

Kandidatuddannelsen i Jordemodervidenskab på Syddansk Universitet

Sundhedsfremmende arbejde i jordemoderkonsultationen.

En kvalitativ undersøgelse af jordemødres praktikker og perspektiver når det gælder sundhedsfremme.

Health promotion in midwifery consultation.

A qualitative study of the practices and perspectives of midwives' health promoting efforts in the consultation.

Modultitel: Speciale

Navn: Joan Hansen

Uddannelse: Kandidatuddannelsen i jordemodervidenskab

Semester: 4. Semester

Opgavetype: Afsluttende speciale. Traditionel specialeform.

Vejleder: Katja Schrøder.

Antal anslag (inklusive mellemrum): 143515

Afleveret den: 03. juni 2019



Sundhedsfremmende arbejde i jordemoderkonsultationen.

En kvalitativ undersøgelse af jordemødres praktikker og perspektiver når det gælder sundhedsfremme.

Health promotion in midwifery consultation.

A qualitative study of the practices and perspectives of midwives' health promoting efforts in the consultation.

Kandidatspeciale udarbejdet ved
Kandidatuddannelsen i Jordemodervidenskab
Syddansk Universitet
Af Joan Hansen

Vejleder Katja Schrøder
Jordemoder og Postdoc
Gynækologisk og Obstetrisk enhed
Klinisk institut
Syddansk Universitet.

Anslag: 143515

Taksigelse

Tak til min vejleder, Katja Schrøder, for faglig sparring, støtte og hjælpsomhed. En særlig tak til Gerd Halskov, som var ”stand in” for Inga Axelsen. Tak til dig for korrekturlæsning og for dine refleksioner på materialet. Også tak til min familie for tålmodigt at vente på sidelinjen og for at stille gode spørgsmål, som for eksempel ”hvad er problemet egentlig?”.

Resume

Specialet udforsker hvordan jordemødre, via deres sundhedsfremmende indsatser i en jordemoderkonsultation, bidrager til folkesundheden.

Baseret på observationsstudier og en fokusgruppe udforsker specialet det sundhedsfremmende indhold i jordemoderkonsultationer, samt den sundhedspædagogik som præger jordemødrenes sundhedsfremmende indsatser. Specialet har en kvalitativ tilgang til forskningsprocessen og knytter an til socialkonstruktionismen.

Til analyse af empirien benyttes metoden tematisk analyse til at identificere, analysere og rapportere forskellige mønstre og temaer i materialet. Som teoretisk analyseramme baserer jeg mig på Foucaults begreb ”governmentality” og hans magtteori, samt Bourdieus kernebegreber doxa, habitus, kapitaler og symbolsk vold.

Undersøgelsen illustrerer overordnet, hvordan jordemødre udfordres i et system præget af governmentality-styring. Analysen belyser, at jordemødre arbejder i et spændingsfelt af modstridende krav og forventninger. Det viser sig som frustration og usikkerhed blandt jordemødrene i forhold til, hvordan man kan agere som sundhedsprofessionel, når den gravide kvinde skal anskues som ekspert på sit eget liv, med retten til at definere hvordan det skal leves. Specialet retter fokus på, at hvis man ønsker at bidrage til alle kvinders sundhed i en jordemoderkonsultation, så bliver det altafgørende at forholde sig til, hvordan man ”holder balancen” i et system præget af governmentality-styring.

Specialet bidrager med perspektiver på både det praksisnære jordemoderarbejde og på de samfunds- og organisatoriske aspekter, som præger konsultationsarbejdet. Udfra disse perspektiver vil jeg argumentere for, at interessenter kan diskutere konsultationsarbejdet på nye måder. Potentielt kan deres diskussioner danne basis for akademisk og faglig udvikling, som i sidste ende kan komme gravide kvinder og deres familier til gavn.

Summary

The thesis investigates how midwives, through their health promoting effort in a pregnancy consultation, contribute to the improvement of public health.

Based on observational studies and a focus group interview the thesis explores the health promotion content of pregnancy consultation and the health education that characterize midwives health promotion effort. The thesis is guided by a qualitative approach to data collection and rests on a social constructivist foundation.

A thematic analysis is applied identifying different patterns and themes in the data set. Foucault's concept of "governmentality" and theory of power is spoiled as theoretical framework alongside Bourdieu's core concepts of doxa, habitus, capitals, and symbolic violence.

As core findings the thesis illustrates how midwives are challenged in a system characterized by governmentality-control. The analysis highlights that midwives work in a tension field of conflicting demands and expectations. It turns out as frustration and uncertainty among midwives as to, how to act as a health professional when the pregnant woman is to be regarded as an expert on her own life, with the right to define how to live it. It is made evident that balance is essential in order to create consensus about health promoting for all women in a pregnancy consultation in a system characterized by governmentality-control.

The thesis includes the practical, societal, and organizational aspects of consultational work. From these aspects, it is argued that stakeholders can meet and discuss consultational work in new ways. These discussions can potentially create the basis for academically and professionally enhancements, which could enhance conditions for pregnant woman and their families.

Indhold

1. Indledning.....	3
1.2 Jordemoderkonsultationen som kontekst for det sundhedsfremmende arbejde	5
1.3 Sammenfatning.....	6
1.4 Formål	7
1.5 Problemformulering.....	7
1.6 Forskningsspørgsmål	7
1.7 Begrebsafklaring	8
1.8 Afgrænsning.....	8
2. Metode.....	8
2.1 Præsentation af felten	9
2.2 Governmentality	10
2.3 Videnskabsteoretisk ramme	12
2.3.1 Socialkonstruktionisme	12
2.4 Metodiske overvejelser.....	13
2.4.1 Rekruttering af jordemødre	13
2.4.2 Observationsstudie	14
2.4.3 Fokusgruppe	15
2.4.5 Transskription	16
2.5 Analytisk tilgang.....	17
2.5.1 Tematisering af empiri fra observationer og fokusgruppe.....	17
2.6 Overvejelser om egen position	18
2.7 Ethiske overvejelser	19
2.8 Litteratursøgning	19
2.8.1 Systematisk søgestrategi.....	20
3. Teoretisk tematisk analyse.....	21
3.1 Teori og tematisering	21
3.2 Analyse af data fra observationsstudie	23
3.3 Analyse af data fra fokusgruppe	37
3.4 Sammenfatning af temaernes essenser.....	45
4. Diskussion	46
4.1 At praktisere i et spændingsfelt.....	47
4.1.1 Flere perspektiver på spændingsfeltet	48
4.1.2 Et jordemoder-institutionsforhold eller et jordemoder-kvindeforhold?	50
4.1.3 Sandhedsregimer og sundhedsdiskurs	52

4.1.4 At praktisere i gråzonen. Magtens form.....	54
5. Diskussion af kvaliteten i mit kvalitative projekt.....	55
5.1 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhed	56
6. Konklusion.....	59
Bilag 1: Visitation til jordemoderkonsultationer ved X sygehus	62
Bilag 2: Retningslinje for jordemoderkonsultation for gravide med højt BMI.....	65
Bilag 3: Rekrutteringsbrev til jordemødrene ved jordemoderkonsultationen i X sygehus.	71
Bilag 4: Observationsguide.....	73
Bilag 5: Moderatorguide som støtte under fokusgruppe-seance	75
Bilag 6: Arbejdsrapport til afholdelse af fokusgruppe.....	78
Bilag 7: Oversigt over facetsøgning	79
Bilag 8: Søgestreng.....	79
Bilag 9: Oversigt over tematisering	81
Bilag 10: Oversigt over emner som de gravide kvinder tager initiativ til at bringe frem i jordemoderkonsultationen	83
Bilag 11: Oversigt over de emner som jordemødrene tager initiativ til at bringe frem i jordemoderkonsultationen	85
7. Litteraturliste.....	86

1. Indledning

Danskernes levealder stiger stadig, men på mange områder går det tilbage med danskernes sundhed (Statistik, 2019, Jensen et al., 2018). I en rapport fra Sundhedsstyrelsen om danskernes sundhedsprofil, angiver man at stadig flere er overvægtige, spiser usundt og rører sig for lidt. Det angives, at det fald der har været gennem de seneste år i andelen af rygere, er stagneret, samtidig med at andelen der ryger er stigende for de yngre aldersgrupper. Der berettes om, at andelen der har et dårligt mentalt helbred og andelen der er stressede, også er steget – især blandt unge kvinder (Jensen et al., 2018). Konsekvenserne er en stigning i antallet af livsstilssygdomme, og denne tendens ses også blandt gravide kvinder (Jensen et al., 2018, DSOG, 2017a). Overvægt blandt gravide kvinder relateres til en stigning i forekomsten af graviditetssukkersyge, svangerskabsforgiftning, forhøjet blodtryk, akutte kejsersnit og øget spædbarnsdødelighed (DSOG, 2017a). Samlet set, kan disse forhold få negative konsekvenser for den enkeltes livskvalitet og medføre øgede udgifter for sundhedsvæsenet og samfundet generelt (Jensen et al., 2018, Zachariae, 2016). I arbejdet med at styrke folkesundheden har forebyggelse og sundhedsfremme derfor fået en central rolle i sundhedsvæsenet (Kamper-Jørgensen et al., 2010, Jensen et al., 2016).

Det har vist sig svært at få et klart billede af effekten og nytten af sundhedsfremme. I bogen Forebyggende sundhedsarbejde (Geil et al., 2016 s. 36-38) angives, at der findes begrænset videnskabelig dokumentation for effekterne og omkostningseffektiviteten af kommunale forebyggelsesindsatser i Danmark. Jensen og Johnsen (Jensen and Johnsen, 2009 11-12) formulerer, at det kan være vanskeligt at indfange effekten af sundhedsfremme, fordi det i praksis er yderst vanskeligt at henføre effekten til et bestemt tiltag eller en bestemt årsag. Det sundhedsfremmende arbejde i Danmark har i høj grad drejet sig om at formidle viden til motiverede og handlekraftige målgrupper, så de har kunnet ændre deres sundhedsadfærd, for eksempel spise grønt, mindre fedt og dyrke mere motion. Strategien hviler på ideen om spredning af budskaber. Det drejer sig om at få mennesker til at ændre adfærd og via en dominoeffekt få flere til at følge trop, og vælge en mere sund adfærd (Jensen, 2010, Kamper-Jørgensen et al., 2010, Vallgaard, 2009).

