samtalerne og hvilket fagpersonale, der forestår samtalerne (Sundhedsstyrelsen 2005). At der stadig er forskel i praksis i dag, ses bl.a. i forskellen mellem tilgængeligt materiale fra Region Nordjylland og Sydvestjysk Sygehus. I Region Nordjylland afholdes der to

samtaler med obstetriker (Region Nordjylland 2016), og på Sydvestjysk Sygehus afholdes først samtale med specialuddannet coach-jordemoder efterfulgt af samtale med obstetriker (Sydvestjysk sygehus 2013).

Tabel 2.4. Oversigt over retningslinjer for tilbud til kvinder, der ønsker kejsersnit, på tre danske fødesteder i 2005 samt registreret andel af kejsersnit på moders ønske i 2004.

Fødested	Retningslinjer	% kejsersnit på moders ønske af alle kejsersnit i 2004
Hvidovre Hospital	Mindst én samtale med obstetriker. Samtale indeholder info om fordele ulemper og alternativer til kejsersnit. Respekt for kvindens frie valg.	18,2%
Hillerød Sygehus	Samtale med obstetriker, der er særligt specialiseret i kejsersnit på moders ønske. Information om risici og underskrift af erklæring om at information er modtaget.	12,3%*
Herning Sygehus	To samtaler med jordemoder, der er særligt specialiseret i kejsersnit på moders ønske. Samtaler indebærer systematisk indsamling af kvindens årsager til at ønske kejsersnit.	10,7%

* I MTV'en registreret som Frederiksborg Amt, hvorfor andre fødesteders tal kan være inkluderet i opgørelsen. (Sundhedsstyrelsen 2005: Kejsersnit på moders ønske - En Medicinsk Teknologivurdering)

Ud fra Tabel 2.4 kan der antages at være en sammenhæng mellem fødestedets tilbud til gravide, der ønsker kejsersnit, og antallet af kejsersnit på moders ønske, der gennemføres. Især tydeligt er det, at Hillerød Hospital, der udtrykker, at det er vigtigt at respektere kvindens frie valg, har den højeste andel registrerede kejsersnit på moders ønske. Denne andel er tæt ved en fordobling af andelen på Herning Sygehus, hvor samtalerne er målrettet kvindens årsager til ønsket. Dette forekommer interessant, da det kan tyde på, at den kommunikative praksis kan have afgørende betydning for

udfaldet af samtalerne. Desuden skaber sammenhængen en undren om, hvorvidt de forskellige typer af tilbud kan have betydning for kvindernes egne opfattelser af forløbet.

Vi finder det problematisk, at der ses regionale og kommunale forskelle i måden hvorpå kejsersnit på moders ønske håndteres, da kvinderne ikke bliver mødt på samme måde på tværs af sundhedsvæsenet, og derfor ikke kan forvente ens behandling. Dertil hører en problematik i, at de fleste fødesteder ikke har offentliggjort deres procedurer for tilbuddet til kvinder, der ønsker kejsersnit, hvilket hindrer gennemsigtigheden, og komplicerer kvindernes navigering i sundhedsvæsenet. I denne sammenhæng kan det diskuteres, hvorvidt Sandbjerg guidelines og Sundhedsstyrelsens anbefalinger til svangreomsorgen er tilstrækkeligt nationalt materiale til at sikre en ensartet praksis på samtlige danske fødesteder. Dog er der hverken i Sandbjerg guidelines eller i Sundhedsstyrelsens anbefalinger nævnt, at en ensartet national praksis tilstræbes, hvilket også kan efterlade os undrende, hvis kejsersnit på moders ønske ses som et samfundsmæssigt fænomen, der skal håndteres, hvilket bl.a. pointeres i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen (Sundhedsstyrelsen 2013).

Registrering af kejsersnit på moders ønske

Der ses store nationale forskelle i registrering af kejsersnit på moders ønske, hvor fx Herlev ligger i den høje ende af skalaen med 18,9% af alle kejsersnit mod Sygehus Sønderjylland med 4,7% i 2014 (Aabakke et al. 2016). Der ses en risiko for, at disse procentsatser er kontamineret, da der kan være forskel i fødestedernes registreringspraksis, fx grundet tolkningen og efterlevelsen af sandbjerg guidelines jf. afsnit 2.3.1. Dertil hører forskelle obstetrikere imellem, og hvorvidt de støtter kvindernes ønsker (Forstholt & Lidgaard 2009).

Et andet registreringsproblem relaterer sig til de kvinder, der har haft et ønske om kejsersnit, men er endt med at føde vaginalt. Der findes ingen systematisk registrering herover i Danmark (Diagnosekoder.dk), hvilket forekommer problematisk, da det derfor er svært at vurdere omfanget af kvinder, der ønsker kejsersnit, idet det ikke er alle, der får deres ønske opfyldt. I afsnit 2.2.3 fremgår det, at det kan have psykiske konsekvenser for kvinden, hvis hun føder vaginalt, trods et ønske om kejsersnit. Dette tydeliggør behovet for at kende omfanget af de, der ikke får deres ønske opfyldt, da disse kan antages at have behov for et særligt efterfødselsforløb. Ligeledes forestiller vi os, at registrering af kvinder, der bliver overbevist om, at en vaginal fødsel er bedst, kunne hjælpe til at forbedre praksis, da det giver evalueringsmuligheder, og et muligt overblik over hvilke faktorer, der får kvinderne til at ændre holdning. Manglen på sådanne

studier nævnes som et kritikpunkt af litteraturen i den danske MTV (Sundhedsstyrelsen 2005).

Du kan få en fødeplan

Ifølge Sandbjerg Guidelines kan en kvinde, såfremt hun accepterer at forsøge at føde vaginalt, tilbydes en fødselskontrakt (Krebs et al. 2006). En fødselskontrakt indgås for at kvinden kan føle sig tryk under fødslen og indeholder aftaler, som kan hjælpe hertil, fx en omhyggelig beskrivelse af ønsket smertelindring, samt aftaler om hvornår, der skal foretages kejsersnit i fødslen (Aabakke et al. 2016). En interviewundersøgelse på Herlev Hospital viser at 48%, der kommer med ønsket om kejsersnit, indgår en aftale, hvoraf 70% ender med at føde vaginalt (Dandanell et al. 2008). Ud fra fødesteders hjemmesider, finder vi, at den konkrete procedure omkring fødeplaner er forskellig og for nogle fødesteder ikke er beskrevet (Herlev Hospital n.d.; Nordsjællands Hospital n.d.; Hospitalsenheden Vest n.d.). I Herlev tilbydes kvinderne samtaler med jordemoder og to samtaler med obstetriker, hvor hun skal fremlægge det, der bekymrer hende, hvilket inddrages i fødselskontrakten, såfremt det vurderes, at hun skal føde vaginalt (Herlev Hospital n.d.), hvilket vidner om, at personalet søger at skabe tryghed for kvinden.

I vores optik forekommer det dog problematisk, at det ikke er en kontrakt i juridisk forstand, hvorfor svangrepersonalet kan afvige fra aftalen grundet et fagligt behov, hvilket kan skuffe kvinden, såfremt der må afviges fra planen. Vi vurderer, at fødeplanen er et redskab, som anvendes på mange fødesteder, omend den både betegnes plan, aftale og kontrakt, hvorfor vi fremover vil anvende fødeplan som fælles betegnelse.

Et kig til de skandinaviske nabolande

Som nævnt indledningsvist har Norge og Sverige en lavere andel af kejsersnit end Danmark⁸, hvorfor vi finder det relevant, nærmere at undersøge landenes procedure for kejsersnit på moders ønske.

Ligheden mellem dansk og norsk svangreomsorg kommer til udtryk i de norske anbefalinger, hvor det fremgår, at kvinden, der ønsker kejsersnit, tilbydes samtaler og rådgivning, men at det er obstetrikeren, der træffer den endelige beslutning (Häger et al. 2014). Denne beslutning skal dog foregå i samarbejde med kvinden og efter vurdering af det unikke tilfælde (Häger et al. 2014). I de svenske anbefalinger er der ligeledes vægt på at tilbyde kvinden information om risici. Som i Norge, er fokus også på kvindens unikke historie, som her uddybes, da det anbefales at foretage en systematisk kortlægning af

⁸ | 2012: Danmark: 21%, Norge; 17%, Sverige: 16,5%

kvindens historie, hvorudfra hun tilbydes passende støtte og information om risici (Andolf et al. 2011). Den svenske anbefaling lyder, at hvis førnævnte er udført, og kvinden stadig har et tungtvejende ønske om kejsersnit, skal dette opfyldes. Det tydeliggøres i anbefalingerne ikke hvorvidt obstetrikeren kan afvise kvindens ønske, hvis ikke det vurderes tungtvejende (Andolf et al. 2011).

På Herning Sygehus samt i Norge og Sverige er det at tage udgangspunkt i kvindens personlige historie essentielt. Dette finder vi interessant, da Norge og Sverige sammenlignet med Danmark har lavere andel af kejsersnit, og Herning ligeså en lav andel af kejsersnit på moders ønske i en national kontekst. Det tyder dermed på, at kvindernes perspektiver er relevante at medtænke, når det ønskes at nedbringe andelen af kejsersnit på moders ønske. For at komme disse perspektiver nærmere, vil vi i næste afsnit have fokus på de karakteristika, der kendetegner kvinder, der ønsker kejsersnit.

2.4 Kvinder, der ønsker kejsersnit

For førstegangsfødende finder Sahlin et al. (2013), at årsager til kvindernes ønske er emotionelt forankret, hvor flere af kvinderne angav, at de ikke så nogen anden mulighed end kejsersnit, fordi de altid har vidst, at de ikke skulle føde vaginalt. I et andet studie, af førstegangsfødendes årsager fremkom bl.a. angst for eget eller barnets sundhed/liv, frygt for smerte under vaginal fødsel og frygt for akut kejsersnit som årsager (Wiklund et al. 2007).

Det fremgår af MTV'en (2005), at forekomsten af kvinder, der ønsker kejsersnit, er størst blandt flergangsfødende, som udgør 79% af tilfældene. Dette understøttes i en svensk undersøgelse af Karlström et al. (2013), hvor 76,1 % af 5877 kvinder, der fik kejsersnit på moders ønske, var flergangsfødende.

Selvom tre ud af fire kvinder, der får kejsersnit efter eget ønske, er flergangsfødende, er hovedparten af studier på området, paradoksalt nok, fokuseret på førstegangsfødende (Hildingsson et al. 2002; Sydsjö et al. 2015; Wiklund et al. 2006; Wiklund et al. 2007; Sahlin et al. 2013). Vores hypotese er, at interessen for de førstegangsfødende skyldes en generel undren over deres baggrund for ønsket, hvor flergangsfødendes ønske forekommer mere forståeligt grundet deres tidligere erfaring, hvilket stemmer overens med Sandbjerg guidelines, jf. tabel 2.3 kategori III. Dog efterlades et videnshul vedrørende de flergangsfødendes ønsker om kejsersnit, da der efter vores vurdering kan være mange årsager til, at tidligere fødselsoplevelser danner ønske om kejsersnit, ligesom der kan være andre grunde, som ikke er identificeret.

Fremadrettet vil fokus i dette speciale være på de flergangsfødende, da de udgør den største andel af kejsersnit på moders ønske, og samtidig er den mest underbelyste gruppe.

I det følgende tegnes et billede af faktorer, der typisk gør sig gældende for flergangsfødende, der har et ønske om kejsersnit. Da der, jf. føromtalte videnshul, ikke er fundet relevant litteratur, der kun vedrører flergangsfødende, er litteratur hvor både første- og flergangsfødende undersøges, inkluderet, velvidende at dette kan influere studierne anvendelighed i denne kontekst. Der inddrages udelukkende skandinavisk litteratur, for at sikre, at kulturen blandt kvinderne er sammenlignelig med den danske. Som bidrag til at karakterisere kvinderne, vil Pierre Bourdieus begreber om habitus og kapital, blive inddraget.

Den franske sociolog Pierre Bourdieu har med sine begreber om habitus og kapital, skabt mulighed for at analysere og forklare det sociale liv og dermed også bestemme uligheder i samfundet og hvordan disse produceres (Wilken 2011). Med habitus introducerer Bourdieu et begreb til forståelse af hvordan mennesker forstår verden og hvordan deres valg er påvirket heraf (Wilken 2011), hvilket i nedenstående anvendes som et led i analysen af kvinder, der ønsker kejsersnit. Kapitalbegrebet omfatter økonomisk, kulturel, social og symbolsk kapital, og relaterer sig til menneskers indre og ydre ressourcer til at opnå indflydelse (Wilken 2011) og personer, der har meget af en kapitalform har, ifølge Bourdieu, også adgang til meget af en anden kapitalform (Larsen 2010). Kapitalformerne er med til ikke blot at forklare, men også forstå årsagerne til menneskers handlen (Wilken 2011), og vi anser dem dermed anvendelige i karakteristikken.

2.4.1 Sociodemografiske karakteristika

Studier viser, at kvinder, der ønsker kejsersnit, har lavere uddannelsesniveau og lavere indkomst sammenlignet med kvinder, der foretrækker vaginal fødsel (Karlström, Nystedt, Johansson, et al. 2011; Kringeland et al. 2009; Størksen et al. 2015). Ud fra Bourdieus begreber, vidner dette om lav økonomisk og kulturel kapital, hvor sidstnævnte ofte er sammenhængende med akademisk og intellektuelt niveau (Wilken 2011). Studier viser desuden, at det oftere er kvinder af anden etnisk herkomst, der ønsker kejsersnit (Karlström, Nystedt, Johansson, et al. 2011; Kringeland et al. 2009), hvilket kan forklares ud fra habitus, da kulturen i relation til fødsler kan være anderledes. Studierne viser også, at kvinder, der ønsker kejsersnit, i højere grad er uden partner, sammenlignet med kvinder, der foretrækker vaginal fødsel (Karlström, Nystedt, Johansson, et al. 2011;

Kringeland et al. 2009), hvilket vi antager kan være udtryk for at disse har lavere social kapital i form af ydre ressourcer. Manglen på ydre ressourcer i form af partner kan således udmønte sig til at ønske kejsersnit sammenlignet med kvinder, som har en partner, da disse kvinder i lavere grad vil kunne trække på partnerens ressourcer til selve fødslen.

Bourdieu pointerer, at personer, der har meget af en kapitalform, også har adgang til meget af en anden kapitalform (Larsen 2010), hvorfor vi finder det plausibelt at antage, at dette også er gældende med omvendt fortegn, således personer med lav kulturel og økonomisk kapital også oftest vil have lav social og dermed også symbolsk kapital. Dette kan understøttes af studiet af Kringeland et al. (2009), hvor kvinder, der ønsker kejsersnit, scorer signifikant dårligere i psykosociale parametre såsom; troen på egen handlekraft, relation til andre og tilfredshed med livet, sammenlignet med kvinder, der foretrækker vaginal fødsel.

Et karikeret billede af den typiske kvinde, der ønsker kejsersnit, er ud fra ovenstående en kvinde der har lav kapital, hvilket har betydning for hendes indflydelse og anerkendelse i et socialt felt (Sund & Krokstad 2011). Det sociale felt er her svangreomsorgen, hvor hun møder den obstetriker, der skal vurdere hvorvidt hun kan få sit ønske om kejsersnit opfyldt. Modsat vil obstetrikeren i form af sin titel som læge efter al sandsynlighed have høj økonomisk og kulturel kapital. Parterne vil dermed besidde forskellig grad af kapital, hvilket kan skabe et uligevægtigt magtforhold i samtalen, som dermed kan blive en afgørende faktor i samarbejdet mellem kvinde og obstetriker. Kvindernes lave kapital, kan derfor blive væsentlig i deres møde med obstetrikeren, da den vil være fundamentet for deres evne til at argumentere for ønsket. Da det er obstetrikeren, der afgør om kejsersnittet skal udføres, kan vi ud fra Bourdieus terminologi sige, at der udøves symbolsk vold mod kvinderne, når de accepterer obstetrikere ns dominerende position i samtalen (Wilken 2011), hvorved de forskellige positioner bliver tydelige. Hvordan disse kommer til udtryk i dialogen analyseres nærmere i afsnit 2.6.

Lav kapital viser sig ofte at have betydning for sundhedsadfærden hos den enkelte, hvilket fx tydeliggøres ved, at den største forekomst af rygere er blandt lavt socialt stillede, og det samme gør sig gældende for andre livsstilsrelaterede faktorer (Christensen et al. 2014). Flere studier peger på, at kvinder, der ønsker kejsersnit, oftere er rygere end kvinder, der foretrækker at føde vaginalt (Karlström, Nystedt, Johansson, et al. 2011; Størksen et al. 2015; Kringeland et al. 2009). Dette kan indikere, at disse kvinder, med afsæt i en lav kapital, ikke har de indre og ydre ressourcer det kræves for at

tage imod viden om sundhedsrisici og ligeledes handle derefter, hvorfor de besidder et lavt niveau af health literacy (sundhedskompetencer) (Madsen et al. 2009). Sundhedskompetencer anses som et væsentligt bindeled mellem viden og adfærd (Madsen et al. 2009), i denne forbindelse i relation til at træffe informerede valg om fødemåde i samtalen med svangrepersonalet. Kvinder, der besidder høj grad af sundhedskompetencer, vurderer vi også sandsynligvis har høj kulturel kapital, og derfor bedre forudsætninger for at forstå og bearbejde relevant viden om fordele og ulemper ved kejsersnit og vaginal fødsel, samt forholde sig til sundhedsfaglige begreber og videnskabelig usikkerhed. Dog tyder ovenstående på, at størstedelen af kvinder, der ønsker kejsersnit, har lav kapital, hvorfor vi formoder, at de overvejende er begrænsede i at handle efter den information om risici, de modtager af svangrepersonalet. Vi mener derfor, at det er særdeles vigtigt, at svangrepersonalet kan foretage en vurdering af kvindens sundhedskompetencer, og informationen om risici dermed tilpasses hendes ressourcer.

2.4.2 Årsager til kvindernes ønske

En række skandinaviske studier viser, at tidligere kejsersnit, tidligere dårlige fødselserfaringer, komplikationer i graviditeten, traumer og angst, er faktorer, som er af betydning, for kvinders ønsket om kejsersnit (Karlström et al. 2010; Kringeland et al. 2009; Størksen et al. 2015). Samme faktorer gør sig gældende i en dansk kontekst, hvor det netop fremgår i MTV'en (2005), at kvinder oftest ønsker kejsersnit af følgende årsager, hvoraf udvalgte punkter i det følgende vil blive belyst.

- Tidligere kejsersnit
- Dårlig fødselsoplevelse fra en tidligere fødsel
- Komplikationer i forbindelse med graviditeten
- Traumer (fx pga. førfødselsdepression eller seksuelt misbrug)
- Angst for at gennemføre en vaginal fødsel

De første to punkter er i ordlyden direkte forbundet til tidligere fødsler, hvorfor det tydeliggøres, at flergangsfødendes ønske, udspringer af tidligere oplevelser (Karlström et al. 2010; Hildingsson et al. 2002; Størksen et al. 2015). Karlström et al (2010) påpeger derfor, at kvindens første fødselsoplevelse er afgørende for hendes syn på fremtidig fødemåde, hvorfor en god første fødsel bør være af højeste prioritet. Sundhedsstyrelsen pointerer ligeledes vigtigheden i at forebygge ønsket om kejsersnit blandt flergangsfødende ved at sikre gode førstegangsfødsler (Sundhedsstyrelsen 2013). Dette giver i vores optik god mening, men efterlader os med et spørgsmål om hvordan dette i praksis skal lade sig gøre, når besparelser i sundhedsvæsenet sætter de danske

fødesteder under pres, og udfordrer jordemødrenes indsats hos den enkelte fødende (Finansministeriet 2016; Skov 2015), hvilket kan have stor indflydelse på fødselsoplevelsen.

Sundhedsstyrelsen anslår, at 6-10% af danske gravide oplever fødselsangst i en sådan grad, at det påvirker deres hverdag, herunder ønske om kejsersnit (Sundhedsstyrelsen 2013), hvilket relaterer sig til sidste faktor jf. ovenstående punkter. Flere studier viser i tråd hermed en signifikant association mellem fødselsangst og kejsersnit på moders ønske (Hildingsson 2008; Karlström et al. 2011a; Størksen et al. 2015).

Ud fra Bourdieus habitusbegreb kan fødselsangsten betragtes som et produkt af kvindens virkelighedsforståelse, der er opstået gennem hendes kropslige, sociale og kulturelle erfaringer (Wilken 2011). Fødselsangst blandt flergangsfødende udspringer ofte af tidligere fødselserfaringer (Karlström et al. 2011a; Hildingsson 2008). Dette kan ifølge Bourdieu forklares med den kropslige forankring af habitus, der gør, at mennesker husker med kroppen (Wilken 2011), hvorefter vi kan udlede, at angsten er en integreret del af kvindens habitus, hvilket pointerer en vigtighed i, at obstetrikere og jordemødre tager højde for kvindens personlige historie, når de skal vurdere ønsket om kejsersnit.

Partnerens indflydelse

Johansson et al (2010) finder, at den stærkeste faktor for en faders præference for kejsersnit, er en tidligere negativ fødselsoplevelse, hvilket stemmer overens med kvinderne. Vi finder dog ingen studier, der indikerer hvilken rolle fædre ellers har i relation til kejsersnit på moders ønske. I forslaget til revisionen af Sandbjerg Guidelines og i Sundhedsstyrelsens anbefalinger til svangreomsorgen, nævnes kvindens partner kun overflødig (Aabakke et al. 2016; Sundhedsstyrelsen 2013). Dette har ledt os til en undren omkring, hvordan kvindens partner inddrages af svangrepersonalet og influerer ønsket om kejsersnit.

2.5 Fremherskende diskurser

Berthelsen og Gohr (2006) fremhæver, at kulturen på fødesteder er bestemt af forskellige opfattelser og værdier, som bærer præg af samfund og faglighed, samt svangrepersonalets personlige overbevisninger. Den norske jordemoder og filosof Gunhild Blåka Sandviks indfører diskursbegreberne den jordemoderfaglige diskurs og den fødselsvidenskabelige diskurs (Sandvik 1997), som vi i det følgende betegner som en *naturalighedsdiskurs* og en *medikalisierende diskurs*. For at undersøge svangrepersonalets position i dialogen, vil det følgende, analysere deres ageren ud fra de

fremherskende diskurser relateret til fødsler. Afslutningsvist bringer vi en samlet analyse af dialogen mellem kvinderne, der ønsker kejsersnit, og svangrepersonalet.

2.5.1 Den medikaliserende diskurs

Gennem tiden er fødsler gået fra at være en ren fysiologisk livsbegivenhed for kvinden til at være en medicinsk begivenhed (Blaaka & Schauer Eri 2008). Dette skyldes, ifølge Blåka, den generelle udvikling i medicinsk teknologi og et biomedicinsk fokus på sygdom frem for den enkeltes selvoplevede sundhed og sygdom (Blaaka & Schauer Eri 2008).

Den biomedicinske tilgang er karakteriseret ved en skelnen mellem objekt (naturen) og subjekt (mennesket). Det objektive udgør rationalitet og videnskab, hvor den subjektive er værdiladet, uvidenskabelig og irrationel (Blaaka & Schauer Eri 2008).

Brugen af medicinsk teknologi under fødsler, fx epiduralblokade og sugekop, er blevet normale procedurer, uagtet om den gravide betragtes som værende i høj eller lav risiko for komplikationer (Blaaka & Schauer Eri 2008), hvilket vi formoder også er et udtryk for kvindernes efterspørgsel.

2.5.2 Naturlighedsdiskursen

Naturlighedsdiskursen baseres på en tankegang, hvor den gravides behov anskues i relation til fødslen som en helhed. Hvis komplikationer opstår, søges dette håndteret gennem en holistisk tilgang, hvor de funktionelle dele af kroppen hjælper til at få kontrol over den fødende krop. Kontrol skabes ved at sikre fysisk-, følelsesmæssig- og social trivsel hos den fødende, og i modsætning til det objektiverende læge-patient forhold, efterstræbes et ligeværdigt forhold mellem den fødende og svangrepersonalet (Blaaka & Schauer Eri 2008). Gennem naturlighedsdiskursen er en fødsel en biologisk og normal eksistentiel livsbegivenhed, hvor den fødende ikke kan adskilles fra sin krop, men ses som en samlet enhed. Ud fra denne opfattelse anses subjekt og objekt som et samlet hele, i modsætning til den medikaliserende diskurs (Blaaka & Schauer Eri 2008).

Idet Blåka & Schauer Eri (2008) betegner denne diskurs som den jordemoderfaglige diskurs, antager vi, at det er denne, de danske jordemødre i udgangspunktet tilstræber, hvilket også udtrykkes af formand for Jordemoderforeningen Lillian Bondo: *Det er hele kvinden, der føder, og vi fokuserer på kvindens styrke. (...) Styrken ved at kende det normale så godt, som vi gør, er også, at vi kan se, når det ikke længere er normalt* (Villesen 2013a).

Obstetrikere kan ligeledes antages at tilstræbe naturlighedsdiskursen omend de, qua deres profession, er mere forankrede i den medikaliserende diskurs end jordemødre.

Deres fokus på det naturlige kommer til udtryk i Sandbjerg guidelines, hvor den vaginale fødsel beskrives således: *At føde sit barn ved en normal fødsel opleves af mange som en fascinerende fysiologisk proces, som man altid vil huske og efterfølgende ikke ville have været foruden* (Krebs et al. 2006 s. 18).

Desuden er både jordemødre og obstetrikere forpligtet til at følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger, som fastslår, at fødsler er en *naturlig fysiologisk proces*, og at målet med svangreforløbet er, at kvinden bør opleve perioden som en *naturlig livsproces* (Sundhedsstyrelsen 2013 s. 17 & 151). Sundhedsstyrelsen påpeger desuden at unødvendige medicinske indgreb, herunder kejsersnit på moders ønske, bør minimeres (Sundhedsstyrelsen 2013).

Svangrepersonalets navigeren mellem diskurser

Efter vores vurdering har den normaliserede tilgang til medicinsk- og teknologisk indblanden i fødsler gjort, at den medikaliserende diskurs er fremtrædende på de danske fødesteder. Dog tyder det på, at svangrepersonalet tilstræber at fødslen bliver så naturlig som muligt, med færrest mulige medicinske indgreb, hvorfor deres grundlæggende værdier og opfattelser af den gode fødsel er forankret i naturlighedsdiskursen.

At svangrepersonalet ikke altid tilhører den ene eller anden diskurs tydeliggøres i et canadisk studie. Dette viser en forskel mellem jordemødre og obstetrikere placering i forhold til de herskende diskurser, idet 52,9% af obstetrikere mente, at kvinden havde ret til at vælge planlagt kejsersnit mod 14,6% af jordemødrene (Reime et al. 2004). Dette indikerer at obstetrikere er forankret i den medikaliserende diskurs og jordemødre i naturlighedsdiskursen. Lignende fordelinger ses i studiet vedrørende deres holdning til indlæggelse i fødsels startfase (Obs: 35%; JM: 8%) og igangsættelse af fødsel i gestationsuge 41+ (Obs: 100%; JM: 30%)(Reime et al. 2004). 66,7% af alle jordemødre svarede, at den vigtigste determinant for en god fødsel var kvindens egen selvtillid og viljestyrke, mod 33,3% af obstetrikere (Reime et al. 2004), hvormed vi kan udlede, at obstetrikere i højere grad end jordemødre også er villige til at intervenere i den naturlige fødsel.

De fremherskende diskurser gør sig ikke kun gældende blandt svangrepersonalet, men ses også udfoldet i det danske samfund, hvor vi ligeledes ser en tendens til at favorisere den vaginale fødsel. Følgende afsnit skildrer den danske samfundskultur vedrørende fødsler, samt hvilken betydning den kan have for de kvinder, der ønsker kejsersnit. Skildringen er baseret på fremtrædende personer, som offentligt har udtrykt sig om

emnet, og i vores øjne, qua deres faglige kvalifikationer, anses kompetente til at udtale sig om emnet.

2.5.3 At ønske kejsersnit i en dansk fødekultur

Hvor vi ovenstående har vist, at svangrepersonalet ikke kan polariseres i de to fremherskende diskurser, ser vi i samfundet en tendens til mere værdiladede og unuancerede holdninger. Naturlighedsdiskursen er især dominerende, hvilket ifølge udviklingskonsulent i Jodemoderforeningen, Anne-Mette Schroll kan tilskrives den nordiske kultur, hvor rigtige kvinder føder vaginalt (Villesen 2013c). Forfatteren til 'Bogen om Kejsersnit' Rikke Theill udtaler i tråd hermed: *Der er noget urkvinde over det. Man skal helst kunne klare det, og mit indtryk er, at det er noget særligt nordisk. Måske har vi en idé om, at her er vi stærke kvinder, som ikke er bange for smerte* (Villesen 2013c).

Denne italesættelse af den vaginale fødsel som den rigtige fødsel, problematiserer flere jordemødre og obstetrikere, idet det kan sætte kvinden, der får eller ønsker kejsersnit, i en situation, hvor hun føler sig forkert, fordi hun afviger fra normen (Villesen 2013c). Anne-Mette Schroll udtaler, at kulturen gør det svært for denne kvinde, da hun både skal kæmpe for sin sag hos svangrepersonalet og blandt sine medmennesker, hvilket kan være hårdt i en skrøbelig situation (Villesen 2013c). Overlæge Lone Hvidman udtrykker ligeledes forståelse for, at kvinderne kan føle sig utilstrækkelige, når de mødes af den retorik, der føres i samfundet, såvel som hos svangrepersonalet (Villesen 2013b). På baggrund heraf, vurderer vi, at samfundskulturen kan have negative konsekvenser for kvinder, der får eller ønsker kejsersnit, ved at give dem indtryk af, at de ikke er normale og afviger fra mængden.

I studiet af Berthelsen og Gohr (2006) præsenteres et vordende forældrepar, der ønsker kejsersnit, men holder ønsket for sig selv, da de føler, at andre vil opfattet det som den nemme løsning. Dette er således et eksempel på, at den naturlighedssøgende diskurs kan have en betydning. Heraf kan vi udlede, at trods naturlighed ikke er et fødselsideal for alle, tvinges vordende forældre til at forholde sig til det naturlige i mødet med svangrepersonale og medborgere, hvilket kan medvirke til en negativ fødselsoplevelse. Vi vurderer i denne sammenhæng, at kvinder med ønske om kejsersnit, i højere grad er i risiko for at føle sig uretfærdigt behandlet i svangreforløbet, grundet den modstand de møder.

2.6 Det Pluralistiske Sundhedssystem

I det følgende analyseres dialogen mellem svangrepersonalet og kvinden, der ønsker kejsersnit i en teoretisk kontekst. Til at undersøge mekanismer i dialogen mellem kvinden og svangrepersonalet inddrages antropolog og psykiater Arthur Kleinmans begrebsmæssige model af det pluralistiske sundhedssystem, som tager afsæt i, at fag- og lægfolk befinder sig i to forskellige systemer.

Kleinman definerer et sundhedssystem som et pluralistisk hele, der indeholder alle de forestillinger, erfaringer og aktiviteter, der ses i en given kultur, og som relateres til sygdom, behandling og sundhed. Et sundhedssystem omfatter både et videns- og et handlingssystem, og består af tre sektorer, som på visse punkter overlapper hinanden; den professionelle-, den alternative- og den folkelige sektor (Jensen 1997; Kleinman 1981), hvoraf den alternative ikke vil blive behandlet yderligere her. Den folkelige sektor er domineret af lægperspektiver, overbevisninger og erfaringer i en kulturel kontekst, som styrer individers rationaler og handlinger (Kleinman 1981). I dette system finder vi kvinderne, der ønsker kejsersnit. Den professionelle sektor domineres af en biomedicinsk forståelse af sygdom baseret på faglig erfaring og foreliggende evidens (Kleinman 1981), og heri findes obstetrikere og jordemødre.

Flere faktorer kan spille ind i den proces en kvinde gennemgår, når hun beslutter, at hun ønsker et kejsersnit. I afsnit 2.4 så vi, at kvindens habitus og kapital kan spille en vigtig rolle, hvorfor hendes egne erfaringer er afgørende. Derudover viser studier, at kvinder ligeledes søger erfaring og viden i omgangskredsen, samt på internettet (Weaver et al. 2007; Karlström et al. 2009; Wiklund et al. 2007). Dertil kommer viden om risici fra den professionelle sektor, hvilket samlet set bringer mange informationer, som kvinden skal navigere i og forholde sig til. Evnen til at sortere brugbare sundhedsoplysninger fra irrelevante eller falske oplysninger afhænger af kvindens sundhedskompetencer (Madsen et al. 2009).

At kvinden kan have svært ved at navigere i sundhedsinformationer, kommer til udtryk i et studie af Weaver et al. (2007), som viser, at flere kvinder ønskede kejsersnit, fordi de mente, at et kejsersnit var forholdsvis risikofrit og faktisk mere sikkert for barnet end vaginal fødsel. En informant udtaler bl.a. *“I’ve heard it’s better for the baby, to have a caesarean; they’re not getting squashed all the way along the birth canal.”* (Weaver et al. 2007 s. 36). Ud fra Kleinmans perspektiver er citatet ovenfor et udtryk for kvindens personlige forklaringsmodel, som hun har opbygget gennem erfaringer i den folkelige

sektor, fx via samtale med familie og venner samt egne lægfortolkninger af ekspertudsagn.

Ifølge Kleinmans teori vil svangrepersonalet, modsat kvinderne tage en videnskabelig vinkel, og vil i dette tilfælde have en anden opfattelse end kvinden og formodentlig anse hendes forklaringsmodel som uforståelig, da evidens netop tyder på, at det er positivt for barnet at blive presset gennem fødselskanalen (Cho & Norman 2013), jf. afsnit 2.2.1. Grundet de forskellige perspektiver mellem kvinden og svangrepersonalet, finder vi et potentielt modsætningsforhold, der kan skabe konflikter, hvilket kan påvirke kvindens oplevelse negativt, samt udfordre personalet i deres kommunikation med kvinden.

Flere studier påpeger, at kvinder, der ønsker kejsersnit, ikke ser en fødsel som en naturlig proces, på samme vis som kvinder, der foretrækker vaginal fødsel (Hildingsson 2008; Karlström, Nystedt, Johansson, et al. 2011), hvilket jf. afsnit 2.5.3, viser, at kvinderne distancerer sig fra den gængse opfattelse af en fødsel. I et Kleinmansk perspektiv, tydeliggøres det herved, at mødet mellem lægmanden (kvinden) og den professionelle sektor (svangrepersonalet) kan bære præg af to forskellige forståelser af hvad en naturlig fødsel er. Da professionelle og lægmænd netop har forskellige forståelser af den gode fødsel står det klart, at når de to mødes, vil der opstå en situation, hvor disse forståelser nødvendigvis udfordres af hinanden. Denne diskrepans mellem svangrepersonalet og kvindernes opfattelser er et eksempel på, at samtalen mellem lægmand og professionel fra start er udfordret, hvilket kan besværliggøre den gode dialog og forståelse samt skabe gnidninger mellem de to parter.

Kleinman gør sig ikke til dommer over hvilken forklaringsmodel, der er den bedste, men pointerer en vigtighed i, at de professionelle lytter nøje til patientens ord (Kleinman 1981). Dette gør sig især gældende når professionelle møder forklaringsmodeller, der ikke findes gyldige eller direkte tilskrives nonsens, da dette, ifølge Kleinman, kan skabe utilfredshed (Kleinman 1981). I MTV'en fra 2005 fremgår det, at målet for svangrepersonalet må være: *at bringe den gravide til en forståelse af, at vagina lfødsel er det rette valg* (Sundhedsstyrelsen 2005 s. 29). Ud fra dette kan det dog diskuteres hvorvidt svangrepersonalet reelt har mulighed for at lytte til kvindens forklaringsmodeller, da de på forhånd har et formål med samtalen, som er at få kvinden til at forstå, at den vaginale fødsel er bedst for hende. Der opstår derfor et misforhold i de to sektorer agenda, hvor kvindens er at behandle sit ønske imens svangrepersonalets udgangspunkt er at tilråde vaginal fødsel. Efter vores vurdering betyder det, at kvindens forklaringsmodeller er undermineret allerede inden mødet med den professionelle sektor, og således kan føre til utilfredshed jf. Kleinmans argumenter.

Dog formoder vi, at det ikke er en nem opgave for obstetrikeren at beslutte hvorvidt kvindens ønske kan efterkommes, da der er mange faktorer i spil. Obstetrikeren skal både forholde sig til Sandbjerg Guidelines og fødestedets procedurer, hvilke ikke nødvendigvis er enslydende, jf. afsnit 2.3. Derudover viser Bergholt (2004), at obstetrikere kan have svært ved at skelne mellem deres faglige og personlige holdning til ønsket, ligesom vi i afsnit 2.5 viste, at de også drives af fremherskende diskurser. Ud fra en Kleinmansk forståelse vil obstetrikerens rådgivning ikke alene hvile på den professionelle sektor, men også den folkelige, hvor obstetrikere personlige holdninger og erfaringer er opstået. Endelig har obstetrikere også en række etiske retningslinjer at forholde sig til, da de ud fra deres lægefaglige profession må balancere mellem etiske principper relateret til respekt for kvindens autonomi, samt det etiske princip om ikke at gøre skade (Sundhedsstyrelsen 2005). Sidstnævnte kommer til udtryk, når det vurderes at risici for mor og barn overgår kvindens begrundelser for at ønske kejsersnit. At obstetrikere må advokere for barnet er derfor endnu en faktor, der er på spil, og sammen med de førnævnte faktorer viser dette kompleksiteten af den obstetriske beslutning.

Kapitel 3

Afgrænsning

3.1 Afgrænsning

På baggrund af ovenstående problemanalyse fremstår det tydeligt, at såfremt kejsersnit på moders ønske skal nedbringes, bør der tages udgangspunkt i flergangsfødende kvinder.

Grundet de nationale forskelle, der forekommer i proceduren omkring kejsersnit på moders ønske, vil dette implicit inddrages i den fremadrettede problembearbejdning, for at undersøge forskellighederne i fødestedernes procedurer.

Vi vil undersøge problemfeltet ud fra de flergangsfødendes perspektiv og deres begrundelser for ønsket i en dansk kontekst, således dette bliver omdrejningspunktet for vores forandringsforslag. Da det overordnede formål er at nedbringe kejsersnit på moders ønske ud fra såvel et risiko- såvel som et samfundsøkonomisk perspektiv, er vi således sundhedsfundamentalistiske i vores tilgang. Dog mener vi ikke, at kejsersnit på moders ønske skal nedbringes for enhver pris, hvorfor vi ikke går på kompromis med den gode fødselsoplevelse for de fødende. Derfor vil vi, som tidligere nævnt, undersøge problemfeltet fra kvindernes optik.

Kejsersnit på moders ønske kan forebygges ved at sikre en god første fødsel, hvilket påpeges i både dansk og international litteratur. Dette vil dog ikke blive målet for dette speciale, hvor fokus i stedet rettes mod at se fremad på den næste fødselsoplevelse. Problemanalyse viser samlet set, at der er potentiale for kommunikationsproblemer i mødet mellem kvinden, der ønsker kejsersnit, og svangrepersonalet. Da kvinderne og svangrepersonalet anskuer ønsket om kejsersnit forskelligt, efterlader det os med et spørgsmål om hvordan samarbejdet og dialogen mellem parterne, kan tilrettelægges således det både tilgodeser kvindernes autonomi og svangrepersonalets faglige ansvar.

3.2 Formål

Formålet med dette speciale er at bidrage med viden om flergangsfødendes bevæggrundlag for at ønske kejsersnit uden medicinsk indikation, og desuden viden om

hvordan de oplever samarbejdet med svangrepersonalet i denne henseende. Dette vil skabe grundlaget for forandringsforslag, som kan tilgodese såvel kvindens som den faglige autonomi. Specialet vil dermed bidrage med viden, som således på en hensigtsmæssig måde kan bidrage til at nedbringe kejsersnit på moders ønske uden at gå på kompromis med den gode fødselsoplevelse, og vil være gavnlig for svangrepersonale i Danmark ligesom det vil komme kvinder med ønsket om kejsersnit til gavn.

3.3 Problemformulering

Hvordan oplever kvinder dialogen med svangrepersonalet, når de har et ønske om kejsersnit?

Hvordan kan samarbejdet med den flergangsfødende, der ønsker kejsersnit, balancere kvindens autonomi og svangrepersonalets faglige vurdering, samtidig med andelen af kejsersnit nedbringes?

Kapitel 4

Specialets referenceramme

I dette kapitel vil overvejelser om måden hvorpå vi forstår viden og forforståelse, ud fra Hans Georg Gadammers filosofiske hermeneutik, blive præsenteret og relateret til måden hvorpå vores undersøgelse finder sted. Efterfølgende vil vi argumentere for teoriens rolle og anvendelse.

4.1 Hermeneutikken som ramme

Det overordnede formål med specialet er, at bidrage med forslag til en forandring af praksis, der på sigt kan hjælpe til at nedsætte andelen af kejsersnit. Dette er dog med en erkendelse af, at det er nødvendigt at forstå hvad der er på spil for de kvinder, som danner centrum for de obstetriske beslutninger. Ifølge Launsø et. al (2011) vil *“dybtgående og indlevende forståelse af unikke fænomener”* (s.60), bero på hermeneutisk fortolkning. I det følgende vil vi redegøre for, hvordan den filosofisk-hermeneutiske tilgang danner udgangspunktet for den måde, der arbejdes i specialet, og den viden, som frembringes. Til dette inddrages Gadammers betragtninger om forståelse og viden ud fra dels Lisa Dahlager og Hanne Fredslunds og dels Henriette Højbjerg indføring i Gadammers filosofiske hermeneutik.

4.1.1 Gadammers filosofisk-hermeneutiske tilgang

Gadamer repræsenterer et brud med tidligere tiders hermeneutik, hvor han mener, at det ikke er muligt at skille subjekt og objekt fra hinanden, men at subjektet er en aktiv del i forståelsen af et fænomen (Dahlager & Fredslund 2015). Gadamer præsenterer yderligere nogle centrale begreber som den hermeneutiske cirkel, forforståelse og horisontsammensmeltning kan bruges til at forstå den filosofisk-hermeneutiske tilgang (Dahlager & Fredslund 2015), hvilket udfoldes nedenfor.

Den hermeneutiske cirkel og forforståelse

Den hermeneutiske cirkel er et princip om at dele kun kan forstås ud fra en helhed og omvendt, hvorfor den bliver en veksel mellem del og helhed (Højbjerg 2009). I henhold til den filosofiske hermeneutik, inddrages fortolkeren i meningsdannelse og subjekt og

objekt kan ikke adskilles (Højbjerg 2009; Dahlager & Fredslund 2015). Det betyder, at vi ikke kan fortolke vores data uden at inddrage den viden og forståelse vi har af verden.

At vi ikke kan tilsidesætte vores forforståelse betyder dermed, at den er en betingelse for at kunne forstå, ligesom den indeholder alt det vi på forhånd ved eller tror om et vi forsøger at forstå (Dahlager & Fredslund 2015). Gadamer mener ikke, det er muligt at indgå i en forskningsproces uden sin forforståelse, ligesom han heller ikke mener, det er værd at stræbe efter, for hvis vi intet ved om det, der skal undersøges, så vides det ej heller hvilke forskningsspørgsmål, der er relevante at stille. Ifølge Gadamer må vi derfor altid medbringe vor forforståelse i en forståelsesproces, hvorfor forforståelse og forståelse er afhængige og betinget af hinanden (Dahlager & Fredslund 2015). For at gøre os bevidste om hvad dette netop betyder i vores speciale, vil vores personlige og faglige forforståelse blive præsenteret i det følgende, som vi forventer eventuelt vil være en anden i slutningen af processen, i henhold til, at forforståelsen, ifølge Gadamer, er foranderlig (Dahlager & Fredslund 2015).

Situation og horisont

Ifølge Gadamer, er vi historiske væsener, som allerede og altid er påvirket af historien, og det historiske aspekt har betydning for vores situation (Dahlager & Fredslund 2015). Dahlager og Fredslund (2015) tilskriver, at personlige forhold fx køn og uddannelse betyder noget for den enkeltes erkendelsesinteresse, hvilket præger den måde vi forstår et givent fænomen på. I dette speciale har det fra begyndelsen stået klart, at vores særlige interesse for fødsler og fødselsoplevelsen, i kraft af vores roller som mødre, har dannet udgangspunktet for, at specialet er blevet til. Situation og forforståelse betegner samlet set vores horisont, og horisonten påvirkes af om vi betragter fænomenet i et snævert eller bredt perspektiv (Dahlager & Fredslund 2015). Herudfra, vil vores horisont være betinget af netop vores situation, underforstået at vi selv er mødre, og den rækkevidde vores udsyn har, kan være påvirket af dette.

Horisontsammensmeltning

Horisont og forforståelse hænger tæt sammen, og horisonten er ligesom forforståelsen uomgængelig og et nødvendigt element for at forstå. Forståelsen sker, når to horisonter mødes, ved at den ene horisont forsøger at sætte sig ind i den anden horisont (Dahlager & Fredslund 2015). I dette speciale udgør vi som studerende den ene horisont hvorimod genstandsfeltet for forståelse, kvindernes møde og dialog med svangreomsorgen, den anden. Når vi forsøger at forstå denne horisont, kan der opstå en horisontsammensmeltning, men blot at reproducere den anden horisonts viden er ikke

en ægte forståelsesproces ifølge Gadamer (Dahlager & Fredslund 2015).

Horisontsammensmeltningen sker netop ved, at forforståelsen medbringes i forståelsesprocessen af den udforskede horisont, hvorved noget tredje opstår (Dahlager & Fredslund 2015), og horisontsammensmeltningen i dette speciale er derfor, når både vores og kvindernes horisont mødes, og vi gennem analyse og fortolkning får en ny forståelse af fænomenet.

Måden hvorpå viden skabes i dette speciale er i overensstemmelse med Gadammers måde at betragte viden på, idet vi erkender, at vores forforståelse har stor betydning for skabelsen af viden. Enhver tekst er aldrig en endegyldig viden, men en forforståelse af fænomenet, som fortolkerne havde på det tidspunkt den blev skrevet, og læserne vil læse fortolkningen med deres forforståelse og forstå materialet på en ny måde (Dahlager & Fredslund 2015). Målet for os er derfor ikke at fremkomme med en sandhed, men snarere at bidrage med en gyldig fortolkning ved at operationalisere principperne i Gadammers filosofiske hermeneutik.

4.1.2 Metodiske principper i hermeneutikken

For at opnå en reel horisontsammensmeltning vil vi benytte os af nogle metodiske principper, fremført af Dahlager og Fredslund (2015). Disse inkluderer at vi i dette speciale vil vi være eksplicite i både vores personlige og faglige forforståelse, jf. afsnit 4.4.1, og vi forholder os hermed til hvad vi bringer med ind i processen og bearbejdelsen af emnet, jf. 1. metodiske princip. Desuden vil vi bestræbe os på at være åbne overfor, at andre forståelser kan være rigtige, således vores forståelsesfront hele tiden udfordres og er i konstant bevægelse jf. 2. metodiske princip. Det er desuden vigtigt for os, at medtage overvejelser omkring kontekst fx når vi forsøger at forstå og forklare hvorfor kvinder og svangrepersonale agerer og siger, som de gør jf. 3. metodiske princip. I specialet vil de spørgsmål, som vi benytter os af undervejs, herunder problemformulering, forskningsspørgsmål og interviewspørgsmål undergå en udvælgelsesproces, og vi vil forsøge at forklare og diskutere hvordan forforståelsen har og har haft betydning for dem jf. 4. metodiske princip, se bilag 2.

Tabellen nedenfor beskriver dels *hvad* de metodiske principper omhandler og *hvorfor* de er vigtige, jf. Tabel 4.1.

Tabel 4.1. Oversigt over og anvendelse af de metodiske principper.

De fire metodiske principper	Hvad	Hvorfor
1. princip: Forforståelsen bevidstgøres	At gøre sin forforståelse klar for læseren	Da denne vil påvirke den forståelse vi får af emnet ud fra den empiri vi indsamler
2. princip: Sætte sin forforståelse på spil og derigennem sætte sin forståelsesfront i bevægelse	At forskeren gennem forskningsprocessen forsøger at være kritisk overfor egen forforståelse og aktivt stille spørgsmålstejn ved hvorvidt det, der undersøges og forstås, kan forstås på en anderledes måde.	For at opnå erkendelse af hvorvidt egen forforståelse rykkes og udfordres
3. princip: At sætte sig i den andens sted	Det subjekt, der studeres, skal forstås ud fra den kontekst, som subjektet befinder sig i.	Fordi subjekt ikke kan adskilles fra dets kontekst, når det skal forstås.
4. princip: Spørgsmålets struktur	Forforståelsen har betydning for det, der undersøges (erkendelsesinteressen) og styrer spørgsmålene der stilles.	Måden et fænomen undersøges og de spørgsmål, der stilles styrer de svar, der findes.

(Dahlager og Fredslund 2015)

Ovenstående metodiske principper danner rammen for den måde, vi arbejder på i specialet, og vi vil derfor løbende henvide til de metodiske principper, hvor vi finder det relevant. I det følgende vil eksempler på hvorledes vores forforståelse og situation har ledt os i retning af dette speciales fokus blive præsenteret jf. 1 metodiske princip.

4.1.3 Personlig og faglig forforståelse

Idet vi alle i gruppen selv har børn, og enten har født vaginalt eller ved akut kejsersnit, opfattes fødslen af os, som en vigtig begivenhed i en kvindes liv. Vores egne oplevelser har spillet en rolle i den henseende, at egne erfaringer har dannet grobund for diskussioner, hypoteser og emner, som vi har ønsket at udforske mere. Dette har dels bidraget til at fødsler er centrum for vores speciale, og dels den måde vi er gået til emnet på. Vi har gennem samtaler om egne og andres erfaringer, opdaget og erkendt, at der er stor forskellighed i hvad kvinder vægter ved en fødsel, og netop derfor synes vi dette er interessant. Undervejs har vi desuden fundet ud af, at vi i gruppen også har forskellige personlige præferencer for smertelindring, fødselsforberedelse osv. Derudover oplever vi gennem bekendte og på sociale medier, en gængs opfattelse af, at kvinder frit kan vælge et kejsersnit, hvilket er spændende fra en faglig vinkel, da vi netop ved, at det ikke

forholder sig sådan. Samtidig er vi fagligt optaget af, hvordan kvinder navigerer i sundhedsvæsenet som lægpersoner og hvordan de forholder sig til den information, som gives. Dette er ud fra sondring om, at den biomedicinske tilgang vi ser i sundhedsvæsenet ikke stemmer overens med de holdninger vi ser blandt kvinder, bl.a. på sociale medier. Vi er blevet bekendt med, at flere kvinder føler sig uretfærdigt behandlet, når de ønsker kejsersnit, og vi har en personlig forståelse for vigtigheden af at føle sig hørt i dialogen med svangrepersonalet. På baggrund af egne og andres beretninger har vi derfor fra start set potentiale for, at svangreomsorgen har plads til forandringer og forbedringer.

Da det ikke er muligt at sætte ord på eller vide alt man ved om et emne (Dahlager & Fredslund 2015), skal ovenstående kun ses som et udpluk af de tanker og overvejelser omkring specialets emne, som vores faglige og personlige forforståelse er udtryk for. Det er tydeligt, at betydningen af vores køn og position som mødre og kvinder, i samspil med vores faglige interesser, spiller en stor rolle for specialet, og det anerkender vi. Diskussioner i gruppen har således været både fagligt og personligt funderede, og har haft betydning for vores erkendelsesinteresse, og vi vedkender os Gadammers udlægning om, at det er ganske umuligt at lægge sin forforståelsen bag sig.

4.2 Teori som dåseåbner

Teori spiller en rolle gennem hele specialet, men på forskellig måde, alt efter hvornår og hvordan den inddrages, hvilket belyses i det følgende.

På baggrund af antropolog Klaus Høyer (2015) anser vi teori for at være videnskabelig litteratur af problemfeltet eller genstandsfelter relateret hertil, og en abstrakt måde at sige noget om virkeligheden på fx gennem sociologiske teorier.

Høyer (2015) beskriver, at når teori anvendes som såkaldt dåseåbner, indebærer det, at teori anvendes til at indkredse det problemfelt, der undersøges, ved fx at inddrage litteratur om problemfeltet, inden undersøgelsen reelt går i gang. Teori kan både anvendes før, men også efter undersøgelsen er lavet, og kan således spille en rolle i at få materiale til at blive meningsfuldt ved at sammenligne det med andre situationer (Høyer 2015). Denne tilgang er blevet anvendt i specialet, og i problemanalysen ses dette ved, at vi anvender litteratur til både at få mere viden om emnet kejsersnit på moders ønske og desuden ved at inddrage diverse teoretikere undervejs, som hjælper os til en dybere forståelse af kvindernes handlen og bevæggrunde herfor, jf. fx afsnit 2.4.1 hvor Bourdieu inddrages.

I selve dataindsamlingen er det primært vores faglige forforståelse og de fund problemanalysen viser, jf. kapitel 2, som danner udgangspunkt for hvordan vi undersøger og spørger ind til problemfeltet i undersøgelsen. Problemanalysen er imidlertid løbende suppleret med teori, hvorfor forskningsspørgsmål i dataindsamlingen til dels er præget af den teori, som har hjulpet os til at forstå dele af fænomenet og konteksten gennem et teoretisk perspektiv. Vi forsøger dog at gå åbent til dataindsamlingen idet vi ønsker at lade empirien være styrende, og vi forsøger aktivt at udforske de perspektiver, som informanterne bringer på bane. Vi erkender dog samtidig, at data er udformet af den viden vi i forvejen har, jf. afsnit 4.1.1, og det vi ønsker at udforske.

Som i problemanalysen inddrages teori og litteratur løbende til at analysere, fortolke og diskutere i den videre del af specialet, når det vurderes, at denne kan bidrage med en tolkning og forståelse af undersøgelsens fund. Teori og litteratur vil nuancere eller be- og afkræfte fund, og således give de empiriske fund et løft, hvilket vil blive uddybet i kapitel 7.

Kapitel 5

Design

Vores dataindsamling er et casestudie med to cases hvoraf den ene case trækker på den etnografiske designtradition. I det følgende vil vi argumentere for, hvordan netop dette er relevant for vores undersøgelse.

5.1 Collective casestudie

Et casestudie kan, ifølge Bent Flyvbjerg (2010), forstås som “*den detaljerede undersøgelse af et enkelt eksempel*” (s.464), men ifølge ham er det en skrøne at kontekstafhængig viden, som tilstræbes i naturvidenskaberne, er mere værdifuld end kontekstafhængig viden. Dette forklares ved, at det netop kan være gavnligt og lærerigt at undersøge fænomener i dets kontekst (Flyvbjerg 2010). Hertil tilslutter John Creswell sig, med definitionen af casestudiet som en undersøgelse af en problematik, der udfoldes gennem en eller flere cases, inden for en bunden kontekst (Creswell 2007), hvor konteksten i vores speciale forstås som svangreomsorgen og det vi ønsker at undersøge er dialogen mellem kvinderne og svangrepersonalet. Da kejsersnit på moders ønske kan betragtes som et fænomen i en bunden kontekst, giver casestudiet mulighed for at undersøge hvordan kvinder oplever dialogen med sundhedsvæsenet.

Ifølge Creswell (2007) er der forskellige typer casestudier som både er rettet mod casens indhold og intentionen med studiet. I et collective casestudie, fokuseres på et problemfelt, men hvor flere cases anvendes til at illustrere det, for at præsentere forskellige perspektiver. Da viden fra problemanalysen fremskriver nationale forskelle i proceduren omkring kejsersnit på moders ønske og forskelle i kvindernes oplevelse forårsaget heraf, ledes vi i retning af et collective casestudie. Creswell (2007) argumenterer for, at der foretages en strategisk udvælgelse af cases, der kan belyse fænomenet. Da vores problemformulering delvist retter sig mod at nedbringe andelen af kejsersnit, finder vi det relevant at inddrage en case fra praksis, hvor der er arbejdet målrettet med dette, bl.a. ved at eliminere kejsersnit på moders ønske. Uddybende til strategisk udvælgelse pointerer Flyvbjerg (2010), at denne kan være kritisk, forstået ved, at casen udvælges på baggrund af sin succes, hvilket i dette tilfælde er at nedbringe andelen af kejsersnit på moders ønske. Både ud fra et forståelsesmæssigt og et handlingsorienteret perspektiv er valget af en kritisk case frugtbart, da det giver

mulighed for at tydeliggøre dybere årsager i fænomenet og dets konsekvenser (Flyvbjerg 2010), hvilket vi finder nødvendigt, for at se nærmere på hvordan andelen af kejsersnit på moders ønske kan nedbringes og derved påvirke andelen af kejsersnit generelt, jf. specialets formål. At den viden, der skabes gennem et praksiseksempel, er kontekstafhængig, anser vi som en fordel fordi det kan give os righoldig information om en procedure, som har succes med at nedbringe andelen af kejsersnit på moders ønske. Herfra inddrages interviews, for at få en dybdegående forståelse, af netop dette forløb. Da det tidligere er pointeret, at der forekommer nationale forskelle, jf. afsnit 2.3.3, finder vi det omvendt utilstrækkeligt udelukkende at basere forandringsforslaget, som skal være muligt at implementere på alle landets fødesteder, på praksiseksemplet. Vi mener, at dette med fordel kan suppleres med yderligere en case, som kan bidrage med at nuancere fund, hvor viden ikke er bundet til konteksten på én enkelt fødeafdeling. Dette uddybes nedenfor.

5.2 Reference til etnografien

Den anden case tager sit desginmæssige udspiring i etnografien, men ikke i dens klassiske form, hvor der fokuseres på at forstå en kultur ud fra feltstudier med observationer og eventuelt interviews. I stedet tilstræbes en tilpasning af etnografien, hvor det handler om at forstå en bestemt gruppe menneskers kultur ud fra deres tanker, opfattelser, handlinger og værdier i relation til et givent fænomen (Larsen 2012), nemlig kejsersnit på moders ønske. Kvinder, der ønsker kejsersnit, anser vi derfor for at udgøre en kulturel gruppe, da de deler fælles overbevisninger om, at kejsersnit er det rette for dem, og dermed går mod den strøm, der er i det omgivende samfund, hvor vaginal fødsel anses for at være den rigtige fødemåde. Hertil er vi yderligere optaget af at indsamle viden om de nuancer og forskellige positioner informanterne tager i forhold til dialogen med svangrepersonalet i relation til ønsket.

Da fokus i dette speciale ikke sigter mod at indsamle viden om kvindernes daglige liv i henhold til at ønske kejsersnit, foretager vi en tilpasning af den klassiske etnografi, hvilket understøttes af Christine Hines (2000) pointe omkring, at etnografien er blevet en disciplin hvor også en holistisk beskrivelse tilstræbes i undersøgelsen af et bestemt interessefelt. Interessen bevæger sig fra at undersøge menneskers hele liv til mere afgrænsede områder af deres liv som fx menneskers liv som patienter (Hine 2000). Med baggrund i dette finder vi, at denne case placerer sig indenfor Hines forståelse af etnografien, da vi undersøger kvindernes liv som brugere af sundhedsvæsenets muligheder i relation til fødsel.

Etnografien har udviklet sig til at være andet og mere end langvarige antropologiske undersøgelser, og flere alternative grene er opstået (Gracia et al. 2009). Eksempelvis fastslår Gracia et al (2009), på baggrund af flere internetforskeres argumenter, at *“Virtual reality” is not a reality separate from other aspects of human action and experience, but rather a part of it*, hvorfor vi anser internettet som et sted at indsamle naturtro empiri. Dog er der forskelle i internetforskning, og hvor hovedparten af publicerede tekster undersøger internet som kultur (Larsen 2012), er vi draget af internet som teknologi og undersøger derfor data genereret online gennem en fokusgruppe. En netbaseret undersøgelse muliggør en fleksibilitet, som gør, at vi kan indfange perspektiver omkring nationale forskelle i højere grad, end det er muligt i et traditionelt etnografisk design såsom interview og observation.

Vi vurderer at de to cases tilsammen vil gøre det muligt at forstå kvinder, som ønsker kejsersnit, som del af en større gruppe. Desuden vurderer vi, at de to cases vil indfange fænomenet på både et kontekstnært og et nationalt plan, hvilket vil bidrage til et nuanceret svar på problemformuleringen, som bedst muligt danner udgangspunkt for forslag til forandring af forløbet målrettet kvinder, der ønsker kejsersnit.

Kapitel 6

Anvendte metoder

I det følgende vil de to valgte dataindsamlingsmetoder; individuelle interviews og online fokusgruppeinterview blive nærmere beskrevet, herunder hvordan de bidrager til at skabe nødvendig viden i udarbejdelsen af forandringsforslag til praksis. Slutteligt vil vi redegøre for hvordan en kombination af de to dataindsamlingsmetoder samlet bidrager til specialets dataindsamling. Dernæst vil vi præsentere den litteratursøgning, som også vil bidrage til at besvare vores problemformulering.

6.1 Case 1: Et eksempel fra praksis

Nedenfor vil vi præsentere de metodiske valg vi har taget forud for dataindsamlingen, samt begrundelser herfor, i relation til den første case.

6.1.1 Individuelle interviews

Ifølge Steinar Kvale og Svend Brinkmann kan det kvalitative forskningsinterview *“forstå verden ud fra interviewpersonernes synspunkter, udfolde den mening, der knytter sig til deres oplevelser og afdække deres livsverden forud for videnskabelige forklaringer”* (Kvale & Brinkmann 2009 s. 17). Problemformuleringen i dette speciale retter sig mod de oplevelser, som kvinder, der ønsker kejsersnit, har, og desuden hvordan samarbejdet mellem kvinden og svangrepersonalet kan balanceres, således begge parter autonomi respekteres. I henhold til ovenstående citat anser vi det kvalitative forskningsinterview som en ideel metode til skabelsen af empiri, der kan bidrage til at besvare problemformuleringen.

Tanggaard og Brinkmann (2010) fremhæver, at der gennem interview kan skabes viden om hvordan individer fx forstår en bestemt begivenhed i deres liv, hvorfor vi vurderer, at individuelle interviews netop kan belyse hvordan kvinder har oplevet egen graviditet, fødsel og dialog med svangrepersonalet vedrørende ønsket om kejsersnit.

6.1.2 Praksiseksemplet som kritisk case

Idet vi er inspireret af en strategisk caseudvælgelse jf. kapitel 5 har vi udvalgt vores informanter gennem Aabenraa fødeafdeling. Dette idet Sygehus Sønderjylland, som Aabenraa fødeafdeling tilhører, har en lav andel af kejsersnit, jf. afsnit 2.3.3, og desuden

i et DR-program fra 2016 har udtalt, at de principielt ikke udfører kejsersnit på moders ønske (Danmarks Radio), hvilket har vakt vores interesse for dette fødested. I stedet for et planlagt kejsersnit tilbydes kvinder, som har et ønske om kejsersnit, at starte i et forløb med en konsulentjordemoder og samtaler med obstetriker, se bilag 3 over forløbet. Aabenraa fødeafdeling kan dermed betegnes som en kritisk case jf. Flyvbjergs definition, da de har en målrettet procedure, som nedbringer andelen af kejsersnit på moders ønske.

Perspektiver fra kvinder, som har deltaget i det konkrete forløb på Aabenraa fødeafdeling i deres fødeplanambulatorium, og som derfor har særlige erfaringer omkring et fødesteds målrettede indsats for at nedbringe andelen af kejsersnit på mors ønske, antager vi kan bidrage mere specifikt til udviklingen af forandringsforslag. Dette grundet kvinderne kan udtale sig om hvordan deres ønske er blevet håndteret af sundhedspersonalet samt hvordan dialogen har været. Desuden kan kvinderne bidrage med uddybende forklaringer, ligesom oplevelsen af forløbet i dets helhed kan være et led i udarbejdelsen af de forandringsforslag, som udgør specialets hovedfokus.

6.1.3 Rekruttering af informanter

En medarbejder på fødeafdelingen udgør bindeleddet mellem os, og de informanter, som skal rekrutteres. Da udvælgelsen af informanter er styret af problemstillingen (Launsø et al. 2011), er det dog essentielt, at informanterne kan besvare problemstillingen. For denne interviewundersøgelse er informanter derfor inkluderet såfremt kvinden:

- er en flergangsfødende, som har haft et ønske om kejsersnit
- har deltaget i det konkrete forløb i fødeplanambulatoriet på Aabenraa fødeafdeling

Da målgruppen, ud fra kriterierne men også den samlede andel af kejsersnit, som tilskrives moders ønske, er lille, vurderes det, at 3-4 informanter fra samme fødeafdeling er realistisk, men samtidig et passende antal til at beskrive forskellige perspektiver omkring forløbet og dialogen. Medarbejderen har sendt en mail ud til otte mulige informanter, med information om vores speciale jf. bilag 4, hvoraf tre har indvilliget i at deltage i et interview.

6.1.4 Interviewguide og interviewsituation

I det følgende vil vi reflektere over interviewguiden samt interviewerens og assistenternes rolle i selve interviewsituationen.

Udarbejdelse

For at besvare problemformuleringen har vi udarbejdet en interviewguide, der operationaliserer problemformuleringen til forskningsspørgsmål, og derved skaber fundamentet for interviewspørgsmålene og tematisk vil indeholde spørgsmål, der findes vigtige at komme omkring (Brinkmann & Tanggaard 2010a). Idet forskningsspørgsmål ofte er abstrakte (Brinkmann & Tanggaard 2010a), har vi udarbejdet underliggende interviewspørgsmål, som er mere afgrænsede, og retter sig mod konkrete beskrivelser. Foruden forsknings- og interviewspørgsmål indeholder interviewguiden også eksempler på opfølgende spørgsmål samt vores baggrund for at stille spørgsmålet. Sidstnævnte som led i det fjerde metodiske princip, jf. afsnit 4.1.2, hvor den faglige forforståelse inddrages som grundlag, se bilag 2.

Interviewguiden er styret af specialets problemformulering (Brinkmann & Tanggaard 2010a). Vi har valgt at strukturere interviewguiden således, at den består af åbne spørgsmål, der tillader kvinden at fortælle sin historie som hun har oplevet den, hvormed vi forholder os åbne overfor andre forståelser af problemstillingen end vores egen forforståelse, jf. afsnit 4.1.2. Dog har vi også stillet mere konkrete og afgrænsede spørgsmål, for at sikre at forskningsspørgsmålene besvares.

Pilotinterview

For at vurdere hvorvidt interviewguidens spørgsmål indfanger de ønskede aspekter af emnet, samt er forståelige for informanten, udføres et pilotinterview. Yderligere kan pilotinterviewet inspirere til nye spørgsmål, både gennem informantens og interviewerens refleksioner over spørgsmålene (Kvale & Brinkmann 2009). Vi har udført pilotinterviewet på en kvinde, der passer på specialets målgruppe. Dette har medført enkelte ændringer af interviewguiden, som hovedsageligt vedrører briefing forud for interviewet.

Interviewsituation

I en interviewsituation besidder forskeren en form for magt i form af sin profession, og det er vigtigt at skabe trygge rammer for informanten (Christensen et al. 2015). Dette vurderer vi delvist bliver udlignet af, at vi som studerende ikke fremstår lige så intimiderende for informanten som fx en professor, samt at vi er jævnbyrdige, qua vi alle er mødre. For at skabe en tryk ramme for informanterne, lader vi dem bestemme

hvorvidt de ønsker, at vi kommer hjem til dem eller mødes på deres fødested, hvor vi har fået stillet et lokale til rådighed.

Til selve interviewet vil der være en primær interviewer og de andre vil agere assistenter. Assistenternes rolle bliver at sørge for, at intervieweren kommer omkring alle spørgsmål i interviewguiden, og efterfølgende få mulighed for at stille uddybende og opfølgende svar, ligesom de kan bidrage til at observere non-verbal kommunikation. Da det er et semistruktureret interview, bliver det også muligt for assistenterne at notere eventuelle nye og uddybende spørgsmål og stille disse inden interviewet afsluttes.

Forinden interviewets start informeres informanterne om assistenternes rolle, således de ikke opfatter interviewsituationen som intimiderende. Alle vil vi have fokus på at lytte aktivt (Kvale & Brinkmann 2009), så informanten får indtrykket af, at vi anerkender hendes svar og samtidig opfordrer hende til at fortsætte sin fortælling.

Briefing og debriefing

Som led i interviewguiden vil informanten både blive briefet inden interviewet og debriefet efter (Kvale & Brinkmann 2009). Dette for først at sætte informanten ind i hvordan interviewet vil foregå og dermed bidrage til en følelse af trykthed ved situationen, og bagefter for at opsummere, hvad der er blevet talt om, og lade informanten få mulighed for at uddybe eller tilføje noget.

6.1.5 Optagelse og transskription

Interviewet optages med to mobiltelefoner med henblik på efterfølgende transskription. Christensen et al. (2015) fremhæver, at en transskription medvirker til at reducere data, samt at der samtidig sker en tolkning af interviewene, hvorfor vi forinden har opstillet regler for hvordan disse transskriberes. Da analysemetoden bestemmer hvor detaljeret transskriptionen bør være (Christensen et al. 2015) blev overvejelser omkring den kommende analyse inddraget i beslutningen. Elementer såsom følelser, stemmeføring og stemning samt ufuldendte sætninger/flere påbegyndte sætninger er gavnlige at medtænke (Christensen et al. 2015), hvilket i det følgende vil relateres til vores transskriptionsregler.

Gennem vores analysestrategi, som uddybes i et senere afsnit, og de metodiske principper, som vi følger jf. afsnit 4.1.2, er kontekstens betydning vigtig. Derfor vil transskriberingen foretages ordret og fx indebære, at ikke færdiggjorte sætninger nedskrives, således alt i transskriberingen forekommer i dets fulde form. Dette således, at der alene ud fra transskriberingen kan vurderes hvorvidt informanten var tvivlende i

sine udtalelser. I forlængelse heraf vil også talesprog (fx øh), pauser, tøven og latter blive markeret.

Hvert gruppemedlem vil transskribere et interview og transskriptionen vil dernæst blive gennemlæst og -lyttet af et af de andre gruppemedlemmer for at sikre, at der ikke er uoverensstemmelser. Da tale og skriftsprog kan være væsentligt forskelligt (Kvale & Brinkmann 2009) vil vi dog ikke nødvendigvis gengive citater ordret, men snarere ud fra den mening, der er vigtig, hvorfor fx talefejl korrigeres.

6.1.6 Informeret samtykke

Kvale og Brinkmann (2009) påpeger, at der er forskningsetiske aspekter, der skal indtænkes i en interviewundersøgelse, herunder informeret samtykke.

For at sikre, at informanterne er indforstået med specialets formål og deres rettigheder som informanter, er dette formuleret i det skriftlige materiale, de blev tilsendt ved rekrutteringen. Desuden vil vi sikre informeret samtykke gennem skriftlig og mundtlig briefing forud for interviewet, hvor de bl.a. informeres om fortrolighed og anonymitet jf. samtykkeerklæring bilag 5, samt underskriver denne erklæring.

6.2 Case 2: Online fokusgruppe

I det følgende vil metodiske overvejelser vedrørende undersøgelsens anden case, en online fokusgruppe på Facebook, blive præsenteret. Da dette er en nyere metode til dataindsamling, har det ikke været muligt at finde metodelitteratur, der direkte kunne appliceres, hvorfor nedenstående er et sammenstykke af forskellige kilder, der har berørt internetforskning og datagenerering på sociale medier, samt vores personlige erfaringer med hvordan Facebook anvendes.

6.2.1 Facebook som rekrutteringsplatform

I "It-anvendelse i befolkningen - 2015" fremgår det, at 65% af internetbrugerne mellem 18 og 89 år var tilmeldt en social netværkstjeneste (Danmarks Statistik 2015). Ligeledes viste en lignende publikation i 2014, at 95% af de 16-89 årige, der bruger sociale netværkstjenester, har en facebookprofil, hvilket svarer til knap 2,7 mio. danskere (Danmarks Statistik 2014a). På baggrund af disse statistikker, ses det, at Facebook er et medie, der i stor stil anvendes af danskerne, hvorfor vi anser det som en platform, hvorfra det er muligt at komme i kontakt med kvinder med ønske om kejsersnit til trods for at målgruppen er lille.

Dataindsamling via Facebook muliggør en kreativ og eksperimenterende tilgang, hvor kommunikationen og interaktionen mellem medlemmerne er høj, hvorfor der er mulighed for høj grad af brugergenereret indhold (M. C. Larsen & Glud 2013), og Facebooks særegenhed vurderer vi er ideel til at indkapsle de nationale forskelle. Den omfattende brug af Facebook af danskere muliggør nemlig rekrutteringen af informanter, som både har født vaginalt og ved kejsersnit, efter ønsket om kejsersnit, og vi kan dermed rekruttere informanter, som repræsenterer begge dele, hvilket vil bidrage til at nuancere forståelsen af problemfeltet.

Der findes mange grupper på Facebook, hvor mødre deler erfaringer og søger råd blandt andre mødre. Grundet vores egne medlemskaber i sådanne facebookgrupper, har vi kendskab til, at disse anvendes flittigt til debat og erfaringsudveksling, hvorfor vi vurderer at denne metode kan bidrage til at indfange kvinders perspektiv.

Vi vil anvende Facebook til at rekruttere kvinder, der har ønsket kejsersnit, ved at søge i forskellige facebookgrupper med mødre, hvorefter vi vil invitere dem til at deltage i en online fokusgruppe på Facebook, vi selv opretter. Kvinderne forventes at være spredt geografisk, hvilket vi finder fordelagtigt, da dette muliggør udforskningen af de nationale forskelle, der ses i håndteringen af kejsersnit på moders ønske på forskellige fødesteder, jf. 2.3.3.