Sundhedspædagogiske¹ tilgange i arbejdet med sundhedsfremme nævnes som en faktor, der betyder noget, for hvordan sundhedsfremmende indsatserne modtages og omsættes positivt

¹ Sundhedspædagogik kan defineres som enhver planlagt handling der involverer kommunikation mellem en underviser og en lærende med henblik på at producere læring og kompetenceudvikling i relation til sundhed eller sygdom SIMOVSKA, V. & JENSEN, J. M. 2012. Sundhedspædagogik og sundhedsfremme: Principper

af det enkelte menneske. Forskning dokumenterer behovet for, at der tages udgangspunkt i den enkeltes livssituation og vilkår for at lykkes med sundhedsfremmende indsatser. Denne nødvendighed skal ses i forlængelse af den forståelse, at mennesker trækker på andet og mere end en rationel viden i forhold til sundhedsadfærd (Dybbroe and Kappel, 2012, Vallgaard, 2009, Scocozza, 2009, Jensen, 2010, Axelsen, 2009, Sundhedsstyrelsen, 2009, Liveng, 2012, Bourdieu, 1997).

Sundhedsvæsnets nationale strategi for brugerinddragelse hvor der lægges vægt på, at patienter inddrages i deres behandlingsforløb, og hvor det anses som vigtigt at bevæge sig bort fra at én standardløsning passer til alle, har netop øje for disse betragtninger (Ministeriet for Sundhed og forebyggelse, 2015). Den brugerinddragende tilgang forklares som en mere etisk tilgang til det enkelte menneske, men også som en mere effektiv måde at få mennesker til at efterleve sundhedsmæssige anbefalinger på. Der argumenteres for at det virker bedre at arbejde via menneskets personlige motivation (Kjær et al., 2016). Gravide kvinder angiver i tråd hermed, at inddragelse i deres forløb har en positiv indvirkning på fødselsoplevelse, og tilfredshed med den omsorg der modtages (Nieuwenhuijze et al., 2014).

Alligevel er det påvist, i kontrast hertil, at den herskende sundhedspædagogik i sundhedsvæsnets er den individ-, risiko-, - og livsstilsorienterede pædagogik, der har fokus på at påvirke individuel sundhedsadfærd, via formidling af sundhedsbudskaber. Endvidere er det dokumenteret, at det er alment accepteret blandt politikere og sundhedspersonale, at folkesundheden kan relateres til den enkeltes livsstil. Den herskende forestilling angives som værende, at nøglen til et længere og sundere liv er at undgå alkohol, rygning, fed kost, manglende motion og stress (Scocozza, 2009, Vallgaard, 2009, Liveng, 2012). Det er påvist at sundhedsfremmende indsatser indeholder udfordringer, der kan betyde, at modtageren enten ikke får noget ud af sundhedsprofessionelles indsatser eller endda påvirkes negativt, i form af bekymringsskabelse, sygeliggørelse og stigmatisering (Sundhedsstyrelsen, 2009). Endvidere problematiseres pædagogikken i forhold til social ulighed, idet der ses en tendens til polarisering mellem de, som har ressourcer til at profitere af en sådan sundhedspædagogik og de der ikke har (Scocozza, 2009, Jensen, 2010, Axelsen, 2009).

Der findes begrænset materiale, som bidrager med indsigt i danske jordemødres arbejde med sundhedsfremme. Med baggrund i ovenstående finder jeg det derfor interessant, at undersøge

og sammenhænge. In: SIMOVSKA, V. & JENSEN, J. M. (eds.) *Sundhedspædagogik i sundhedsfremme*. København: Gads forlag.

hvordan jordemødre bidrager til folkesundheden i en jordemoderkonsultation og belyse den sundhedspædagogik, som præger jordemødrenes indsatser.

1.2 Jordemoderkonsultationen som kontekst for det sundhedsfremmende arbejde

Med dette afsnit vil jeg belyse det, der går under betegnelsen ”jordemoderkonsultation”. I afsnittet tydeliggøres lovgrundlaget og øvrige bestemmelser for jordemødres konsultationsvirksomhed, som altså er udgangspunktet for jordemødres praktikker og selvforståelse i praksisfeltet.

De formelle hensigter med jordemødres virksomhed er at finde i Anbefalinger for svangreomsorgen (Sundhedsstyrelsen, 2013)². Anbefalingerne er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen og beskriver den praktiserende læges, jordemoderens og obstetrikerens opgaver i forbindelse med graviditet og fødsel. Anbefalingerne for de forebyggende undersøgelser, som gravide har ret til, er fastsat i henhold til Sundhedsloven (Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13/07/2010) (Ibid. s. 10). Sundhedsstyrelsen beskriver tre gennemgående principper i anbefalingerne; 1) Graviditet, fødsel og barselsperiode er normale livsprocesser, 2) Sundhedsvæsnets indsats skal omfatte sundhedsfremme og forebyggelse, og 3) Der skal ydes en indsats, der tager udgangspunkt i den enkelte gravides behov og ønsker (Sundhedsstyrelsen, 2018).

Formålet med jordemoderkonsultationen er, i henhold til Anbefalinger for Svangreomsorgen, at fokusere på moderens og fosterets trivsel og skabe så godt et forløb som muligt for den gravide, med mulighed for personlig udvikling og tryghed (Sundhedsstyrelsen, 2013 s.15, 39). Jordemoderen skal afdække kvindens helbredsmæssige, psykologiske og sociale aspekter i forhold til graviditet, fødsel og familieskab. Jordemoderens indsatser skal omhandle sundhedsfremme, forebyggelse og risikoopsporing, og de skal differentieres og tilpasses kvindens individuelle behov. At differentiere og tilpasse indsatser til den enkelte kvinde angiver Sundhedsstyrelsen som noget, der ligger i forlængelse af den forståelse, at den gravide er et socialt væsen med relationer og livsvilkår, og at det betragtes som væsentligt at inddrage disse relationer og vilkår i de forskellige indsatser. Samtidig lægger Sundhedsstyrelsen vægt på, at en jordemoder skal informere, rådgive og vejlede den gravide således, at hun kan træffe sine egne valg i forhold til sundhed

² ”Anbefalinger for Svangreomsorgen” er under revision og er sendt til høring blandt interessenter.

på et kvalificeret grundlag. Sundhedsstyrelsen angiver, at der i alle kontakter med en sundhedsfaglig person bør fokuseres på sundhed og trivsel i relation til arbejdsmiljø, kost, fysisk aktivitet, rygning, alkohol, familiedannelse, brug af egne ressourcer, samt brug af netværk, - afhængig af behov (Ibid., s.16-17, 39, 41-42).

Væsentligt inden for et professionsfelt er det, som sociolog og antropolog Pierre Bourdieu (1930-2002) betegner som feltets ”doxa” (Järvinen and Mortensen, 2018). Doxa kan oversættes med: centrale læresætninger eller antagelser. Doxa indenfor feltet af socialt arbejde angiver Bourdieu, som for eksempel professionens opfattelse af sine vigtigste funktioner og typiske partnere, dens definitioner af sine klienter, de forståelses- og forklaringsmodeller det sociale arbejde er baseret på, de problemløsningsmetoder, som tages i anvendelse ved forskellige problemtyper, de prognoser man opererer med for forskellige klientkategorier. Han peger på, at doxa virker så selvindlysende og naturlig for de som praktiserer i feltet, at den ikke diskuteres, og hvor man ikke forholder sig til, om den kunne være anderledes (Ibid. s.16). Den doxa som kan udledes af Sundhedsstyrelsens anbefalinger, er at det kan lade sig gøre for jordemødre at tilrettelægge sundhedsfremmende indsatser. At det kan lade sig gøre at vejlede og rådgive, samtidig med at der tages udgangspunkt i den enkeltes livsvilkår, ønsker og behov. Og det med henblik på at de gravide kvinders omsorg for sig selv, deres barn og øvrige familie kan komme til at ligne det, som Sundhedsstyrelsen definerer som godt og sundt.

Det kan yderligere udledes, at anbefalingerne (Sundhedsstyrelsen, 2013) giver anvisninger i forhold til overordnede fokusområder, mens mere konkrete sundhedspædagogiske metoder og overvejelser ikke er fremtrædende. Der redegøres kort for, at sundhedspædagogik skal være dialogbaseret, og formidle viden om forebyggelse og sundhedsfremme. Den skal have til hensigt at fremme sundhedsrelaterede aktiviteter, der kan støtte kvinden i at træffe sunde valg og styrke familiernes ressourcer (Ibid. s.18). Konkrete sundhedspædagogiske metoder bliver altså et anliggende for det enkelte jordemodercenter og jordemoder at tage stilling til.

1.3 Sammenfatning

Jordemoderkonsultationen kan i forlængelse af ovenstående gennemgang, ses som en kompleks virksomhed. I forlængelse af Anbefalingerne for svangreomsorgen kan man sige, at jordemødre får mulighed for at arbejde holistisk og tværfagligt med sundhed. På den anden side tydeliggøres også en kompleksitet, i og med at jordemoderen skal kunne kombinere

forskellige vidensformer, og at det fremstår diffust, hvordan jordemødre skal praktisere i forlængelse heraf.

Endvidere tydeliggøres en doxa om, at en jordemoder skal kunne balancere knivskarpt imellem at informere og vejlede om det som Sundhedsstyrelsen betragter som sund praksis, og samtidig tage udgangspunkt i den enkelte gravide kvindes ønsker, behov og øvrige livsvilkår. Hun skal altså balancere imellem en tænkning, hvori det er indlejret, at mennesker kan handle i forlængelse af regler og forskrifter, som formidles til dem via Sundhedsstyrelsen, eller via jordemoderens information og vejledning - og en tænkning hvori det er indlejret, at grundlaget for sundhed handler om andet end viden og regler, nemlig den gravide kvindes øvrige relationer og livsvilkår. Konkrete sundhedspædagogiske metoder er ikke fremtrædende i anbefalingerne, hvilket må problematiseres, når det er dokumenteret, jf. afsnit 1, at netop sundhedspædagogik betyder noget, hvis sundhedsprofessionelle skal lykkes med deres sundhedsfremmende indsatser.

1.4 Formål

I dette speciale udforskes jordemødres sundhedspædagogiske tilgange, ved at belyse jordemødres praktikker og perspektiver i forhold til det sundhedsfremmende arbejde i jordemoderkonsultationen. Målet er at rette et kritisk blik mod jordemoderkonsultationen som kontekst for sundhedsfremmende arbejde ved at belyse den dominerende faglige logik, som kan virke helt selvfølgelig for jordemødre og måske også for de gravide kvinder, som tilses af jordemødrene. Specialet bidrager således med indsigt i jordemødres sundhedsfremmende arbejde i en konsultation og med diskussion og perspektivering af dette arbejde. Formålet er at danne basis for faglig udvikling, som i sidste ende kan komme gravide kvinder og deres familier til gavn.

1.5 Problemformulering

Hvori består jordemødres sundhedsfremmende indsatser i en jordemoderkonsultation, og hvordan differentierer jordemødre deres sundhedsfremmende indsatser i forhold til den enkelte kvindes ønsker, behov og øvrige livsvilkår?

1.6 Forsknings spørgsmål

- Hvordan praktiserer jordemødre det, der i faglige retningslinjer går under betegnelsen ”sundhedsfremme”, i en jordemoderkonsultation?
- Hvilke perspektiver har jordemødre på sundhedsfremmende indsatser i en jordemoderkonsultation?

1.7 Begrebsafklaring

Begrebet *sundhedsfremme* defineres ikke entydigt i litteraturen, hvorfor jeg i dette kapitel vil redegøre for, hvilken betydning begrebet tillægges i dette speciale.

I nærværende speciale refereres til WHO's definition af sundhedsfremme. Denne definition refereres der også til i Anbefalinger for svangreomsorg (Sundhedsstyrelsen, 2013 s. 17-18). WHO beskriver, at sundhedsfremme er en sundhedsrelateret aktivitet møntet på at fremme den enkeltes sundhed ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere den enkeltes ressourcer og handlekompetencer. Via det sundhedsfremmende arbejde vendes opmærksomheden væk fra sygdom og risici og i retning af sundhed, med blik for at sætte mennesker i stand til at øge kontrollen over sundhedens determinanter og derved øge sundhed. På den måde retter sundhedsfremme sig mod menneskers almindelige tilværelser, det daglige liv og det raske liv (Kamper-Jørgensen et al., 2010 s. 26-27). Det beskrives også, at sundhedsfremme også indgår i de forebyggende helbredsundersøgelser (Sundhedsstyrelsen, 2013 s. 17). Sundhedsfremme defineres desuden af WHO som en omfattende social og politisk proces, som ikke kun omhandler handlinger rettet mod individet, men også omfatter handlinger med henblik på at ændre sociale og miljømæssige betingelser (Kamper-Jørgensen et al., 2010 s. 26-26).

1.8 Afgrænsning

I specialet har jeg fokus på sundhedsfremme i forhold til den gravide kvinde, og har fravalgt at udforske jordemødrenes indsatser rettet mod partnere eller andre pårørende.

2. Metode

Specialet bygger på et kvalitativt design, hvor undersøgelsens empiriske grundlag består af data fra observationsstudie og fra en fokusgruppe. I dette afsnit præsenteres det felt, hvorfra empirien er hentet. Desuden vil jeg introducere begrebet "governmentality", som repræsenterer en overordnet teoretisk ramme, for mine analyser af det empiriske materiale. Jeg vil endvidere redegøre og argumentere for mit valg af videnskabsteoretisk position, for mine metodologiske overvejelser i forbindelse med indsamlingen af empiri, for etiske overvejelser, for den analytiske og teoretiske tilgang i opgaven og for min egen position i forhold til forskningsprocessen.

2.1 Præsentation af felten

Svangreomsorgen i Danmark varetages af jordemødre og praktiserende læger. De gravide kvinder og deres partner tilbydes tre besøg hos deres praktiserende læge og 6 -7 besøg hos en jordemoder (Sundhedsstyrelsen, 2013 s. 41). Jordemoderkonsultationerne foregår i jordemodercentre, som er tilknyttet landets 23 offentlige fødesteder (Sundhedsstyrelsen, 2013, Jordemoderforeningen). Undersøgelsen i nærværende speciale er udført ved to jordemodercentre, tilknyttet to forskellige fødesteder i Danmark. Ved begge jordemodercentre har man specialiseret konsultationsarbejdet på den måde, at der er særlige konsultationer for: 1) Særligt sårbare gravide kvinder, for eksempel kvinder med rusmiddel problematik eller alvorlig social belastning 2) Gravide kvinder med prægravid BMI³ på henholdsvis > 35 og 40 3) Gravide kvinder med graviditetsrelateret diabetes 4) Gravide kvinder med et tidligere traumatisk fødselsforløb og/eller fødselsangst 5) Gravide kvinder med tidligere forløb med foetus mors eller senabort og for gravide kvinder der venter tvillinger (se bilag 1). Ifølge det ene jordemodercenters retningslinje for visitation til de forskellige konsultationer, foregår denne ud fra de oplysninger, som kvindens praktiserende læge har anført i svangerskabsjournalen og ”vandrejournalen”⁴. Der angives, at visitationen tager afsæt i de gravide kvinders behov/problematik, dernæst kvindernes bopæl, og sidst kvindernes ønske (se bilag 1). Der kan ifølge retningslinjen også foregå en sekundær visitation, hvis en konsultationsjordemoder i en basiskonsultation afdækker behov eller problematikker hos en gravid kvinde, der gør at hun skal tilbydes et andet specialiseret jordemoderfagligt tilbud. En basiskonsultation varetager svangreomsorg for et bredt og nuanceret udsnit af gravide kvinder, med vidt forskellige fysiske og socioøkonomiske forhold, men som i udgangspunktet forventes at få en normal graviditet. Kvinder som ikke ønsker at konsultere en jordemoder i en specialkonsultation, for eksempel på grund af BMI, henvises til en basiskonsultation (Ibid.).

³ Body Mass Index (BMI) er betegnelsen for en matematisk formel der viser sammenhæng mellem en persons vægt og højde. ASTRUP, A. & BRANDT, C. *Beregn dit BMI* [Online]. Netdoktor.dk. Available: <https://netdoktor.dk/interactive/interactivetests/bmi.php> [Accessed 10.04 2019], DSOG. 2017a. *Den overvægtige gravide* [Online]. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi. Available: https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/589c4939c534a5c46bb02cec/1486637374599/Den+overvaegtige+gravide++San+dbjerg_2017_Final_rettet.pdf [Accessed 08.04 2019].

⁴ En papirjournal som følger kvinderne, og som samler oplysninger fra jordemoder, læge, obstetrisk ambulatorie og akutte tilsyn.

Formålet med at differentiere konsultationerne er ifølge den lokale retningslinje: 1) At kvalitetssikre visitationen i henhold til fødeplanen 2) At sikre kontinuerlige patientforløb 3) At kvalitetssikre tilbuddet om specialiseret jordemoderfaglig omsorg til gravide 4) At sikre rationel anvendelse af ressourcer i det ambulante område (Ibid.).

Formålet med konsultationerne er defineret i selvstændige retningslinjer, som jordemødrene er forpligtede på at henholde sig til. For så vidt angår de specialiserede konsultationer for overvægtige kvinder er jordemødrene forpligtede på, gennem en sundhedsfremmende og forebyggende indsats, at skabe forudsætninger for, at den overvægtige gravide kvinde og partneren under graviditeten (se bilag 2):

- 1) Er i stand til at handle relevant i henhold til egne ressourcer, værdier og mål og under hensyntagen til barnets og egne tarv
- 2) Føler sig velinformerede, så de kan træffe nødvendige valg under graviditeten
- 3) Kan reagere hensigtsmæssigt på unormale tilstande i graviditeten.

Idet at de gravide overvægtige kvinder i første omgang ikke adspørges om de er interesserede i det tilbud, som denne specialiserede konsultation indeholder, foreskriver retningslinjen, at jordemoderen ved første graviditetsbesøg skal orientere den gravide kvinde om denne særlige konsultationsform, og om baggrunden for at hun er visiteret hertil. I retningslinjen er der fokus på, at der skal være en dialog mellem jordemødrene og de gravide kvinder om sundhedsrelaterede emner. Der er på forhånd defineret at emnerne skal omhandle kost, rygning, alkohol og motion. Retningslinjen lægger an til, at jordemødrene skal arbejde med en metode kaldet ”Små skridt” til at gennemføre og fastholde livsstilsændringer hos kvinderne. I samråd med den gravide kvinde og hendes partner skal jordemoderen tilrettelægge en individuel forløbsplan. I den forbindelse redegøres der for, at jordemoderen skal nedskrive den gravide kvindes motivation i forhold til livsstilsændring (Ibid.).

2.2 Governmentality

Den overordnede teoretiske forståelses- og analyseramme i specialet baserer sig på begrebet ”governmentality”, som er udviklet af den franske filosof og idéhistoriker Michel Foucault (1926-1984). I min fremstilling henholder jeg mig til den engelske sociolog Mitchell Dean, som i et oversigtsværk præsenterer Foucaults filosofi om governmentality, der ses som en bredere diagnose af vestlige samfunds styringsrationalitet og særlige styringsinstrumenter (Dean, 2006). Foucault har med governmentality begrebet beskæftiget sig med de styringsteknikker, som vestlige samfund præges af, og som får betydning for de mennesker som praktiserer og lever i samfundene (Ibid.). Her i specialet er det interessant i forlængelse

af mit fokus på jordemødrenes praktikker og perspektiver når det gælder sundhedsfremmende aktiviteter, og de forståelses og forklaringsmodeller som ikke diskuteres, idet de virker selvindlysende og naturlige.