At vi selv deltager i facebookgrupper i samme henseende, som vi forventer, at kvinderne vil deltage i denne gruppe, er i tråd med virtuel etnografi. Det, at vi selv er facebookbrugere, placerer os i en position, hvor det er muligt at fornemme hvordan vores deltagere oplever deltagelsen. I henhold til virtuel etnografi, er egne interaktioner med teknologien en lige så central del af etnografien, som at indgå i interaktioner med informanterne via teknologien (M. C. Larsen & Glud 2013), hvorfor vi vurderer det som en styrke, at vi selv er daglige brugere af platformen.

Det særegne ved at anvende Facebook, og som også ses som en styrke i henhold til dette speciale er, at det forhold og den intimitet, der opstår mellem deltagerne, er baseret på fælles interesse og ikke på personlige karakteristika såsom socioøkonomisk status (Wellman & Gulia 2013). Derfor vil medlemmerne således være homogene i forhold til interesse og heterogene i forhold til alder og socioøkonomisk status (Wellman & Gulia 2013). Udfordringerne ved at generere en fokusgruppe udelukkende ud fra interesse, bliver at deres refleksioner over spørgsmålene er subjektive og personlige og derved kan der opstå konflikter, såfremt kvinderne i gruppen er for heterogene.

6.2.2 Udvælgelse og rekruttering af informanter

Kvalitativ forskning på internettet kan udføres på tre forskellige måder. Den første er en passiv analyse, hvor forskeren ikke tilkendegiver sig selv på siden og i diskussionerne herpå. Den anden er en aktiv analyse, hvor forskeren deltager i den kommunikation, der foregår på siden. Den sidste måde, er hvor forskeren tilkendegiver sig selv, og indsamler data fx i form af online fokusgrupper eller rekrutterer informanter til interviews her igennem (Eysenbach & Till 2001). Ud fra denne opdeling, placerer vores metode sig under den tredje form. Online fokusgrupper vil blive udfoldet nedenfor, hvor der redegøres for metoden, samt dens relevans for dette speciale.

For at identificere og skabe kontakt til kvinder, der har ønsket kejsersnit, foretages en søgning på grupper på Facebook med søgeordene, mødre, termin, kejsersnit, mødregruppe, terminsgruppe, forældre. Disse søgninger generede mange mulige grupper, og bare en søgning på terminsgruppe resulterede fx i 36 grupper, hvorfor vi har valgt at opstille følgende inklusionskriterier:

- Minimum 200 medlemmer. Dette skyldes vores antagelse om, at kvinder, der ønsker kejsersnit, repræsenterer en lille gruppe, hvorfor vi vurderer at jo større gruppe, jo større chance for at identificere kvinder i målgruppen.
- Ved terminsgrupper: Kvinderne skal have termin i perioden januar 2015 til maj 2016. Dette skyldes, at kvinderne her enten har født inden for en relativ kort periode, eller er på et stadie i deres graviditet, hvor de vil være henvist til samtale med obstetriker, såfremt de ønsker kejsersnit, og således eventuelt har deltaget i samtaler

Administratorer for de grupper, der møder inklusionskriterierne, kontaktes i en privat besked på Facebook, for at ansøge om medlemskab i gruppen. Her informeres om specialets formål, samt hvad deres tilladelse og adgang til gruppen skal anvendes til, jf. bilag 6.

De endelige deltagere

I alt er 14 facebookgrupper kontaktet. Ud af disse er fem grupper ikke vendt tilbage på den første henvendelse til administratoren og en enkelt gruppe har afvist muligheden for et opslag på gruppens side, da siden ikke er drevet af privatpersoner.

I de otte tilbageværende grupper laves et opslag på væggen, som medlemmerne kan reagere på, hvis de har lyst til at deltage, se bilag 7. I én gruppe har ingen reageret på opslaget, hvorfor der i alt indgår medlemmer rekrutteret fra syv forskellige grupper.

I relation til rekruttering af deltagere er det vigtigt at sikre, at det væsentlige af problemstillingen er repræsenteret i udvalget af deltagere (Halkier 2010), hvorfor informanterne i dette speciale skal opfylde to kriterier; dels at de har haft et ønske om kejsersnit i deres graviditet, og dels at kvinderne har minimum én tidligere fødselsoplevelse. Rekrutteringen er dermed analytisk selektiv (Halkier 2010). I fokusgrupper, er det endvidere vigtigt at overveje sammensætningen af deltagere, således gruppen ikke bliver for homogen eller heterogen, og derved påvirker dataindsamlingen negativt (Halkier 2010). I udvælgelsen af informanter søges på nationale og lokale facebookgrupper, hvilket imødekommer problematikken om, at fokusgruppen bliver for homogen. Grundet variationerne i procedurerne omkring kejsersnit på moders ønske og kvindernes geografiske placering, minimeres risikoen for en for homogen gruppe. Risikoen for en for heterogen gruppe mindskes ved, at de alle har det tilfælles at være flergangsfødende med ønsket om kejsersnit.

6.2.3 En fokusgruppe i facebookånden

Selvom internetforskning er veletableret, åbner de sociale medier op for nye og kreative dataindsamlingsmetoder (Larsen & Glud 2013), men hvor der stadig ikke foreligger en teoretisk omfattende beskrevet metodelitteratur. Derfor vil nedenstående beskrivelse af vores metodiske valg i relation til at anvende Facebook som online fokusgruppe, dels baseres ud fra sparsomt beskrevne artikler om brug af online fokusgruppe samt litteratur baseret på traditionel fokusgruppemetode, og dels vores egen viden om brugen af Facebook.

Fokusgrupper er organiserede grupper, hvor diskussionen omhandler bestemte temaer, og en væsentlig styrke er, at data produceres ved deltagernes interageren i diskussionen (Stewart & Williams 2005). Vi afgrænser os fra denne forståelse idet fokusgruppen ikke udelukkende har til formål at få informanterne til at diskutere, men i høj grad fokuserer på, at data skabes ved at medlemmerne aktivt deltager i gruppen og besvarer spørgsmålene, der stilles. Således opstår mulighed for, at kvinderne kan dele oplevelser og kommentere på hinandens udsagn, samt reflektere over egne erfaringer i henhold til andres. Dette finder vi relevant i forhold til at undersøge hvad kvinderne lægger vægt på i deres dialog med obstetrikere og jordemoder, hvilket kan være medvirkende til at udarbejde forandringsforslag til den obstetriske praksis, der inddrager deres perspektiv og indfanger deres prioriteter.

Traditionelle fokusgrupper bør ikke have for mange deltagere, da det vil blive en stor udfordring at styre interviewet, så fokus bliver holdt på emnet, og desuden bliver

transskriberingen overvældende. For online fokusgrupper er dette ikke en udfordring, da transskriberingen allerede foregår når deltagerne giver deres svar (Stewart & Williams 2005). Ligeledes er det ikke en udfordring at holde styr på hvem der siger hvad, da det på Facebook fremgår med profilbillede og navn, hvem der udtaler sig.

På baggrund af egne erfaringer med facebookgrupper ved vi, at mange ikke deltager aktivt i en gruppe ved at skrive kommentarer, men alligevel læser med. Dette udtrykkes af Hine (2000) således: *“Lurkers by definition lurk, and do not respond to the postings of participants even when the participant is an ethnographer.”* (s. 25). Da vi netop forventer såkaldte lurkere blandt medlemmerne, har vi tilstræbt, at inkludere flere end 8-12 i gruppen, som Launsø et al (2011) foreslår i en traditionel fokusgruppe, men har dog sat en grænse ved 25 informanter. Sammenholdt med de individuelle interviews vurderer vi, at vi dermed vil få mange forskellige perspektiver frem fra informanterne. 23 informanter, som mødte inklusionskriterierne, blev inviteret til gruppen, hvoraf 22 har accepteret invitationen.

Ved at stille spørgsmål i en facebookgruppe, forventer vi svar, der er reflekterede og detaljerede, da det i modsætning til traditionelle fokusgrupper, giver mulighed for at tænke over svaret i længere tid (Stewart & Williams 2005). Murthy (2008) påpeger endda, at det kan resultere i mere personlige svar end hvad, der gives ved ansigt-til-ansigt interviews, og at der er større intimitet i online interviews, hvilket tydeliggør hvorfor online fokusgruppe er en relevant metode at anvende.

6.2.4 Spørgsmålsguide til facebook

Spørgsmålsguiden til Facebook er udarbejdet på samme grundlag, som interviewguiden til de individuelle interviews på baggrund af vores faglige forforståelse fra problemanalysen og ud fra samme forskningsspørgsmål, se bilag 2.

Med baggrund i en traditionel fokusgruppe som beskrevet af Halkier (2010) har vi valgt den blandede tragtmodel, der er en blanding af en stram og løs struktur af spørgsmålene, hvor informanterne først præsenteres for åbne og beskrivende spørgsmål, og dernæst mere specifikke og lukkede spørgsmål. Først opfordres kvinderne fx til at fortælle om deres fødsler, for derefter primært at reflektere over konkrete oplevelser i dialogen med svangrepersonalet, hvorfor struktureringen primært tenderer til at være stram. Den stramme spørgeguide i fokusgruppen, er et bevidst valg, da spørgsmålene skal læses og ikke høres, som i de individuelle interviews. Der er således i højere grad forklaring bag spørgsmålene, som forsøg på at undgå misforståelser samt præcisere, hvad det er vi ønsker svar på, se bilag 8.

6.2.5 Dataindsamling

Den lukkede facebookgruppe udgør den online fokusgruppe. Her vil der blive stillet spørgsmål til medlemmerne, *dagens spørgsmål*, som de opfordres til at svare på. Dette gøres for at tilstræbe besvarelser fra flest muligt, da de på forhånd er informeret om, at der dagligt vil være aktivitet i gruppen. *Dagens spørgsmål* bidrager ligeledes til, at informanterne nemt kan skabe sig overblik over, om de har besvaret alle spørgsmål. I introduktionen til gruppen, opfordres kvinderne til at kommentere på hinandens besvarelser, for at øge muligheden for at de føler ejerskab. Dette er også relateret til, hvordan vi ser facebookgrupper bliver brugt, hvor det at give sin mening til kende og indgå i diskussioner og debatter, eller vil bekræfte sin enighed, fylder meget i mediet.

Dagens spørgsmål bliver lagt op hver formiddag og vi skiftes til at stille spørgsmålet. Vi deler ansvaret for at spørge uddybende ind til en kommentar, vi ønsker uddybet. Dette gør vi, da det vil blive en fortløbende opgave, som strækker sig over hele dagen, hvorfor det kan være svært at varetage for kun én person. Yderligere giver det et fælles ejerskab og en forståelse af data løbende, ligesom det giver os mulighed for at sætte os i kvindernes sted, hvilket er en del af den filosofiske hermeneutiks metodiske principper, jf. kapitel 4. Såfremt vi kun modtager få besvarelser på *dagens spørgsmål* vil vi opfordre flere til at svare gennem et motiverende opslag.

6.2.6 Informeret samtykke

Ifølge Larsen og Glud (2013), er grænsen mellem offentlig og privat sfære flydende, når det handler om dataindsamling på internettet, hvilket rejser et etisk spørgsmål om hvorvidt det er nødvendigt at indhente informeret samtykke til forskning. Formålet med at indhente informeret samtykke er at sikre sig, at deltagerne er informerede om undersøgelsens formål og de derved forstår hvad de samtykker til, samt at det er frivilligt og muligt at trække sit samtykke tilbage (Larsen & Glud 2013). Vi har valgt at indhente samtykke ad flere omgange, dog i forskellige grader. Først og fremmest adspørges administratorerne i de respektive grupper forinden rekrutteringsopslaget postes, og alle medlemmerne i de forskellige grupper kan således læse om formålet med specialet, se bilag 6. Desuden informeres de endelige informanter i et fastgjort opslag i den nyoprettede gruppe, hvor vi igen præsenterer formålet med deltagelsen og tydeliggør, at de ved at besvare *dagens spørgsmål* samtykker til, at svarene må anvendes i specialet, jf. bilag 9, hvilket vi betragter som kvindernes endelige informerede samtykke. Dog

modtager vi på denne måde ikke en skriftlig erklæring på kvindernes samtykke, som ifølge Larsen og Glud (2013) er ideelt.

Som tidligere nævnt, kan det på internettet være svært at afgøre grænsen mellem privat og offentlig (Larsen & Glud 2013), hvilket vi ser som et etisk dilemma. For at imødekomme dette, bliver gruppen lukket, således personer, der ikke er medlemmer, ikke kan se opslag og kvinderne derfor kan vide sig sikre på, at deres svar kun anvendes i forbindelse med dette speciale.

6.3 Opsummering - hvorfor to cases?

Den første case, praksiseksemplet, vil bidrage til kontekstnære individuelle fortællinger fra en fødeafdeling, som har en lav andel af kejsersnit på moders ønske i et nationalt perspektiv. Fokusgruppen, den anden case, vil derimod bidrage med viden fra flere fødesteder i Danmark, grundet dens bredere sammensætning af informanter. Samlet set vurderer vi, at casene vil bidrage til skabelsen af et nuanceret billede af fænomenet, som i dette tilfælde er kejsersnit på moders ønske jf. kapitel 5.

Da vi ikke blot ønsker at evaluere Aabenraa fødeafdelings model for håndtering af kejsersnit på moders ønske, men bruge det som led i en samlet forståelse af hvordan samarbejdet og dialogen opleves af kvinder, vil empirien fra fokusgruppen analyseres på lige fod og i samspil med empirien fra de individuelle interview. Da empirien desuden er inspireret af samme forskningsspørgsmål, som har dannet udgangspunkt for de spørgsmål, de respektive informanter er blevet stillet, vurderer vi, at en samlet analyse vil danne et godt grundlag til forandringsforslag målrettet et godt samarbejde mellem svangrepersonalet og kvinden.

6.4 Litteratursøgning

Foruden de to cases, vil forandringsforslaget endvidere bero på litteratur, som er indsamlet i forbindelse med specialet, og således også bidrage til besvarelse af problemformuleringen. Metodiske overvejelser i den forbindelse, og i specialet overordnet set, vil i det følgende blive udfoldet.

I dette speciale anvendes en systematisk tilgang til litteratursøgningen, som består af en eksplicit søgestrategi, hvor studier udvælges ud fra opsatte in- og eksklusionskriterier. Studierne udvælges og vurderes desuden med udgangspunkt i Rieper og Hansens (2007) evidensstypologi, der bidrager med et mere helhedsorienteret perspektiv på udvælgelsen af litteratur end det klassiske evidenshieraki. Dette er valgt, da vi er interesserede i

forskellige studiedesigns for at kunne belyse vores problemstilling på bedste vis og ikke udelukkende er interesserede i et enkelt effektmål, som er målet med randomiserede kontrollerede studier. Bilag 10 er en søgeprotokol, hvor nedenstående elementer af litteratursøgningen udspecificeres.

6.4.1 Baggrundssøgning

I specialets initierende fase blev foretaget en baggrundssøgning for at danne et videnskabsmæssigt fundament til problemfeltet. Søgningerne blev foretaget på relevante databaser fx PubMed, PsychInfo og Cochrane, da vi vurderer, at de samlet set dækker et bredt aspekt af kejsersnit på moders ønske og samtidig repræsenterer et bredt udvalg af videnskabstraditioner. Ligeledes er der søgt på hjemmesider såsom bibliotek.dk, google.dk og sundhedsstyrrelsen.dk. Søgningerne har resulteret i både primær og sekundær litteratur (Stenbæk & Jensen 2007), som er anvendt i specialets problemanalyse. Der er anvendt kædesøgning ved at gennemgå litteraturlister i de anvendte studier, samt gennem søgemaskinernes forslag til lignende artikler. Dette har medført flere inkluderede studier og en større indsigt i specialets problemfelt (Buus et al. 2008).

6.4.2 Systematisk litteratursøgning

Den systematiske litteratursøgning er foretaget på baggrund af problemformuleringens andet spørgsmål: *Hvordan kan samarbejdet med den flergangsfødende, der ønsker kejsersnit, balancere kvindens autonomi og svangrepersonalets faglige vurdering, samtidig med andelen af kejsersnit nedbringes?*

Søgningen har til formål at identificere studier, der kan bidrage med viden om praksisorienterede tiltag i svangreomsorgen. Hermed ønskes det at kontekstualisere de resultater, vi kan drage af casestudiet, således at litteraturen bidrager til at løfte specialets empiriske resultater til et mere generelt niveau (Antoft & Houlberg Salomonsen 2007).

6.4.3 Søgestrategi

Specialets tværvideenskabelige problemstilling gør, at vi har søgt i et udvalg af databaser med forskellige forskningsrettede fokus; Cinahl, PubMed, Embase, PsychInfo og Cochrane, se bilag 10. Desuden er søgt i den svenske database SveMed+, der indeholder skandinavisk litteratur. Denne database inddrager også artikler, der ikke er peer-reviewed, men grundet en massiv datamængde af svenske forskere, fundet i

problemanalysen, vurderer vi, at en søgning her også vil kunne bidrage med brugbare artikler.

Vi har anvendt bloksøgning til at strukturere litteratursøgningen, hvor spørgsmålene fra problemformuleringen er nedbrudt til centrale søgefacerter (Stenbæk & Jensen 2007). Således blev søgningen nedbrudt i 4 facetter:

1. facet: Flergangsfødende
2. facet: Svangrepersonale
3. facet: Dialog
4. facet: Kejsersnit

I søgningen anvendes kontrollerede emneord, hvor det har været muligt, da der herved indfanges studier, der har brugt andre termer for samme søgeord (Stenbæk & Jensen 2007). I tilfælde hvor underliggende termer er fundet relevante er Explode-funktionen anvendt. Der er anvendt frie termer, hvor essentielle ord og begreber ikke eksisterer som kontrollerede emneord. Disse er efterfulgt af trunkering for at indfange samtlige bøjninger af ordets stamme (Stenbæk & Jensen 2007). De kontrollerede termer er ikke ens for de anvendte databaser, hvorfor de er fundet for hver enkelt database. De boolske operatører AND og OR blev anvendt til at kombinere søgetermer og facetter i forskellige kombinationer (Buus et al. 2008).

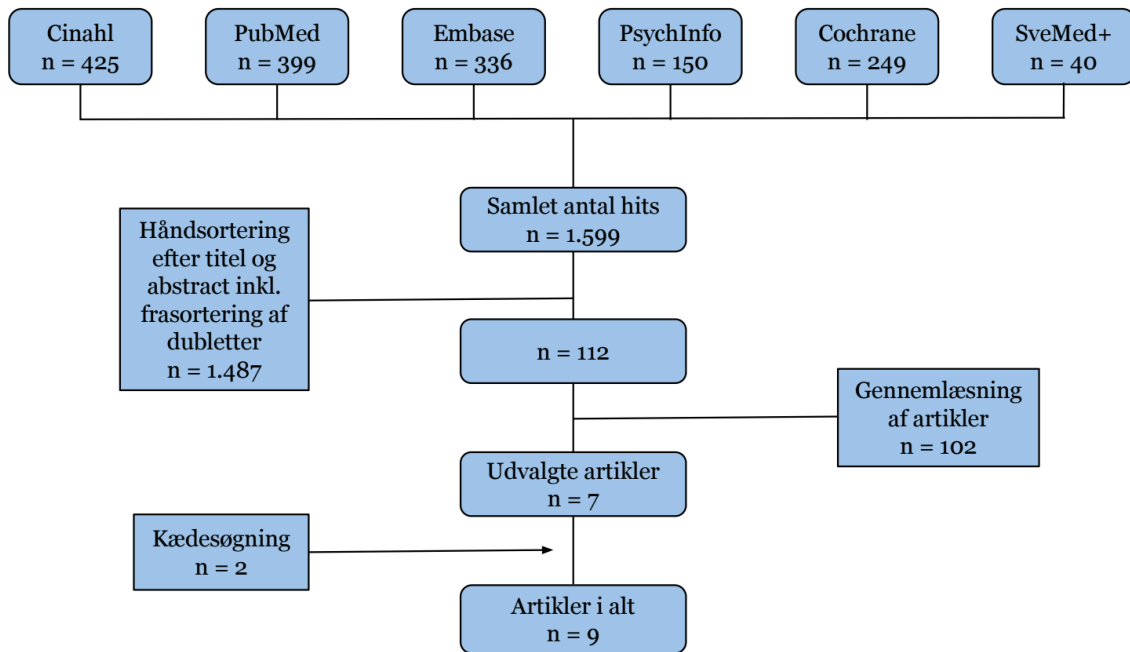
6.4.4 Kriterier for udvælgelse af litteratur

Udvælgelsen af litteratur foregår ved en gennemgang af titel og abstract af søgningens hits. Relevante studier nærlæses af ét gruppemedlem, og sidste udvælgelse foregår ved en fælles gennemgang af de tilbageværende studier. I udvælgelsen af studier er opstillet inklusions- og eksklusionskriterier, som er brugt i samtlige databaser, jf. bilag 10.

6.4.5 Resultater af søgning

Den samlede søgning i alle seks databaser resulterede i 1599 hits, og nedenstående flowchart viser vores udvælgelsesproces, der er resulteret i ni inkluderede studier. Der ses en oversigt over de inkluderede studier i bilag 11. Der er foretaget få kædesøgninger ud fra artikler, der har præsenteret relevante resultater fra andre undersøgelser, og disse har gennemgået samme udvælgelsesproces. Vi har læst litteraturen kritisk, og været fokuseret på kvaliteten det enkelte studies metodeafsnit.

Figur. 4.2 Flowchart over udvælgelsesprocessen



Kapitel 7

Analysestrategi

Ifølge Dahlager og Fredslund (2015) indeholder den filosofisk-hermeneutiske analysestrategi fire trin, som i det følgende vil blive gennemgået og senere anvendt til den hermeneutiske analyse og fortolkning. Da casene samlet set vil danne grundlag for forandringsforslaget vil følgende analysestrategi blive anvendt for både de individuelle interview og fokusgruppen.

7.1 Analysens trin

Nedenfor, præciseres hvert enkelt trin i analysen kort, samt hvordan dette trin er udført i dette speciale.

7.1.1 Helhedsindtryk

Første del af analysen indebærer, at fortolkeren danner sig et *helhedsindtryk* af teksten ved at lytte til interviewet eller læse den transskriberede tekst (Dahlager & Fredslund 2015). Dette gøres individuelt, således vi alle kan danne os vores eget helhedsindtryk over teksterne.

7.1.2 Meningsbærende enheder

Anden del består i, at såkaldte *meningsbærende enheder identificeres* og fokus er på at inddele teksten i temaer uden at forsøge at finde en dybere mening med hvad teksten siger (Dahlager & Fredslund 2015), jf. bilag 12. Dette gøres som et samarbejde mellem to af gruppens medlemmer, hvorfor de meningsbærende enheder er fundet gennem forhandling, hvorved to har fokus på at holde sig empirinære. Hertil anvendes analyseprogrammet NVivo 10, da programmet giver overblik over de forskellige temaer, som danner udgangspunkt for analysen. Programmet vil udelukkende blive anvendt som et redskab til at danne overblik over kommende temaer.

7.1.3 Operationalisering

Tredje del består af *operationalisering* hvor de udvalgte temaer gennemgås grundigt og eventuelt inddeles i undertemaer eller, at flere meningsbærende enheder slås sammen til

et (Dahlager & Fredslund 2015), jf. bilag 13. Igen ved brug af NVivo 10, udføres tredje trin af analysen i fællesskab, hvor der ligeledes forhandles.

7.1.4 Hermeneutisk fortolkning

Fjerde trin består af *rekontekstualisering* og hermeneutisk fortolkning, der ikke, som i de to foregående trin relaterer sig til, *hvad* teksten siger, men snarere hvordan den kan forstås som et svar på problemformuleringen (Dahlager & Fredslund 2015). Vi går fra dele til helhed og forstår interviewene i en bredere kontekst og sætter empirien ind i en bredere teoretisk ramme (Dahlager & Fredslund 2015), hvorfor denne del udgør fundamentet for de forandringsforslag, som udgør hovedfokuset for dette speciale. Dette trin udføres ved, at to gruppe-medlemmer primært koncentrerer sig om analysen samtidigt, mens det tredje gruppe-medlem jævnligt vurderer analysen.

Fordelingen af ansvar i analyseprocessen er skiftende mellem gruppens medlemmer, hvilket forventeligt vil give os et fælles ejerskab heraf. Ligeledes har vi valgt dette for at sikre, at vores forforståelse kritisk udfordres, og forståelseshorisonten sættes i bevægelse jf. 2. metodiske princip.

Kapitel 8

Hermeneutisk fortolkning


I dette kapitel fremskrives den hermeneutiske analyse og fortolkning af den empiri, vi har indhentet gennem det collective casestudie, vi har udført. Indledningsvist fortolkes informanternes begrundelser for at ønske kejsersnit, for at undersøge hvilke faktorer der gør sig gældende for danske kvinder, der ønsker kejsersnit. Efterfølgende behandles de tre centrale temaer, som vi har fundet i det analytiske arbejde med materialet;

Anerkendelse, Tillid og Forklaringsmodeller, jf box 8.1. Under hvert tema analyseres interview- og facebookdata samlet. De to cases er i dette kapitel behandlet ud fra analysestrategiens fjerde trin, jf. afsnit 7.1.4 og bilag 14.

Afsnittet sluttet af med en syntese, hvor delene fra hvert tema kombineres til en helhed, ved at tydeliggøre hvordan fundene relaterer sig til hinanden, og hvordan de to cases kan vurderes i lyset af hovedtemaerne.

Løbende diskuteres fundene med inddragelse af teori, udvalgt litteratur, vores forforståelse og fund fra problemanalysen, således dette kapitel kan bidrage til at svare på problemformuleringerne. Som hjælp til overblik over informanterne, henviser vi til bilag 15, hvor en oversigt med informationer om kvinderne findes. De kvinder, der er blevet interviewet vil i det følgende blive præsenteret som I, for interview efterfulgt af nummer. Ligeledes vil de kvinder der har deltaget på Facebook blive kaldet F, efterfulgt af nummer. Citater og vendinger, som informanterne har brugt, fremgår i kursiv.

Box 8.1. Centrale fund, fremkommet ud fra analysestrategiens fjerde trin; rekontekstualisering

Oversigt over fund
Bevæggrundlag - den tidligere erfarings betydning 
Tema 1: Anerkendelse
Tema 2: Tillid
Tema 3: Forklaringsmodeller

8.1 Tidligere erfaringer

Årsagerne til at ønske kejsersnit er for alle informanterne baseret på tidligere negative erfaringer med at føde. Dog adskiller tre informanter sig, ved også at have haft et ønske om kejsersnit ved første fødsel, hvor F13 bl.a. udtaler, at hun *aldrig har set vaginal fødsel som en mulighed*. Dette stemmer således overens med problemanalysens afsnit 2.4.2, der viser, at enkelte førstegangsfødende ser kejsersnit som den eneste rigtige mulighed for dem, hvilket ud fra en Bourdieusk forståelse viser, at valg af fødemåde kan være en integreret del af kvindens habitus (Wilken 2011). Dette kan ligeledes siges om det, at flergangsfødendes ønske om kejsersnit er baseret på tidligere fødselsoplevelser, da det kan ses som et udtryk for den kropslige habitus, som er dynamisk, og påvirkes gennem den levede erfaring. Informanterne nævner især igangsættelse, ve-drop, lange fødselsforløb, sugekopforløsning, bristninger og akut kejsersnit som de faktorer i tidligere fødsel, der danner baggrund for ønsket om kejsersnit i den efterfølgende fødsel. Dertil kommer unikke tilfælde såsom et barn med en APGAR score⁹ på 0 (F12), at fødslen giver associationer til tidligere seksuelt overgreb (F15), og et barn i underkropspræsentation (I2). Dette illustrerer, at der er forskel i hvornår, hvorfor og hvordan kvindernes tidligere oplevelser forplanter sig til ønsket om kejsersnit, men trods forskelligartede forløb er et gennemgående træk, at kvinderne i høj grad, har oplevet deres fødsel som traumatisk. Ifølge den britiske sociolog Anthony Giddens, er mennesket intentionelt, rationelt og reflektivt i forhold til egne handlinger (Giddens 1984; Loyal 2003), hvilket kan være med til at forklare, at kvindernes fødselsoplevelser skaber grundlag for refleksion, hvorfor de i en efterfølgende fødsel, ikke ønsker at handle på samme vis som tidligere. Set ud fra Giddens model af den handlende agent (Bak 2010), vil den tidligere fødsel, som en start indgå som ikke erkendte vilkår for handling, hvorefter den overgår til motivation for ny handling, nemlig ønsket om en anderledes oplevelse end den første fødsel.

Ud af 22 informanter var 20 indstillet på at føde vaginalt ved første fødsel. De forsøgte alle hermed, og udtrykker samstemmigt, at denne oplevelse har gjort dem bekymrede eller angst for at skulle føde vaginalt igen. Gentagelse af selve fødselsforløbet ses som den overskyggende grund, men også angst for gentagelse af et fysisk og psykisk hårdt efterfødselsforløb nævnes af mange. Enkelte nævner også andre årsager såsom risiko for barnet (F12, I2), og at angsten ville forhindre hende i at kunne være i smerten (F14). Disse bevæggrunde for at ønske kejsersnit, stemmer overens med karakteristikken i

⁹ APGAR score: Vurdering af barnet 1, 5 og 10 minutter efter det er født. Måler på: hudfarve, vejtrækning, muskelspænding, hjerteslag i minuttet og reflekser. Hvert punkt giver 2 point, hvorfor den normale score bliver 10.

problemanalysens afsnit 2.4.2. Dermed bekræfter vores fund den sparsomme litteratur, der er på området, og bekræfter den førnævnte karakteristik i en dansk kontekst i år 2016.

Af den overvejende del af informanterne, der forsøgte vaginal fødsel første gang, endte lidt over halvdelen med at få akut kejsersnit. Ud over angst for gentagelse, udtrykker flere af disse kvinder en bekymring om hvorvidt deres krop er i stand til at føde vaginalt, hvilket bl.a. udtrykkes af F4: *jeg følte, at jeg havde "fejlet"* og I3: *Kan jeg overhovedet føde? Fordi det gik jo galt sidste gang.* Dette vidner om, at et mislykket forsøg på at føde vaginalt, for nogle kan betyde, at selvtilliden lider et knæk. Som tidligere præciseret, jf. afsnit 2.5.3, er der en samfundsdiskurs rettet mod, at vaginal fødsel er lig med en rigtig fødsel. *Selvfolgelig skal jeg føde normalt (I3)* og *Kvinder er skabt til at føde (F15)* er begge udtalelser fra informanter, der tydeliggør, at denne diskurs også er internaliseret i dem. Dette er i et Bourdieusk perspektiv, et udtryk for deres habitus, idet deres virkelighedsforståelse er påvirket af det omgivende samfund og derfor bliver deres valg om at føde vaginalt i første fødsel også genereret af disse internaliserede dispositioner. Et mislykket forsøg med at føde vaginalt og efterfølgende ønske kejsersnit bliver imidlertid et modsætningsfyldt forhold. Ifølge Bourdieu, bliver en habitus, der er skabt i modstridende erfaringer og forventninger, til en splittet habitus (Wilken 2011), hvilket sætter kvinderne, der mislykkedes med at føde vaginalt i første fødsel, og efterfølgende ønsker kejsersnit, i risiko herfor. Konsekvenserne af en splittet habitus er negative, både på et personligt og et socialt plan (Wilken 2011), hvortil det bliver problematisk at ignorere, at samfundsdiskursen omkring den vaginale fødsel som det rigtige, har en negativ slagside og kvinden ikke længere kun skal overvinde andre, men i høj grad også sig selv, hvad angår kejsersnit som den rette fødemåde for hende. Hertil kommer endvidere at kvinderne anser det at få kejsersnit som et muligt valg, men stadig ønsker at få valideret det som legitimt og hæfter sig ved negative kommentarer fra omgivelserne, hvilket igen illustrerer den stærke diskurs.

17 ud af undersøgelsens 22 informanter endte med at få et planlagt kejsersnit, som de ønskede. Den høje andel er til dels udtryk for, at nogle informanter i løbet af perioden endte med en anbefaling om kejsersnit grundet medicinske eller psykiske årsager, jf. tabel 2.3, og dels at de obstetrikere, som kvinderne mødte, i høj grad lod kvinden tage den endelige beslutning. Samlet set er det dog også et udtryk for, at det i lav grad lykkedes svangrepersonalet at tilbyde kvinden et forløb, der tog hånd om den førnævnte fødselsangst, og satte kvinden i en position, hvor hun følte sig tryk ved en vaginal fødsel. Desuden kan det ses som udtryk for, at personalet i høj grad prioriterer kvindens

autonomi, så selvom hun deltager i et forløb eller en samtale, hvor hun informeres, har de ladet valget være hendes eget.

Et norsk studie af Fuglenes et al (2011) finder, at grunde til at flergangsfødende ønsker kejsersnit, kan kanaliseres til faktorerne; tidligere kejsersnit, negativ fødselsoplevelse og fødselsangst, hvilket stemmer godt overens med resultaterne i dette speciale, hvor kun en enkelt informant rapporterer om en god første fødsel (F16). Fuglenes et al. (2011) viser gennem sandsynlighedsberegninger, at risikoen for at kvinden ønsker kejsersnit stiger jo flere faktorer, der har betydning for hende. Dette betyder fx at risikoen stiger fra under 2%, når ingen faktorer er til stede, til 7,2% hvis kvinden har en tidligere dårlig oplevelse og til 75% hvis kvinden har en tidligere meget dårlig oplevelse, tidligere kejsersnit og meget fødselsangst. Omend vi ikke har målt fødselsangst vurderer vi, at mange informanter har alle tre faktorer opfyldt, da kun én, som før nævnt, har haft en god første fødsel, mange har tidligere fået kejsersnit og mange beskriver sig som angste. Ved at isolere faktorerne fra hinanden, som gjort af Fuglenes et al. (2011), ser vi en fordel i, at svangrepersonalet kan målrette deres intervention mod de faktorer, der er i spil for den enkelte, hvilket også kommer til udtryk blandt informanterne, da flere påpeger vigtigheden af, at svangrepersonalet tager hånd om den unikke historie, hvilket uddybes nedenfor i analysens første tema.

8.2 Analysens centrale temaer

Nedenstående er en præsentation af vores tre fremkomne temaer; Anerkendelse, Tillid og Forklaringsmodeller.

8.2.1 Anerkendelse

Uagtet om informanterne overordnet er tilfredse eller utilfredse med det forløb, de har været igennem, ser vi gennemgående, at det er helt essentielt for dem, at føle sig anerkendt. Gohr og Bertelsen (2006), angiver at oplevelsen af en god første fødsel hænger sammen med om den gravides forventninger, ønsker og handlinger bliver anerkendt af svangrepersonalet i fødslen. Set i lyset heraf, vurderer vi, at der er potentiale i, at svangrepersonalet lytter og reflekterer over kvindens forventninger, ønsker og handlinger i dialogen om et ønske om kejsersnit i efterfølgende fødsel. En overvejende del af informanterne oplevede at der var manglende forståelse for dem og deres ønske, fra svangrepersonalets side. Dette kommer bl.a. til udtryk ved, at flere påpeger, at de ikke blev lyttet til, ikke blev mødt hvor de var og ikke blev taget seriøst, hvilket var kilde til store frustrationer: *Jeg blev ikke hørt overhovedet. (...). Jeg skulle da*

bare tage mig sammen. Det var den følelse jeg havde, at hun bare havde det på den måde: "Det var da noget pjat" (I2).

Flere informanter nævner, at svangrepersonalet, og i særdeleshed jordemødre, lægger stor vægt på det faktum, at kvinder er skabt til at føde. I1 fortæller, at jordemoderen gentagne gange sagde, at det ville *være synd*, at hun ikke fik *den gode oplevelse*, hvis hun skulle føde ved kejsersnit, hvilket var svært for informanten at rumme, da vaginalfødsel i hendes optik ikke var lig med en god oplevelse. Informanterne føler, at deres ønske opfattes som *piat* (I1, I2), *latterlig* (F15) og *tosset* (F21) af svangrepersonalet, på baggrund af deres retorik og kropssprog. Dette indikerer, at kvinderne ikke føler, at jordemoderen anerkender de faktorer, der for dem definerer en god fødsel, da de ikke stemmer overens med hendes opfattelse af den gode fødsel. Det tyder derfor på, at der er en klar forskel mellem kvindens eget og det sundhedsprofessionelle perspektiv af hvad der udgør den gode fødsel. Ud fra en Kleinmansk forståelse, viser dette, at svangrepersonalet er forankret i den professionelle sektor styret af klinisk erfaring og evidens, hvor kvinderne er forankrede i den folkelige sektor, der domineres af egne oplevelser og erfaringer, og at der på denne baggrund opstår diskrepans i deres individuelle forklaringsmodeller.

Desuden indikerer informanterne, at deres oplevelse af forløbet er afhængig af den måde svangrepersonalet er indstillet overfor dem og deres ønske, da Tom Eide og Hilde Eide (2007) forklarer, at en uforstående indstilling, kan medvirke til en negativ selvfølelse hos kvinden. Modsat ses det, at de kvinder, der føler, at de er blevet anerkendt, har en positiv oplevelse af forløbet, som styrker deres selvforståelse: *jeg blev mødt af utroligt meget forståelse fra både læger og jordemødre, hvilket hjalp til at jeg kunne mærke rigtig meget efter hvad jeg helt selv ville* (F8).