Foucault angiver, at begrebet skal betegne tre ting (Dean, 2006 s. 14-15)

1) En ny styringstænkning, med et økonomisk rationale, hvor den offentlige sektor i stigende grad tilrettelægges som et marked med fokus på effektivitet og vækst, entreprenørskab og frit forbrugervalg. Desuden en tænkning som retter sig mod befolkningen, som en gruppe der skal styres, så befolkningens sundhed, velfærd, velstand og lykke kan sikres.

2) En tendens til at en bestemt magtform, nemlig moderne styring eller ”government”, opnår dominans i forhold til andre magtformer. Moderne styring søger at styre ved at disponere over frie individers handlinger.

3) Hvordan statslig styring har bevæget sig fra at være en suveræn, repressiv magtudøver, som virker igennem rettet til kontrol, til en magtudøvelse som derimod taktisk søger at forme, stimulere, fremelske og lægge til rette. Der ligger en intention om, at lede befolkningen i retning af at blive mere autonome og selvansvarlige i forhold til selvrealisering. Det fordres, at mennesket skal arbejde med sig selv for at blive en produktiv samfundsborger med en god livskvalitet. Det pointeres, at den governmentaliserede stat er en stat, hvor udøverne af magt og viden i lige så høj grad befinder sig ude i samfundet som i toppen af statsapparatet (Ibid. s. 14-15).

Denne sontring som opstår i en governmentaliseret stat, mellem økonomiske og videnskabelige rationaler på den ene side og det enkelte menneskes unikke situation på den anden side, tager Foucault ikke nærmere stilling til. Han angiver, at hans hensigt med governmentality-analyser ikke er at kritisere den vestlige rationalitet, eller bestemme hvad fornuften egentlig er. Han har fokus på at fremvise de specifikke rationalitetsformer, som opstår sammen med bestemte institutionelle, administrative eller medicinske praksisser. Der eftersøges ikke normative idealer, men der ligger en ambition om at undersøge, hvordan universaliser optræder, og hvilke konsekvenser de har i bestemte situationer. Dean fremfører, at nogle mener, at governmentality-analyser på den måde fremstår nihilistiske, idet de ikke bekender sig til et bestemt normativt udgangspunkt eller projekt. Dean mener derimod, at governmentality-analyser giver en meget bevægelig kritik, som kan sættes ind der, hvor der aktuelt er mest behov for det. Han mener, at det således er en kritik, som nægter at sætte et

absolut skel mellem ”den onde magt” som undertrykker og ”den gode magt” som frisætter, myndiggør eller ”empower” mennesker (Ibid. s. 23-24).

Foucaults magtbegreb forbinder viden og videnskab. Han redegør for at magt og viden hænger sammen, idet ”sandheden” er defineret af de, som har magten. Foucault mener, at viden giver magt, netop fordi den hævder at sidde inde med ”sandheden”. Via governmentality-analyser kan man, ifølge Foucault, udfolde hvordan viden og magt forbindes på bestemte måder, som får bestemte konsekvenser i et moderne samfund (ibid. s.15).

2.3 Videnskabsteoretisk ramme

Videnskabsteoretisk vil jeg henholde mig til socialkonstruktionismen, som den præsenteres af Christensen og Koch Hansen (Christensen and Koch Hansen, 2015) og af Järvinen og Mik-Meyer (Järvinen and Mik-Meyer, 2013b). I dette afsnit vil jeg begrunde mit valg af videnskabsteoretisk ramme, og beskrive hvilken betydning det socialkonstruktionistiske afsæt har haft for min tilgang i det analytiske arbejde.

2.3.1 Socialkonstruktionisme

Specialet knytter som sagt an til en socialkonstruktionistisk tænkning. Her er epistemologien at al erkendelse er socialt konstrueret. Konstruktionen af viden placeres i interaktionen mellem mennesker. Med dette antiessentialistiske standpunkt bevæger socialkonstruktionismen sig væk fra et fokus på enkeltindivers ”indre” med interesse for spørgsmål om væren og eksistens til en interesse for tilblivelses- og konstitueringsprocesser. Der er fokus på hvad menneskelige relationer og den forhandling der foregår mellem mennesker, igennem sprogbrug og handlinger, er med til at producere. Den socialkonstruktionistiske tankegang anskuer den måde, som mennesker opfatter sig selv og sine handlemuligheder på, som et produkt af det individuelle møde, og af de muligheder der findes i kulturen, på det givne sted, på et givent tidspunkt (Christensen and Koch Hansen, 2015 s. 34, 51-52).

I min forskningsproces har jeg i forlængelse af den socialkonstruktionistiske tilgang observeret mødet mellem jordemødre og gravide kvinder i jordemoderkonsultationen, og haft fokus på hvordan fænomenet sundhedsfremme konstitueres i dette møde, i den specifikke kontekst. Jeg har været optaget af forholdet mellem institution og praksis og af hvilken betydning det har for jordemødres og gravide kvinders positioneringer i feltet ”jordemoderkonsultation”. Jeg har, ud fra et specifikt forskningsperspektiv, udforsket de

sociale aktiviteter som jordemødre og gravide kvinder producerer og som giver sig til kende via særlige mønstre.

Den socialkonstruktionistiske tilgang har betydet at jeg i min analyse af datamaterialet fra interview og fokusgruppe har haft fokus på: 1) Fortællingens *indhold*, altså hvad siger jordemødrene om deres erfaringer, holdninger, handlinger mm. 2) Fortællingens *form*, altså hvordan fremstiller jordemødrene deres historier og hvilken rolle spiller jeg som interviewer for historiens udvikling 3) Fortællingens *funktioner*, altså hvilke sociale strategier bruger jordemødrene bevidst eller ubevidst for at fremstå som 'professionelle' for interviewer (Järvinen, 2005 s. 30) 4) Fortællingens *kontekst*, for eksempel den relation der er mellem jordemødrene og diverse kulturelle diskurser omkring sundhedsfremmende indsatser og deres relevans (Ibid. s. 39-40).

Med det socialkonstruktionistiske afsæt er det min bestræbelse at fremvise selvfølgheder og hvad forventningen og normen sædvanligvis består af, når det gælder sundhedsfremme i en jordemoderkonsultation. På den måde lægger jeg op til refleksioner og problematiseringer af bestemte forståelser af verden.

2.4 Metodiske overvejelser

I det følgende vil jeg præsentere de overvejelser, jeg har gjort mig som en del af forskningsprocessen. Jeg indleder med at redegøre for min rekrutteringsstrategi i forhold til observationsstudie og fokusgruppe.

2.4.1 Rekruttering af jordemødre

I udgangspunktet havde jeg planlagt en rekrutteringsstrategi som baserer sig på idealet om "maksimal variation" (Green and Thorogood, 2014 s. 75-77). Her udvælges deltagere således, at de dækker et så bredt udsnit af "typer" som muligt i forhold til den samlede population (Ibid., s.76). Virkeligheden var imidlertid en anden, idet jeg måtte indrette mig efter, hvad der praktisk kunne lade sig gøre. Det viste sig nemlig, at jordemødrene var tilbageholdende med at melde sig, og derfor blev det ikke muligt at gennemføre en ideel rekrutteringsstrategi. Det blev de jordemødre som meldte sig, der deltog i mit studie.

Som tidligere nævnt er undersøgelsen udført ved to jordemodercentre, tilknyttet to forskellige fødesteder. Min indledende kontakt til jordemodercentrene var via mellemledere, som i samarbejde med den øvrige ledelse på stedet gav samtykke til, at jeg kunne udføre observationsstudie og interview. Mellemlederne var behjælpelige med at sende mit rekrutteringsbrev (bilag 3) rundt til konsultationsjordemødrene, og bidrog positivt ved at

sende opfølgende mails til jordemødrene for at holde fokus på mit projekt. De jordemødre som ønskede at deltage, skrev en bekræftende mail direkte til mig, og derefter foregik vores aftaler pr. telefon.

De jordemødre som meldte sig, og deltog i studiet, var både yngre, nyuddannede jordemødre og ældre, mere erfarne jordemødre. Jeg ønskede indsigt i jordemødrenes tilgange til sundhedsfremme både i basiskonsultationerne og i de specialiserede konsultationer. Derfor rekrutterede jeg to jordemødre, som varetog basiskonsultationer, og to jordemødre som varetog konsultationer for gravide kvinder med højt BMI. Valget af BMI-konsultationen ligger i forlængelse af, at kost og motion er defineret som vigtige emner i de formelle grundlag for jordemødrenes sundhedsfremmende indsatser. Endvidere fordi overvægt jf. afsnit 1 er et stigende problem i den generelle befolkning. Desuden deltog yderligere to jordemødre fra basiskonsultationer i fokusgruppeseancen.

2.4.2 Observationsstudie

Jeg afviklede observationsstudie ved to forskellige jordemodercentre. Jeg fulgte 5 jordemødre i deres konsultationsarbejde. En jordemoder trak sig efterfølgende ud af studiet. Jeg overværede 15 konsultationer, fordelt på to basiskonsultationer og 12 konsultationer, fordelt på to specialkonsultationer for gravide kvinder med højt BMI. Jeg var tilstede i konsultationerne som passiv observatør.

Via observationsstudie kan man som forsker erfare, observere og systematisk registrere menneskers sociale liv på egne præmisser og i deres egne sammenhænge (Vallgaarda and Koch, 2013 s.100-102). Mit sigte var at observere jordemødrene i deres interaktioner med de gravide kvinder og derigennem udforske både det indhold som præsenterede sig, og endvidere de karakteristika som viste sig i samspillet mellem jordemødrene og de gravide kvinder relateret til sundhedsfremme.

I forlængelse af et observationsstudie bliver det vigtigt, at have for øje at "det sete" altid afhænger af den som ser. Dette omdrejningspunkt kalder på refleksion, og på en omhyggelighed når det sete registreres og beskrives i feltnotater. Omhyggelighed på den måde, at der skal tilstræbes detaljerighed og så konkrete og neutrale beskrivelser som muligt (Ibid. s.104-105). Dette har jeg tilstræbt, med inspiration fra professor i antropologi James P. Spradley (1933-1982), som i sin bog "Participant observation" præsenterer forskellige værktøjer i arbejdet med observation i felten (Spradley, 1980). Han opererer med begrebet *question-observation*, som han beskriver som basis for enhver etnografisk undersøgelse. Han

redegør for at ingen af delene, *spørgsmål* eller *observation*, kan eksistere uafhængig af hinanden. Forskeren må konstant spørge sig selv ”observerer jeg det som var min hensigt?” ”Observerer jeg det som er vigtigt?” I processen med at nå frem til en sådan erkendelse bliver arbejdet med at stille de rette spørgsmål vigtigt, forud for observationer i feltet. Ifølge Spradley er alt hvad der observeres og registreres i feltet under indflydelse af de spørgsmål, som forskeren har i tankerne (ibid. s.75-76). Som hjælperedskab til at holde fokus på om jeg observerede det, som var vigtigt, i forlængelse af min problemformulering og forskningsspørgsmål, og for at være så åben i min udforskning som muligt, og ikke kun forholde mig til mine forudindtagede ideer om hvad der kunne findes, udarbejdede jeg en observationsguide (bilag 4). Guiden er udarbejdet med støtte fra en matrix, som Spradley har udarbejdet med beskrivende spørgsmål (Ibid. s. 81-83).

Jeg oplevede at for flittig noteren under konsultationerne som jeg observerede, forstyrrede jordemødrene. Derfor lavede jeg kondenserede beskrivelser. Det vil sige at jeg nedskrev løsrevne sætninger og ord, som efterfølgende støttede mig i en mere udvidet og detaljeret beskrivelse af situationerne (Ibid., s. 149). I specialets analyse afsnit vil mine udvidede og detaljerede feltnoter indgå, som en måde at belyse de forskellige temaer og gøre samspillet mellem empirien, mine fortolkninger og teoretisering og diskussion tydelig.

2.4.3 Fokusgruppe

Krogstrup og Kristiansen angiver, at det ofte vil være en fordel at kombinere observationsstudier med kvalitative interview, der enten kan gennemføres som uformelle samtaler med deltagere i feltet eller som regulære, strukturerede interview. De begrundet med, at der kan eksistere en skjult dagsorden, hvor forskellige forhold som forbliver skjult for forskeren, dominerer dagsordenen. På den måde er observationer alene ikke altid tilstrækkelige redskaber til at forså andre personers handlinger, og omvendt giver interviewet heller ikke altid en dækkende forklaring (Krogstrup and Kristiansen, 2015 s.150). I forlængelse af de betragtninger valgte jeg at supplere mit observationsstudie med interview og en fokusgruppeseance. Jeg gennemførte uformelle interview med de jordemødrene, som jeg fulgtes med i konsultationerne for overvægtige gravide kvinder. I fokusgruppen deltog, som nævnt, jordemødre fra basiskonsultationer.

Jeg søgte at udnytte fokusgruppens potentiale til at producere data om sociale gruppers fortolkninger, interaktioner og normer (Halkier, 2016 s. 9-16).. Jeg søgte at få

jordemoderfagets normer og normative processer omkring det sundhedsfremmende arbejde frem.

Desværre måtte én jordemoder melde fra i sidste øjeblik, hvorfor der bare var to jordemødre tilbage i gruppen. Halkier anbefaler et minimum på tre deltagere i en fokusgruppe, for at sikre at der produceres tilstrækkelig dynamisk interaktion blandt deltagerne (Halkier, 2016 s.37-38). Fokusgruppen blev alligevel gennemført, med den mere begrænsede gruppedynamik og interaktion, som to jordemødre bidrager med. Det er min vurdering, at fokusgruppen, som måske nærmere bør kaldes en slags udvidet interview, trods ”mandefald”, byder ind med interessante og relevante perspektiver. Fordelen ved mindre grupper kan ifølge Halkier være en større tryghed blandt deltagerne og plads til at den enkelte kan komme til orde (Ibid.).

Mine håndværksmæssige overvejelser omkring afholdelse af fokusgruppen er hentet fra Halkier og Brinkmann (Halkier, 2016, Brinkmann, 2015). De anbefaler, at en fokusgruppe ledes af en moderator, som skal få deltagerne til at tale sammen, og som skal kunne håndtere dynamikkerne blandt deltagerne, og sørge for at seancen præges af uformalitet (Brinkmann, 2015 s.142-143). Der påpeges, at en moderator guide, indeholdende spørgsmål og eventuelle øvelser, kan hjælpe i struktureringen af fokusgruppen (Halkier, 2016 44-45). Min udarbejdede moderatorguide kan ses i bilag 5. Jeg har forholdt mig til den såkaldte ”tragtmodel”, hvor jeg starter med en åben tilgang med brede startspørgsmål, og slutter af med mulighed for en strammere styring (Brinkmann, 2015 s.142). Jeg ønskede, at give plads til deltagernes perspektiver og interaktioner med hinanden, men også at have fokus på at hente viden om mine forskningsspørgsmål. Endvidere har jeg haft fokus på at stille spørgsmål med både et generelt sigte og et mere konkret sigte. Dette ud fra en betragtning som bringes frem i ”Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab” (Vallgaard and Koch, 2013 s.68), om at spørgsmål der stilles på baggrund af disse forskellige dimensioner, vil præsentere forskellige svar. Som yderligere støtteredskab har jeg udarbejdet et arbejdsblad, som kort fortalt er en slags dagsorden, som jeg kunne holde mig til under fokusgruppe seancen. Bilag 6 indeholder en præsentation af mit arbejdsblad.

2.4.5 Transskription

Transskriptionen er en proces, hvorigennem data bliver tilgængelige og håndterbare, og hvor forskeren bliver bekendt med sit datamateriale. Ved transskriptionen vil der ske en reduktion af data og den første tolkning påbegyndes. Derfor er det nødvendigt, at være bevidst omkring

hvor detaljeret transskriptionen skal være. Disse overvejelser skal ligge i forlængelse af den analysemetode, som skal bruges til bearbejdning af data (Green and Thorogood, 2014 s. 140,257, Vallgaarda and Koch, 2013 s. 77). Som et minimum skal der transskriberes grundigt, og alle ytringer skal indgå i det transskriberede (Braun and Clarke, 2006 s. 87-88). Mit sigte var at fremanalysere centrale temaer og begreber, og jeg ønskede ”blot” at fastholde meningsindholdet i det sagte. Således blev min transskription enkel, på den måde at pauser, stemninger, kropssprog og lignende ikke indgik i min transskription. Observationsstudierne blev transskriberet i forlængelse af mine kondenserede notater og indeholder gengivelser af indholdet af samtaler og kun få ordrette citater. De uformelle interview er transskriberet på samme måde, medens fokusgruppen blev transskriberet ordret.

2.5 Analytisk tilgang

Til analyse af mit empiriske materiale benyttede jeg metoden tematisk analyse (Braun and Clarke, 2006). I udgangspunktet er metoden a-teoretisk, da den overvejende har til formål at identificere, analysere og rapportere forskellige mønstre og temaer i empirisk materiale (Braun and Clarke, 2006 s. 77-80).

Jeg knytter jf. afsnit 2.3 specialet til den epistemologi og ontologi som socialkonstruktionismen præsenterer. Som teoretisk analyseramme baserer jeg mig på Foucaults begreb ”governmentality” og hans magtteori, samt Bourdieus kernebegreber doxa, habitus, kapitaler og symbolsk vold.

Min tilgang til forskningsprocessen var således afgrænset og drevet af en særlig teoretisk analytiske interesse i forhold til sundhedsfremme. Denne form kaldes af Braun og Clarke for *teoretisk* tematisk analyse og tilbyder med sin deduktive tilgang en detaljeret analyse af nogle aspekter i datasættet (Ibid. s.84).

2.5.1 Tematisering af empiri fra observationer og fokusgruppe

Med udgangspunkt i Braun og Clarkes tilgang til tematisering forstår jeg et tema, som noget der indkapsler noget vigtigt i forhold til forskningsspørgsmål og repræsenterer en grad af mønster eller mening i datasættet (Braun and Clarke, 2006 s. 82). I arbejdet med tematisering ledte jeg efter semantiske temaer, hvilket vil sige eksplicitte temaer eller temaer som ”ligger lige under overfladen” i datasættet. Tilgangen er som udgangspunkt beskrivende, men kan ende ud i en fortolkning, hvor målet er at danne en teori ud fra de mønstre der fremkommer i tematiseringen (Ibid. s.82-84). Jeg har tilstræbt at udarbejde detaljerede og nuancerede redegørelse af specifikke temaer, relateret til mit problemfelt. Jeg arbejdede mig frem på

stringent og grundig vis. Først med en beskrivende tilgang hvor betydninger af sætninger og ord i datasættene blev organiseret og mønstre og temaer tydeliggjort. Herefter med en fortolkende tilgang, hvor jeg sigtede efter at teoretisere mønstrene og derved udfolde deres bredere meninger og sammenhæng.

Jeg tilgik tematiseringen fleksibelt. Det vil sige, at jeg havde fokus på de tematikker der viste sig ofte i teksten, men også på temaer der ikke viste sig ofte i teksten, men alligevel indfangede vigtige pointer i forhold til problemstillingen (Ibid.).