I et svensk studie af Karlström et al (2011), hvor man har undersøgt kvindernes fødselsoplevelse ud fra deres ønskede fødemåde, angiver de, at der er grund til at tro, at ønsket om kejsersnit øger mulighederne for en god fødselsoplevelse, fordi kvinderne har været involveret i beslutningsprocessen. Alligevel finder de, at til trods for et opfyldt ønske, var kvinderne ikke tilfredse med beslutningsprocessen (Karlström, Nystedt & Hildingsson 2011). Det samme synes vi at kunne udlede af empirien, og den gode fødselsoplevelse for informanterne ser ikke ud til at være betinget af hvorvidt de har fået kejsersnit, men nærmere om de føler sig anerkendt. Det kan dog forekomme overraskende, at de ikke føler sig anerkendt, når svangrepersonalet handler efter deres ønske, hvilket igen tydeliggør, at anerkendelse er mere komplekst og det for kvinderne ikke udelukkende handler om at få deres vilje igennem.

Anerkendende kommunikation må ud fra ovenstående være et nøglebegreb i dialogen mellem svangrepersonalet og kvinden. Ifølge Eide og Eides (2007) kommunikationsteori udvises anerkendelse, når man opmuntrer, lytter og udviser interesse for den andens fortælling, og dette kan være med til at skabe tillid og forme den andens valg. Dog påpeger de, at urealistisk anerkendelse ikke fører til tillid, men snarere det modsatte, hvilket også kommer til udtryk hos I1: *De nikkede godt nok anerkendende til mig, men... nej, jeg følte mig ikke forstået*. Dette ser vi som et eksempel på, at den anerkendende tilgang ikke lykkes, hvilket også ses hos I3, der følte det som om, at jordemoderen læste op fra et manuskript, snarere end at lytte og tage udgangspunkt i hendes personlige fortælling. Kvindernes følelse af anerkendelse af deres situation, ser dermed ikke ud til at være betinget af, at svangrepersonalet anvender imødekommende og empatiske kommunikationsstrategier i dialogen, men at der også fra kvindens side er behov for en lydhørhed i forhold til deres unikke situation, som kan føre til at svangrepersonalets forståelse forandres undervejs i dialogen. Det tyder derfor også på, at jordemoderens italesættelse af den vaginale fødsel som den gode fødsel, kan skinne så meget igennem, at kvindernes baggrund for ønsket ikke tilskrives værdi, hvilket kan føre til, at kvindernes selvfølelse og tillid til personalet svækkes. Giddens berører begreberne ekspertsystemer og disses repræsentanter, som er adgangsporte til systemerne (Bak 2010), hvor ekspertsystemet her skal forstås som svangreomsorgen og svangrepersonalet som repræsentanter og adgangsportene til dette system. Manglende anerkendelse fra repræsentanterne af systemet kan, ifølge Giddens, føre til mistillid til hele ekspertsystemet (Bak 2010). I denne kontekst kan en manglende tillid til svangrepersonalet, som fx udtrykt gennem et nedladende sprogbrug, potentielt føre til manglende tillid til hele svangreomsorgen, og dermed have betydning for samarbejdet mellem kvinden og svangrepersonalet både under og efter fødslen. Det er derfor problematisk hvis svangrepersonalet udtrykker personlige holdninger, der kan få kvinden til at tvivle på objektiviteten i deres udsagn, idet dette kan påvirke hendes tillid til, at hun i svangreomsorgen behandles ud fra professionelle og faglige belæg. Idet svangrepersonalet kan bruge den anerkendende tilgang til at lede kvinderne i en bestemt retning (Eide & Eide 2007), ser vi den som en vigtig kommunikativ strategi til at lade kvinden fortælle sin historie, samtidig med, at der gennem opmuntring kan ledes hen mod, at kvinderne selv får øjnene op for, at vaginal fødsel kan være en mulighed for dem. Ud fra informanternes udsagn tyder det imidlertid på, at dette i de fleste tilfælde ikke er lykkedes, hvilket vidner om, at svangrepersonalets kommunikative færdigheder formentlig kan forbedres og medføre, at kvinderne får en mere positiv oplevelse af dialogen. Ud fra ovenstående kan det ligeledes fastslås at anerkendelse i høj grad for

kvinderne afhænger af om de bliver mødt med forståelse og interesse. Da dette ikke enslydende er det billede materialet tegner, vurderer vi, at der her er et reelt potentiale for forbedringer af svangrepersonalets kommunikation med kvinderne.

8.2.2 Tillid

Et af de centrale temaer, der fremkom under analysen af empirien, var Tillid, der er faktorer, der har stor betydning for informanternes ønskede fødemåde. Hos flere informanter har hændelser i den første fødsel gjort, at de ikke er trygge ved at forsøge vaginal fødsel igen, ligesom nogle beretter, at de har mistet tilliden til, at svangrepersonalet er lydhøre overfor dem og deres behov under fødslen. I relation til dialogen, har vi identificeret tre punkter, som har betydning for informanternes tillidsfølelse. Disse gennemgås i det følgende.

Tydelighed

Ud fra empirien tyder det på, at de forskellige fagpersoner, som kvinderne møder under graviditet og fødsel, ikke har samme indstilling til hvordan ønsket skal håndteres. Eksempelvis fortæller to informanter (I3, F15), at det er deres praktiserende læge, der har fortalt dem, at det er muligt for dem at få kejsersnit. Dog har begge informanter efterfølgende følt sig slået ud, når de har erfaret, at det ikke var så nemt, som lægen havde indikeret. Dette vidner om, at de praktiserende læger ikke er bekendt med fødestedernes procedurer om kejsersnit på moders ønske, hvorfor det bliver uklart for kvinden hvad hun kan forvente at gennemgå i sundhedsvæsenet. Desuden kan vi ud fra I3's udtalelser gisne om, at det er lægen, der har plantet idéen om kejsersnit hos hende: *hun sagde sådan noget i stil med: "du fødte jo ved kejsersnit sidste gang, har du tænkt over at du godt ville det igen, eller.."*. Dette indikerer, at de praktiserende læger kan have en betydning for at kvinderne får et ønske om kejsersnit. Ligeledes kan det kan have en betydning for kvindernes samlede opfattelse af forløbet, idet de kan give kvinden falske forhåbninger, hvis ønsket om kejsersnit ikke accepteres. Dels kan det være udtryk for, som nævnt ovenfor, at den praktiserende læge har et mangelfuldt kendskab til fødestedernes procedurer, men det kan også være et udtryk for, at den praktiserende læge sandsynligvis er bedre kendt med kvindens historie, herunder hendes medicinske historie og hendes efterfødselsforløb fra tidligere. Diskrepansen der her ses mellem praktiserende læge og svangrepersonalet, efterlader plads til tvivl hos kvinden, om hvad der er den rigtige beslutning, når generalisten siger én ting og specialisten noget andet. Tvivlen kan derved blive ophav til en utryghed for kvinden, og om den beslutning det ender med, så også er den korrekte. Giddens pointerer, at modernitetens refleksivitet har

været med til at ændre de sociale praksisser¹⁰ (Bak 2010). I denne kontekst ser vi dialogen mellem kvinden og svangrepersonalet som en social praksis, og refleksiviteten som den viden kvinden forud for dialogen har om, hvordan der bør handles. Fra et Giddensk perspektiv, kan dette dermed forklare, at kvinderne, der skal deltage i dialogen med svangrepersonalet, har forberedt sig ud fra den viden de har fra fx praktiserende læge eller andres erfaringer, hvorfor deres handlen også bliver herefter. Da kvinden på baggrund af sin refleksivitet har en forventning om hvad hun kan forvente af forløbet, som kan divergere fra svangrepersonalets forventninger, kan der opstå utilfredshed hos kvinden. Vi ser derfor en vigtighed i, at svangrepersonalet kommunikerer tydeligt om forløbets gang, hvilket muligvis kan skabe en større åbenhed hos kvinden, som giver mulighed for at svangrepersonalet gennem dialogen kan øge hendes refleksivitet.

Andre eksempler på, at fagpersoner, ud fra informanternes synspunkt, har divergerende holdninger, ses i selve fødslen, hvor jordemødre og obstetrikere ikke er enige om hvordan den skal håndteres. Dette ser vi dog som en uomgåelig diskussion, da de to faggruppers skøn afhænger af den enkelte fødsel, men det forekommer problematisk, at diskussionen foregår hen over hovedet på kvinden. Efter vores vurdering, kan informanternes utryghed dermed skyldes, at det ikke står klart hvad der skal ske, når faggrupperne er uenige, hvorfor det kan være svært for kvinden at kode hvilken beslutning, der er bedst for hende. Når det gennem uenighed står tydeligt frem for kvinden, at de kliniske beslutninger beror på forskellige skøn og vurderinger kan det generere utryghed og usikkerhed. Derfor vurderer vi også, at en tydelig og sågar fælles enighed om, hvad der formidles og hvordan det gøres til kvinderne, både i deres fødsel, men i høj grad også i dialogen om kejsersnit, kan være frugtbar, og hjælpe til at kvinderne føler sig trygge og har tillid til personalet, hvilket også vil have betydning for deres samlede oplevelse.

Ydermere viser empirien, at nogle informanter efterspørger gennemsigtighed i det forløb de skal igennem i forhold til deres ønske om kejsersnit. I1 nævner, at hun føler sig *holdt for nar*, fordi svangrepersonalet i Aabenraa ikke fra start meldte deres holdning til kejsersnit ud:

Et eller andet sted synes jeg det er utroligt, at man sætter forventninger op. At man kan snakke med fødselslæger og jordemoder om at få et kejsersnit, hvis det ikke kan lade sig gøre alligevel. Så derfor synes jeg det har været spild af alle de samtaler jeg har været til (I1).

¹⁰ Social praksis er med til at bestemme det sociale liv, og det er gennem menneskers sociale praksis, at vi skaber strukturerne i samfundet (Bak 2010).

Citatet indikerer netop den tydelighed, der efterlyses i ovenstående, hvor svangrepersonalet ikke er klare i kommunikationen om deres agenda, hvilket vi derfor kan tolke som en kilde til mistillid til, at svangrepersonalet handler og beslutter uden at have den fulde forståelse af kvindernes fortællinger.

Fødeplan

For flere af informanterne har en fødeplan været en del af forløbet, og det står klart, at tilfredsheden omkring fødeplanerne afhænger af flere faktorer. Overordnet ser flere informanter fødeplanen som et godt redskab, som samtalerne med svangrepersonalet tager udgangspunkt i:

Den jeg lavede fødselsplan med, var meget omhyggelig med at snakke det tidligere forløb igennem, og hvordan man kunne have gjort noget anderledes. (...) det synes jeg fungerede rigtig fint. At hun kiggede tilbage og så fik talt fremad også. Altså hun var hammergod hende til at lave fødselsplanen, hende var jeg rigtig glad for. (I1)

Selvom der ses tilfredshed med fødeplanen som redskab forud for fødslen, er der generelt oplevelsen af, at planen ikke bliver overholdt. Ovenstående citat viser, at I1 er tilfreds med fødeplanen. Alligevel var det dog meget vigtigt for hende, at hendes mand under fødslen skulle være opmærksom på, at den blev overholdt, hvilket vidner om mistillid til personalet. For de flergangsfødende, kan oprettelsen af en fødeplan samtidig ses som et udtryk for at komme omkring de utrygheder kvinden har fra sin tidligere fødsel og eventuelt den mistillid, som en negativ oplevelse kan have skabt. Derfor kan etableringen af en fødeplan også være et middel til at genoprette kvindens tillid til svangrepersonalet, hvilket ud fra ovenstående muligvis lykkes. Alligevel har informanterne mistillid til at den bliver overholdt, hvilket også kan tilskrives, at det ikke er muligt at lave bindende aftaler til en uforudsigelig situation, som en fødsel er. På den baggrund er der potentiale for at fødeplanen skaber yderligere mistillid, hvis svangrepersonalet bliver nødt til at handle i modstrid punkterne i fødeplanen. Mistilliden er gennemgående for flere informanter, men viser sig i forskellige afskygninger. Bl.a. henviser I3 til en samtale med jordemoderen, som foreslår en fødeplan, men understreger, at det ikke er sikkert de vil forholde sig til den i selve fødslen, hvorfor planen bidrager til informantens mistillid til personalet, som udtrykker: *Så allerede der var der total mistillid, altså, jeg stolede jo ikke på dem. Hvad pokker skal jeg med en fødeplan, hvis I ikke kigger på den?*

Et andet udtryk for mistillid ses hos F5, hvor fødeplanen ved første fødsel ikke blev fulgt af en fødselslæge, hvilket har haft betydning for hendes efterfølgende fødsel: *hvis hun havde fulgt papirerne, havde jeg været klar til at prøve almindelig fødsel anden gang med samme aftale*. Det tyder dermed på, at informanterne ikke stoler på, at fødeplanen bliver overholdt, hvilket kan bunde i egne erfaringer som vist ovenfor, eller i bekendtes erfaringer med fødeplanerne, som flere af informanterne nævner. Dette vidner om, at svangrepersonalet i fødslen ikke nødvendigvis overholder fødeplanen, hvilket delvist kan forklares ved, at en fødsel er uforudsigelig. Et engelsk studie viser i tråd hermed, at jordemødre ser fødselsplaner som kilde til irritation, da de mener, at det forhindrer dem i at handle efter det, der i deres optik, er bedst for kvinden (Welsh & Symon 2014). Dermed kan vi tolke anvendelsen af fødeplaner som en falsk tryghed for kvinden, da det tyder på, at der kan opstå en konflikt mellem hendes autonomi og jordemoderens eller lægens faglige vurdering. Dette forstår vi, som et resultat af det uligevægtige magtforhold, der er mellem parterne, idet kvindens ønsker, som er nedskrevet i fødeplanen, er i fare for at blive undermineret af svangrepersonalets faglige vurdering i situationen. Yderligere påpeger Welsh og Symon (2014), at selve ordet er misvisende, da det leder kvinderne til at tro, at fødslen kan planlægges. Med denne viden kan der argumenteres for en ændret sprogbrug, som ikke er misvisende for hvad en fødeplan i vores optik reelt er, nemlig italesættelsen af mulige scenarier, som kvinden fx gerne vil undgå eller hendes ønsker til smertelindring.

Ud fra ovenstående kan vi sammenfattende udlede, at selvom en fødeplan i nogle situationer er et godt redskab til at give tryghed og klarhed over kvindens ønsker i forbindelse med fødslen, ser vi også, at den kan være kilde til mistillid og frustration, når den ikke bliver overholdt, hvorfor den mister sin værdi. Af citatet af F5 ser vi desuden, at der kan være en sammenhæng mellem en misvedligeholdt fødeplan under første fødsel og et ønske om kejsersnit i efterfølgende fødsel, da tilliden til planens betydning er mistet.

Vi vurderer derfor, at fødeplaner kun er et relevant værktøj, hvis den behandles efter dens aktuelle formåen, og desuden behandles seriøst af alle parter.

På baggrund af ovenstående konkluderer vi, at en fødeplan er et godt redskab til inddragelse i dialogen med kvinderne, dog er der risiko for at der kan forekomme brud af aftalerne i planen, hvilket øger sandsynligheden for at kvinden får endnu en negativ fødselsoplevelse, og fødeplanen derved indirekte også skaber grobund for større mistillid end forud for fødslen. På et overordnet plan kan dét, at der faktisk er et behov for fødeplaner pege på en generel mistillid fra kvindernes side om hvorvidt det i fødslen er

muligt at have en åben og respektfuld dialog, hvori hendes ønsker bliver hørt og inddraget.

Mandens tryghed

I beslutningen om hvordan kvinderne ønsker at føde, spiller deres mænd en rolle, og samtlige informanter har haft deres mænd med til én eller flere samtaler med svangrepersonalet. Ud fra empirien tyder det overordnet på, at mændenes opbakning gør kvinderne trygge: *Min kæreste støttede mig fuldt ud i hvad jeg selv ville vælge, og det synes jeg var vigtigt (F8)*. Flere af informanterne nævner desuden, at hans holdning har været betydende for deres ønske, hvilket fx kommer til udtryk hos F20: *Min kæreste var mere 'hooked' på at det skulle være planlagt kejsersnit anden gang end jeg var. Vi talte meget om det... For og imod. Og blev enige om at planlagt kejsersnit var vejen frem for os*.

Ligesom i ovenstående citat ser vi, at flere informanter siger *vi* og *os* vedrørende deres forløb og beslutningsprocesser, hvilket indikerer, at det for mange er en fælles beslutning. Et svensk studie af Johansson et al. (2014) viser dog, at mange mænd ikke forbinder kejsersnit med risici, og at de generelt har meget begrænset viden om fødsler, hvilket kan betyde at det, at nogle mænd ingen præferencer har, kan bunde i manglende viden på området. Dette kommer også til udtryk hos F11: *tror nu heller ikke at han vidste hvad han skulle argumenterer imod/for*. Det tyder derfor på, at mændenes rolle i højere grad fungerer som en støtte i kvindens valg end en sparringspartner til at diskutere fordele og ulemper.

I stedet nævner et par af informanterne, at deres mand foretrak kejsersnit, fordi han var meget påvirket af sin oplevelse under første fødsel. Informanterne angiver i den forbindelse, at der bliver taget for lidt hånd om mændene i fødselsforløbet; *Han stod bare der og ingen tilbød ham hjælp (F14)*. I informanternes udsagn tyder det på, at fødslerne ikke kun har været traumatisk for kvinderne, men også for deres mand, som ifølge kvinderne ikke har fået nok informationer og støtte. Dette stemmer overens med Johansson et al. (2014) der viser, at et fundamentalt kriterie for, at mændene har haft en god fødselsoplevelse er, at svangrepersonalet deler informationer og viden med dem i processen. Dermed tyder det på, at negative erfaringer fra første fødsel har resulteret i, at mændene, ligesom kvinderne, kan have ønske om kejsersnit, hvilket kan have betydning for kvindernes beslutning:

Han siger ærligt bagefter at han ikke havde turde overvære en ny fødsel, og at han var super lettet over at det blev kejsersnit anden gang. Andre mænd

end ham har det sikkert sådan og står du som kvinde og er i tvivl om du har lyst til endnu en vaginal fødsel så vil mandens utryghed sagtens kunne være tungen på vægtskålen, der gør at kvinden vælger kejsersnit. (F12)

Det tyder på, at manden fra kvindens synspunkt spiller en vigtig rolle under fødslen såvel som i beslutningsprocessen omkring kejsersnit. Dog tyder det ikke på, at svangrepersonalet i samme grad ser manden som en betydningsfuld del af processen, da flere kvinder nævner, at manden ikke bliver talt til eller involveret i samtalen om kejsersnit, hvilket kommer til udtryk hos F10: *den fødselslæge vi var inde til lyttede ikke til min mand* og F14: *Hun kiggede ikke engang på ham*. Vi antager, at dette er kilde til frustration, hvilket også uddybes af F10: *det virker som om mændene er et biprodukt for det er os kvinder, der skaber og føder børn, men de har lige så stor en andel som vi kvinder*.

Der ses ikke en gennemgående holdning til og inddragelse af manden, og hvilken rolle han har i beslutningen. De fleste kvinder har debatteret beslutningen om at ønske kejsersnit med deres mand, hvorfor vi antager, at det præsenteres for svangrepersonalet som et fælles ønske. Dog tolker vi kvindernes udsagn som, at der søges støtte ved manden, men at det ikke er en reel forhandling eller rådgivning de ønsker herfra. Dette understøttes af et svensk studie om fædres erfaringer med beslutningstagning om kejsersnit, hvor det fremgår, at fødemåde for mændene er underordnet så længe deres barn kommer til verden uskadt og sundt (Johansson et al. 2013). At kvinderne ikke søger rådgivning hos manden kan muligvis skyldes, at de vurderer mændene som uvidende om situationen, hvilket tydeligt understreges i ovennævnte studie, hvor det fremgår at flere mænd vurderer kejsersnit til at være mere sikkert og mindre risikabelt, på baggrund af, at de anser det for hurtigere og mere effektivt end vaginal fødsel og samtidig er nemmere for kvinderne og mindre smertefuldt (Johansson et al. 2013). I et Kleinmansk perspektiv er dette et udtryk for mandens forklaringsmodel, hvilken, såvel som kvindens jf. afsnit 2.6, er opbygget gennem erfaringer i den folkelige sektor, hvor bl.a. større børns fødsel, og deres opfattelse af andres og mediers fortællinger kan spille ind. Dog opstår således en tvivl hos om hvorvidt manden blot adapterer kvindens ønske og holdninger, muligvis fordi der er en forståelse af, at det er kvindens krop og dermed hendes beslutning, som tydeliggjort ovenfor.

Til trods for at manden, hverken i vores empiri eller i studiet af Johansson (2013), har afgørende betydning for kvindens ønske, er kvinderne alligevel utilfredse over, at mændene ikke inddrages aktivt i dialogen. Dermed finder vi et potentiale i at tilstræbe, at manden spiller en større rolle i processen og tydeligt at opfordre til hans deltagelse i

samtaler omkring ønsket om kejsersnit. Herved er der samtidig mulighed for, at hans eventuelle dårlige oplevelse fra tidligere fødsel også bearbejdes. Desuden indikerer ovenstående fortolkning, at manden i høj grad mangler viden om fordele og ulemper ved henholdsvis kejsersnit og vaginalfødsel, hvorfor der kan ligge et potentiale i at han inddrages i dialogen. Da han er den person kvinderne har mest tillid til og oftest drøfter situationen med, kan der dermed være en fordel i, at han opnår viden, som kan bidrage til debatten i hjemmet, og eventuelt være *tungen på vægtskålen* i kvindens endelige beslutning, som F12 udtrykker det ovenfor.

8.2.3 Forklaringsmodeller

I dette tema tegnes et billede af hvordan svangrepersonalets fokus på risici ved kejsersnit og det naturlige ved den vaginale fødsel, mødes og bearbejdes af kvinderne. Empirien viser i tråd med det fremanalyserede i afsnit 2.5, at svangrepersonalet primært kredser om den naturlige fødsel og dels om de komplikationer og risici, der er ved kejsersnit.

I bearbejdelsen af empirien har vi set nogle mønstre i den måde informanterne forbereder sig til og agerer i dialogen med svangrepersonalet. Vi har derfor delt kvinderne op i tre arketyper, jf. box 8.2; de viljefaste, de autoritetstro og de tvivlende. Boxen viser et karikeret billede af de tre typer, som nuanceres løbende i dette afsnit.

Box 8.2. Oversigt over tre fremfundne arketyper

Den viljefaste	Den autoritetstro	Den tvivlende
Kendetegnet ved at have en klar mission med samtalen, og at være forberedt på at tale sin sag.	Kendetegnet ved at have en klar overbevisning om at kejsersnit er det bedste for hende, men lader sig overbevise eller affinder sig med at ønsket afvises af personalet procedure	Kendetegnet ved at ønske kejsersnit, men ikke være fast besluttet.
Har ofte den holdning, at kvinder i hendes situation har ret til at ønske kejsersnit.	Kendetegnet ved at eftergive sit ønske efter faglig vurdering.	Har ofte en overbevisning om at vaginalfødsel er bedst, men har modsigende erfaringer.

Foruden disse tre typer finder vi, at svangrepersonalet og kvinderne anskuer problemstillingen om kejsersnit fra hver sit sektorperspektiv jf. Kleinmans teori om det pluralistiske sundhedssystem afsnit 2.6. Af materialet udleder vi, at lægmandsperspektiv og professionelt perspektiv kan mødes på to forskellige måder i dialogen, og disse har vi valgt at benævne som henholdsvis kæmpende- og forhandlende forklaringsmodeller. De kæmpende forklaringsmodeller er kendetegnet ved, at der opstår gnidninger grundet

manglende forståelse for den andens forklaringsmodel, og hvor positionerne er fastlåste. Derimod er de dialoger med forhandlende forklaringsmodeller kendetegnet ved, at parterne har forståelse for hinandens perspektiver, og en oplevelse af, at positionerne kan ændres undervejs. Udbyttet og tilfredsheden med dialogen afhænger både af kvindens og personalets tilgang dertil, og har indflydelse på hvordan kvinden reflekterer over fødemåder og risici forbundet hermed, hvilket analyseres og diskuteres i det følgende.

Kæmpende forklaringsmodeller

Den viljefaste kvinde har en stålsat holdning omkring ønsket om kejsersnit, og bruger udtryk som: *jeg satte foden i* (F4), hvilket understreger, at ønsket ikke er til forhandling. Flere har ligefrem forberedt sig til samtalen, og fremfører deres argumenter indtil personalet lader sig overbevise, og tillader kvinden et kejsersnit: *det var bare det jeg skulle, og til sidst så makkede de ret... Men det var med kraftig overtalelse fra min side, og god argumentation* (F7). Dette kan ses som et udtryk for, at kvinderne ikke har tillid til svangrepersonalet og deres vejledning, og dermed ikke finder den sundhedsfaglige vurdering af hendes situation relevant, idet hendes egne præferencer og overbevisninger vægtes højere end den faglige vurdering. Såfremt grunden til denne tilgang til dialogen er manglende tillid til svangrepersonalets faglige vurdering af ønskets legitimitet, vurderer vi det paradoksalt, at hun alligevel har tillid til at lade sig undergå den operation som et kejsersnit er, hvor situationen udelukkende er i obstetrikernes hænder, hvorfor den manglende tillid tilsyneladende kun er forbundet med vaginal fødsel. Dette kan tolkes som om, at et kejsersnit opfattes som er en forudsigelig procedure, hvor obstetrisk personale handler efter faste retningslinjer hvorimod den vaginale er uforudsigelig og forbundet med mange situationsbetingede valg og vurderinger undervejs i forløbet. Som tidligere nævnt ender de fleste informanter med planlagt kejsersnit, hvilket, i vores optik tyder på en overvejende forbrugerrettet holdning blandt personalet på landets fødesteder, hvor kvinden reelt anses som medbestemmende, hvorfor de juridiske aspekter vedrørende kejsersnit på moders ønske, forvaltes på en pragmatisk måde. Karlström et al (2011) diskuterer, at kvinder muligvis påtager sig en bestemt attitude for at få ønsket opfyldt. Nogle viljefaste informanter fortæller, at de kæmpede indtil personalet gav op, som beskrevet af F10, hvor en jordemoder: *opgav (...) at sende os til flere samtaler, fordi hun godt kunne høre, at hun ikke kunne rykke ved min holdning*. Dette kan tolkes som, at de også påtager sig en bestemt attitude, da de via deres refleksivitet har fået en fornemmelse af, at det handler om at fastholde sit ønske om kejsersnit, hvis man vil have ønsket gennemført, jf. Giddens teori om modernitetens refleksivitet (Bak 2010).

Vi udleder heraf, at det ikke blot er svangrepersonalet, der påtager en forbrugerrettet holdning til kejsersnit, men også kvinden, hvorfor hendes attitude kan være afgørende for hvorvidt ønsket efterkommes. Karlström et al (2011) angiver, at kvinders opfattelse af hvordan man bedst får sit ønske om kejsersnit igennem ved personalet, er at udtrykke angst og sårbarhed, hvilket eventuelt kan skyldes, at der i Sverige er mulighed for at få kejsersnit på psykosociale indikationer (Andolf et al. 2011). Dette strider dog lidt imod vores beskrivelse af den viljefaste kvinde, som argumenterer for sit ønske, og ud fra empirien spores der ikke angst eller sårbarhed som taktik ved samtalen.

Blandt de viljefaste findes også de få informanter, som mener, at et kejsersnit altid bør være op til den enkelte kvinde, hvorfor både attituden i dialogen samt kvindens holdning til brugen af sundhedsvæsenet, kan være relevant for deres tilgang til samtalen. Dermed opstår et spørgsmål om, hvorvidt de viljefaste kvinder får accepteret deres ønske, grundet deres fokus på retten til selvbestemmelse. Dette kan desuden også skyldes svangrepersonalets pragmatiske tilgang, eller hvorvidt de mener, at kvinderne er så stålfaste, at de ikke kan trænge igennem, og tale dem fra deres ønske.

Den autoritetstro kvinde står ikke fast på sit ønske, i samme grad som den viljefaste, og vil derfor ofte acceptere personalets anbefaling eller beslutning, uagtet om personalet anbefaler kejsersnit eller vaginal fødsel: *fordi det er jo deres procedure* (I1). Den autoritetstro accepterer at personalet *ikke hører* (F16), og at ønsket ikke bliver en realitet, omend de ikke selv mener, at det er den rigtige beslutning, eller er i tvivl herom. Ifølge Kleinman kan lægmænd have svært ved at præsentere deres forklaringsmodeller for de professionelle, fordi de frygter at blive latterliggjort af personalet, grundet at deres overbevisninger, ud fra det biomedicinske perspektiv, som dominerer den professionelle sektor, ikke anses korrekt eller vurderes direkte meningsløs (Kleinman 1981). Dermed kan den autoritetstro kvindes accept af en vaginal fødsel også være forårsaget af, at hun ikke føler sine årsager som gyldige i den professionelle sektor, eller ikke ved hvordan hun skal formidle dem. Ovenfor fremgår det, at den autoritetstro kan have en erkendelse af, at de professionelle skal følge en bestemt procedure, hvorfor det for hende kan synes ligegyldigt at præsentere sin forklaringsmodel for svangrepersonalet. Frygt for latterliggørelse, som Kleinman pointerer, jf. ovenstående, er tilsyneladende også aktuel for vores informanter, hvor flere er blevet mødt af nedladende retorik og kropssprog omkring ønsket.

For både de autoritetstro og de viljefaste er det karakteristisk, at dialogen bærer præg af, at overvejelser om risici ved kejsersnit reelt ikke indgår i deres holdning til hvad den rigtige beslutning for dem er. Disse kvinder kan i høj grad afvise personalets

forklaringsmodeller om kejsersnit som risikofyldt, idet de ikke føler, at risici vil blive aktuelle for dem, som beskrevet af F17: *Når man vælger kejsersnit bliver man tudet ørene fulde af risici, der rammer 1:50.000*. Desuden kan de ulemper, som kvinderne selv nævner som primære og som relaterer sig til familielivets udfordringer efter en operation, løses gennem planlægning: *Det kan man hurtigt komme over, og hvis der var mulighed for at manden kunne være hjemme, så er det jo ingen problem (I1)*. Således kan personalets forklaringsmodeller om risici og ulemper afvises som irrelevante, hvorfor dialogen bærer præg af, at det ikke lykkes personalet at få kvinderne til at lytte til argumenterne og derfor er det blot to kæmpende forklaringsmodeller, som aldrig når til enighed, fordi argumenternes vægt gensidigt devalueres i dialogen.

Kvinderne opfatter, at personalet har fokus på at gøre det klart *at de foretrækker vaginal fødsel (F22)* og at de *prøvede at overbevise os om at vi skulle vælge en vaginal fødsel (F10)*. Ifølge Gregers Rosdahl (2012), som er Cand. mag i filosofi, og fortaler for Den Motiverende Samtale, er det essentielt, at sundhedspersonalet ikke overdænger borgere og patienter med risici og ikke forsøger at overbevise borgeren om en forandring, da dette blot vil øge modstanden imod forandring. Således må modstanden imod den vaginale fødsel dels ses i lyset af kvindernes holdning, men dels også af personalets tilgang til dialogen, som netop bærer præg af overtalelse og en tydelig agenda. Rosdahl (2012) slår fast, at det værste, der kan ske i mødet mellem en sundhedsprofessionel og en borger, er, at borgeren mødes af et argument, som leder til at borgeren modargumenterer, da det at høre sig selv tale om fordelene ved en situation, fører til at borgeren fastlåses i at gøre det forkerte, i den sundhedsprofessionelles optik. Derfor må det primære fokus være, at få kvindernes tanker ledt hen på risici om kejsersnit, uden at de i denne optik bliver fortalere for kejsersnit fordi de føler, at de skal argumentere imod svangrepersonalets talestrøm om risici. Ved at kvinderne skal modargumentere svangrepersonalets informationer om risici, hører de sig selv validere deres ønske gentagne gange, hvorfor det antagelsesvist vil blive sværere for personalet, at overbevise kvinderne om en vaginal fødsel.

Sharpe et al (2015) nævner, at kvinder bør informeres om fordele og ulemper om både vaginal fødsel og kejsersnit, hvilket vi vurderer netop kan bidrage til at åbne op for en samtale, hvor forhandlende forklaringsmodeller mødes, da det typisk er fordele ved kejsersnit, som kvinderne har flest af, og derfor hæfter sig ved. Ved ikke at afvise kvindens forklaringsmodeller, men lade hende fortælle, og også bekræfte, at der kan være fordele ved kejsersnit, kan der således skabes et lige forhold mellem sundhedspersonalets og kvindens synspunkter. Vigtigheden i at have en sund dialog om

risici ved begge fødemåder kan også begrundes i, at kvinden har krav på at få fyldestgørende information om de ydelser, der er muligt at efterspørge i fødselsforløbet (Sundhedsstyrelsen 2013) og ligeledes hendes retsstilling jf sundhedslovens §15 om informeret samtykke¹¹ (Sundhedsloven 2010). Faren ved en dialog, som beskrevet ved at forklaringsmodellerne kæmper, kan netop være, at kvinderne lukker af overfor personalet, hvilket typisk sker, når de viljefaste og til dels også de autoritetstro er til samtaler. Ligeledes oplever kvinderne ikke at deres argumentation møder respekt, hvorfor det ser ud til, at det skaber en modreaktion, hvor svangrepersonalets argumentation på samme måde afvises. Personalet kan dermed ikke sikre sig, at kvinden reelt har forstået hvad hun til- og fravælger.

At de viljefaste, som har en mission om at blive tildelt kejsersnit, også ofte får lov, er interessant, da Karlström et al (2011) pointerer, at det at ønsket efterkommes, ikke nødvendigvis gør kvinderne mere tilfredse med selve forløbet. Dette kan indikere, at det ikke udelukkende er udfaldet, men muligvis også dialogen, som har betydning for tilfredsheden. Dette understreger, at forløbet snarere bør dreje sig om, at personalet målretter forløbet til den enkelte, og ikke forsøger at bekæmpe hendes forklaringsmodeller for til slut at give op og eftergive ønsket alligevel. Det tyder derfor på, at hvis dialogen om kejsersnit er rigid og ikke anerkendende, har det en afsmittende effekt på kvindernes oplevelse af deres fødsel, hvorfor samtalerne, og deres fokusområder, bliver helt centrale.

For de autoritetstro, som endte med at forsøge vaginal fødsel kan det udledes at det, at kvinderne har været tro mod svangrepersonalets anbefaling om vaginal fødsel uden at være overbevist, har haft en u hensigtsmæssig effekt. Eksempelvis formuleres det af F16, da hun får spørgsmålet om hvorvidt hun fremover vil føde vaginalt eller ved kejsersnit, at kejsersnit er vejen frem for hende: *Kejsersnit, vil ikke risikere det sidste igen, det var med til jeg fik en fødselsdepression. Fordi jeg ikke blev lyttet til.*

Dette understreger således, at kvinderne ikke blot har fået bekræftet, at deres ønske skulle være blevet eftergivet, men også, at de tillægger selve beslutningen om den vaginale fødsel skylden for efterfølgende psykiske problemer, hvilket efterlader kvinden med en opfattelse af, at personalets manglende evne til at forstå hendes situation, har haft alvorlige konsekvenser for hende.

¹¹ I §15 er der fastsat regler for at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, hvilket skal være baseret på fyldestgørende information fra en sundhedsperson og kan afgives skriftligt og mundtligt (Sundhedsloven 2010).

Forhandlende forklaringsmodeller

I samtaler med forhandlende forklaringsmodeller, ser vi overvejende de kvinder, som vi har betegnet som de tvivlende, jf. box 8.2. De tvivlende kvinders tanker kredser om at sikre den gode fødsel og om at få bearbejdet den tidligere fødselsoplevelse: *For mig handlede det meget om at snakke om sidste forløb. Snakkede, snakkede og snakkede, og der kom næsten noget nyt frem hver gang* (F14). Ønsket kan undervejs ændre sig, og forløbet bærer præg af, at informanterne er reflekterende omkring deres følelser og tanker omkring ønsket om kejsersnit: *jeg lavede faktisk sådan et helt skema omkring mine tanker* (I3). Kvinderne er i højere grad splittede om hvorvidt kejsersnit er løsningen, og har ikke, på samme vis som de viljefaste, målet om nødvendigvis at få ønsket opfyldt i sidste ende. De kvinder, som er tvivlende, er i højere grad end de autoritetstro, glade for deres forløb, uanset fødemåde, og det er også i denne gruppe hvor den eneste informant, som både har haft et godt samtaleforløb og har valgt at føde vaginalt, befinder sig. Hun udtrykker:

Jeg var ikke i tvivl om, at de alle mente at vaginal fødsel var deres anbefaling, men samtidig var de virkelig gode til at lægge tryk på, at det var mit eget valg og at de ville gøre alt hvad de kunne for at jeg skulle være tryk uanset hvad jeg valgte (F8).

Af citatet kan udledes, at personalet har brugt en blanding af at præsentere vaginal fødsel som det foretrukne, belyst mulige måder at støtte kvinden for at skabe tryghed, men også har ladet valget være hendes. Denne tilgang med kvinden som beslutningstager er også brugt til andre informanter i denne gruppe og i samtaler med de viljefaste kvinder, hvorfor mange har valgt kejsersnit. Halvorsen et al. (2010) fremfører, at en autonomi-tilgang kan bidrage til at fastlåse kvinden i, at se kejsersnit som den eneste mulighed, hvorfor dette også delvist kan forklare, at mange af informanterne i sidste ende får kejsersnit. Og selvom kvinderne udtrykker, at det er ønskværdigt at få valget som flergangsfødende, er det ud fra et sundhedsfundamentalistisk synspunkt ikke bestræbelsesværdigt, når det ønskes at nedbringe unødvendige operationer. I stedet må det tilstræbes at lægge op til en dialog i trygge rammer, som det ovenstående eksempel, som hjælper kvinden til at reflektere, og muliggør, at hun bliver villig til at lytte til personalets faglige viden omkring fordele og ulemper ved både kejsersnit og vaginalfødsel. Karakteristisk for de forhandlende samtaler er, at kvinderne på lige fod med personalet får lov at fremføre deres argumenter. Ifølge Giddens er viden og information med til at øge refleksiviteten og dermed skabe ny agency, fordi der skabes nye handlingsmotiver (Bak 2010), hvorfor kvindernes handlinger bliver påvirket af den information og viden de får igennem dialogen med svangrepersonalet, hvis denne forstås

og internaliseres. Yderligere kan den forhandlende dialog også skabe udvikling hos svangrepersonalet, da kvindens viden og argumenter kan få svangrepersonalet til at reflektere over egen position og fremtoning. Derfor kan der i de forhandlende samtaler opstå en læring, som svangrepersonalet kan drage nytte af i senere forløb med andre kvinder.

Til trods for at størstedelen af de tvivlende kvinder i sidste ende vælger kejsersnit, er kvinderne tilfredse med selve dialogen omkring ønsket:

Samtaler med jordemoderen handlede mest om sidste forløb, men også om kejsersnit vs. vaginal fødsel. Jeg mødte stor forståelse og anerkendelse af mine oplevelser og blev på intet tidspunkt talt ned til eller forsøgt snakket fra kejsersnit, men der var fokus på muligheder (F14).

Denne form for dialog tillader dermed kvinderne at få sat de forskellige muligheder og risici i perspektiv, ligesom det igen understreger nødvendigheden af anerkendelse jf. tema 1, som dermed bliver vigtigere for kvinden end selve det at få ønsket om kejsersnit eftergivet.

De viljefaste og autoritetstro afviser i høj grad personalets argumenter om risici, og fastholder deres mening om, at kejsersnit ikke udgør en risiko og de nævner sjældent, at der kan være fordele ved en vaginal fødsel, selvom flere dog stadig kan være bange og ligefrem *hunderød* (F17) for kejsersnit, selvom dette er deres mål. De tvivlende kan omvendt finde fordele ved både kejsersnit og vaginal fødsel, og er i en tilstand, hvor de i højere grad afvejer fordele og ulemper gennem information: *Jeg sammenlignede hele tiden de to muligheder og konsekvenser og satte dem op, altså op for hinanden* (I3). De to tvivlende, som endte med at føde vaginalt nævner begge, at barnets velfærd var med til at overbevise dem om, at den vaginale fødsel måtte tilstræbes.

Barnets velfærd var, som en overraskelse for os, ikke et tema, der generelt optog kvinderne særlig meget, hvorfor frygten primært drejede sig om egne behov, følelser og krop. Førnævnte studie af Sharpe et al (2015), hvor jordemødre, obstetrikere og gravide stilles hypotetiske spørgsmål vedrørende retten til at ønske kejsersnit, viser, at jordemødre og obstetrikere i højere grad tror, at kvinderne bekymrer sig om egen krop, hvilket empirien bekræfter. Dog er det interessant, at de kvinder, som endte med at ønske en vaginal fødsel, eller var i tvivl, netop inddrog risiko for barnet, som fx F8: *det sidste pres ved vaginal fødsel skulle være rigtig godt for barnets hunger, så det var med i overvejslen*. Modsat viser en viljefast, at hun ikke har forstået, at der kan være risici for barnet og hende, men fastslår samtidig, at hvis hun havde viden om det, ville hun

muligvis ændre mening: *Havde måske også gjort en forskel hvis, ja, det kunne skade mit barn eller mig selv... (F6)*. Dette viser, at der kan være forskel i de tvivlendes og viljefastes måde at tage imod og behandle information. Ud fra teorien om Den Motiverende Samtale befinder nogle sig i en ambivalent tilstand, hvor det både er muligt for dem at se fordele og ulemper ved deres adfærd (Rosdahl 2016a), her forstået som det at ønske et kejsersnit, hvorfor de kan være motiveret i retning af begge fødemåder. For den sundhedsprofessionelle handler det dermed ikke om at motivere den ambivalente, men at hjælpe denne til at finde ud af, hvad denne er mest motiveret for (Rosdahl 2016a). Med udgangspunkt i, at mange af vores informanter i sidste ende valgte kejsersnit selvom de var i tvivl, mener vi, at personalet med fordel kan lede kvinderne i retning af den vaginale fødsel som mulighed, hvis de formår at få hende til at reflektere over de fordele, der kan være, hvorfor den forhandlende samtale må tilstræbes.

8.3 Afrunding

Nedenstående vil indledningsvist adskille de to cases hvor empirien er indsamlet, for at synliggøre, hvordan de hver især har bidraget til selve analysen og dermed de resultater som efterfølgende forandringsforslag er grundlagt ud fra. Da den ene case, fokusgruppen fra Facebook, er dannet af kvinder, der geografisk tilhører forskellige fødesteder, har de også været en del af forskellige forløb, hvorfor det overvejende bliver en tydeliggørelse af hvordan interviewene med informanterne fra Aabenraa fødeafdeling har bidraget med noget særligt.

8.3.1 Hvorfor den ringe effekt?

Det altoverskyggende fund i analysen er, at det i ringe grad lykkes svangrepersonalet at overbevise kvinderne om at føde vaginalt, hvilket i vores optik er yderst interessant. I det følgende vil vi derfor diskutere hvorfor dette ikke lykkes med baggrund i forskelle og ligheder mellem de to cases, på baggrund af de procedurer, der var fremherskende på henholdsvis Aabenraa fødeafdeling, og de øvrige fødesteder, som informanterne fra fokusgruppen, repræsenterede.

De to cases bidrog til at belyse en diversitet i fødestedernes samarbejde og dialog med kvinderne omkring kejsersnit på moders ønske. Kvinderne, der deltog i fokusgruppen, var spredt geografisk, men det, der var muligt for os at udlede var, at kvinderne i langt højere grad, end kvinderne fra Aabenraa fødeafdeling, selv spillede en aktiv rolle i hvorvidt et kejsersnit ville blive en realitet. Dette fordi de i mange tilfælde fik valget

mellem de to fødemåder. Kun én informant fra fokusgruppen fik ikke sit ønske opfyldt, hvilket gjorde sig gældende for to ud af tre informanter fra Aabenraa, og for tredje informant gjaldt, at kejsersnit kun blev tilladt grundet et foster i underkropspræsentation.

Særligt kan vi se, at til trods for en målrettet indsats mod kejsersnit på moders ønske og også en succesfuld nedbringelse af andelen af kejsersnit generelt på fødeafdelingen, er kvinderne til stadighed ikke tilfredse med forløbet, og har ligeledes oplevet dialogen som ikke anerkendende. Derfor er casen fra Aabenraa med til at tydeliggøre, at en tilgang, hvor fokus bliver at lave aftaler for den forestående fødsel, på baggrund af tidligere erfaringer, ikke i sig selv er tilstrækkeligt. Kleinman anser den vestlige medicin for at være rettet mod og lykkes med håndtering af biologiske problemer, men ude af stand til at behandle de menneskelige problemer (Kleinman 1981), hvilket netop er det vi også kan udlede af analysen, at der gør sig gældende, når det drejer sig om kejsersnit på moders ønske. Hvor håndteringen af det biologiske kan antages at være oprettelse af en fødeplan, hvortil mulige problemer i en forestående fødsel håndteres, men hvor det underliggende til ønsket, dvs. de menneskelige problemer, eventuelt omhandles, men ikke behandles.

Vi er dog opmærksomme på, at dette skal ses i lyset af, at vi blot havde tre informanter fra Aabenraa, og deres utilfredshed med svangreforløbet, behøver ikke være udtryk for alle kvinders oplevelse af forløbet. Ydermere nævnte alle informanterne også positive elementer ved deres forløb, såsom at bruge fødeplanen som samtaleredskab.

Overordnet kan vi derfor problematisere at det ikke er nok at afvise kvindens ønske og udarbejde en fødeplan eller at give hende informationer om risici ved et kejsersnit og ellers lade beslutningen være hendes egen. Begge disse tilgange, formår ikke at tage hånd om det mest essentielle, at skabe tillid, samt at anerkende kvinden. Dette vurderer vi primært skyldes svangrepersonalets tilgang i dialogen, hvor de ikke får bearbejdet det underliggende og den helt reelle årsag til deres ønske. Vi mener, at samtalerne ikke er det eneste, der leder kvinden i en bestemt retning omkring valg af fødemåder, da samtalen også må forstås i den specifikke kontekst den er; nemlig at den er et eksempel på, at kvinden tages tilbage til fødslen, som var traumatisk og har plantet en utryghed og en manglende tillid til personalet jf. tema 2, som må adresseres. Når kvinden endvidere mødes af et personale, som ikke anerkender hendes historie og begrundelser, vil det formentlig forstærke hendes manglende tillid.

8.3.2 De centrale temaer i relation til hinanden

De centrale temaer bærer alle præg af, at kvinderne søger mere end de får. Hermed menes, at de efterspørger en anerkendelse af, at de har oplevelser, der gør det svært og tilnærmelsesvist umuligt for dem, at gennemføre en vaginal fødsel. Når kvinderne ikke får den anerkendelse de søger, skaber det grundlaget for mistillid og utryghed, hvorfor selve dialogen mellem kvinden og svangrepersonalet bør opprioriteres. På baggrund af ovenstående analyse bør det centrale forandringsforslag til praksis, være at udarbejde konkrete metoder, fremgangsmåder og introducere relevante redskaber svangrepersonalet kan anvende fremover, for at udviske de bagvedliggende menneskelige problemer til ønsket.

Kapitel 9

Diskussion af forandringsforslag

I det følgende diskuteres vores forslag til en forbedret indsats målrettet flergangsfødende, der ønsker kejsersnit. Dette gøres ud fra analysens fund, teori, og den fremfundne litteratur i den systematiske litteratursøgning, jf. bilag 11. Vores forslag er bygget op omkring tre trin, som forløbet i vores optik, bør indeholde, og disse trin danner ligeledes rammen om dette kapitel, jf. figur 9.1. Sluttelig diskuteres forandringstiltaget i et etisk perspektiv.

9.1 Motivationssamtalen

I diskussionen inddrages psykologerne William R. Miller og Stephen Rollnicks metodeteori om Den Motiverende Samtale, som bygger på samarbejde, fremkaldelse og autonomi (Miller & Rollnick 2004). Motivationssamtalen defineres som: *“En klientcentreret, styrende metode til at fremme indre motivation for forandring ved at udforske og afklare ambivalens”* (Miller & Rollnick 2004 s. 47). Motivation ses som et produkt af relationen mellem klient og rådgiver, hvor en empatisk, lyttende og spørgende tilgang, kan styrke klientens tro på egne evner, til at ændre sig fra en uhensigtsmæssig til en hensigtsmæssig adfærd, hvor rådgiveren ved at veje sine spørgsmål nøje, kan styre klienten mod selv at ønske den hensigtsmæssige adfærd. Oprindeligt blev samtalen udviklet for at skabe adfærdsændringer af vanebetinget adfærd med skadelige konsekvenser (Miller & Rollnick 2004). Selvom ønsket om kejsersnit snarere er en holdningsændring, vurderer vi, at Den Motiverende Samtale kan bidrage med brugbare perspektiver fordi den indeholder elementer, som er centrale i en samtale, som vedrører ambivalens og hvor der er en beslutningsproces indlejret. Hertil præsenterer Miller og Rollnick (2004) en lang række tilgange og kommunikative færdigheder, som det efter vores vurdering er vigtigt, at svangrepersonalet kan mestre i dialogen med kvinderne.

Dog er det vigtigt at tilføje, at denne form for dialog adskiller sig fra den type, som Miller og Rollnick (2004) fokuserer på, idet det er obstetrikeren, og ikke kvinden selv, der i sidste ende har den juridiske ret til at træffe beslutningen. Dermed er deres fokus på klientens autonomi under pres i denne sammenhæng, da hendes ret til selvbestemmelse

ikke fuldt ud er til stede. En generel udfordring ved Den Motiverende Samtale, er rådgiveren har særlige forhåbninger til forløbets udfald (Miller & Rollnick 2004), hvilket i denne henseende er at lede kvinden mod den vaginale fødsel, i forhåbningen om at nedbringe andelen af kejsersnit på moders ønske. Dermed kan der med Miller og Rollnicks terminologi opstå *etisk kløe* i motivationssamtalen, hvorfor det også er med varsomhed, at metoden inddrages nedenfor. Dermed er det heller ikke vores påstand, at den evidens der ses for, at metoden har gode resultater (Rosdahl 2016b), direkte kan overføres til den måde, vi anvender metoden, da det er vores samlede vurdering, at den kan bidrage med væsentlige elementer.

9.2 De involverede parter

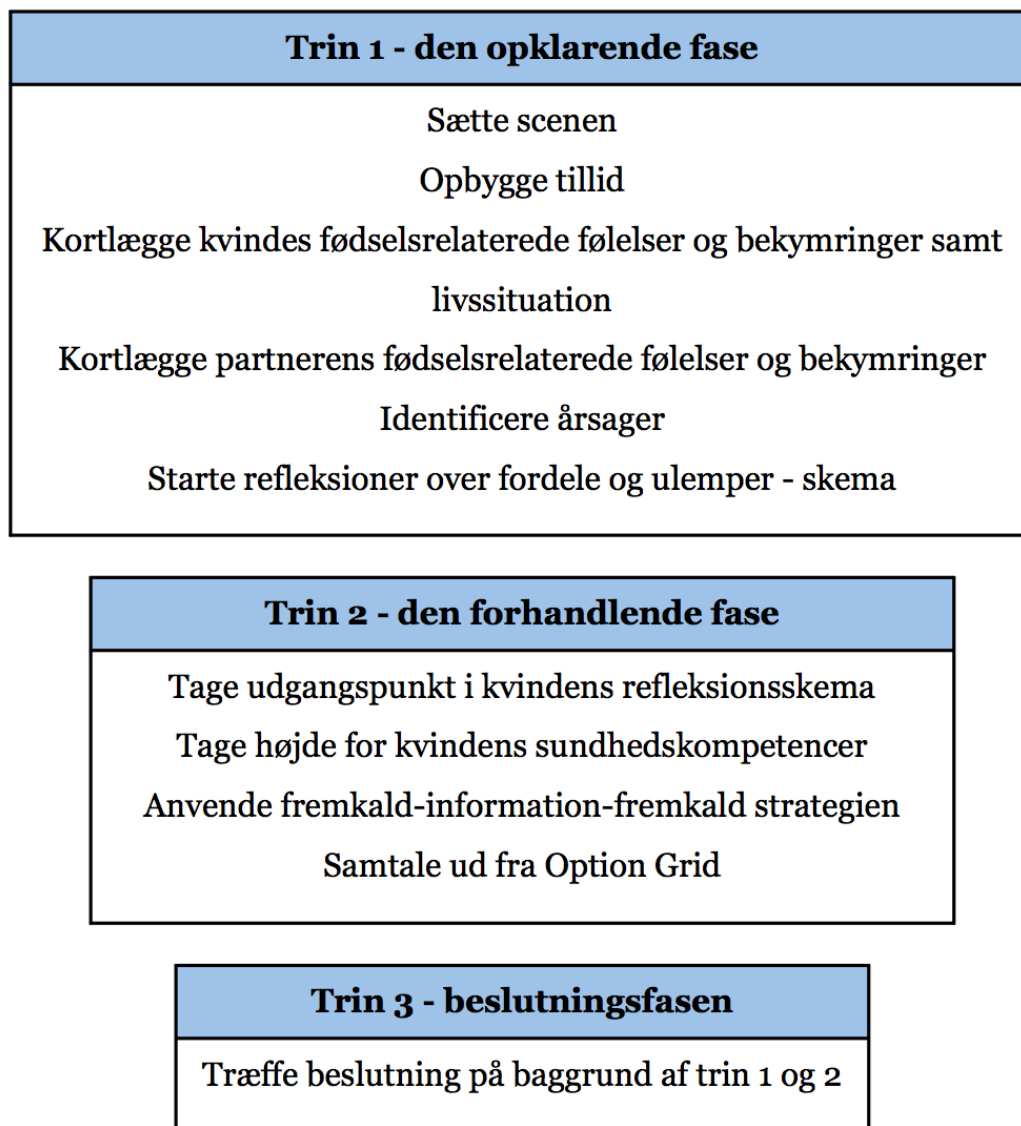
Den ene part i samtalen udgør svangrepersonalet, og her er det vores forslag, at dette er en specialjordemoder med særligt fokus på kejsersnit på moders ønske og med uddannelse i motivationssamtalen, som varetager samtaleforløbet. Dette, da vi mener, at jordemoderen qua sin uddannelse (Undervisningsministeriet), kan varetage forløbet således, at en obstetriker ikke behøver at blive involveret før tredje trin, hvilket vi vurderer fordelagtigt ud fra et økonomisk perspektiv. For at der kan skabes en god og tryk relation mellem parterne, er det vigtigt at det er den samme jordemoder, der varetager hele forløbet, og at denne kan være bevidst og reflektere over sin rolle i forløbet, se også afsnit 10.1.3 Den anden part i samtalen er selvsagt kvinden, men da det i afsnit 8.2.3 tydeliggøres, at hun har en stor støtte i sin partner, ser vi en fordel i, at han opfordres til at deltage i forløbet. Trods en opfordring til, at partneren involveres i samtalen, vil vi i det følgende betegne denne part af samtalen som kvinden. Dette er dels for læsevenlighedens skyld, og dels fordi det er kvinden og hendes ønske om kejsersnit, der er det centrale i samtalen.

9.3 Tidsperspektivet

Antallet af samtaler bør være afhængig af hvad den enkelte kvinde har behov for. Vigtigst er det, at jordemoderen i Trin 1 får kortlagt kvindens fødselshistorie, identificerer årsager til ønsket og behandler dette i en sådan grad, at jordemoderen vurderer, at de næste trin kan initieres. I studiet af Nerum et al. (2006) varede kvindernes forløb mellem 1 og 15 timer, med et gennemsnit på 5,1 timer. Dette svarede til mellem 1 og 10 samtaler, hvor gennemsnittet var 3,5 samtale. Dette viser, at der kan være stor forskel på kompleksiteten i det, kvinderne skal have bearbejdet. Vi vurderer dog, at én samtale er for lidt til både at gennemgå kvindens bevæggrunde og tale om risici, hvorfor der minimum bør være to samtaler. Hvis den endelige fødemåde allerede står klart i første

samtale henvises kvinden til trin 3. Med udgangspunkt i Nerum et al. (2006) vurderer vi, at et typisk forløb vil bestå af ca. 3 samtaler af sammenlagt ca. 5 timers varighed.

Figur 9.1. Det trinvise forløb i det udarbejdede forslag til forandring af praksis vedrørende kejsersnit på moders ønske. Modellen viser de forskellige trin, og fokuspunkter hvert trin indeholder.



9.4 Trin 1: Den opklarende fase

Det første trin i forløbet er målrettet kvindens historie, for at jordemoderen kan danne sig et overblik over hendes forklaringsmodeller, ligesom kvinden kan blive opmærksom på og eventuelt bearbejde de faktorer, der modarbejder hendes lyst til at føde vaginalt. Til at diskutere fokuspunkter i dette trin anvendes foruden Miller og Rollinck (2004), studierne af Nerum et al. (2006) og Halvorsen et al. (2010). I studiet af Halvorsen et al. (2010) har én jordemoder en autonomi-tilgang og én en coping-tilgang. I autonomi-

tilgangen kommunikerer jordemoderen at vaginal fødsel er sikrest, men at det er kvindens valg, og at jordemoderen bakker op om beslutningen. I coping-tilgangen kommunikerer jordemoderen ligeledes, at vaginal fødsel er sikrest, men pointerer at enhver følelsesmæssig modstand imod vaginal fødsel kan overvindes gennem rådgivning. Fokuspunkterne i denne samtale er de samme som i Nerum et al. (2006), og præsenteres senere i dette trin. Det viser sig, at jordemoderen ved at tillære sig coping-tilgangen lykkedes med at overbevise 77 ud af 93 kvinder med fødselsangst imod 42 ud af 81 med autonomtilgangen (Halvorsen et al. 2010). Studierne viser dermed en sammenhæng mellem forløb, hvor der tages hånd om kvindens bagvedliggende faktorer til ønske om kejsersnit, og en stigning i kvinder, der ændrer deres ønske, hvilket ses anvendeligt i relation til formålet i dette speciale.

9.4.1 At sætte scenen

Miller og Rollnick (2004) pointerer, at den første samtale er vigtig, da den sætter tonen og forventningerne for hele forløbet. Ligeledes er det fremkommet i analysen, at tydelig kommunikation er vigtigt for, at kvinderne føler sig trygge. Vi foreslår derfor, at den første samtale starter med, at jordemoderen tydeliggør, hvad kvinden kan forvente af forløbet, og hvilken rolle de forskellige parter spiller. Da vi foreslår, at processen er opdelt i 3 faser, hvor den endelige beslutning først tages i 3. fase, er det vigtigt, at det forklares, at der ikke træffes nogen beslutning før til sidst i forløbet, således at kvinden ikke har en forventning om at gå fra første samtale med en afklaring om fødemåde.

Vi ser desuden en fordel i, at jordemoderen fra starten fortæller, at det rent juridisk er en fødselslæge, der i sidste ende skal træffe beslutningen, men at hun ønsker et samarbejde med kvinden om at finde den løsning, der er bedst for lige netop hende. I Halvorsen et al. (2010) informeres der i den første samtale i coping-tilgangen, at kvinden gennem forløbet kan hjælpes til at føde vaginalt, og at dette er den bedste løsning for mor og barn, når der ikke er tydelige medicinske grunde til at udføre et kejsersnit. Dette stemmer overens med Aabenraa fødeafdelings hensigt, omend informanterne ikke oplevede, at dette var tydeligt. Fordelen ved denne tilgang er, at kvinderne ved hvad de kan forvente, ligesom det via coping-tilgangen udtrykkes, at kvinden hjælpes til at blive tryk ved den vaginale fødsel.

I modsætning advarer Miller og Rollnick (2004) om, at rådgiveren fra start udtrykker formålet, da der dermed opstår risiko for faldgruber såsom; at vælge side, at optræde som ekspert og at initiere fokus for tidligt. Disse faldgruber kan være medvirkende til en modstandsadfærd hos kvinden, som kan forhindre en god dialog, samt hendes motivation for at ændre holdning. Med udgangspunkt heri, har vi valgt en mellemvej,

hvor der udelukkende informeres om den juridiske ramme fra start, og ikke om jordemoderens og fødestedets holdning, omend holdningen qua forløbet er, at vaginal fødsel er at foretrække sammenlignet med kejsersnit.

Ved at sætte scenen på denne måde, skabes der en gennemsigtighed i forløbet således kvinden ved, hvad hun kan forvente. Vi antager, at dette kan afhjælpe, at særligt de viljefaste og autoritetstro kvinder, vil løsne op og slappe mere af, når de først og fremmest ved, at de ikke fra start skal kæmpe for at få deres ønske opfyldt, og desuden får god mulighed for at fortælle, hvorfor de ønsker kejsersnit, uden at føle modstand fra jordemoderen. Afsnit 8.2 viser, at der kan være mange grunde til, at kvinderne forud for mødet kan have svækket deres tillid til hele ekspertsystemet, hvilket i en Giddensk forståelse, bl.a. kan skyldes, at de ikke føler sig hørt eller forstået af svangrepersonalet, der fungerer som adgangsporte til systemet.

Hos de kvinder, hvor tilliden til systemet er brudt, vil det være særligt svært for jordemoderen at opbygge et tillidsbånd, da egne og andres erfaringer kan have stor betydning for hvilke forventninger, kvinden har til forløbet. I denne forbindelse pointerer Halvorsen et al. (2010), at for at genetablere tillid, er det vigtigt at møde kvinden, således at hun ved, at hun bliver taget seriøst, at der lyttes til hendes bekymringer, og hendes følelser anerkendes, hvilket stemmer overens med det informanterne efterspørger i forløbet. Dette betyder således, at jordemoderen må forholde sig åben overfor, at vaginalfødsel ikke nødvendigvis er den bedste beslutning for den enkelte.

9.4.2 Kvinden i fokus

Ovenstående viser, at teori fra motivationssamtalen, studierne af Halvorsen (2010) og Nerum (2006) samt foregående kapitel 8, alle peger i retning af, at det er vigtigt, at forløbet tager udgangspunkt i kvinden. Den patientorienterede tilgang, som anvendt af Nerum et al (2006) lykkes i at få 86 % af kvinderne til at ændre deres ønske fra kejsersnit til vaginal fødsel og desuden viser studiet tilfredshed med valg af mødemåde på lang sigt. En patientorienteret tilgang er derfor værd at tilstræbe således ethvert forløb målrettes den enkelte kvinde, og formes efter hendes person og behov.

Idet den opklarende fase er koncentreret om kvindens historie, ser vi en fordel i, at jordemoderen fortæller, at hun til at starte med holder sig i baggrunden, og lader kvinden tale. Miller og Rollnick (2004) foreslår, at en samtale kan initieres således:

Jeg vil sandsynligvis bruge det meste af tiden til at lytte, så jeg kan forstå, hvordan du ser tingene, og hvad dine overvejelser er. Du må også have nogle forhåbninger til, hvad der skal ske og ikke skal ske her, og dem vil jeg også gerne høre om. (s. 94)

Ved at anvende denne tilgang, synliggøres det, at jordemoderen har interesse i at høre kvindens forklaringsmodel, ligesom kvinden får forståelse for, hvorfor jordemoderen holder lav profil, hvilket derfor minimerer risikoen for, at hun mistolker situationen.

Nerum et al. (2006) præsenterer følgende punkter til en patientorienteret tilgang målrettet kvinder, der ønsker kejsersnit, grundet fødselsangst:

- God kontakt og alliance
- Kortlægning af fødselsrelaterede følelser og bekymringer - herunder tidligere kompliceret og traumatisk oplevelse bundet til den reproduktive sundhed, overgreb og andre svære hændelser der kan blive aktiveret i den forestående fødsel
- Kortlægning af livssituation, nuværende og tidligere psykologisk og somatisk sundhed og obstetrisk risiko
- Formulering og bearbejdelse af angstprægede hændelser der kan aktiveres i den forestående fødsel
- Skelnen mellem fødsel som den frembringende faktor og svære livsepisoder som årsag til frygten for at føde
- Hjælp, således kvinden kan se andre løsninger end et planlagt kejsersnit

Nerum et al (2006) har udelukkende undersøgt kvinder med fødselsangst, og selvom vi ikke har målt eller spurgt ind til kvindernes fødselsangst, vurderer vi, at disse punkter er overførbare til undersøgelsen i dette speciale (afsnit 2.4.2, kapitel 8), og dermed kan anvendes i dansk kontekst. Selvom en kvinde ikke udviser decideret fødselsangst anser vi punkterne væsentlige, da vi i kapitel 8 ser, at ønsket er baseret på tidligere negative og traumatiske oplevelser samt frygt for gentagelse af disse. Dermed opstår et behov for grundig gennemgang af fødselshistorien og de bekymringer, der relaterer sig hertil. Derfor er det vores vurdering, at samtlige af kvinderne kunne have gavn af et forløb, der kommer omkring ovenstående punkter, omend ikke alle har behov for dybere gennemgang af alle punkter.

For at samarbejdet centrerer omkring kvinden, er det ud fra ovenstående essentielt, at tage udgangspunkt i kvindens fødselshistorie, ved at kortlægge hendes følelser og

bekymringer relateret hertil (Nerum et al. 2006). Analysen viser, at dette er noget kvinderne har et stærkt behov for, da det netop er frygten for gentagelse, der vækker bekymring hos mange. Idet studiet af Fuglenes et al (2011) viste, at de overordnede faktorer til at ønske kejsersnit kunne isoleres til; fødselsangst, tidligere dårlig fødselsoplevelse og tidligere kejsersnit, kan dette være vigtigt at have for øje for jordemoderen i dialogen, da de forskellige faktorer kan være kilde til forskelligartede bekymringer. Dermed kan der være forskel på hvilken tilgang, der skal anvendes overfor en kvinde med fødselsangst og en kvinde med tidligere planlagt eller akut kejsersnit. Kvinden med fødselsangst kan have dybtliggende årsager i sin livshistorie som kilde til fødselsangsten (Nerum et al. 2006), hvor kvinden, der ønsker kejsersnit igen, kan være nervøs for at forsøge vaginalfødsel, da hun er mest tryk ved det hun har erfaring med eller at frygten for at få endnu et akut kejsersnit overskygger lysten til at lykkes med vaginal fødsel. Selvom en sådan opdeling af faktorer kan hjælpe jordemoderen til at forme sine spørgsmål, så de retter sig mod kvindens situation, er det vigtigt, at det ikke bliver så styrende, at fokus fjernes fra dét den enkelte kvinde fortæller, og at spørgsmålene derfor blot retter sig mod hvad jordemoderen forventer, at kvinden vil sige. Miller og Rollnick (2004) lægger vægt på, at det, at lytte aktivt, kræver stor koncentration, og en vigtig afvejning af passende opfølgende spørgsmål og refleksive udsagn, således at kvindens situation anerkendes, samtidig med at dialogen styres i en, ud fra medicinske kriterier, hensigtsmæssig retning, hvorfor det anerkendende ikke blot ligger i det nonverbale som fx at nikke, som præciseret i afsnit 8.2.1.

Nerum et al. (2006) viser desuden, at mange af de kvinder, der har fødselsangst, har tidligere eller nuværende psykiske udfordringer, såsom depression, hvilket flere af informanterne også udtrykker, at de har haft i relation til tidligere fødsler. Derfor er det vigtigt, at det ikke udelukkende er tidligere fødselsoplevelser, der er i fokus, men at hele kvindens generelle livssituation udforskes, da der kan være nogle ikke-fødselsrelaterede faktorer, der kan generere angst. Ved at rette opmærksomheden hermod, tyder det ud fra Nerum et al. (2006) på, at dette kan ændre på kvindens modvilje for vaginal fødsel. Jordemødre er dog ikke specialiserede i psykologi, hvorfor kvinder, med store eller komplekse psykiske problemer, bør henvises til en psykolog. Det foreslås i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen at henvise på tværs i sundhedsvæsenet ved fx psykologiske problemstillinger (Sundhedsstyrelsen 2013), hvorfor denne mulighed allerede er tilgængelig og således kan benyttes til de kvinder, som har brug for det.

9.4.3 Udfordringer i dialogen

Miller og Rollnick (2004) bruger begreberne konsonans og dissonans til at betegne de to poler, som relationen mellem rådgiver og klient bærer bræg af. Hvor dissonans er et begreb for relationer, hvor parterne har forskellige agendaer og forhåbninger hvor parterne i samtaler med konsonans har en konstruktiv relation (Miller & Rollnick 2004). I afsnit 8.2.3 ses det, at kvinderne kan kategoriseres i tre typer, hvor der, omend lidt firkantet, kan siges, at være konsonans mellem *de tvivlende* og svangrepersonalet, mens der er dissonans mellem *de viljefaste* og svangrepersonalet. Dissonans kan dog også ses på tværs af kvindetyperne, idet den kan opstå, når der er manglende enighed om rollerne i forholdet (Miller & Rollnick 2004), hvilket analysen viser at der er, idet en del af kvinderne giver udtryk for, at det er deres egen beslutning om de vil have kejsersnit eller ej. Selvom dette i nogle tilfælde skyldes det enkelte fødesteds procedurer, er det også et udtryk for, at kvindernes autonomifølelse er så stærk, at de ikke kan affinde sig med, at andre skal træffe beslutningen om noget, der vedrører deres krop.

I analysen tydeliggøres det, at de *viljefaste* kvinder er kampberedte og møder op til samtalen med en forventning om at møde modstand. Ligeledes har de *autoritetstro* og *tvivlende* også en agenda, da de oftest møder op til samtalen fordi de har et ønske om, at blive indstillet til et kejsersnit. Derfor ses der en mulighed for, at kvindernes beretninger i Trin 1 vil bære præg af, at de vil have deres ønske om kejsersnit trumfet igennem. Miller og Rollnick (2004) pointerer, at den mindst ønskværdige situation, når man gerne vil fremkalde forandring er, at rådgiveren taler for forandring, mens klienten taler imod, da dette resulterer i en ufrugtbar situation. I analysen af empirien, tydeliggøres det dog, at sådanne situationer ikke er sjældne i mødet mellem svangrepersonalet og kvinderne, hvilket vi har betegnet som kæmpende forklaringsmodeller. Disse er karakteriseret ved, at begge parter har mere travlt med at argumentere for egen sag, end at lytte og forsøge at forstå den andens forklaringer. Såvel som Miller og Rollnick (2004) pointerer, så har dette, karikeret, hverken været fordrende for kvinden, idet hun ikke føler sig anerkendt, eller for jordemoderen, idet det ud fra afsnit 8.2 ses, at de hverken er lykkedes med at overtale kvinden til at føde vaginalt, eller at få hende til at forstå omfanget af risici. Sidstnævnte behandles nedenfor i afsnit 9.5.5. En måde jordemoderen kan takle kvindens modstand på, er ved at gå med modstanden således, at modstand ikke møder modstand, men i stedet vendes, eller omfortolkes lidt, hvorfor følelsen af konsonans i relationen opretholdes, men der samtidig er mulighed for at skabe ny fremdrift imod forandring.

Et eksempel herpå kan være fokusskift. *Hvis kvinden fx siger: Jeg har fået besked på at deltage i det her forløb, og du vil sikkert bare overtale mig til at føde almindeligt,* kan et

svar fra jordemoderen være: *Jeg ved slet ikke nok om dig til overhovedet at begynde at tale om hvad der er bedst for dig. Det, vi skal her og nu er...* . På denne måde svækkes kvindens umiddelbare bekymring, og leder opmærksomheden hen på noget mere håndgribeligt (Miller & Rollnick 2004).

Modstand er dog ikke blot noget, der opstår hos kvinden, men noget, der opstår i den interpersonelle interaktion mellem parterne (Miller & Rollnick 2004). Jordemoderens måde at være på, er dermed mindst ligeså vigtig, som den metodik eller retning, der arbejdes ud fra. I analysen fremgår det, at personalets vendinger om, at kvinder er skabt til at føde vaginalt, ofte blev opfattet negativt hos kvinderne. Miller og Rollnick (2004) pointerer, at selv rådgiverens tonefald kan være afgørende for hvorvidt et forløb opnår succes, hvilket går i tråd med informanternes udsagn, hvor flere blot tolkede en negativ holdning blandt svangrepersonalet, selvom det ikke blev direkte udtalt.

I den modsatte situation, fx i samtalen med de forhandlende forklaringsmodeller, kan der imidlertid også opstå problematikker. Halvorsen et al. (2010) viser, at en jordemoder med *autonomi-tilgangen*, blev overvældet af kvindernes traumatiske historier, og dermed så påvirket, at hun ligesom kvinderne, følte, at vaginal fødsel ikke kunne gennemføres.

Ovenstående viser en vigtighed i, at jordemoderen er bevidst om egen holdning og position i samtalen således, at hun hverken møder kvinden med modstand eller adapterer kvindens følelser om vaginal fødsel. Ud fra analysen ved vi, at svangrepersonalet ikke mestrer, at frisætte sig fra deres holdning, og at dette har betydning for, om kvinderne føler sig anerkendt, ligesom det har stor betydning for den endelige fødemåde, da kvinderne oftest selv vælger kejsersnit, når svangrepersonalet, agerer ud fra den autonomibaserede tilgang,

At involvere partneren

Afsnit 8.2.2 viser, at det er vigtigt for kvinderne, at deres partner er en del af forløbet, da han fungerer som støtte, ligesom der peges på, at han også har behov for at bearbejde den første fødsel. Da flere informanter udtrykker en manglende involvering af partneren, ser vi en vigtighed i, at jordemoderen er opmærksom på ham, og hvor det er passende, påtaler dem som *Jer* og *I*, i stedet for kun at henvende sig til kvinden.