2.6 Overvejelser om egen position

Interessen for sundhedsfremme og sundhedspædagogiske tilgange har jeg haft med mig gennem mange år, dels som sygeplejerske og dels igennem de seneste 10 år som jordemoder. At kunne interagere med de gravide, sådan at det der kommunikeres i mødet, opleves som meningsfuldt for begge parter, og derfor måske kan modtages af den gravide kvinde og omsættes til noget positivt for hende og hendes barn, anser jeg som et kunststykke, der ikke altid er enkelt at operationalisere i praksis. Jeg har haft refleksioner over, hvorvidt og hvordan sundhedsfremmende indsatser får betydning for menneskers liv og herunder deres muligheder for at handle for sundhed.

Min positionering i forhold til mit problemfelt har sat sit præg på de valg, jeg har taget undervejs. For eksempel i forhold til studieobjekt, på de perspektiver jeg drager frem, og på de konklusioner som jeg drager (Vallgaarda and Koch, 2013 s. 99-100). Positionering betyder noget, fordi det handler om *at vide noget* fra et særligt perspektiv, og fordi det samtidigt er umuligt at vide alt om det, man positionerer sig i forhold til (Ibid.). I den socialkonstruktionistiske tænkning ligger en forståelse af, at man som forsker netop påtager sig et særligt perspektiv, hvorigennem man anskuer de problemstillinger man ser i praksis, og at man på den måde er med til at konstruere og forme sin forskningsgenstand (Christensen and Koch Hansen, 2015). I dette speciale har jeg haft den intention at belyse jordemødres sundhedsfremmende praksis, baseret på en særligt teoretisk ramme jf. afsnit 2.5. Dermed er min forskningsproces styret af bevidst faglig positionering, og forforståelse som har været med til at forme mit forskningsarbejde. Jeg har haft en strategi om at forholde mig kritisk reflekterende til min særlige positionering, og har i gennem diskussioner med medstuderende og andre fagfæller testet den af og udviklet den. Dog er det vigtig at understrege, at jeg på trods af mine bestræbelser ikke er totalt transparent overfor mig selv.

2.7 Etiske overvejelser

I forbindelse med indsamlingen af empiri til specialet har jeg forholdt mig til de formelle etiske regler, som er beskrevet i Brinkmanns bog ”Kvalitative Metoder” (Brinkmann, 2015 s. 466-467). Desuden har jeg været opmærksom på det etiske aspekt ved, at skulle repræsentere jordemødrenes handlinger, erfaringer og perspektiver i specialet og på den måde ”tale” på deres vegne. Jeg har skulle involvere mig med jordemødrene for at få indsigt, og samtidig har det været nødvendigt at objektivere dem for at kunne producere videnskabelig viden (Vallgaarda and Koch, 2013 s.114). Dette betragtes som et grundvilkår, der kan give risiko for, at informanter kan komme til at føle sig objektgjort, fejlciterede eller uenige i den måde som data fremstilles, og analyseres på. Det kan betyde, at nogen for eksempel kan blive vrede eller sårede (Vallgaarda and Koch, 2013 s.114-115, Brinkmann, 2015). For at undgå at komme til at krænke informanterne har jeg været omhyggelig med min skriftlige og mundtlige information i forhold til projektets formål og hensigter. Jeg har italesat og diskuteret de etiske aspekter ved deltagelsen med informanterne, og endvidere er der aftalt mulighed for individuel gennemgang og diskussion af det færdige speciale. Det er desuden aftalt, at undersøgelsen skal formidles til jordemødrene ved jordemodercentre via dette skriftlige speciale og endvidere ved en mundtlig fremlæggelse.

En jordemoder trak sig efter nærmere overvejelser ud af studiet. Det henleder min opmærksomhed på den følsomhed, der kan ligge i at få sin faglighed observeret og objektgjort. Det kan antages, at det problemfelt jeg søger belyst, udfordre deltagernes sandhedsstatus eller foranstalter forandringer i deres selvforståelser, som de ikke umiddelbart ønsker eller er klar til.

2.8 Litteratursøgning

Litteratursøgninger er udført som en del af processen med at indkapsle mit problemfelt og senere som en måde at identificere allerede eksisterende studier og teori, relateret til min problemformulering. Indledningsvist søgte jeg i de internationale sundhedsvidenskabelige databaser CINAHL, PubMed, PsycINFO, i bibliotekets database, tidsskrift for jordemødre, i ugeskrift for læger, på Bibliotek.dk. og i google. I relevante artikler og bøger forholdt jeg mig til deres referencelister og fandt derigennem yderligere relevant materiale. Jeg fandt sparsomt med relevante danske studier relateret til det jordemoderfaglige felt, og har derfor også søgt bredere indenfor paramedicinske faggrupper.

Jeg har forholdt mig til de fremgangsmåder for litteratursøgning, som er præsenteret af Hans Lund et al. og Tove Fransen et al. (Lund et al., 2017, Fransen et al., 2014), omhandlende facetsøgning, at finde relevante søgeord, kombination af søgeord med booleske operatorer, strategi for udvælgelse af litteratur og kvalitetsvurdering af den inkluderede litteratur.

Jeg fandt et relevant dansk studie, udført af antropologen Niels Haahr, som via observationsstudier i 240 jordemoderkonsultationer og interviews med jordemødre har udforsket jordemødres kommunikation i forhold til sundhedsfremme og forebyggelses. Derudover fandt jeg flere studier fra Australien, England og USA som omhandler enten jordemødres eller gravides perspektiver på svangreomsorgen, fra forskellige vinkler. Endvidere fandt jeg via søgningerne i CINAHL og PubMed forskningsartikler som behandler balancen mellem paternalisme og autonomi.

2.8.1 Systematisk søgestrategi

Mine første litteratursøgninger i PubMed, CINAHL og PsycINFO blev udført via facetsøgning. For at sikre konsistens og mulighed for at andre kan reproducere søgningen, beskrives her systematikken i min søgning (Fransen et al., 2014). Centrale facetter i problemformuleringen er trukket ud og har været styrende i søgningerne. Figur 1 præsenterer et eksempel på en af mine første søgninger. I bilag 7 og 8 gives en mere nuanceret oversigt over facetsøgningerne og dertil hørende søgestrengene.

Figur 1: Eksempel på facetsøgning

Facet 1	Facet 2	Facet 3
Midwife consultation	Health promotion	communication

Figur 2 nedenfor viser antal hits på mine endelige søgninger.

Figur 2: Antal hits i forskellige databaser

Database	Antal hits
CINAHL	3
PubMed	39
PsycINFO	0

Jeg vurderede og udvalgte artiklerne, i første omgang, via titel, så abstract og til sidst via læsning af fuldtekst (Fransen et al., 2014). Figur 3 er en oversigt over 3 studier, som jeg har

fundet særlig relevant i forhold til mit problemfelt. Studierne er inddraget i henholdsvis mit indledningsafsnit og diskussionsafsnit.

Figur 3: Oversigt over udvalgte studier

On speaking terms: a Delphi study on shared decision-making in maternity care.
Nieuwenhuijze, M. J., Korstjens, I., De Jonge, A., De Vries, R. & Lagro-Janssen, A.
2014. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14, 223.

'You've got it within you': The political act of keeping a wellness focus in the antenatal time.

Browne, J., O'Brien, M., Taylor, J., Bowman, R. & Davis, D. 2014.
Midwifery, 30, 420-426.

Beyond autonomy: Care ethics for midwifery and the humanization of birth.

Newnham, E. & Kirkham, M. 2019.
Nurs Ethics.

I min arbejdsproces har jeg løbende foretaget søgninger dels på enkeltord og dels via facetsøgninger som vist ovenfor. Eksempler på emne ord, som jeg har brugt enkeltvis eller i forskellige kombinationer i facetsøgninger, kan ses i figur 4 herunder:

Figur 4: Emneord brugt i søgeprocesser

Interpersonal communication, health education, empowerment, patient involvement, patient centred care, blaming the victim, intimidation, stigma, pathologization.

3. Teoretisk tematisk analyse

Dette afsnit indeholder analysen af mit empiriske materiale. Først præsenteres teori om tematisk analyse. Dernæst præsenteres resultatet af min tematisering, og af mine analytiske fund.

3.1 Teori og tematisering

Data fra observationsstudie og fokusgruppe analyseres via 6 trin, som modellen ”tematisk analyse” præsenterer. Figur 5 illustrerer de forskellige trin i modellen. Trinnene er guidelines og ikke regler. Trinnene kan tilgås fleksibelt, således at de passer til problemstilling og data (Braun and Clarke, 2006 s. 86). Jeg har bevæget mig frem og tilbage imellem trinnene og

nyerhvervet viden, refleksioner og nye erkendelser har løbende påvirket og givet bidrag til den analytiske tilgang og senere til valg af teori.

Figur 5: De 6 trin i modellen ”tematisk analyse”

Trin 1	Gøre sig bekendt med sit datacorpus
Trin 2	Generering af de første koder
Trin 3	At søge efter temaer
Trin 4	Ny gennemgang af temaerne
Trin 5	Definition og navngivning af temaer
Trin 6	At producere rapporten

Via arbejdsprocesserne i trin 1-5 har jeg identificeret temaer i datamaterialet fra observationsstudie, interviews og fokusgruppe. Mit særlige teoretiske sigte i specialet har haft betydning for hvorfor, og hvordan jeg er tilgået kodningsprocessen (Ibid. s.84). Kodningen er udført med det formål at konstruere beskrivelser af hvad jordemødres sundhedsfremmende indsatser indeholder, hvad der karakteriserer jordemødrenes indsatser, samt jordemødrenes perspektiver på det sundhedsfremmende arbejde. Figur 6 visualisere et eksempel på min kodningsproces.

Figur 6: Visualisering af kodningsproces

Observationer	Koder	Forslag til temaer
Jordemoderen spørger, om den gravide kvinde har noget yderligere, som de skal snakke om. Det har kvinden ikke. Jordemoderen går videre til at måle kvindens blodtryk. Blodtrykket er normalt, og det fortæller jordemoderen til kvinden. Nu tales videre om den urinprøve, som kvinden har aflagt, og som er undersøgt for sukker og protein. Den viser sig også at være normal. Jordemoderen spørger herefter, om de skal undersøge den gravide mave, og se hvordan den lille har det. Kvinden lægger sig op på lejet, og jordemoderen begynder med forskellige håndgreb at undersøge den gravide mave. Jordemoderen spørger ”hvad siger babyen derinde?”. Kvinden fortæller; ”han hilser på hverdag. Han er godt nok en aktiv dreng”	Har du noget? Blodtryk, urinstix Undersøgelse af den gravide mave Hvad siger baby?	At tage udgangspunkt i den enkelte Risiko-opsporing Risiko-Opsporing At relatere til barnet/skabe relation mellem mor og barn

I bilag 9 præsenteres en skematisk oversigt over de temaer jeg identificerede i datamaterialet fra observationsstudie og fokusgruppe. Det illustreres hvordan de blev organiseret, og blev til overordnede temaer for henholdsvis observationsstudie og fokusgruppe. De overordnede temaer ses i figur 7 nedenfor.

Figur 7: Overordnede temaer

Temaer fra observationsstudie	Temaer fra fokusgruppe
1. Jordemødre som linedansere 2. Jordemødre som røde tråde 3. Journalføring og organisering	1. Jordemødre som linedansere 2. Jordemødre som røde tråde 3. Organisatoriske forhold

Via trin 6 i modellen tematisk analyse, jf. figur 4, har jeg bragt mine fund i spil ved at fortolke på det beskrivende materiale og relatere fundene til eksisterende litteratur. Via det forholdsvist personfikserede materialet fra observationsstudie og fokusgruppe har jeg i tråd med den socialkonstruktionistiske tilgang, arbejdet på at indfange mere abstrakte og generaliserede former i jordemødrenes arbejde med sundhedsfremme og at koble dem til institutionelle aspekter.

3.2 Analyse af data fra observationsstudie

Målet med dette afsnit er at studere jordemoderkonsultationen som kontekst for det sundhedsfremmende arbejde. Fokus er på det sundhedsfremmende indhold i konsultationerne og på jordemødrenes praktikker i forhold til sundhedsfremme. Kapitlet er struktureret omkring konstruktionen af de to temaer: *jordemødre som linedansere* og *jordemødre som røde tråde*. Temaerne præsenteres på et overordnet niveau og underbygges via data-udtræk fra mine feltnoter. Fortolkninger af materialet beskrives løbende.

Jordemødre som linedansere: Dette tema illustrerer jordemødrenes sundhedspædagogiske arbejde og deres perspektiver herpå. Det viser sig, hvordan jordemødrene balancerer imellem forskellige krav og forventninger, som ligger i forlængelse dels af de formelle anbefalinger og dels i forlængelse af jordemødrenes egne faglige idealer.

At have fokus på den enkelte kvinde:

Det er gennemgående for jordemødrene, at de spørger ind til, hvad der fylder hos de gravide kvinder, via spørgsmål som: ”Hvordan har du det?” ”Har du nogle spørgsmål?” ”Er der andet vi skal tale om i dag?” eller ”Er der ellers noget?”. Jordemødrene prioriterer at fokusere på de emner, som de gravide kvinder bringer i spil ved at spørge ind til, informerer, vejleder og rådgiver i forlængelse af disse temaer.

” ... Har du ellers nogle spørgsmål til i dag? spørger jordemoderen. Kvinder siger, at hun er besværet af bækkensmerter, og føler at hun næsten ikke kan gå. ”Hvad gør du for at lindre” spørger jordemoderen. Kvinden fortæller, at hun har et glidelagen i sin seng, for lettere at kunne vende sig, og at hun forsøger at holde pauser i løbet af dagen. Jordemoderen informerer om hvorfor gravide ofte får smerter fra bækkenleddene, og fortsætter med at anbefale forskellige ergonomiske stillinger til kvinden, i forskellige situationer. ... ”

De emner som de gravide kvinder tager initiativ til at bringe i spil, er overvejende emner som omhandler graviditeten og fødslen (se bilag 10). Jordemødrene har også disse emner som centrale, men tager også i høj grad initiativ til at berøre emner omkring barselsperioden og omkring kvindernes livsstil og personlige liv (se bilag 11). Bilag 10 og 11 illustrerer hvordan de forskellige fokuspunkter er fordelt mellem jordemødrene og de gravide kvinder. Fordelingen af emner leder opmærksomheden på, at parterne har både sammenfaldende og forskellige prioriteringer i forhold til hvad der bringes på banen. Man kan forsigtigt stille spørgsmål til, om der faktisk er en fælles forventning om, hvad der er målsætningen for kvindernes besøg i en jordemoderkonsultation, eller om parterne har forskellige forventninger. Denne problematik berøres og uddybes senere i dette analyseafsnit.

At udspørge, informere, vejlede og rådgive i forlængelse af det som Sundhedsstyrelsen anser for sund praksis:

Det er gennemgående i alle konsultationerne at jordemødrene, udover at informere, vejlede og rådgive de gravide kvinder, prioriterer at udspørge dem i forlængelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger, for eksempel om kost, motion, rygning og alkohol. Jordemødrene fremviser omhyggelighed og stringens i dette arbejde, som udføres selv om det ikke umiddelbart er med udgangspunkt i den gravide kvindes behov eller ønsker. Ved den gravide kvindes første besøg i jordemoderkonsultationen, skal jordemoderen oprette en journal. Gennemgående hos alle jordemødrene viste denne første konsultation sig at bære

præg af en tilrettelagt agenda. En jordemoder præsenterede dette for en gravid på denne måde:

” Det er dit første besøg her hos mig, - så i dag er der 117 spørgsmål, som jeg har at stille dig. Du vil opdage, at flere af dem er de samme spørgsmål, som din egen læge har stillet dig”

Herefter blev konsultationen afviklet ved, at jordemoderen stillede spørgsmål til kvinden, i forlængelse af den standardplan som findes i den elektroniske patientjournal. Denne standardplan så ud til at virke som et arbejdsredskab for jordemødrene i forhold til at komme omkring de forskellige emner, som de nationale og lokale retningslinjer tilsiger, at en jordemoder skal forholde sig til, jf. afsnit 2.1 og bilag 2.

De gravide kvinder virkede til at være indforståede med jordemødrenes spørgsmål og informationer om forskellige sundhedsrelaterede emner. Alle kvinder besvarede jordemoderens spørgsmål og ingen stillede spørgsmålstegn ved dem, eller til de emner som jordemoderen bragte frem. Når en gravid kvinde viste særlig interesse for det emne, som jordemoderen bragte i spil, gav jordemoderen plads til, at dette kunne udbredes yderligere, og i de tilfælde hvor kvinden ikke viste interesse, blev emnet berørt og udfoldet mere begrænset. Denne tilgang kan ansues som en måde, hvorpå jordemoderen tilstræber at tage udgangspunkt i den enkelte kvindes behov og ønsker.

I det følgende gives et eksempel på, hvordan mødet mellem en jordemoder og en gravid kvinde kan fremstå ved første jordemoderbesøg. Kvinden, der venter sit andet barn, tilses i en basiskonsultation, hvor gravide kvinder, jf. afsnit 2.1, forventes at få en normal graviditet:

” ... ”Ryger du?” Spørger jordemoder. ”Nej” svarer den gravide kvinde. ”Ryger din partner eller bedsteforældrene?” ”Min kæreste er stoppet for lidt tid siden og nej, bedsteforældrene ryger ikke” svarer kvinden. Jordemoderen forklarer, at hun spørger til bedsteforældrenes rygevaner fordi, at der ligger et tilbud om, at de også kan deltage i rygestopkursus. Drikker du alkohol? spørger jordemoderen videre. Nej, ikke længere, men jeg var til en fest, før jeg opdagede, at jeg var gravid, og da drak jeg. Jeg var ikke plakatfuld, men fik nok et par øl” Jordemoderen informerer om Sundhedsstyrelsens anbefalinger om 0 tolerance for alkohol, og forklarer, at man ikke helt ved, hvor meget alkohol der skal til for at skade et foster. Hun beroliger kvinden ved at angive, at sådan et engangstilfælde vist ikke betyder noget. Jordemoderen spørger

videre, om kvinden tænker, at hun spiser sundt og varieret. Det gør kvinden, men siger, at hun også spiser helt vildt usundt. ”Jeg vil gerne gøre det bedre, men jeg har svært ved at komme derhen. Jeg spiser meget sukker, og jeg føler at graviditeten er blevet en sovepude” siger kvinden.” Hun fortæller, at hendes livsstil er blevet anderledes efter hendes første graviditet, at hverdagen er travl for både hende og hendes mand. Jordemoderen angiver, at det kan hun godt forstå, fordi når man er træt og presset, så kan det føles, som om sukker hjælper. Jordemoderen kommer med konkrete råd, om hvordan kvinden kan prøve at kombinere de nemme løsninger med en mere sund livsstil. Hun anbefaler, at kvinden ”kommer op på hesten” og prøver at få gjort noget ved det. Jordemoderen fortsætter konsultationen med at spørge ”Dyrker du motion?”. Nej, det gør kvinden ikke, men hun cykler indimellem, når hun skal hente eller bringe sit barn i institution. Ok, siger jordemoderen ”jeg skriver, at du er anbefalet 30 minutters daglig motion” Kvinden siger, at det måske hjælper, at blive nødt til at gå til bekendelse. ”Ja, så får du et lille skub” siger jordemoderen. ... ”

Jordemoderens sundhedsfremmende arbejde ser ud til primært at rette sig mod kvindens, partnerens og bedsteforældrenes individuelle livsstil. Jordemoderen har fokus på sundhed, som noget der ligger i forlængelse af, at være ikke ryger, at undgå alkohol, spise sund kost og at motionere 30 minutter dagligt. Jordemoderen informerer kvinden i forlængelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger, og giver konkrete råd til, hvordan en sund livsstil kan praktiseres. Kvinden får på den måde et informeret grundlag at træffe sine beslutninger ud fra, og ansvaret for faktisk at praktisere Sundhedsstyrelsens anbefalinger er nu kvindens. Jordemoderen appellerer til, at kvinden får ”gjort noget ved det”, og at hun ”kommer op på hesten”. I denne konsultation er det jordemoderen som definerer, hvad der overordnet skal tales om, og hendes ansvar kommer på den måde til at fremstå som værende, at informere, vejlede, rådgive og motivere den gravide kvinde til at praktisere en sund livsstil, i forlængelse af det som Sundhedsstyrelsen anbefaler. På den måde kan det siges, at jordemoderen arbejder på at forøge chancen for, at kvinden får en sund livsstil. Den enkelte kvindes ønsker, behov, præferencer og øvrige livsvilkår får ringe plads. Samme billede tegner sig i specialkonsultationerne for kvinder med BMI over eller lig 30.