Vi anser det relevant, at jordemoderen også får kortlagt partneres fødselsrelaterede følelser og bekymringer, idet det i afsnit 8.2.2 tyder på, at partneren ligesom kvinden, kan have traumer efter første fødsel, og derfor også er bekymret for en vaginal fødsel. Det er dog vigtigt, at fokus på partneren ikke bliver overskyggende, da det er kvindens tryghed, der må vægtes højest. En måde at lade det være kvinden, der er i centrum kan

være ved først at henvende sig til kvinden, og derefter hendes partner, fx således: *og hvordan oplevede du dette?*

Vi ser dog to forbehold, der skal tages i forhold til involvering af partneren. Det første er, at vi ikke har undersøgt, og heller ikke har fundet studier, der viser, hvorvidt det er i partnerens interesse at deltage eller ej. Ligeledes ser vi et forbehold, da det ikke klart fremgår i afsnit 8.2.2, at partnerens involvering har betydning for kvindens foretrukne fødemetode, da dennes rolle hovedsageligt fungerer som støtte. Sidstnævnte årsag gør dog, at vi alligevel ser dennes rolle som betydende, idet det styrker kvindens tryghedsfølelse.

9.4.4 Refleksionsskema

Når jordemoderen vurderer, at kvinden er parat til næste trin, kan hun give hende en hjemmeopgave til næste møde, hvor hun beder kvinden nedskrive de fordele og ulemper hun ser ved henholdsvis kejsersnit og vaginal fødsel, hvilket fx kan gøres ud fra refleksionsskemaet i bilag 16, som er udformet med inspiration fra Miller og Rollnicks (2004) beslutningsværktøjer. Til dette er særligt vigtigt, at partneren involveres, da vi forestiller os, at det er gavnligt, at de sammen kan debattere, og derved muligvis få flere nuancer på, end hvis kvinden skulle udfylde det alene. Formålet med skemaet er at sætte fokus på ambivalens, ved at lade kvinden reflektere over de forskellige fordele og ulemper ved begge fødemåder. Ifølge Giddens kan refleksivitet gøre mennesker usikre på deres valg (Bak 2010), hvorfor vi anser redskabet som et led i forsøget på at motivere kvinden til selv at foretrække vaginal fødsel. Anvendelsen af skemaet diskuteres i afsnit 9.5.3.

9.5 Trin 2: Den forhandlende fase

Den forhandlende fase tager udgangspunkt i tilgangen om fælles beslutningstagen (Shared Decision Making), som kan defineres således: *En tilgang, hvor klinikere og patienter deler den bedst tilgængelige evidens, når man står overfor at skulle tage beslutninger og hvor patienter støttes i at overveje mulighederne og give udtryk for informerede præferencer* (Patientkommunikation.dk).

Studierne af Cox (2014), Sharpe et al. (2015) og Elwyn et al. (2013) jf. bilag 11, belyser forskellige sider af den fælles beslutningstagen, og disse studier inddrages i det følgende til diskussion af forandringsforslaget, der kan balancere den faglige vurdering og kvindens autonomi.

Idet, det overordnede tema i den forhandlende fase er, at snakke om fordele og ulemper ved kejsersnit og vaginal fødsel, udfordres brugen af metoden fra Den Motiverende Samtale, da jordemoderen ikke kan frigøre sig fra at påtage sig ekspertrollen og vælge side. Rollnick, Miller og Butler (Miller et al. 2009) giver dog nogle bud på overvejelser ud fra principperne i Den Motiverende Samtale, som fagpersoner kan gøre sig i relation til at formidle information, hvilket ligeledes inddrages i det følgende.

9.5.1 Trin 1 som forudsætning for trin 2

Der er flere årsager til, at vores forslag til en forandring af praksis, indeholder tre trin. Formålet med 1. trin er som vist ovenfor, at forstå kvindens forklaringsmodel, og ved hjælp af kommunikative virkemidler, at hjælpe hende til at identificere og bearbejde de fødselsrelaterede barrierer, hun har, for at have lyst til at forsøge en vaginal fødsel. Et andet formål er dog også, at jordemoderen kan danne sig et billede af den enkelte kvinde, således, at hun kan tilrettelægge formidlingen af informationer i trin 2 herefter.

Følgende faktorer kan have betydning for hvordan den forhandlende fase forløber samt hvilke informationer, der bør lægges vægt på at give kvinden:

- Fødselsangst
- Tidligere kejsersnit
- Specifikke forhold i tidligere fødsel, der gør kvinden utryg
- Familiemæssige forhold
- Socioøkonomisk status
- Fremtidsudsigter - ønsker kvinden flere børn?
- Sundhedskompetencer - hvordan vurderes de?
- Forhold i kvindens omgivelser, der har betydning for hende - fx bekendtes fødselshistorier eller arbejdsforhold

Ved at jordemoderen får mulighed for at danne sig et billede af kvinden i den opklarende fase, kan hun tilrettelægge sin måde at formidle informationer. Rollnick et al. (2009) viser, at der er forskellige faktorer, der har betydning for klientens interesse og evne til at forstå informationer, såsom; forvirring, passivitet og stærke følelser. De første to punkter diskuteres senere i relation til kvindens forklaringsmodel og sundhedskompetence. Stærke følelser blokerer for forståelsen, og netop denne faktor, kan være udtalt hos kvinder, der ønsker kejsersnit, da de fx kan være nervøse og vrede, og dermed ikke lytter til informationer, hvilket informanternes begrænsede viden om risici, kan være et udtryk for. Idet kvinderne har været igennem Trin 1, hvor der har været fokus på hende, antager vi, at dette kan skabe en ro hos kvinderne, idet de er bekendt med forløbets gang og er blevet anerkendt for de følelser de har, i relation til ønsket om kejsersnit.

9.5.2 At lytte til kvindes forklaringsmodel

Mange faktorer kan have indflydelse på kvindernes ønske om kejsersnit, heraf nogle, som jordemoderen ikke anser som relevante, jf. afsnit 2.6 og afsnit 8.2.3, hvorfor jordemoderen kan komme til at devaluere kvindens forklaringsmodeller. I et studie af Cox (2014) fremhæves det, at der kan være sociale, kulturelle og familiemæssige faktorer, der har indflydelse på kvindens ønske, såsom planer om flere børn, at kunne passe ældre børn og planlægning af arbejde, og at dette er vigtigt for svangrepersonalet at afdække. Analysen viser i tråd hermed, at ovennævnte faktorer er noget, der bekymrer flere af informanterne, og dermed har betydning for deres ønske om kejsersnit.

Ydermere viser Sharpe et al. (2015), at der er forskel i svangrepersonalets og kvinders syn på faktorer, der influerer et ønske om kejsersnit. Kvinderne i studiet er gravide, men har ikke nødvendigvis selv et ønske om kejsersnit, hvorfor deres svar er hypotetiske.

Omkring dobbelt så mange fra svangrepersonalet (29,6%), end gravide (14,6 %) frygter skade på dem selv, såsom ruptur af livmoder. Dette indikerer, at svangrepersonalet kan have en anden forståelse af kvindernes bekymringer, hvilket ifølge Sharpe et al. (2015) kan betyde, at der opstår en diskrepans mellem det svangrepersonalet fortæller, og det kvinderne er interesserede i at høre.

Ved at kvinden og partneren i overgangen mellem Trin 1 og Trin 2, udfylder det udleverede refleksionsskema, får jordemoderen et indtryk af, hvilke faktorer, der betyder noget for den enkelte kvinde. Dette skema er tænkt som et beslutningsværktøj, der kan hjælpe kvinden til at sætte ord på sine tanker, og give hende et visuelt overblik over de fordele og ulemper, hun selv ser ved de to fødemåder. Med baggrund i informanternes manglende refleksioner over risici for barnet, er skemaet opdelt i; fordele og ulemper for kvinden, fordele og ulemper for barnet, samt en mulighed for at skrive andre faktorer på, der kan have betydning for deres ræsonnement. Vi foreslår, at netop risici for barnet kan være et vigtigt fokuspunkt, da de kvinder, som fortæller, at de ændrede mening eller fortalte hvad der hypotetisk kunne have ændret deres mening, alle nævnte risici for barnet ved kejsersnit. Dog er evidensen hertil stadig så usikker, at det kan være svært at formidle, så det både står klart for kvinden, men samtidig ikke bliver en overtolkning af evidensen.

Ved at starte den forhandlende fase med at tale ud fra refleksionsskemaet, sikres det, at kvindens forklaringsmodel tages i betragtning. Dermed kan jordemoderen afdække diskrepansen mellem hendes egen og kvindens opfattelse af, hvad der er vigtigt at tale om, når der skal gives informationer. Ligesom Sharpe et al. (2015), påpeger Rollnick et al. (2009), at der skal være fokus på patienternes prioriteter, således at information om

risici kan sættes i relation til klientens hverdag. Cox (2014) pointerer desuden, at kvinder er mere tilfredse med deres samlede fødselsoplevelse, hvis de involveres i beslutningsprocessen. At jordemoderen sætter fokus på kvindens prioriteter, kan derfor formodes at modvirke passivitet fra kvindens side, når der informeres om risici, idet det er noget, der optager kvinden. Eksempelvis kan man forestille sig, at en kvinde i starten af 40'erne, der ønsker kejsersnit med sit tredje, og efter eget ønske sidste barn, ikke har stor interesse i at høre om risici i efterfølgende graviditeter, jf. afsnit 2.2.1.

9.5.3 Opmærksomhed på egne incitamenter

Som udlagt i Trin 1, og som kapitel 8 viser, er det ikke sjældent, at kvinderne oplever modstand fra svangrepersonalets side i diskussionen om hvorvidt kejsersnittet skal gennemføres eller ej. Rådgiverens egne forhåbninger for samtalen kan, ifølge Miller og Rollnick (2004), komme til udtryk gennem medfølelse, interesser og vurdering. I Trin 1 så vi et eksempel på *medfølelse*, hvor den ene jordemoder i studiet af Halvorsen (2010), udviste empati for kvinderne i en sådan grad, at det påvirkede hendes evne til motivere kvinden til at bearbejde bagvedliggende faktorer, og dermed til at få kvinden til at indse, at vaginalfødsel er en god løsning.

Interesser indebærer tab og gevinst for rådgiveren, hvilket vi kan dele op i personlige og kontekstuelle interesser. Problemanalysen samt analysen af empirien viser, at svangrepersonalet, og i særdeleshed jordemødres stærke følelser for den vaginale fødsel, ikke blot skinner igennem, men også har betydning for de informationer, der gives. Disse er derfor mere målrettede jordemoderens forståelse af en god fødsel, end kvindens, hvilket kan resultere i, at kvinden ikke tager imod den information, der gives. På det kontekstuelle plan, kan fødestedets retningslinjer have indflydelse på jordemoderens interesser, og ifølge Cox (2014) er dette ligeledes vigtigt at være opmærksom på. Vi ser det som en mulig influerende faktor, da vi forestiller os, at der er forskel på retorikken, og på hvordan en jordemoder fra fx Aabenraa, hvor der er fokus på nedbringelse af andelen af kejsersnit, og andre fødesteder, der har en *autonomi-tilgang*, jf. Halvorsen et al. (2010), præsenterer de forskellige fødemåder og risici forbundet hermed.

Vurdering skal ses ud fra en faglig bedømmelse, og er essentielt i relation til kejsersnit på moders ønske, da jordemoderen, jf. Sandbjerg guidelines og anbefalinger for svangreomsorgen, har udgangspunkt i, at vaginal fødsel foretrækkes. Her må jordemoderen således opveje det faglige skøn og kvindens oplevelse således, at der kan træffes en beslutning, der er etisk forsvarlig, og som i et fagligt perspektiv tjener kvinden bedst ved at tage højde for utilsigtede konsekvenser, der kan opstå ved begge fødemåder.

Ovenstående viser, at der er flere aspekter i jordemoderens rolle at være opmærksom på, for bedst muligt at kunne give information, der påvirker kvinden på en positiv måde. Halvorsen et al. (2010) påpeger i tråd hermed, at det er vigtigt at jordemoderen reflekterer over sin egen fremtoning, således at hun bedst muligt kan hjælpe kvinden, og dermed, ud fra principperne i motivations samtalen (Miller & Rollnick 2004), tilstræber en position, hvor hun kan anvende lyttende refleksion, hvor hun hverken udtrykker sin enighed eller uenighed med informantens udsagn.

9.5.4 At formidle information

Der findes forskellige virkemidler til at informere om risikokommunikation, således at modtageren kan forstå budskabet. Kvindens evne til at forholde sig til, og handle efter denne information afhænger af hendes sundhedskompetencer, jf. afsnit 2.4.1. Ifølge Cox (2014) er sundhedskompetencer, formidling og inkorporering af kvindens værdier af afgørende betydning for den fælles beslutningstagen. Sidstnævnte er diskuteret ovenfor, hvor refleksionsskemaet anvendes som værktøj til at sikre, at kvindens værdier tages i betragtning. I det følgende diskuteres derfor ud fra de øvrige to punkter hvordan information kan formidles efter den enkeltes sundhedskompetencer.

På baggrund af 1. trin i forløbet, forestiller vi os, at jordemoderen kan danne sig et billede af kvindens sundhedskompetencer ud fra en overordnet vurdering af hendes socioøkonomiske baggrund, formuleringer og ræsonnement. Selvom det ud fra 1. trin ikke er muligt fuldstændigt at kortlægge kvindens sundhedskompetencer, vurderer vi det tilstrækkeligt til, at jordemoderen kan afgøre det passende niveau at formidle information på. Cox (2014) påpeger at det kan være svært for lægfolk at forstå kvantitative informationer, såsom tal, statistikker og sandsynligheder, hvilket er vigtige færdigheder, for at kunne modtage fyldestgørende information. I tråd hermed viser Cox (2014), at selv højtuddannede mennesker kan have svært ved at svare på simple spørgsmål vedrørende procenter, proportioner og sandsynligheder. Det er derfor essentielt for svangrepersonalet at finde en måde at formidle information, således at kvinden og partneren har forståelse for hvad der bliver sagt. Ligeledes er det en fordel at vurdere informationsmængden, da graden af sundhedskompetencer har betydning for, hvor meget information, den enkelte kan håndtere.

I afsnit 8.2.3 fremgår det, at en informant nævner, at: *man bliver tudet ørene fulde af risici, der rammer 1:50.000 (F17)*, hvilket indikerer, at måden risici er blevet formidlet, ikke forstås som noget, der kan ramme dem selv, og derfor ikke bliver taget alvorligt. En mulig måde at efterkomme dette er ved at anvende visuelle hjælpemidler, som fx

illustreret i bilag 17, hvor sandsynlighed illustreres ved at vise hvor mange ud af 100 kvinder, der rammes af det pågældende.

En anden måde jordemoderen kan formidle information på, er ved at veje sine ord således, at der fokuseres på hvad kvinden kan vinde ved vaginal fødsel, og ikke hvad hun taber ved kejsersnit. Et eksempel herpå, kan være at ændre ordlyden fra noget negativt: *20-40% af de kvinder, der forsøger vaginal fødsel ender i kejsersnit*, til noget positivt: *60-80% af de kvinder, der forsøger vaginal fødsel lykkes med det* (Cox 2014).

En informationsstrategi, der lægger sig tæt op af Den Motiverende Samtale, er den såkaldte *Fremkald-informer-fremkald* teknik, hvor klientens informationsbehov trækkes frem, samtidig med at det afdækkes, hvad informationen betyder for klienten (Miller et al. 2009) hvilket sikrer, at kvinden bliver en aktiv spiller i processen. Et eksempel på denne teknik kan være, at jordemoderen starter med at spørge: *Hvad ved du allerede om hvordan et kejsersnit påvirker barnet?* (fremkald). Her får kvinden så mulighed for at svare, hvilket eventuelt kan være med udgangspunkt i refleksionskemaet. Ved at kvinden selv sætter ord på fordele og ulemper, kan jordemoderen bedre identificere eventuelle misforståelser, og korrigere dem hen af vejen. Dernæst kan jordemoderen spørge: *Kunne du tænke dig, at jeg fortalte dig lidt om hvad forskning om hvordan et kejsersnit påvirker barnet?*, hvorefter der kan gives information ud fra førnævnte principper til at kommunikere risiko, hvor kvindens egne oplevelser også kan inddrages i informationsformidlingen (Miller et al. 2009). Til slut kan jordemoderen igen stille et åbent spørgsmål, for at fremkalde kvindens respons på informationen: *Hvad betyder det for dig?*

Ovenstående eksempel illustrerer, hvordan information ved hjælp af åbne spørgsmål, lytning til kvindens fortælling og viderebringelse af information, kan forme informationssamtalen til at være en dialog frem for en monolog fra jordemoderens side.

Option Grid

Cox (2014) og Sharpe et al. (2015) pointerer begge, at beslutningsværktøjer kan være gavnlige redskaber, der styrker den fælles beslutningstagen, særligt når der skal træffes beslutning om noget, der kan tillægges forskellig værdi hos den enkelte. Cox (2014) henviser desuden til et Cochrane review, der viser, at beslutningsværktøjer forbedrer viden, nedsætter beslutningsmæssige konflikter, og har en positiv effekt på forholdet mellem patienter og fagpersonale (Stacey et al. 2014). Ud over at anvende refleksionskemaet, ser vi en fordel i, at jordemoderen kan tage udgangspunkt i et af de såkaldte Option Grids, som er korte og letlæselige værktøjer, der er udviklet af klinikere,

forskere og patienter i samarbejde med NICE¹², og bygger på den senest tilgængelige evidens, hvorfor de opdateres løbende (Elwyn et al. 2013; Optiongrid.org n.d.).

Et Option Grid indeholder en kolonne med de spørgsmål, som patienter oftest stiller (FAQs), når de skal vælge mellem to aktuelle muligheder, som i dette tilfælde er kejsersnit og vaginal fødsel. Der bør være mellem 6-8 FAQs, og de skal helst fylde en, og højst to A4 sider (Elwyn et al. 2013). Et eksempel på et spørgsmål kan være: *Hvor lang tid vil jeg tage om at komme mig?*. Dette besvares for henholdsvis kejsersnit og vaginal fødsel, lige ud for hinanden, så det er nemt at sammenligne de to med hinanden. Teamet bag Option Grids er i øjeblikket i gang med at udarbejde en Option Grid med navnet Next birth after C-section: delivery options (Optiongrid.org n.d.), som den eneste relateret til kejsersnit, og der er derfor ikke en tilgængelig Option Grid på området på nuværende tidspunkt. Til gengæld har en lignende udbyder lavet et, der også henvender sig til kvinder, der tidligere har fået kejsersnit, hvilket kan ses i bilag 18 (Healthwise 2015). Efter vores vurdering, er dette værktøj dog mangelfuldt i forhold til langsigtede konsekvenser, men har flere gode aspekter med.

I en evaluering af Option Grid viser Elwyn et al. (2013), at klinikere ser værktøjet som en god måde at initiere samtale, hvor fokus er på at sammenligne to muligheder. Ligeledes ser de en fordel i, at det er standardiseret, og at det giver patienten en mulighed for at visualisere sine muligheder.

Vi mener at information bør gives ud fra kvindens præferencer men uden at tilsidesætte hendes juridiske ret til fyldestgørende information og et standardiseret værktøj som Option Grids kan derfor være en mulighed. Viden om kvindens præferencer kan dog indgå i en strukturering af samtalen sådan at ikke alle temaer får samme fokus. På denne måde kan samtalen komme bredt omkring flere temaer, som kvinden ikke nødvendigvis selv har nævnt, men som alligevel kan have relevans for hende. Option Grids udformes, så de kan læses af børn i 10-12 års alderen (Elwyn et al. 2013), hvorfor der tages højde for at folk med lav sundhedskompetence skal kunne læse og forstå det skrevne. Efter samtalen kan kvinden tage værktøjet med hjem, hvilket ifølge Elwyn et al. (2013), kan ses som et symbol på, at magten videregives, således modtageren bliver empowered.

Da der endnu ikke findes et Option Grid til valget mellem kejsersnit og vaginal fødsel, ser vi to muligheder. Den ene er at afvente dens ankomst, således at der findes et

¹² The National Institute for Clinical Excellence i England

standardiseret værktøj, som i øvrigt lever op til standarderne i IPDAS¹³. Dog kan dette Grid kun bruges til kvinder med tidligere kejsersnit, ligesom der er behov for dansk oversættelse og der kan være forskel i FAQs blandt danske og amerikanske kvinder, grundet kulturelle forskelle. Den anden mulighed er, at danske specialister selv kan konstruere et lignende værktøj ud fra danske standarder. Dette kan dog være en lang proces i forhold til udformning og testning, således at værktøjet anvendes og forstås korrekt (Videnscenter for brugerinddragelse). En utilsigtet konsekvens ved brugen af et værktøj som Option Grid til disse kvinder, er, at det netop er udviklet som beslutningsværktøj, hvorfor det kan vække misforståelse, da kvinderne rent juridisk ikke selv kan træffe valget. Vi vurderer dog alligevel, at det kan være en god idé, da det kan afhjælpe informanternes utilfredshed med, at vaginalfødsels komplikationer har tendens til at bliver underspillet eller helt udeladt i disse samtaler. Dog ser vi en mulighed for, at formidlingen i værktøjet, kan formes som eksemplificeret tidligere, ved at formulere risici ud fra hvad kvinden kan vinde ved at vælge vaginal fødsel.

9.6 Trin 3: Beslutningsfasen

I det sidste trin træffes den endelige beslutning. Idet der er mulighed for, at jordemoderen tidligt i processen kan vurdere, at det er bedst, at kvinden får et kejsersnit ud fra en medicinsk eller psykologisk betragtning, eller hvis kvinden ændrer holdning, kan jordemoderen vælge udelukkende at tale ud fra Option Grid i Trin 2, for at sikre, at der gives relevant information.

Det er vores forhåbning, at et forløb, der følger de tre trin, efterlader kvinderne med en oplevelse af at være blevet hørt og mødt i en dialog, der giver tryghed og dermed motiverer flere til at vælge den vaginale fødsel. Dette dog således at kvinden ikke står tilbage med følelsen af at beslutningen om den vaginale fødsel beror på et rent professionelt valg.

Vi vurderer vi dog, at såfremt kvinden ikke selv ændrer sin beslutning, vil det være en god ide at indstille kvinden til planlagt kejsersnit. Dette fordi der kan være fare for konsekvenser, såsom akut kejsersnit, eller fødselsdepression (Garthus-Niegel et al. 2014) hvis kvinden efter forløbet påtvinges at føde vaginalt, og dette bør et fokus på at nedsætte andelen af kejsersnit ikke overskygge. Således læner vi os op ad Sandbjerg Guidelines,

¹³ The International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Collaboration, som er en sammenslutning af internationale forskere, der vurderer værktøjet ud fra en række kvalitetskriterier.

der i vores optik, også lægger op til, at kvindens ønske bør efterkommes efter fyldestgørende og omfattende information, som vi mener at ovennævnte forandringsforslag efterlever. Dog anser vi i denne forbindelse, at sondringen mellem forståelig og ikke-forståelige årsager jf. afsnit 2.3.1 bliver overflødige, da et ønske altid bør anses som forståeligt og behandles som et sådant gennem det foreslåede forløb. Efter beslutningen er taget, ses der to udfald, vaginal fødsel eller kejsersnit, hvilket behandles kort i det følgende.

9.6.1 Vaginal fødsel

Som det fremgår i analysen, har informanterne ikke meget tillid til, at fødeplaner overholdes, hvorfor disse efter vores vurdering bør anvendes med forbehold for deres aktuelle formåen. Welsh og Symon (2014) påpeger, at termen fødeplan er misvisende, hvilket vi giver medhold i, da det ikke er muligt at planlægge en fødsel, hvorfor en fødeplan er i stor risiko for ikke at blive overholdt. Et forslag til en anden term er *fødselsønsker*, som er mere sigende for hvad den kan bruges til; at gennemgå og nedskrive de ønsker kvinden har til den forestående fødsel. Dette ser vi med baggrund i analysens resultater som en god metode, da den giver mulighed for at jordemoderen i fødslen er klar over kvindens præferencer, og eventuelt tidligere fødselshistorie, som hun i videst udstrækning bør forholde sig til, således at der for kvinden skabes en sammenhæng i hendes samlede forløb i svangreomsorgen, hvilket ud fra analysen kan antages, at have betydning for hendes tillidsfølelse.

9.6.2 Kejsersnit

Ved kejsersnit som den endelige fødemåde, er det obstetrikeren, der må afslutte forløbet, da det udelukkende er denne, der kan indstille kvinden til kejsersnittet, idet jordemoderen ikke har bemyndigelse til dette (Sundhedsloven 2010). Idet det er obstetrikere ns pligt at informere om risici, kan denne gøre det kort, da kvinden er blevet informeret gennem samtale med jordemoderen. Obstetrikeren kunne med fordel lade kvinden genfortælle risici, eventuelt gennem fremkald-informer-fremkald strategien (Miller et al. 2009), således at det endnu en gang undersøges, om kvinden reelt har forstået og ikke blot modtaget information.

9.7 Ethiske problemstillinger

I det følgende vil vi rette et blik på de tilsigtede og utilsigtede konsekvenser, som tiltagene, kan betyde for primært kvinderne, men også deres partnere og

svangrepersonalet. Ud fra en nytte- og pligtetisk diskussion vil vi afslutningsvis forholde os til tiltagene.

9.7.1 Empowerment som magtudøvelse

Den Motiverende Samtale er ifølge Pernille Tanggaard Andersen (Andersen 2010) udtryk for den typiske empowerment-tankegang, som anvendes i sundhedsvæsenet i forbindelse med den stigende tendens til oprør med ekspertrollen og eksperteres anvisninger. I dette speciale forstås det som kvinders oprør mod den vaginale fødsel som den bedste afslutning på graviditeten. Gennem dialog og coaching får individet kontrol og bliver således empowered gennem Den Motiverende Samtale (Andersen 2010), hvilket i høj grad er det vi forsøger at tilstræbe med vores tiltag. Vi vil derfor diskutere empowerment som en form for magt, der udføres på individet, som en potentiel utilsigtet konsekvens af forandringsforslaget for kvinderne.

På det individuelle plan handler empowerment om at få en følelse af kontrol over eget liv (Andersen 2010), men da de tiltag, som vi har foreslået har et underliggende mål om at lede kvinden mod beslutningen om at vælge den vaginale fødsel, kan det diskuteres, hvorvidt det er muligt for kvinden reelt at få kontrol over sin egen beslutning. Andersen (2010) forklarer, at Den Motiverende Samtale bygger på ideen om individualitet og autonomi, men i virkeligheden bliver en moderne ledelsesteknologi, hvor der i praksis stræbes mod forebyggelse som styring og selvstyring af individet. Vi vedkender, at vores tiltag således også er ladet mod at styre individet i retningen af den vaginale fødsel, og Den Motiverende Samtale kan ses som en form for magtudøvelse, hvor kvinderne bør regulere deres adfærd i retningen mod det svangrepersonalet ønsker. Dette kan potentielt lede til flere utilsigtede konsekvenser. Den ene er, at det risikeres, at kvinden ikke reelt ønsker at føde vaginalt, men gennem manipulation og taktisk retorik ledes mod et valg, som går imod hendes reelle ønsker, hvorfor hun kan fortryde, at hun eventuelt lod sig adfærdsregulere. Dette gælder særligt hvis hun igen får en ubehagelig fødselsoplevelse.

En anden risiko ved tiltaget er, at kvinden, hvis hun, trods anbefaling om vaginal fødsel, får lov af personalet til kejsersnit og der efterfølgende opstår risici, som medfører fortrydelse og dårlig samvittighed. Ifølge Andersen (2010) har sundhedsfremmende empowermentbaserede indsatser et element af at lægge ansvaret for sundhed over til den enkelte, hvorfor strukturelle og levevilkår fjernes som faktorer herfor og det at holde sig sund bliver et personligt ansvar (Andersen 2010). I denne henseende kan alene dét, at kvinden skal deltage i et forløb for at få behandlet ønsket om kejsersnit øge kvindens bevidsthed om, at et ønske om kejsersnit som udgangspunkt er forkert og unaturligt, hvorfor det kan bidrage til at så tvivl hos hende. Det kan diskuteres hvorvidt dette er

rimeligt, da kvinden i forvejen er i en sårbar situation, hvor den forestående fødsel er kilde til bekymring.

I overført betydning er motivationsamtalen udtryk for at lægge beslutningsmagten til valg af fødemåde over til kvinden, hvorfor risiko for dårlig samvittighed, såfremt der opstår komplikationer, øges. Dette gælder uanset hvilken fødemåde kvinden beslutter sig for, da hun har fået information om risici ved begge fødemåder jf. afsnit 9.5.5.

9.7.2 Helliger målet midlet?

I MTV'en (Sundhedsstyrelsen 2005), som blev introduceret i afsnit 2.2.2, vurderes problematikken om kejsersnit på moders ønske ud fra en introduktion af nytte og pligtetik. Her præsenteres nytteetikken (utilitarismen) således: *Man skal altid handle således, at man opnår den bedste balance af lykke (velvære, ønskeopfyldelse) og ulykke (smerte, lidelse), når alle berørte parter tages i betragtning* (Sundhedsstyrelsen 2005 s. 26).

Således bør det i denne optik opvejes, hvorvidt balancen mellem de utilsigtede konsekvenser (smerte, lidelse), som vi før nævnte i ovenstående afsnit, kan opvejes af de tilsigtede konsekvenser (velvære, ønskeopfyldelse), som kan komme ved at indføre de foreslåede tiltag. Vi forestiller os, at der vil være en række positive konsekvenser ved de foreslåede tiltag. Disse retter sig primært mod kvindens oplevelse af dialogen, som forventeligt bliver positiv og giver bedre forudsætninger for en reel bearbejdning af den bagvedliggende årsag til ønsket om kejsersnit, som vil føre til at hun ændrer sit ønske i retning af den vaginale fødsel. Med denne bearbejdning af ønsket anser vi, at der vil være større sandsynlighed for, at målet om at føde vaginalt vil komme indefra og overbevise kvinden om sit valg i en sådan grad, at sandsynligheden for at hun fortryder det bliver mindre, selv hvis hun skulle ende i planlagt eller akut kejsersnit. Dette understøttes af Nerum (2006), som har en tilfredshed med beslutningen på over 90%, efter at have deltaget i det klientcentrerede forløb.

Såfremt kvindens partner deltager i forløbet ser vi således potentiale for at hans oplevelse af dialogen bedres, gennem en bearbejdning af den tidligere fødsel, og får omfattende viden om begge fødemåder, således han har de bedste forudsætninger for at støtte kvinden.

Foruden de positive effekter for kvinden og hendes partner er der også spørgsmålet om svangrepersonalet. I et studie af Nilstun et al (2008) fremgår det, at spørgsmålet om at have respekt for kvindens autonomi er af høj betydning for obstetrikere. Vi vurderer, at selvom vores forslag ikke lægger op til at kvinden frit kan vælge mellem fødemåderne,

har den dialog, der leder op til hendes valg, alligevel overvejende fokus på at kvinden bliver selvbestemmende. Desuden lægges op til, at kvinden bedre sættes i stand til at tage et informeret valg, da både fordele og ulemper ved begge fødemåder gennemgås. Det informerede valg er også et etisk tema i MTV'en, som diskuteres ud fra sundhedsloven, hvor det fastslås, at kvinden har ret til viden om behandlingsmuligheder, men også at disse skal gives på en hensynsfuld måde tilpasset den enkelte (Sundhedsstyrelsen 2005). Således vil tiltagene bedre kunne balancere mellem den faglige vurdering og kvindens ønske, da personalet i højere grad kan acceptere hendes beslutning. Dette fordi de gennem dialogen, som en forhandling snarere end en kamp, kan sikre sig, at kvinden er velinformeret og at informationerne leveres på en hensynsfuld måde.

Herudover må desuden medtænkes, at den vaginale fødsel stadig må være at foretrække ud fra et risiko- og sundhedsøkonomisk perspektiv jf. afsnit 2.2.1 og 2.2.2, og ud fra disse perspektiver vil det således være i personalets interesse at guide kvinden mod den vaginale fødsel. Dette fastslås også i MTV'en (2005) hvor det fremhæves at vaginal fødsel følger en graviditets naturlige fysiologi. Nilstun et al (2008) tilslutter sig dette og fastslår på baggrund af eksisterende evidens, at vaginal fødsel er den rette behandling, når det har været en ukompliceret graviditet.

På baggrund heraf, hvor både utilsigtede og tilsigtede konsekvenser tages i betragtning, kan det ud fra et nytteetisk perspektiv konkluderes, at midlet helliger målet. For selvom målet er at nedbringe andelen af kejsersnit ved at ændre kvindens tankegang, og således er en form for magtudøvelse, der kan have negative konsekvenser for den enkelte kvinde jf. afsnit 9.7.1, må de tilsigtede positive konsekvenser siges at overstige de utilsigtede negative konsekvenser.

9.7.3 Men hvad så med pligtetikken?

I MTV'en (2005) nævnes også den pligtetiske tilgang, der bebuder, som forstået ud fra Emmanuel Kant, at: *"Du skal altid behandle menneskeheden, både i dig selv og i enhver anden, som mål i sig selv og aldrig kun som middel"* (s. 26). Vi har tidligere præciseret, at nedbringelse af andelen af kejsersnit på moders ønske ikke skulle være altoverskyggende, hvorfor problemformuleringen også er rettet mod at finde en balance mellem kvindens autonomi og det fagligt forsvarlige skøn. Anses kejsersnit på moders ønske udelukkende som en operation, understøttes formålet med at nedbringe andelen af kejsersnit af Nilstun et al (2008), der påpeger, at dette er en unødigt risiko, når der ikke er medicinsk indikation for kejsersnit. I forbindelse med vores forslag er det værd at hæfte sig ved, at vi af informanternes udsagn kunne udlede en del problematikker ved

den nuværende praksis omkring kejsersnit. Vores tiltag retter sig således ikke kun mod at nedbringe andelen af kejsersnit, men også at give kvinden en god oplevelse i dialogen omkring hendes ønske herom, således at hun føler sig tryk ved fødemåden, uanset hvilken. Ud fra et pligtetisk perspektiv kan der, i særdeleshed, argumenteres for vores forandringsforslag, da fokus skal være på den enkeltes velbefindende og dette bør blive prioriteret højest, hvorfor det altoverskyggende mål ikke skal være at eliminere kejsersnit på moders ønske.

Kapitel 10

Implementering og evaluering

10.1 Implementering

I dette kapitel vil vi præsentere en mulig implementeringsplan for de forandringsforslag, som vi har frembragt. Til dette inddrager vi Sundhedsstyrelsens “Implementering af nationale kliniske retningslinjer - håndbog med hjælpeværktøjer,” som passer til enhver indsats udført af sundhedsfagligt personale (Sundhedsstyrelsen). Det fremgår af håndbogen, at ikke alle trin, som foreslås nødvendigvis er relevante at følge (Sundhedsstyrelsen), hvorfor nedenstående også vil begrænse sig til udvalgte trin, vi finder relevante, med eksempler på fx udførelse, kriterier for opfyldelse og nødvendige ressourcer og redskaber.

10.1.1 Organisering af implementeringsarbejdet

For at implementeringen kan lykkes, skal ledelsen være motiveret, da de skal uddelegere opgaver og være villige til at afsætte de påkrævede ressourcer hertil (Sundhedsstyrelsen). Da vores analyse tydeliggør, at kvindernes tilfredshed er betinget af deres oplevelse af dialogen med svangrepersonlaet, fremfor hvorvidt deres ønske eftergives, kan dette være en motivationsfaktor for ledelsen, da vi antager, at de ønsker høj tilfredshed blandt kvinderne. Yderligere forventer vi også at nedbringelsen af andelen af kejsersnit er en motivationsfaktor.

Medarbejderne udgør en vigtig position i, om implementeringen af tiltagene lykkes (Sundhedsstyrelsen), hvorfor vi foreslår, at der på fødestedet udpeges en til to jordemødre afhængig af fødestedets størrelse, der skal tilegne sig viden og færdigheder til at varetage opgaven. I forvejen er konsulent- eller coach-jordemødre tilknyttet flere fødesteder, hvorfor dette tiltag med fordel kunne varetages af disse. Gennem kompetenceudvikling, bl.a. kursus i Den Motiverende Samtale, forventer vi, at disse kan opkvalificeres til at varetage og samtidig blive motiveret for den nye praksis, hvilket fordrer implementeringen.

10.1.2 Fastsæt mål

Målsætningen for implementeringen kan med fordel bygge på SMART-kriterierne (specifik, målbart, ambitiøs, realistisk og tidsbestemt) (Sundhedsstyrelsen).

Her kan ledelsen på fødestedet opsætte nogle specifikke mål, der indkranser de overordnede mål om at kvinderne skal have en god oplevelse, og at andelen af kejsersnit på moders ønske skal nedsættes. Disse kan gradueres efter fødestedets ambitionsniveau og ud fra hvor stor en andel kejsersnit på moders ønske, der udføres. Det er vigtigt at målene er målbare således, at det kan undersøges om målet nås. Her kan et redskab fra Healthwise anvendes til at måle hvorvidt kvinderne ændrer holdning i løbet af samtalerne, jf. bilag 19.

Tilfredshed med oplevelsen af samtaleforløbet og den endelige fødemåde kan undersøges gennem tilfredshedsundersøgelser, såvel kvalitative som kvantitative. Effekten kan ses ud fra opgørelser af hvor mange kejsersnit på moders ønske, der registreres, ud af den samlede andel af kejsersnit, efter indførelsen af tiltaget er implementeret og sammenlignet med tidligere tal. Dokumentation for antallet af kvinder, der efter forløbet ender med vaginal fødsel, kan undersøges ved at tilgå kvindernes journaler, hvor i personalet har anført hvorvidt hun er blevet tilbudt forløbet, og hvilken fødemåde, der er blevet besluttet.

10.1.3 Udfør barriereanalyse

Der skal udføres en analyse af hvilke faktorer, der kan være fremmende og hæmmende for implementeringen af indsatsen (Sundhedsstyrelsen). Efter vores vurdering er svangrepersonalets personlige holdninger til kejsersnit på moders ønske en potentiel barriere, der bør minimeres i dialogen med kvinderne.

I implementeringen af et tiltag nævner Dag Ingvar Jacobsen og Jan Thorsvik (2008), at kulturen i organisationen er vigtig at medtænke. Kulturen defineres ud fra Schein som en *“gruppe” “som deler en række grundlæggende antagelser”* (Jacobsen & Thorsvik 2008). I Kapitel 2 og 8 påvises det, at der ses divergerende holdninger blandt svangrepersonalet, og at disse desuden er forankret i fødestedets procedurer. Herudfra kan vi tyde, at de grundlæggende kulturelle antagelser kan have stor betydning for jordemoderens position i dialogen, da det ser ud til, at den kan have en hæmmende virkning for at målsætningen om, at andelen af kejsersnit på moders ønske nedsættes og kvindens gode oplevelse sikres. Det er således vigtigt, at der ses en forandring i jordemoderens fremtoning i dialogen med kvinden, således at hun kan fremstå åben og anerkendende overfor kvindens ønske. Jordemoderen kan ikke nødvendigvis forandre sin holdning, men ved at reflektere over hvor hun står, har hun bedre forudsætninger for at tilgå dialogen hensigtsmæssigt, jf. afsnit 9.4.3. Vi anser dermed at en ændring i jordemoderens adfærd i dialogen er en forudsætning for at kunne forandre forløbet.

Det er dog ikke kun jordemoderens tilgang, der er afgørende. I kapitel 8 ser vi en vigtighed i, at kvinden har tillid til alle dele af svangreomsorgen, og det må derfor anses som en fælles indsats at tage imod kvinder med et ønske om kejsersnit på en respektfuld måde med en gennemtænkt tilgang, hvorfor en barriereanalyse af holdninger blandt samtlige sundhedsprofessionelle, som kvinden møder i relation til ønsket om kejsersnit, med fordel kan udføres.

10.1.4 Vælg og udarbejd implementeringstiltag

Som det fremgår af kompleksiteten i vores forandringstiltag, som vedrører selv små mekanismer i dialogen, forestiller vi os, at det først er realistisk at implementere tiltaget, når en specialjordemoder har gennemgået træning i Den Motiverende Samtale. Kurser er ikke nødvendigvis nok, da det kan tage lang tid for den enkelte at få teknikkerne ind under huden, hvilket også til dels kan sammenlignes med Halvorsen (2010) hvor en jordemoder var ca. 1 år om at tillære sig coping-tilgangen, hvorfor tålmodighed er påkrævet. Fødestedet kan vente med at implementere tiltaget til et Option Grid er udviklet jf. afsnit 9.5.5 eller selv udvikle et lignende, hvilket fx kan være med hjælp fra "Inspirationskatalog af Beslutningsstøtteværktøjer" (Videnscenter for brugerinddragelse).

Da ovenstående afsnit viser, at det må tilstræbes at skabe en kultur med fælles fodslag, for således at skabe tydelighed for kvinden, og styrke hendes tillid til de sundhedsprofessionelle, er det vigtigt, at det ikke blot er specialjordemoderen, der må have fokus på hendes fremtoning.

Vi mener derfor det med fordel kan pointeres for personalet, at det at få kvinden til at føle sig tryk, afhænger af selv små mekanismer i den retorik, som anvendes af *alt* personalet i svangreomsorgen, da disse jf. Giddens teori alle er repræsentanter af ekspertsystemet, hvorfor de får betydning for kvindens tillid til svangreomsorgen som helhed. Såfremt en kvinde kommer med et ønske er det vigtigt at personen, som henviser hende til et samtaleforløb afvejer situationen og sit ordvalg fx med inspiration i det vi foreslår at konsulentjordemoderen vil starte med at sige i forløbet jf. afsnit 9.2-9.6. Et ønske kunne fx mødes med sætningen:

Jeg vil gerne henvise dig til en jordemoder, som vil tale med dig (og din partner) omkring dit ønske om kejsersnit. Hun vil sandsynligvis bruge det meste af tiden på at lytte, så hun kan forstå, hvordan du ser tingene, og hvad

dine overvejelser er. Sammen med hende kan du få talt det hele igennem og der vil blive sat den tid af, som du/I har behov for, for at komme frem til den rette beslutning for dig/Jer.

Ligeledes kan fødestedet sende information ud til praktiserende læger, så disse kender fødestedets praksis, og kan vejlede kvinderne herefter, jf. afsnit 8.2.2.

10.2 Evaluering

Vi foreslår en programteori, som ifølge Danmarks evalueringsinstitut (2012), kan forklare hvorfor en given indsats kan have en ønsket effekt, da grundantagelsen i programteorier er, at effekter er kontekstafhængige og selve analysen vil derfor i høj grad kredse om hvilken måde konteksten spiller ind i det enkelte led i programteorien (Danmarks Evalueringsinstitut 2012). Data kan være såvel kvantitative som kvalitative, og typen af data vælges ud efter hvad der bedst kan belyse de enkelte trin i programteorien (Danmarks Evalueringsinstitut 2012), hvilket i denne henseende fx kan måles kvantitativt i form af hvor mange, der ændrer deres ønske til kejsersnit, ligesom det kvalitativt kan belyses fx gennem observation af samtaler og interview af kvinder og evt. partner og det ansvarlige svangrepersonale vedrørende hvad der virker/ikke virker, samt hvorfor og hvordan.

Vi anser det kvalitative element som essentielt, da vores undersøgelse netop tyder på, at det er små mekanismer i dialogen, der har betydning for kvindernes vilje til at ændre deres ønske. Desuden foreslår vi vidensdeling mellem specialjordemødre for at skabe selvrefleksion og fx se hvad andre gør godt/skidt, som også var gavnligt i studiet af Halvorsen et al. (2010).

Kapitel 11

Diskussion af specialets konstruktion

Metodologiske refleksioner og transparens er vigtigt i kvalitativ forskning (Brinkmann & Tanggaard 2010b), hvorfor vi i dette kapitel vil diskutere den anvendte ramme, samt design og metode. Vi vil reflektere over vores valg og overvejelser og betydningen heraf, samt hvad andre valg eventuelt kunne have bidraget med.

Metodologisk refleksion retter sig, ifølge Brinkmann & Tanggaard (2010), mod at det skal være muligt for læseren at følge de metodiske valg i en undersøgelse, samt at disse skal understøttes af metodelitteratur, hvorfor vi løbende har bestræbt os på at underbygge vores metodiske valg jf. kapitel 6. Foruden metodologisk refleksion bør transparens tilstræbes, hvilket indbefatter at grundantagelser og fremgangsmåder bør være gennemsigtige for læseren, således læseren kan vurdere i hvilken sammenhæng de fremkomne resultater kan betragtes (Brinkmann & Tanggaard 2010b). Vi har igennem hele specialet tilstræbt at være åbne og ærlige omkring metodevalg, og ligeledes vedlagt diverse bilag relevant for dataindsamlingen og fortolkning.

11.1 Diskussion af metode

Med afsæt i betydningen af refleksivitet, vil vi i det følgende diskutere betydningen af de metodiske valg og de udfordringer, disse har givet, og deres betydning for den analyse og fortolkning, som vi har udarbejdet. Først diskuteres metoden relateret til de to cases, dernæst etiske og teoretiske aspekter, og slutteligt den systematiske litteratursøgning.

11.1.1 Interview

I det følgende reflekteres over metoden relateret til informanterne fra Aabenraa fødeafdeling.

Lokation for interview

Alle informanterne valgte at blive interviewet i eget hjem. Det virkede naturligt, at vi besøgte dem og for alle informanternes vedkommende, virkede de afslappede og trygge, da først interviewet gik i gang. Ved at foretage interviewene i informanternes eget hjem, som foreslået af Christensen et al. (2015) vurderer vi at det, i form af de trygge rammer, var med til at skabe empiri af høj og god kvalitet, da informanterne optrådte naturligt. Dog oplevede vi, at én af informanterne havde forberedt sig med et stykke papir med noter, som dog hurtigt blev gemt væk, hvorefter hun virkede tryk. At møde informanterne privat, gav os mulighed for at starte med small-talk omkring mere personlige forhold såsom hjem og børn. Alle steder var interviewerens placeret på modsatte side af informanten, således det var nemt at se hinanden i øjnene, og praktisere aktiv lytning (Kvale & Brinkmann 2009), da øjenkontakten var med til at fremme dialogen. Vi vurderede, at det at lade kvinderne bestemme interviewlokationen var bidragende til den gode stemning og således fremmede udligningen af magtforholdet jf. afsnit 6.1.4.

Briefing og debriefing

Med baggrund i Kvale og Brinkmanns (2009) anbefaling, blev informanten både briefet inden interviewet og debriefet efter. Vi vurderer, at briefing virkede efter hensigten, da informanterne gav righoldige og detaljerede fortællinger, hvilket vi havde lagt op til. Vi vurderer endvidere, at pilotinterviewet var udbytterigt, idet det netop var dette interview, der gjorde os bevidste om, at briefing skulle præcisere interviewets form for informanten. Efter interviewet virkede alle informanter glade og afklarede, og gav udtryk for, at de havde nydt at deltage. Retrospektivt, kunne det have været relevant at inddrage et spørgsmål om informanternes agenda med at deltage, da det, ifølge Christensen et al. (2015), ville have været brugbart i selve analysen. Vi vurderer fx, at informanterne overvejende var utilfredse med forløbet, hvorfor interviewet for dem muligvis var en mulighed for at kanalisere denne utilfredshed, se også afsnit 11.1.1.

Assistenternes rolle

Assistenterne noterede uddybende spørgsmål til informantens fortælling, og da den primære interviewer ikke spurgte fyldestgørende ind til alle aspekter i interviewguiden, vurderer vi det positivt, at vi alle tre var til stede i situationen, da det gav mulighed for at få uddybet nogle af informantens svar. Som en del af briefing, blev informanten gjort opmærksom på assistenternes rolle, og at de netop ikke ville afbryde undervejs i interviewet, men eventuelt stille opfølgende spørgsmål, når interviewerens havde

gennemgået interviewguiden. Dette bidrog til, at vi fik nuancerede og righoldige beskrivelser fra informanten. Det virkede naturligt at være tre interviewere til stede, og informanterne var positive overfor de efterfølgende spørgsmål, hvilket vi vurderer skyldes den indledende briefing om netop assistenternes rolle jf. bilag 2.

Kontaktperson og informanter

Vi havde en formel kontaktperson i form af en medarbejder på fødeafdelingen. Faren ved det er, at den pågældende person kan have en dagsorden med at hjælpe os, og derved har udvalgt informanter, som fx er overvejende positive overfor det forløb, som de har været igennem. Dog betragter vi kontaktpersonen som pålidelig, idet denne udtrykte interesse i at vide hvad kvinderne syntes var godt og skidt ved forløbet, og åbenlyst fortalte, at nogle var direkte utilfredse med fødestedets procedurer ved ønsket om kejsersnit. Det viste sig, at de kvinder, som havde meldt sig til interviewet havde en overvejende negativ oplevelse med dialogen med svangrepersonalet. Derfor mener vi ikke, der har været en interessekonflikt og en skævvridning i udvælgelsen af informanter fra kontaktpersonens side. Omvendt kan informanterne derimod give et skævt billede af tilfredsheden for Aabenraas procedure, idet de netop kan have meldt sig fordi de var utilfredse. To af dem nævnte i forbindelse med interviewet, at hvis de kunne gøre forløbet bedre for andre ville de gerne det, hvorfor vi vurderer at informanterne snarere havde en dagsorden end kontaktpersonen. En intern tilfredsundersøgelse af forløbet i fødeplanambulatoriet, som ikke er offentligt tilgængelig, viser en række positive resultater, hvorfor der kan være en anden generel tilfredshed med forløbet, end det, som vores informanter har givet udtryk for.

11.1.2 Online fokusgruppe

Da ingen af gruppens medlemmer havde erfaring med internetforskning, har vi måtte tage beslutninger, som udelukkende er baseret på den metodelitteratur vi har støttet os op ad, som overvejende har været artikler fra forskellige forskere (C. M. Larsen & Glud 2013; Wellman & Gulia 2013; Eysenbach & Till 2001; Stewart & Williams 2005) jf. kapitel 6, men også vores sunde fornuft og kendskabet til brug af Facebook. I det følgende vil vi derfor reflektere over de udfordringer, vi havde med brugen af Facebook og den læring, det har givet os undervejs og efterfølgende.

Ejerskab over deltagelse og frafald

Vi erfarede, som forudset i kapitel 6, jf. afsnit 6.2.2, at der var en del lurkers, dvs. informanter, som blot var medlem, men ikke deltog aktivt i debatten. Vi havde en kerne

af informanter på 7-9 informanter, som svarede på næsten alle dagens spørgsmål, hvilket læner sig op af de 8-12 deltagere, som foreslås af Launsø et al. (Launsø et al. 2011), til konventionelle fokusgrupper, hvorfor vi, trods håbet om flere, finder det tilfredsstillende. Vi vurderer, at nogle informanter følte et ejerskab og forpligtelse til at svare, og disse kvinder var også karakteriserede ved at levere reflekterede og detaljerige svar.

Vi erfarede, at nogle informanter hurtigt faldt fra. I processen har vi reflekteret over, hvad der karakteriserede dem, der frafaldt, og vi kan inddele dem i to grupper. Den ene gruppe skrev fra start relativt korte svar med få detaljer, og nogle af deres svar havde mangelfuld tegnsætning og stavefejl. Den anden gruppe skrev reflekterede og velformulerede svar, men frafaldt alligevel.

Vi vurderer, at den første gruppe kvinder måske kan have følt, at deres svar var mindre værd, da de ikke besad samme evne til at reflektere og formulere over betydningen af deres forløb. Dette vurderer vi som en af ulemperne ved Facebook som medie, idet kvinderne kan se hinandens svar. Dog ville et lignende hierarki kunne opstå i en traditionel fokusgruppe, hvorfor problematikken er svær at undgå. En anden og mere generel forklaring på frafald kan være, at selvom fødselshistorierne alle var forskellige, handlede de om en tidligere traumatisk historie. Nogle kvinder kan måske have tænkt, at andres svar var tilstrækkelige, og vi oplevede også, at nogles svar på *dagens spørgsmål* blot var en kommentar til andres svar hvori der stod: *Det er jeg enig i*. Nogle historier var mere dramatiske end andre fx en informant, som fødte et barn, der måtte genoplives, hvorfor nogle kan have tænkt, at de ikke ville svare, fordi andres historier opfattes som mere gyldige. Nogle formulerede fx pointer om, at deres historier på ingen måde kunne sammenlignes, men at de alligevel ville bidrage med deres egen historie om et givent emne. Da vi havde stillet de planlagte spørgsmål, efterspurgte vi informanternes synspunkter om deltagelsen og de spørgsmål vi havde stillet, hvor nogle angav, at de ikke havde tid til hver dag at give lange og uddybende svar, hvilket vi også tolker som en årsag til det frafald vi så. På den måde vurderer vi, at en plausibel grund til frafaldet både kan være et hierarki i selve historienes dramatik, men også et hierarki i formulering og graden af refleksivitet blandt informanterne, samt at det praktisk kunne være svært at besvare alle spørgsmål. I henhold til hierarkiet vurderer vi ikke, at det er væsentligt forskelligt fra et konventionelt fokusgruppeinterview. Her ville der have været bedre mulighed for at spørge ind til de tavse deltagere, på anden vis end det var muligt for os på Facebook, selvom vi flere gange forsøgte ved at opfordre flere til at svare. På et medie som Facebook er der en anden tidslig afvikling, da det er en asynkron¹⁴ fokusgruppe (Stewart & Williams 2005), hvorfor alle medlemmer af gruppen ikke er til stede på en

¹⁴ Diskussionerne er ikke i samtid, og tillader mere reflekterede og længere svar, end fx chatfora (Stewart & Williams 2005).

gang, og det derfor ikke er muligt for moderatorer på den måde at fornemme en her-og-nu gruppedynamik. Netop i den henseende adskilte Facebook fokusgruppeinterviewet sig fra et traditionelt fokusgruppeinterview.

Rekruttering af informanter

Det står klart, at langt de fleste informanter i fokusgruppen endte med et kejsersnit, og vi har undret os over, hvad dette kan skyldes. Det er ikke nødvendigvis blot et udtryk for en forbrugerrettet holdning på fødestederne om at eftergive ønsket, men kunne også bunde i, at kvinder, der får afslag, eller ombestemmer sig efter et samtaleforløb, ikke nødvendigvis opfatter sig som en del af målgruppen. Dette til trods for, at vi pointerede i opslaget, at selve fødemåden var uden betydning jf. bilag 7. Denne mistanke kan fx understøttes af, at en af informanterne ikke meldte sig selv, men blev taget i rekrutteringsopslaget og blev påmindet, at denne beskrivelse inkluderede hende, hvorefter hun meldte sig. Vi kunne have ønsket, at flere informanter havde født vaginalt, da dette kunne have givet flere nuanceringer i relation til forandringsforslaget, hvor det at forsøge at nå ind til kvinderne gennem en god dialog er et centralt tema. Kvinder, som netop har ændret deres ønske, kunne dermed have givet et interessant indspark til debatten. I konventionelle fokusgruppeinterviews, kan udvælgelsen af deltagere, foregå ved at være analytisk selektiv, således at væsentlige aspekter af problemstillingen er præsenteret (Halkier 2010), hvilket vi til dels, anser har været gældende for vores udvælgelse. I rekrutteringen var det nemlig en udfordring at gennemskue hvorvidt kvinderne overholdt inklusionskriterierne. Dog har vi gennem privat beskedudveksling forsøgt at spore os ind på hvorvidt ønsket om kejsersnit var opstået før eller efter en medicinsk indikation eventuelt var opstået. Dette til trods, var der et par stykker, der nævnte, at de direkte er blevet opfordret til planlagt kejsersnit, hvorfor vi kan have svært ved at vurdere, om baggrunden reelt har været medicinsk i hele forløbet uden, at kvinderne har været bevidste om det. Alle kvinderne repræsenterer dog et perspektiv på dialogen mellem kvinde og svangrepersonale, hvilket er det mest essentielle for vores problemstilling.

Moderatorrollen

Vi erfarede, at nogle spørgsmål var nemmere at forstå end andre, hvorfor vi måtte korrigere spørgeguiden undervejs, fordi spørgsmålene gentagende gange blev misforstået.

Vi bad informanterne om at se tilbage og forsøge at genkalde sig samtalen for at frembringe flere nuancer og lave længere introduktioner end først tiltænkt, da vi fx oplevede, at kvinderne havde svært ved at skelne mellem hvad de følte efter forløbet, og

hvad de havde tænkt i den konkrete situation. Korrektionerne havde god effekt, og i mange tilfælde lykkedes det at få besvaret spørgsmålene, som de var intenderet. Idet vi gennemførte de individuelle interviews først, fik vi en dybere forståelse af problemfeltet gennem kvindernes historier, og disse historier har kvalificeret vores spørgeguide på Facebook. Vi har derfor tilpasset vores spørgeteknik ud fra vores erfaringer og viden fra de individuelle interviews.

I en konventionel fokusgruppe, er det moderatorens opgave, at få deltagerne til at forholde sig til interviewets emner (Halkier 2010), hvorfor vi flere gange lavede påmindende opslag med en opfordring til besvarelse af *dagens spørgsmål*. Dette valgte vi at gøre ved fx at slå en sjov babyrelateret video op på siden. Det viste sig at være en god strategi og de få gange, hvor det var nødvendigt, kom der flere kommentarer. Vi overvejede at lave opslag, hvor vi ved at tage henvendte os direkte til de medlemmer der ikke havde svaret på *dagens spørgsmål*, men vurderede, at en håndhævnning på denne måde ikke ville være i facebookmediets ånd, hvor tonen er løs og i hverdags- og talesprog.

Vi havde valgt at dele moderatorrollen imellem os jf. kapitel 6, hvilket gav os den udfordring, at det fra dag til dag var forskelligt hvor meget interaktion vi havde haft med deltagerne. Da ansvaret ikke var klart opdelt mellem os, var det derfor lettere tilfældigt hvornår og hvordan vi interagerede med informanterne. Vi vurderer, at en klar ansvarsfordeling, hvor ét gruppemedlem havde det fulde ansvar for at poste *dagens spørgsmål* og være ansvarlig moderator for én dag ad gangen, havde bidraget til større interaktion og dermed flere udtømmende svar fra deltagerne.

En generel udfordring for os som moderatorer var, at det ikke altid var muligt at stille opfølgende spørgsmål, fordi informanterne svarede på tidspunkter, hvor vi ikke var ved tastene, hvorfor vi af og til overså, eller ikke fandt det naturligt, at bede om uddybende kommentarer. Dette ville tilsvarende kunne afhjælpes ved at have én daglig ansvarlig moderator. Desuden er vi kommet til den erkendelse, at den stramme struktur, som vi tenderede til jf. afsnit 6.2.4, gjorde, at spørgsmålene uintenderet, kom til at lægge op til, at vi ikke spurgte opfølgende ind.

Moderatorrollen måtte løbende tilpasses og gøres mere aktiv, da det ikke lykkedes os, at få deltagerne til aktivt at diskutere med hinanden i *dagens spørgsmål*. I konventionelle fokusgrupper, er det moderators rolle at få deltagerne til at interagere med hinanden (Halkier 2010), hvilket i vores tilfælde ville være, at få medlemmerne til at debattere ud fra hinandens svar. Selvom det ikke udelukkende var formålet at skabe diskussion

mellem deltagerne, havde vi dog forventet mere interageren deltagerne imellem på baggrund af den gruppekultur, som vi normalt kender fra Facebook. Dette mener vi til dels skyldes spørgsmålenes natur, som ikke lagde op til debat, og dels, at gruppen havde et på forhånd bestemt formål, som var studierelateret, hvilket muligvis gjorde, at kvinderne så gruppen i et andet lys, sammenlignet med de grupper de normalt interagerer i. Det lykkedes derfor også kun i enkelte situationer at opnå diskussioner, og dette var bl.a. på holdningsrelaterede spørgsmål såsom kvinders ret til kejsersnit og desuden en bred enighed om, at faderens rolle i forløbet var vigtig, men blev glemt af personalet.

Deltagernes feedback

I forbindelse med debriefingen bad vi kvinderne evaluere over såvel deltagelse som helhed, da vi, som nye i feltet, fandt deres vurdering af deltagelsen relevant. De informanter, der gav feedback var alle positive. Flere udtrykker, at have brugt gruppen til at sætte egne oplevelser i perspektiv ud fra andres kommentarer, og at have anvendt gruppen som en form for terapi ved at reflektere over egne og andres oplevelser. Dette var ikke hensigten med gruppen, men vi vurderer, at sådanne udtalelser betyder, at kvinderne har haft gavn af at tale om deres oplevelser, hvilket derfor også understøtter behovet for, at dette gøres i dialogen med svangrepersonalet. En af fordelene ved gruppen var deltagernes mulighed for at svare løbende, grundet Facebooks natur og muligheden for refleksion ved at læse andres svar. At kvinderne giver udtryk for at have gjort dette, vidner om en generel interesse om emnet og andres historier, men også at det er lykkedes os at skabe et forum med rum til refleksion, hvilket var formålet. En svarede, at hun ikke havde haft tid til alle de spørgsmål i en presset hverdag, og udtrykker, at vi med fordel kunne have sendt alle spørgsmålene på én gang i stedet for at have haft dette forum. Dog ville dette ikke have givet mulighed for at kvinderne kunne kommentere på hinandens svar, hvorfor det ej heller ville have været en online fokusgruppe, men i stedet et e-mail interview, som til stadighed rummer den kvalitet, at kvinderne havde tid til at formulere velovervejede svar (Stewart & Williams 2005).

11.2 Metodologiens betydning

Da vi, som tidligere nævnt, af og til havde udfordringer som moderatorer vurderer vi, at en anden gavnlig metode kunne have været e-mailinterview eller Facebooks messengerfunktion. Her kunne vi løbende have haft en dialog med en enkelt kvinde ad gangen. Dette vurderer vi ville have skabt bedre forudsætninger for at forfølge den enkelte historie og få uddybende fortællinger. En facebooktråd med underkommentarer

bliver hurtig lang og uoverskuelig for såvel informant som moderator, og flere gange undlod vi at spørge uddybende, hvilket kunne afhjælpes ved de alternative metoder. Dog ville det give den udfordring, at vi ikke på samme måde kunne få kvindernes refleksion over hinandens historier, hvilket vi anser som en væsentlig fordel.

Som Stewart og Williams (2005) nævner, kan e-mailinterview også være en måde at få righoldige beskrivelser, endda muligvis i højere grad end face-to-face interview. Vi kan i særdeleshed tilskrive os denne åbenhed blandt informanterne, da intime detaljer såsom historier om seksuelle overgreb og gener i sexlivet med efterfølgende parterapi, var eksempler på historier, som deltagerne åbent delte ud af. Vi vurderer derfor, at denne åbenhed og detaljerigdom, har været udbytterig for empirien og har givet os mange spændende aspekter at arbejde videre med. Dog har det været svært at sortere i alt den gode information vi har fået herfra, og analysen er derfor også blevet en større udfordring end forventet.

11.2.1 Alternative metoder

I tråd med vores overvejelser omkring e-mailinterview, har vi desuden tænkt over, hvordan problemfeltet kunne undersøges på andre måder. Vi har bevidst valgt at undersøge problemfeltet fra kvindernes synspunkt og ud fra deres fortællinger, men da en stor del af vores forandringsforslag retter sig til svangrepersonalets procedurer, vurderer vi, at vi også kunne have nuanceret problemstillingen gennem fx observationer af samtaler, eller interview med obstetrikere og jordemødre, som spiller en afgørende rolle i dialogen omkring kejsersnit.

11.2.2 Betydningen af den retrospektive oplevelse

Såvel før som efter dataindsamlingen har vi diskuteret betydningen af, at vores informanter fortæller om deres oplevelser efter fødslen. Vi har selv oplevet, hvordan barnets ankomst kan sløre negative ting, der kan gøre sig gældende i graviditet og fødsel, og gøre, at man husker anderledes end i selve situationen. Tendensen til at genkalde sig hændelser fejlagtigt, er i kvantitativ metodelitteratur betegnet recall bias (Juul 2013), hvilket vi finder overførbart i denne henseende. Vi mener derfor, at kvinderne med en vis sandsynlighed genkalder sig dialogen og følelser relateret hertil anderledes, og mindre negativt, end de ville have gjort, hvis vi havde lavet undersøgelsen inden fødslen, særligt, hvis kvinderne endnu var uafklarede omkring valg af fødemåde eller var blevet nægtet eller talt fra et kejsersnit.

Et andet eksempel på det retrospektives betydning er, når kvinderne skal genkalde sig de fordele og ulemper, som de forinden, så ved henholdsvis vaginal fødsel og kejsersnit, hvor kvinderne i høj grad husker tilbage på, hvad der skete ved fødslen, og vurderer fordele og ulemper ud fra de faktiske begivenheder snarere end hvad der optog dem forinden barnets forløsning. Dette forhold var mere udpræget i fokusgruppen, hvis oplevelser for nogle også lå lidt længere tilbage, hvor nogle i mellemtiden havde fået endnu et barn, og ønsket således havde gjort sig gældende ved barn nummer to. Den retrospektive fortælling forstyrrede således kvindernes fortællinger, hvilket ikke nødvendigvis ville have gjort sig gældende, såfremt kvinderne havde været gravide. Gravide ville dog være svære at finde og rekruttere til undersøgelsen, da vi havde et relativt kort tidsrum at rekruttere gravide informanter i, da de obstetriske samtaler afholdes i sidste halvdel af graviditeten, hvilket endvidere besværliggøres af en lille målgruppe. At kvinderne vurderede forløbet på baggrund af fødselsoplevelsen, var dog ikke udelukkende en ulempe, for med i beretningerne fremkom også refleksioner om fødeplanens betydning i selve fødslen, og da disse er et aktivt redskab på mange fødesteder, og også centralt i Aabenraa fødeafdelings procedure, gav det mulighed for at kunne medtænke aftalerne i forandringsforslaget.

11.2.3 Etik - forskers rolle

Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) er et relevant etisk aspekt forskerens rolle, som kan påvirkes både oppefra og nedefra, hvor oppefra fx er sponsorer til undersøgelsen, som kan have specifikke formål og styre forskningen i en bestemt retning, og nedefra er forskeren selv.

Vores kontaktperson på Aabenraa fødeafdeling har udvist interesse for specialets resultater og fortalt, at hun gerne vil læse det. Derfor kan vi ikke frasige os, at vi enkelte gange, har haft samtaler omkring hvad kontaktpersonen mon vil synes om vores fund, hvilket indirekte kan have påvirket hvordan vi beskriver og præsenterer dem, hvorfor vi alligevel i nogen grad er blevet påvirket oppefra. Dog vurderer vi, at vi har formået at være kritiske og tro mod informanternes udsagn, og desuden vurderer vi at dette problem, blev mindre udtalt idet vi havde både fokusgruppen og praksiseksemplet som cases.

Kvale og Brinkmann (2009) mener, at forskere kan identificere sig med informanterne i en sådan grad, at de bliver såkaldte indfødte, og således ikke holder en professionel distance til informanternes synspunkter. Vi har som interviewere og fortolkere i løbet af processen haft meget sympati med informanternes fortællinger og vi har levende kunne forestille os, hvordan de har følt i de situationer, de beskriver. Dette tilskriver vi vores

position som mødre, hvilket var fordrende for en åben dialog såvel i interviewene og i fokusgruppen. Denne position gjorde det muligvis lettere at forstå informanterne og desuden etablere gode tillidsfulde relationer, og vi følte, at kvinderne var meget villige til at åbne sig overfor os, hvilket til dels kan skyldes, at vi alle har samme udgangspunkt, hvilket vi anså som en fordel.

Omvendt har vi dog flere gange oplevet efterfølgende at netop det, at vi er mødre, som alle har født, gjorde at vi til tider var indforståede med informantens fortælling. Dette har derfor bidraget til, at vi i enkelte tilfælde ikke har fået særlig uddybende svar, da vi følte vi forstod kvinden, og ikke spurgte yderligere ind. På den måde vurderer vi, at moderskabet både var en fordel og en ulempe, der til tider hæmmede fyldige og righoldige beskrivelser, hvorfor vores spørgsmål mistede en del af deres eksplorative karakter. I fortolkningen vurderer vi dog, at vi kom tilbage på rette spor og løsrev os fra den indfødte position, og igen formåede at se kvindernes historier i et større perspektiv.

11.3 Den filosofiske hermeneutik som ramme

Som del af den filosofisk-hermeneutiske tilgang vil vi i det følgende fremlægge væsentlige steder, som gjorde, at vores forforståelse flyttede sig undervejs i forståelsesprocessen, og vi vil redegøre for, hvordan der er sket en horisontsammensmeltning. Slutteligt vil vi reflektere over de vanskeligheder vi mødte i analyseprocessen fire trin jf. kapitel 7.

11.3.1 Fra horisont til horisontsammensmeltning

Undervejs i interviewene blev vi flere gange overraskede over kvindernes udsagn, idet de ikke stemte overens med vores forforståelse. I litteraturen er vi flere gange stødt på udtrykket "Too posh to push," som skulle indikere, at nogle kvinder vælger kejsersnit som den nemme løsning. Selvom vi har læst flere studier af obstetrikere, der afviser denne noget ensidige holdning, som tillægges skylden til kejsersnit på moders ønske, troede vi dog alligevel, at vi ville finde flere eksempler i empirien, som gik på, at kvinden simpelthen ikke brød sig om den vaginale fødsel pga. den magtanstrengelse der er, at gennemgå vearbejde og pressefase. Vi var derfor overraskede over, at alle kvinder var enige i, at kejsersnit på ingen måde er et let valg, og mange nævnte, at det sjældent var smerten eller tidsperspektivet, der var afgørende for ønsket.

Vi var overraskede over, at ganske få, gav udtryk for at beslutningen om kejsersnit burde være op til den enkelte. Langt størstedelen var imod ideen om et frit valg, og de mente endvidere, at kvinden skulle igennem grundig information og samtaler, hvilket overraskede os. Vi havde forestillet os, at kvinder, der på egen krop havde haft ønsket tæt

på livet, i høj grad ville give udtryk for en liberal holdning til kejsersnit, ligesom de fleste fx har til fri abort. Vi var derfor overraskede over, at flere ligefrem nævnte brugerbetaling, omend dette kun skulle dreje sig om førstegangsfødende. Dette var vi dog også forbavsede over, da vi forventede at kvinderne ville have et andet udgangspunkt for at sætte sig i andre kvinders sted, som havde haft et tilsvarende ønske. At kvinderne havde disse holdninger ser vi som udtryk for, at kvinderne var mere prægede af den fremtrædende naturlighedsdiskurs i samfundet, jf. afsnit 2.5.2, end vi havde forventet.

Det overraskede os en smule, at kvinderne ikke lagde vægt på risici i deres overvejelser. Måske er dette et udtryk for vores faglige baggrund, hvor risici er noget, der optager os, hvilket viser, at vi havde svært ved at løsrive os fra informationer og risici som noget, der optog kvinderne. Dog gjorde det også, at vi stoppede op, og så empirien på en ny måde og vores forståelse af kvindernes begrundelser blev derfor ændret, i takt med, at vi begyndte at forstå dem bedre.

Gennem udarbejdelsen af specialet har vi været igennem en proces i forhold til holdningen om i hvilken grad kejsersnit på moders ønske skulle begrænses. Således startede vi med at mene, at kejsersnit på moders ønske kunne elimineres, mens vi senere mente, at det udelukkende skulle være kvinden, der måtte bestemme fødemetoden. Men da vi læste studierne af Halvorsen et al (2010) og Nerum et al (2006), samt havde analyseret empirien, erkendte vi, at ønsket om kejsersnit sandsynligvis var udtryk for ubearbejdede psykologiske forhold hos kvinderne, hvorfor vi vurderer at dette bør bearbejdes fremfor blot at eftergive eller afvise kvindens ønske. Dette er nemlig i vores optik symptombehandling snarere end en behandling af underliggende årsager. Således er vi stadig forankret i vores fundamentalistiske tankegang, da vi ønsker og tror på, at kejsersnit på moders ønske kan og bør nedbringes, men vi kan efter denne forståelsesproces bedre sætte os i kvindes sted og finde ønsket legitimt.

Ovenstående er et udpluk af de mest markante overraskelser, som nuancerede vores forståelse af problemfeltet. Vi vurderer derfor, at vores forforståelse har undergået en væsentlig forandring, og ved at indgå i denne forståelsesproces er der gennem mødet med vores og kvindernes horisont sket en horisontsammensmeltning, som har bidraget til en mere dybdegående forståelse af kejsersnit på moders ønske i en dansk kontekst.

Vi vurderer, at den hermeneutiske fortolkning er gyldig, da vi til stadighed har medtaget vores forforståelse, som fx i diskussionen af metodiske overvejelser, for at sikre en åbenhed. Til trods for den forforståelse, som vi i gruppen har, har vi systematisk og videnskabeligt stringent undersøgt feltet uden dagsorden om enten at be- eller afkræfte

de særlige pointer vi i gruppen måtte mene var væsentlige, men vi har dog anerkendt, at de forskellige valg gennem processen skete i en stadig dialog med forforståelsen. At vi er flere i gruppen så vi i denne sammenhæng som frugtbar fordi forskellige opfattelser og positioner var til stede og til stadighed blev udfordret gennem dialoger, jf. 2. metodiske princip.

11.3.2 Udfordringer i analysen

Vi har fulgt de fire trin i analysestrategien, men havde vores udfordringer med at holde fokus på det tekstnære i de første tre trin, jf. kapitel 7. Der skete løbende en fortolkning hver gang transskriberingen blev læst trods dette ikke var formålet og det var en udfordring at holde fokus på hvad der reelt stod i teksten, da vi oplevede, at mange samtaler efter interviewene relaterede sig til hvordan teksten kunne fortolkes som led i et svar på problemformuleringen og således relaterede sig til fortolkning af det sagte. Ifølge Dahlager og Fredslund (2015), kan det være tidsbesparende, at en forsker selv transskriberer sine interviews, da det således er muligt at lade fortolkning få sin spæde start her. Derfor anser vi det ikke udelukkende som negativt og en begrænsning, at vi havde disse udfordringer, fordi det samtidig var her analysen og fortolkningen begyndte. Alligevel kan det være hæmmende for at danne sig et helhedsindtryk af empirien. Vi mener ikke det er muligt at opdele analysens trin som fremlagt af Dahlager og Fredslund, da vi som hermeneutikere ikke kan tilsidesætte vores forforståelse og subjekt og objekt ikke kan adskilles i den filosofiske hermeneutik. Ligeledes lægger selvsamme forfattere også vægt på, at inspirationen til de fire trin netop er hentet fra Amedeo Giorgis fænomenologiske tænkning, hvor der netop er i fokus, at sætte forforståelsen i parentes, da dette er en god måde at lade teksten styre (Dahlager & Fredslund 2015). Vi vurderer dog ikke, at dette var hæmmende for fortolkningen, men konstaterer blot, at en løbende fortolkning ikke kan undgås, hvilket også stemmer overens med Gadamer's forståelse.

11.3.3 Anvendelse af teori

Høyer (2015) beskriver, at teori grundlæggende handler om virkelighedsopfattelser og abstraktionsniveau. I det følgende vil vi forholde os til anvendelsen af teori som dåseåbner og desuden brugen af Giddens.

Giddens' teori er kritiseret for, hvorvidt den kan anvendes i empirisk forskning, da den foregår på et abstrakt niveau, og skal anvendes til at belyse og forklare mekanismerne i det sociale liv og ikke fremkommer med konkrete måder at adressere de problematikker,

der kan opstå (Bak 2010). Alligevel finder vi ham anvendelig, da han netop er optaget af at forklare hvorfor mennesket handler som det gør, og ligeledes inddrager ekspertsystemer og hvordan tillid hertil kan skabes og genskabes. Hertil kommer ligeledes, at Høyer (2015), pointerer at teori aldrig præsenterer empirien i sig selv, men er en evne til at se en, tidligere skjult, sammenhæng. Ved at anvende Giddens, vurderer vi, at have opdaget en større sammenhæng mellem kvindernes ønske og deres oplevelse, betinget af flere faktorer som fx tillid til svangrepersonalet og anerkendelse fra selvsamme. Således bidrog Giddens' teori til at underbygge fund, samt forklare processer i kvindernes handlinger, således der kunne tolkes på hvilken betydning disse eventuelt kan have for kvindens oplevelse af dialogen med svangrepersonalet.

Ved at anvende teori som dåseåbner, har vi arbejdet induktivt med vores materiale, hvilket også har skabt rum for en åbenhed overfor informanternes bidrag. Havde vi modsat valgt at arbejde deduktivt, som fx udelukkende gennem brug af Bourdieus begreber, ville vores resultater have været præget heraf og nærmere have været en forklaring af hvordan ønsket om kejsersnit og de bagvedliggende årsager hænger sammen med kvindernes sociale liv og position.

I stedet for de mere klassiske teorier er der ligeledes anvendt en praksisnær teori, idet den kan anvendes aktivt til udarbejdelse af forandringsforslaget, dog består begrænsningerne heri i at løfte empirien til et mere abstrakt niveau.

11.3.4 Diskussion af litteratursøgning

Baggrundssøgningen kunne med fordel have været foretaget som en systematisk søgning, hvilket ville have efterladt os med mindre litteratur til gennemgang. Dog kunne en systematisk søgning i den indledende fase også have begrænset resultaterne i en sådan grad, at vigtig litteratur til at belyse problemfeltet ikke ville komme frem i søgningen eller blive frasorteret. Vi vurderer, at dette ville have efterladt os med en mindre nuanceret problemanalyse.

Som kontrol af søgestrategien, kan anvendes litteratur fra baggrundssøgning som indikator for om søgningen har været tilstrækkelig (Stenbæk & Jensen 2007). Få af de artikler vi har anvendt i problemanalysen er kommet frem i den systematiske søgning, hvilket kan være et udtryk for, at den ikke har været specifik nok. Dog kan det også være forårsaget af, at vi har eftersøgt litteratur til at belyse den sidste del af speciallets problemformulering og at litteratur fra problemanalysen ikke har været rettet mod dette. Da ingen af de artikler, der er anvendt i problemanalysen, og som er kommet frem under

den systematiske søgning, er blevet udvalgt, vurderer vi, at det er sidstnævnte årsag, der gør sig gældende og dermed ikke afgør kvaliteten af søgningen.

Ifølge Stenbæk og Jensen (Stenbæk & Jensen 2007), er inddragelse af en specialist eller bibliotekar fordelagtigt, da vedkommende har kendskab til forskellige databaser, samt disses søgefunktion. Derfor havde vi en vejledning med en bibliotekar i udarbejdelsen af søgestrategien, hvor vi blev rådet til at foretage en bloksøgning, der inddrager mange fritest ord. Vi blev rådet til at søge på specifikke forandringsforslag, for at finde brugbar litteratur til vores målgruppe. Dette har vi gjort med udgangspunkt i de temaer, vi ud fra problemanalysen forventede at finde. Dette har medført at vi er endt med en meget bred søgning i den tredje facet, jf. bilag 10. Alligevel er kun få brugbare studier fremkommet, hvilket indikerer, at søgningen kunne have været mere præcis.

Det kunne eventuelt have været en fordel at anvende et kontrolleret term som fx *Health promotion*, da det ville have identificeret studier, der er rettet mod konkrete tiltag, der kan fremme sundhed, fx gennem sundhedsinformation og forebyggende programmer. Dog viste indledende søgninger, at dette ikke ville frembringe relevante studier, hvorfor den brede søgning på enkelte faktorer har været en nødvendighed.

I forbindelse med analyse og fortolkning, måtte vi erkende, at vi med fordel kunne have ventet med at foretage den systematiske søgning, til vi havde fået et helhedsindtryk, af vores empiri. Dette gjorde sig tydeligt gældende for studier omhandlende partnerens rolle og holdning, hvilke vi ikke havde fremsøgt, men alligevel viste sig som et væsentligt fund, hvorfor vi inddrog litteratur, som var fremfundet til problemanalysen.

I stedet for stringent at gennemgå samtlige studier med brug af tjeklister til at vurdere studiers kvalitet (Stenbæk & Jensen 2007), anvendte vi i stedet den viden, som tidligere brug af tjeklister har givet os, og har gjort os i stand til at vurdere videnskabelig litteratur. Desuden er det vores vurdering og erfaring, at en høj score på en tjekliste ikke nødvendigvis er garant for studiets kvalitet, da visse punkter til at vurdere studiet forekommer vigtigere end andre, og i stedet har vi valgt at pointere de steder, hvor studiernes metodiske kvalitet, kan have betydning for anvendelsen i dette speciale, jf bilag 11.

Kapitel 12

Konklusion

I dette speciale har vi gennem et collective casestudie med to cases undersøgt, hvordan danske kvinder oplever dialogen med svangrepersonalet, når de har et ønske om kejsersnit.

Med udgangspunkt heri, er der udarbejdet forslag til at forandre af praksis, således at andelen af kejsersnit på moders ønske kan nedbringes, samtidig med at der tilstræbes en ligevægtig balance mellem kvindens autonomi og den faglige vurdering.

Ud fra en hermeneutisk fortolkning af undersøgelsens empiri ses tre centrale temaer; anerkendelse, tillid og forklaringsmodeller. Der findes dog ikke kongruens for hvordan flergangsfødende kvinder oplever dialogen med svangrepersonalet, men der er stærke indikationer for at anerkendelse er en essentiel komponent i kvindernes tilfredshed. Tillid findes ligeledes at være en faktor, der har betydning for kvindernes oplevelser, hvortil elementer af nuværende praksis samt tidligere negative fødselsrelaterede oplevelser, vurderes at være kilde til mistillid.

Dialogen mellem kvinden og svangrepersonalet er kendetegnet ved, at to forklaringsmodeller mødes, hvor anerkendelse og tillid, samt personlige karakteristika bestemmer om forklaringsmodellerne kan ses som kæmpende eller forhandlende. Kæmpende forklaringsmodeller er hverken hensigtsmæssig for kvindens oplevelse eller holdningsændring ift. ønsket om kejsersnit. Forhandlende forklaringsmodeller fordrer derimod en hensigtsmæssig oplevelse, men har til trods herfor, en ringe effekt på at ændre kvindens ønske om kejsersnit, da personalet ofte antager en autonomistret tilgang ud fra kvindens ret til selvbestemmelse. Dette illustrerer, at trods forskellighed i national praksis, ses der ud fra denne undersøgelse ikke nogle fødesteder, der både formår at give kvinden en god oplevelse og at holde andelen af kejsersnit på moders ønske nede.

For at balancere kvindens autonomi og svangrepersonalets faglige vurdering, og samtidig nedbringe andelen af kejsersnit, anbefaler vi derfor konkrete forandringsforslag i praksis, som indebærer tre trin med en opklarende -, en forhandlende - og en beslutningsfase, der minimum involverer to samtaler med specialjordemoder. Desuden foreslår vi at udvalgte jordemødre specialuddannes i Den Motiverende Samtale, således

at dialogen tager udgangspunkt i den enkelte kvinde. Desuden anbefales brug af konkrete beslutningsværktøjer som udgangspunkt for en samtale om risiko samt at fødeplanens anvendelse revurderes. Hvorvidt dette forandringsforslag vil have en signifikant betydning for nedsættelse af den samlede andel af kejsersnit i Danmark er dog uvis.

Kapitel 13

Perspektivering

I problemanalysen i kapitel 2 er det pointeret, både ud fra dansk og international litteratur, at kejsersnit på moders ønske kan forebygges ved at den første fødsel bliver en god oplevelse. I dette kapitel anskues nedbringelsen af kejsersnit på moders ønske, derfor ud fra argumentet, om at sikre den første fødsel, og desuden nedbringe den samlede andel af kejsersnit generelt.

Den hermeneutiske fortolkning viser, at ønsket om kejsersnit baseres på en tidligere negativ eller traumatisk oplevelse, hvilket fremgår af kapitel 8. Desuden også, at mange havde fået kejsersnit i en tidligere fødsel. I Danmark var antallet af kejsersnit 21,5 % af alle fødsler i 2014 (Aabakke et al. 2016), og da kejsersnit øger risikoen for endnu et kejsersnit i efterfølgende fødsel jf. kapitel 2, kan fokus imod at nedbringe den generelle andel af kejsersnit med fordel kan tilstræbes. Et nyt svensk studie viser i denne forbindelse, at ved at forbedre praksis på ni forskellige områder, er andelen af kejsersnit på et specifikt fødested faldet markant, fra 20 % til 10 %, over en studieperiode på 10 år (Blomberg 2016). Ligeledes er andelen af instrumentelle forløsninger faldet fra 10,1% i 2006 til 5,5% i 2014 (Blomberg 2016).

I studiet af Blomberg et al. (2016) var nogle af tiltagene fx at lave en plan for den enkelte fødende ved morgenmøder, hvor personalet kunne byde ind og sparre med hinanden. Desuden at inddele jordemødre efter kompetencer og erfaringsniveau, og parre den fødende med en jordemoder med passende erfaringsniveau til at varetage fødslen ud fra fødselens kompleksitet. Parringen blev foretaget af en specialiseret koordinatorjordemoder. Efter denne implementering var 92,5 % af de fødende tilfredse med deres fødselsoplevelse på fødestedet (Blomberg 2016).

Vi vurderer derfor, at såfremt der sættes ind med en forebyggende indsats målrettet den første fødsel, forebygges antallet af kvinder, der har en negativ eller traumatisk første fødsel, hvilket eliminerer grundlaget for at flergangsfødende ønsker kejsersnit.

Vi mener derfor, at de tiltag, som foreslås af Blomberg et al. med stor sandsynlighed både kan højne standardprocedurer på danske fødeafdelinger, som giver kvinderne en overordnet bedre oplevelse, og med baggrund heri nedsætte andelen af flergangsfødende kvinder, der ønsker kejsersnit.

Kapitel 14

Litteraturliste

- Andersen, P.T., 2010. Empowerment som frigørelse. In P. T. Andersen & H. Timm, eds. *Sundhedssociologi - en grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Andolf, E. et al., 2011. *Indikation för kejsarsnitt på moderns önskan*, Available at: <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nationella-indikationer-kejsarsnitt-moderns-onskan.pdf> [Accessed May 21, 2016].
- Andolf, E., Thorsell, M. & Källén, K., 2013. Caesarean section and risk for endometriosis: a prospective cohort study of Swedish registries. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 120(9), pp.1061–5. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23663181> [Accessed March 17, 2016].
- Antoft R & Houlberg Salomonsen H, 2007. Det kvalitative casestudium -introduktion til en forskningsstrategi. In Antoft R, Hviid Jacobsen M, & K. S. Jørgensen A, eds. *Håndværk & horisonter: tradition og nytænkning i kvalitativ metode*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Bak, C.K., 2010. Anthony Giddens. In P. T. Andersen & H. Timm, eds. *Sundhedssociologi - en grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bergholt, T. et al., 2004. Danish obstetricians' personal preference and general attitude to elective cesarean section on maternal request: A nation-wide postal survey. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, p.83.
- Berthelsen, A.M. & Gohr, C., 2006. *Den gode fødsel - En antropologisk undersøgelse af fødselsfortællingen*, København: Museum Tusulanums Forlag.
- Betrán, A.P. et al., 2016. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PloS one*, 11(2), p.e0148343. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4743929&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> [Accessed April 4, 2016].
- Bielinski-Blattmann, D. et al., 2009. Postpartum Depressive Symptoms in the First 17 Months after Childbirth: the Impact of an Emotionally Supportive Partnership. *International Journal of Public Health*, 54(5), pp.333–339.
- Blomberg, M., 2016. Avoiding the first cesarean section-results of structured organizational and cultural changes. *Acta Obstetricia et Gynecologica*

- Scandinavica*, 95(5), pp.580–586.
- Blaaka, G. & Schauer Eri, T., 2008. Doing midwifery between different belief systems. *Midwifery*, 24(3), pp.344–52. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17316937> [Accessed March 22, 2016].
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L., 2010a. Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. In S. Brinkmann & L. Tanggaard, eds. *Kvalitative metoder : en grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L., 2010b. Kvalitet i kvalitative studier. In Brinkmann S & Tanggaard L, eds. *Kvalitative metoder - en grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Buus, N. et al., 2008. Litteratursøgning i praksis - begreber, strategier og modeller | Sygeplejersken, DSR. , 10. Available at: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2008-10/litteratursogning-i-praksis-begreber-strategier-og-modeller> [Accessed May 7, 2016].
- Cho, C.E. & Norman, M., 2013. Cesarean section and development of the immune system in the offspring. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.
- Christensen, A.I. et al., 2014. *Danskerne sundhed - Den nationale sundhedsprofil 2013*, København. Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/~media/1529A4BCF9C64905BAC650B6C45B72A5.ashx> [Accessed May 21, 2016].
- Christensen, U., Nielsen, A. & Schmidt, L., 2015. Det kvalitative forskningsinterview. In S. Vallgård & L. Koch, eds. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København: Munksgaard.
- Cox, K.J., 2014. Counseling women with a previous cesarean birth: toward a shared decision-making partnership. *Journal of midwifery & women's health*, 59(3), pp.237–45. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24773588> [Accessed May 23, 2016].
- Creswell, J.W., 2007. *Qualitative Inquiry & Research Design - Choosing Among Five Approaches* Second ., Lincoln, Nebraska: SAGE Publications Inc.
- Dahlager, L. & Fredslund, H., 2015. Hermeneutisk Analyse. In S. Vallgård & L. Koch, eds. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København: Munksgaard Danmark.
- Dandanell, B. et al., 2008. Fødselsaftaler giver tryghed. *Jordemoderforeningen*, 8. Available at: <http://www.jordemoderforeningen.dk/tidsskrift-for-jordemoedre/singlevisning/artikel/foedselsaftaler-giver-tryghed/> [Accessed May 21, 2016].
- Danmarks Evalueringsinstitut, 2012. *Hvordan kan man evaluere effekt?*, København.

- Danmarks Radio, 2016. Sundhedsmagasinet: live Kejsersnit. Available at:
<https://www.youtube.com/watch?v=xAVKq9zpo1M> [Accessed May 23, 2016].
- Danmarks Statistik, 2014a. It-anvendelse i befolkningen - 2014. Available at:
<http://www.dst.dk/Site/Dst/Udgivelser/GetPubFile.aspx?id=18686&sid=itbef>
[Accessed May 30, 2016].
- Danmarks Statistik, 2015. It-anvendelse i befolkningen 2015. Available at:
<http://www.dst.dk/da/Statistik/Publikationer/VisPub?cid=20737> [Accessed May 23, 2016].
- Danmarks Statistik, 2014b. *Statistisk årsbog 2014*, København. Available at:
<http://www.dst.dk/pukora/epub/upload/17958/staa.pdf>.
- Diagnosekoder.dk, Diagnosekoder og operationskoder. Available at:
<http://www.diagnosekoder.dk/> [Accessed May 5, 2016].
- Dominguez-Bello, M.G. et al., 2016. Partial restoration of the microbiota of cesarean-born infants via vaginal microbial transfer. *Nature Medicine*, 22(3), pp.250 – 253. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26828196> [Accessed February 1, 2016].
- Eide, T. & Eide, H., 2007. *Kommunikation i praksis : relationer, samspil og etik i socialfagligt arbejde*, Klim.
- Elwyn, G. et al., 2013. Option Grids: shared decision making made easier. *Patient education and counseling*, 90(2), pp.207–12. Available at:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22854227> [Accessed May 23, 2016].
- Eysenbach, G. & Till, J.E., 2001. Ethical issues in qualitative research on internet communities. *British Medical Journal*, 323.
- Finansministeriet, 2016. Finanslov 2016. Available at:
<http://www.fm.dk/publikationer/2016/finanslov-for-2016> [Accessed May 21, 2016].
- Flyvbjerg, B., 2010. 5 misforståelser om casestudiet. In S. Brinkmann & L. Tanggaard, eds. *Kvalitative metoder : en grundbog*. Hans Reitzel.
- Forstholt, M.M. & Lidegaard, O., 2009. [Cesarean section on maternal request]. *Ugeskrift for læger*, 171(7), pp.497–502. Available at:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19210930> [Accessed May 4, 2016].
- Fuglenes, D. et al., 2011. Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. *American journal of obstetrics and gynecology*, 205(1), pp.45.e1–9. Available at:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21620366> [Accessed April 8, 2016].
- Garthus-Niegel, S. et al., 2014. The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: a population-

- based, longitudinal study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, p.191.
- Giddens, A., 1984. *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Straturation* 1st ed., Cambridge: Polity Press.
- Gracia, A.C. et al., 2009. Ethnographic Approaches to the Internet and Computer-Mediated Communication. In C. Hine, ed. *Virtual Research Methods vol. 2*. London: SAGE Publications Ltd.
- Gurol-Urganci, I. et al., 2013. Impact of Caesarean section on subsequent fertility: a systematic review and meta-analysis. *Human reproduction (Oxford, England)*, 28(7), pp.1943–52. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23644593> [Accessed March 17, 2016].
- Halkier, B., 2010. Fokusgrupper. In Brinkmann S & Tanggaard L, eds. *Kvalitative metoder : en grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Halvorsen, L. et al., 2010. Does counsellor's attitude influence change in a request for a caesarean in women with fear of birth? *Midwifery*, 26(1), pp.45–52. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18621452> [Accessed April 8, 2016].
- Hansen, A.K. et al., 2008. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 336(7635), pp.85–7. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2190264&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> [Accessed March 11, 2016].
- Healthwise, 2015. Pregnancy: Should I Try Vaginal Birth After a Past C-Section (VBAC)? Available at: <https://www.healthwise.net/cochrane/decisionaid/Content/StdDocument.aspx?DOCHWID=aa37799> [Accessed May 26, 2016].
- Herlev Hospital, Ønsker du kejsersnit. Available at: <https://www.herlevhospital.dk/afdelinger-og-klinikker/graviditet-og-foedsel/graviditet/Sider/Saerlige-behov-i-graviditeten/oensker-du-kejsersnit.aspx?rhKeywords=f%C3%B8dselsaftale> [Accessed May 21, 2016].
- Hildingsson, I. et al., 2002. Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 109(6), pp.618–23. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12118637> [Accessed May 4, 2016].
- Hildingsson, I., 2008. How much influence do women in Sweden have on caesarean section? A follow-up study of women's preferences in early pregnancy. *Midwifery*, 24(1), pp.46–54. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17197058> [Accessed May 21, 2016].
- Hine, C., 2000. *Virtual Ethnography* 1st ed., London: SAGE Publications Ltd.

- Hirsch, M. et al., 2016. Variation in outcome reporting in endometriosis trials: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*, 214(4), pp.452–64. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26778385> [Accessed March 16, 2016].
- Hospitalsenheden Vest, Planlagt kejsersnit. Available at: <http://www.vest.rm.dk/afdelinger/gynakologisk-obstetrisk-afdeling/graviditet-fodsel-og-barsel/fodsel/planlagt-kejsersnit> [Accessed May 21, 2016].
- Hvidman, L., 2008. Fødsel ved kejsersnit - en epidemi? *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 5(8). Available at: <http://ojs.statsbiblioteket.dk/index.php/sygdomogsamfund/article/view/585> [Accessed May 21, 2016].
- Hvidman, L.E., 2006. Planlagt kejsersnit - Et sikkert indgreb? *Ugeskrift for læger*, 168(47), p.4078.
- Hvidovre Hospital, Tidlig hud mod hud. Available at: <https://www.hvidovrehospital.dk/afdelinger-og-klinikker/foedeomraadet/Foedslen/planlagt-kejsersnit/Sider/Tidlig-hud-mod-hud.aspx> [Accessed March 18, 2016].
- Hvidovre Hospital Gynaekologisk-Obstetrisk Afdeling, 2016. Kejsersnit - Tiden efter. Available at: <https://publikationer.regionh.dk/pdf/full-2402/kejsersnit-tiden-efter.pdf> [Accessed March 11, 2016].
- Hyde, M.J. & Modi, N., 2012. The long-term effects of birth by caesarean section: the case for a randomised controlled trial. *Early human development*, 88(12), pp.943–9. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23036493> [Accessed September 20, 2015].
- Häger, R. et al., 2014. Keisersnitt. Available at: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gyneologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselshjelp-2014/Keisersnitt/> [Accessed May 21, 2016].
- Højbjerg, H., 2009. Hermeneutik. Forståelse og fortolkning i samfundsvidenskaberne. In L. Fuglsang & P. Bitsch Olsen, eds. *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne*. Roskilde: Roskilde Universitetsbibliotek.
- Høyer, K., 2015. Hvad er teori, og hvordan forholder teori sig til metode? In S. Vallgård & L. Koch, eds. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København: Munksgaard Danmark.
- Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J., 2008. *Hvordan organisationer fungerer - indføring i organisation og ledelse* 2nd ed., København : Hans Reitzels Forlag.
- Jensen, S.S., 1997. Mellem håb og afmagt. *DSI Rapport*, (07).

- Johansson, M. et al., 2010. Few fathers-to-be prefer caesarean section for the birth of their baby. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 117(6), pp.761–764.
- Johansson, M., Hildingsson, I. & Fenwick, J., 2014. “As long as they are safe - Birth mode does not matter” Swedish fathers’ experiences of decision-making around caesarean section. *Women and Birth*, 27(3), pp.208–213.
- Johansson, M., Hildingsson, I. & Fenwick, J., 2013. Important factors working to mediate Swedish fathers’ experiences of a caesarean section. *Midwifery*, 29(9), pp.1041–1049.
- Juul, S., 2013. *Epidemiologi og Evidens* 2. udgave., Danmark: Munksgaard.
- Karlström, A., Nystedt, A., Johansson, M., et al., 2011. Behind the myth--few women prefer caesarean section in the absence of medical or obstetrical factors. *Midwifery*, 27(5), pp.620–7. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20630634> [Accessed April 8, 2016].
- Karlström, A. et al., 2010. Cesarean section without medical reason, 1997 to 2006: a Swedish register study. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 37(1), pp.11–20. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20402717> [Accessed April 8, 2016].
- Karlström, A. et al., 2009. Swedish caregivers’ attitudes towards caesarean section on maternal request. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 22(2), pp.57–63. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19195958> [Accessed February 18, 2016].
- Karlström, A., Lindgren, H. & Hildingsson, I., 2013. Maternal and infant outcome after caesarean section without recorded medical indication: Findings from a Swedish case-control study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 120(4), pp.479–486.
- Karlström, A., Nystedt, A. & Hildingsson, I., 2011. A comparative study of the experience of childbirth between women who preferred and had a caesarean section and women who preferred and had a vaginal birth. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 2(3), pp.93–9. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21742287> [Accessed March 24, 2016].
- Kealy, M.A., Small, R.E. & Liamputtong, P., 2010. Recovery after caesarean birth: a qualitative study of women’s accounts in Victoria, Australia. *BMC pregnancy and childbirth*, 10, p.47. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2939528&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> [Accessed January 15, 2016].
- Kleinman, A., 1981. *Patients and healers in the context of culture : an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*, University of

- California Press.
- KORA, 2015. Klarhed over brugerinddragelse. Available at: <http://www.kora.dk/temaer-paa-tvaers/brugerinddragelse/i10000/Klarhed-over-brugerinddragelse> [Accessed March 18, 2016].
- Krebs, L. et al., 2006. Sandbjerg 2006 - Guideline Maternal Request. , p.22. Available at: [http://gynobsguideline.dk/sandbjerg/Maternal Request.pdf](http://gynobsguideline.dk/sandbjerg/Maternal%20Request.pdf) [Accessed May 5, 2016].
- Kringeland, T., Daltveit, A.K. & Møller, A., 2009. What characterizes women in Norway who wish to have a caesarean section? *Scandinavian journal of public health*, 37(4), pp.364–71. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19372232> [Accessed April 8, 2016].
- Kvale, S. & Brinkmann, S., 2009. *Interview - Introduktion til et håndværk* 2. udgave., København: Hans Reitzels Forlag.
- Larsen, C.M. & Glud, L.N., 2013. Nye medier, nye metoder, nye etiske udfordringer. *Metode & Forskningsdesign*, 1.
- Larsen, K., 2010. Pierre Bourdieu. In P. T. Andersen & H. Timm, eds. *Sundhedssociologi - en grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Larsen, M.C., 2012. Når dataindsamlingen går online. In M. H. Jacobsen & S. Q. Jensen, eds. *Kvalitative udfordringer*. Hans Reitzel.
- Larsen, M.C. & Glud, L.N., 2013. Nye medier, nye metoder, nye etiske udfordringer. *Metode & Forskningsdesign*, 1(1), pp.67–94. Available at: ojs.statsbiblioteket.dk/index.php/mf/article/view/8268?
- Launsø, L., Rieper, O. & Olsen, L., 2011. *Forskning om og med mennesker : forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning* 6. udgave., Nyt Nordisk Forlag.
- Lavender, T. et al., 2012. Caesarean section for non-medical reasons at term. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3, p.CD004660. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4171389&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> [Accessed February 23, 2016].
- Loyal, S., 2003. *The Sociology of Anthony Giddens* 1st ed., London; Sterling Virginia: Pluto Press.
- Madsen, M.H., Højgaard, B. & Albæk, J., 2009. *Health Literacy - Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner*, Available at: <http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/18DDC88AE81F46C7815E28218443B311.aspx> [Accessed May 21, 2016].
- Marshall, N.E., Fu, R. & Guise, J.-M., 2011. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. *American journal of obstetrics and*

- gynecology*, 205(3), pp.262.e1–8. Available at:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22071057> [Accessed February 19, 2016].
- Miller, W.R. & Rollnick, S., 2004. *Motivationssamtalen*, Købengavn: Hans Reitzens Forlag.
- Miller, W.R., Rollnick, S. & Butler, C.C., 2009. *Motivationssamtalen i sundhedssektoren*, København: Gyldendals bogklubber.
- Murthy, D., 2008. Digital Ethnography: An Examination of the Use of New Technologies for Social Research. *Sociology*, 42(5), pp.837–855. Available at:
<http://soc.sagepub.com/content/42/5/837.abstract>.
- Mylonas, I. & Friese, K., 2015. Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. *Deutsches Ärzteblatt international*, 112(29-30), pp.489–95.
- Møller Pedersen, K., 2013. *Sundhedsøkonomi* K. Møller Pedersen, ed., Kbh. : Munksgaard.
- Nerum, H. et al., 2006. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: Can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth*, 33(3), pp.221–228.
- Nilstun, T. et al., 2008. Cesarean delivery on maternal request: can the ethical problem be solved by the principlist approach? *BMC medical ethics*, 9, p.11. Available at:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2446392&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> [Accessed May 23, 2016].
- Nordisk Medicinalstatistisk Komité, 2014. Helsestatistik for de nordiske lande. Available at: <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:774213/FULLTEXT01.pdf> [Accessed March 11, 2016].
- Nordsjællands Hospital, Kejsersnit efter eget ønske. Available at:
<https://www.nordsjaellandshospital.dk/afdelinger-og-klinikker/graviditet-og-foedssel/foedslen/Sider/oensket-kejsersnit.aspx?rhKeywords=f%C3%B8dselsaftale> [Accessed May 21, 2016].
- Optiongrid.org, Option Grid. Available at: <http://optiongrid.org/> [Accessed May 26, 2016].
- Patientkommunikation.dk, Fælles beslutningstagning. Available at:
<http://www.patientkommunikation.dk/forskning/faelles-beslutningstagning/> [Accessed May 30, 2016].
- Prior, E. et al., 2012. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *The American journal of clinical nutrition*, 95(5), pp.1113–35. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22456657> [Accessed March 11, 2016].
- Region Nordjylland, 2016. Sectio på mors ønske. Available at:
<https://pri.rn.dk/Sider/13909.aspx> [Accessed May 21, 2016].

- Reime, B. et al., 2004. Do maternity care provider groups have different attitudes towards birth? *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 111(12), pp.1388–93. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15663124> [Accessed April 15, 2016].
- Rieper, O. & Hansen, H.F., 2007. *Metodedebatten om evidens*, Available at: http://www.kora.dk/media/272233/udgivelser_2007_pdf_metodedebat_evidens.pdf [Accessed May 23, 2016].
- Rigshospitalet, Hud mod hud kejsersnit. Available at: <https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/julianemarie/obstetrisk-klinik/foedslen/Sider/hud-mod-hud-kejsersnit.aspx> [Accessed March 18, 2016].
- Rosdahl, G., 2016a. Den motiverende samtale. Available at: http://www.denmotiverendesamtale.dk/Introduktion_til_Den_Motiverende_Samtale.pdf [Accessed May 24, 2016].
- Rosdahl, G., 2016b. Effekten af den motiverende samtale. Available at: http://www.denmotiverendesamtale.dk/Effekten_og_Evidensen_af_Den_Motiverende_Samtale.pdf [Accessed May 29, 2016].
- Sahlin, M. et al., 2013. First-time mothers' wish for a planned caesarean section: Deeply rooted emotions. *Midwifery*, 29(5), pp.447–452.
- Sandvik, G.B., 1997. *Moderskap og fødselsarbeid. Diskurser i reproduktivt arbeid*, Bergen: Fagbokforlaget.
- Santulli, P. et al., 2016. Increased rate of spontaneous miscarriages in endometriosis-affected women. *Human reproduction (Oxford, England)*, 31(5), pp.1014–23. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26965434> [Accessed March 17, 2016].
- Schindl, M. et al., 2003. Elective Cesarean Section vs. Spontaneous Delivery: a Comparative Study of Birth Experience. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(9), pp.834–840.
- Sevelsted, A. et al., 2015. Cesarean Section and Chronic Immune Disorders. *Pediatrics*, 135(1).
- Sharpe, A.N. et al., 2015. Caesarean section at maternal request - the differing views of patients and healthcare professionals: a questionnaire based study. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 192, pp.54–60. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.06.014>.
- Skov, S.K., 2015. *I Jordemødrenes Sko*, Available at: https://www.youtube.com/watch?v=L4tNqbJHrFY&feature=player_embedded [Accessed May 5, 2016].
- Stacey, D. et al., 2014. Decision aids for people facing health treatment or screening

- decisions. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1(10), p.CD001431. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21975733> [Accessed April 16, 2016].
- Stenbæk, D.E. & Jensen, M.F., 2007. Litteratursøgning. In F.B. Kristensen & H. Sigmund, ed. *Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering*. København: Sundhedsstyrelsen, pp. 49–58.
- Stewart, K. & Williams, M., 2005. Researching Online Populations: The Use of Online Focus Groups for Social Research. In J. Hughes, ed. *SAGE Internet Research Methods*. London: SAGE Publications Ltd.
- Størksen, H.T. et al., 2015. Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. *BMC pregnancy and childbirth*, 15, p.221. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4573308&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> [Accessed April 8, 2016].
- Sund, E.R. & Krokstad, S., 2011. Social kapital. In R. Lund, U. Christensen, & L. Iversen, eds. *Medicinsk Sociologi*. København: Munksgaard Danmark, pp. 43–59.
- Sundhedsdata-styrelsen, 2016. Fødsler og Komplikationer. Available at: <http://www.esundhed.dk/sundhedsregistre/MFR/Sider/MFR03.aspx> [Accessed March 11, 2016].
- Sundhedsloven, 2010. Kapitel 5. Patienters medinddragelse i beslutninger. Available at: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=152710#Afs3> [Accessed March 18, 2016].
- Sundhedsstyrelsen, 2013. Anbefalinger for svangreomsorgen. Available at: https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2015/~/_media/C18BD8F183104A8384F80B73B155826D.ashx [Accessed March 18, 2016].
- Sundhedsstyrelsen, *Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer - håndbog med hjælpværktøjer*, Available at: https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nkr/~/_media/6784D55D6037426094CF2616C592047D.ashx.
- Sundhedsstyrelsen, 2005. *Kejsersnit på moders ønske - en medicinsk teknologivurdering*, København. Available at: http://www.sst.dk/~/_media/029071F561B14C9F8964B85E05C93B7D.ashx [Accessed May 5, 2016].
- Sydsjö, G. et al., 2015. Psychiatric illness in women requesting caesarean section. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 122(3), pp.351–358.
- Sydvestjysk sygehus, 2013. Kejsersnit. Available at: <http://www.sydvestjysksygehus.dk/wm399560> [Accessed May 21, 2016].
- Uldbjerg, N., DSOG Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi. Available at:

- <http://www.dsog.dk/arlige-moder/guidelinemodet/> [Accessed March 30, 2016].
Undervisningsministeriet, Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i jordemoderkundskab - retsinformation.dk. Available at:
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=123208&exp=1#K2>
[Accessed May 26, 2016].
- Videnscenter for brugerinddragelse, Inspirationskatalog for udvikling af beslutningsstøtteværktøjer. Available at:
http://vibis.dk/sites/vibis.dk/files/bibliotek/udvikling_af_beslutningsstoettevaerktoejer_faerdig.pdf [Accessed May 26, 2016].
- Villar, J. et al., 2007. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *British Medical Journal*, 335(7628), p.1025.
- Villesen, K., 2013a. 'Jordemødre er ikke bange for fødsler'. *Information*. Available at:
<https://www.information.dk/moti/2013/12/jordemoedre-bange-foedsler> [Accessed May 21, 2016].
- Villesen, K., 2013b. Jeg tiggede og bad om at få kejsersnit. Available at:
<https://www.information.dk/indland/2013/11/tiggede-bad-faa-kejsersnit>.
- Villesen, K., 2013c. Kampen om fødslerne. *Information*. Available at:
<https://www.information.dk/moti/2013/11/kampen-foedslerne> [Accessed May 21, 2016].
- Weaver, J.J., Statham, H. & Richards, M., 2007. Are there “unnecessary” cesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about cesarean sections for nonclinical indications. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 34(1), pp.32–41. Available at:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17324176> [Accessed April 8, 2016].
- Wellman, B. & Gulia, M., 2013. Net Surfers Don't Ride Alone: Virtual Communities as Communities. In C. Hine, ed. *Virtual Research Methods, volume I*. London: SAGE Publications Ltd, p. 356.
- Welsh, J. V. & Symon, A.G., 2014. Unique and proforma birth plans: A qualitative exploration of midwives' experiences. *Midwifery*, 30(7), pp.885–891. Available at:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24703440> [Accessed March 30, 2016].
- WHO, 2015. WHO Statement on caesarean section rates. *Reproductive health matters*, 23(45), pp.149–50. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26278843>
[Accessed May 5, 2016].
- Wiklund, I. et al., 2006. Personality and mode of delivery. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 85(10), pp.1225–30. Available at:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17068682>.
- Wiklund, I., Edman, G. & Andolf, E., 2007. Cesarean section on maternal request:

reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta Obstétrica et Gynecologica*, 86, pp.451–456.

Wilken, L., 2011. *Bourdieu for begyndere* 2. udgave., Samfundslitteratur.

Aabakke et. al, 2016. Sectio (kejsersnit) til terminen - operationsteknik og praktisk håndtering. Available at:
http://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/572b6012f850826350fa1b6d/1462460435938/160505++Sectio+guideline_final.pdf [Accessed May 28, 2016].

Aabakke, A. et al., 2016. Forslag til revision af: Sandbjerg 2006 - guideline maternal request. Available at:
http://clin.au.dk/fileadmin/www.ki.au.dk/forskning/forskningsenheder/gyn__kologisk-obstetrisk_afd__y/logistics/sandbjerg_m__der/Sandbjerg_2016/Revision_af_maternal_request.pdf [Accessed May 5, 2016].

Aabakke, A.J.M., Krebs, L. & Lykke, J.A., 2014. Caesarean section may have long-term consequences for both mother and child. *Ugeskrift for læger*, 176(17). Available at:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25351464> [Accessed March 11, 2016].