Det specialiserede tilbud for gravide kvinder med BMI over eller lig 30.

Af datamaterialet fremgår det, at jordemødrene gør sig nogle særlige overvejelser i forhold til det at vejlede, informere og rådgive gravide overvægtige kvinder. I et uformelt interview med én af jordemødrene som varetog konsultationer med kvinder med højt BMI, kommer denne jordemoders perspektiver på det sundhedsfremmende arbejde frem og præsenteres i det følgende.

Den gode, den intuitive, den informerende, den vejledende, den rådgivende, den motiverende og den kontrollerende jordemoder:

Jordemoderen fortalte, at hun gik meget op i, at det skulle være rart at komme hos hende i konsultationen, og at en god relation var vigtigt, hvis tilbuddet skulle nytte. I det at kvinder visiteres til BMI konsultation uden, at være blevet involveret i den prioritering og beslutning, anså hun det for essentielt at spørge kvinderne om lov til at tale med dem om deres BMI. Denne jordemoders holdning var, at de gravide kvinder har krav på information om de komplikationer, som overvægt kan føre med sig, for eksempel højt blodtryk eller diabetes – men først efter at samtalen var aftalt med og godkendt af den enkelte kvinde. Jordemoderen pegede i samtalen med mig på, at intuition er meget vigtig at have med sig i dette arbejde. Hun tilkendegav hvordan en god fornemmelse for, hvordan de gravide tager imod det at samtale om et højt BMI, er meget vigtig. Hun fortalte også, hvordan hun var opmærksom på at tydeliggøre overfor kvinderne, at hun ikke er diætist, men en jordemoder. ” Det jeg kan bidrage med, er information, vejledning og rådgivning. Jeg kan fungere som støtte spiller og en slags heppekor” fortalte hun mig. Desuden fortalte hun, at hun og hendes kollegaer havde deltaget i undervisning om metoden ”den motiverende samtale”, men at der ellers ingen fælles fodslag er i forhold til sundhedspædagogik, - at det meget handler om, hvilken faglighed og personlighed den enkelte jordemoder har med sig.

Samtalen retter et fokus på hvordan det omdrejningspunkt, at de gravide kvinder er visiteret uden at være adspurgt først, spiller ind og påvirker konsultationen. Det sætter jordemoderen i den position, at hun skal have lov af kvinden til at tale om vægtproblemet, for at sikre at der er en fælles forståelse og accept af, at det er vigtigt og meningsfyldt. Jordemoderen retter på den måde også fokus på, at det kan tænkes, at nogle kvinder faktisk ikke ønsker tilbuddet om særlig fokus på en vægtproblematik, og at det kan være konfliktfyldt hvis jordemoderen og den gravide kvinde har forskellige målsætninger. Hun peger på, at hvis tilbuddet skal nytte, er intuition og en god fornemmelse for de enkelte kvinder og deres lyst til at tale om vægt, vigtige egenskaber hos jordemoderen. På den måde ser det ud til, at det i

udgangspunktet er den gravide kvinde, der må tilpasse sig systemets tilbud, og at jordemoderen blandt andet med sin intuition og fornemmelse for den enkelte kvinde, arbejder for at tilpasse tilbuddet til den enkelte kvinde.

Jordemoderen giver udtryk for en holdning om, at de gravide kvinder har krav på at få information om de komplikationer, som overvægt kan føre med sig for mor og barn. Man kan sige, at der i jordemoderens holdning ligger et ønske om at tilbyde en ensartet behandling til overvægtige kvinder, og at jordemoderen anser sig selv som en ressourceperson, der ved noget, og kan formidle viden. Samtidig er jordemoderen opmærksom på, at dette formidlingsarbejde ikke giver mening, og ikke kan udføres, før kvinden har accepteret at tage imod det. Jordemoderens rolle som formidler af viden, kan således ses som udfordret, hvis ikke kvinden ønsker det, som systemet og jordemoderen anser som vigtigt at informere om.

I samtalen med denne jordemoder, fremstår der en underliggende antagelse om, at tilbuddet er godt, og at det bør efterstræbes af de overvægtige gravide kvinder. De gravide kvinder som visiteres til tilbuddet, sættes således i en position hvor de, hvis de ikke ønsker systemets og jordemoderens sundhedsfremmende indsatser, skal takke nej til noget, som ifølge en faglig konsensus anses for at være åbenlyst godt og rationelt. Når et jordemodercenter vælger, at visitere gravide kvinder til en konsultation med fokus på overvægt, uden først at spørge kvinderne om de er interesserede i tilbuddet, er det antageligt netop ud fra den betragtning, at tilbuddet er åbenlyst rationelt i forhold til sundhed for mor og barn. Alligevel kan det påpeges, at være paradoksalt ud fra betragtninger om, at mennesker trækker på andet og mere end rationalitet i forhold til sundhedsadfærd, jf. afsnit 1. Sundhedsvæsnets nationale strategi for brugerinddragelse, hvor der lægges vægt på, at patienter inddrages i deres behandlingsforløb, som en mere etisk og effektiv tilgang, må siges at blive nedtonet her.

Jordemødre som kontrollanter: De næste uddrag fra mine feltnoter er fra to forskellige konsultationer med gravide kvinder, som begge har en gestationsalder omkring uge 30⁵. Noterne viser, hvordan jordemoderens specifikke dagsorden i en BMI-konsultation skaber fokus på den gravide kvindes problem omkring vægt og på kvindens indstilling til og indsats forhold til sin overvægt. Noterne viser jordemødrenes position, som kontrollant. En del af jordemoderens arbejde ser ud til at komme til at bestå i at holde den gravide kvindes ”synder”

⁵ Det vil sige, at barnet i maven har en alder omkring 30 uger SKAJAA, K., WESTERGAARD, J. G. & FALCK LARSEN, J. 2001. *Obstetrik*, Kbh., Munksgaard Danmark.

op for hende og få hende til at indse sine fejl og mangler i forhold til livsstil og vægtproblematik. Kvinderne virker begge brødebetyngede, og angiver, at de nok skal tage sig sammen og tænke sig om. Den ene jordemoder spørger efter en forklaring på vægtstigningen hos kvinden, og kvinden kommer med en forklaringsmodel om travlhed, stress og manglende fokus på mad.

” Jordemoderen spørger, om kvinden har vejet sig hjemmefra, eller om hun vil på vægten i konsultationen. Kvinden stiller sig op på vægten, og angiver sin vægt – 105,4 kg. Jordemoderen siger, at det er meget fint. Jordemoderen skriver i vandrejournal, og siger ”du har taget 10 kg. på, - så hvis du fortsætter sådan, såå ... det er vigtig, at du fortsat har fokus på kosten. Prøv at overveje om der er noget, i kan skrue på – og tag far med på vognen. Kvinden siger, at hun godt er klar over, at der er gået for meget hygge i den. Hun siger ”jeg skal nok tænke mig om” Jordemoderen siger, at det er godt. Der udveksles tider til næste konsultation, og der afsluttes”.

” Den gravide kvinde vejer sig, og jordemoderen spørger, hvad kvindens vægt er. Kvinden oplyser vægten. Jordemoderen ser i vandrejournalen, og siger, at kvinden har taget 10 kg på siden sidst, og at det er en del. Jordemoderen spørger kvinden, om der er en forklaring på det. Kvinden forklarer, at der har været stor travlhed på hendes arbejdsplads, og at hun har været til polterabend, og at kosten på den måde har været ude af fokus. Kvinden siger ”jeg skal nok tage mig sammen”. Jordemoderen retter sig mod manden, som ser ud til at være svært overvægtig, og siger, ”du kan få far med på banen. Sammen kan i se på, om der er noget, i kan skrue på, om i kan hjælpe hinanden. Det er godt, hvis i kan støtte op om hinanden”. Manden ser ud i luften. Han siger ingenting. Kvinden siger, at det vil de prøve. Jordemoderen spørger ind til, om kvinden ellers er velbefindende. Ja, siger kvinden, det er hun. Jordemoderen siger, at alt ser fint ud. Der aftales nye tider og konsultationen afsluttes”.

Det ser ud til, at jordemoderen arbejder i forlængelse af den tænkning, hvori det er indlejret, at mennesker primært handler efter regler og forskrifter. Det ser ud til, at jordemoderen antager, at hvis parret får information og råd, så kan de lykkes med at praktisere en sund livsstil. Hun opfordrer kvinderne til at inddrage deres mænd, ud fra den betragtning at de så

kan hjælpe og støtte hinanden. Den ene mand som deltager i konsultationen, og som selv er overvægtig, holder sig ude af samtalen, og har ingen kommentar til jordemoderens opfordringer. Hvorfor manden forholder sig tavs, kan være vanskelig at sige noget om. Jordemoderen spørger ikke videre ind til det, men går videre med et spørgsmål til kvinden om hendes øvrige velbefindende. Det kan antages, at jordemoderen her via sin intuition fornemmer, at parret ikke ønsker, at deres problem med overvægt berøres yderligere. Noget kan tyde på, at jordemoderens vurdering er korrekt, idet parret ikke selv bidrager i samtalen, udover at kvinden angiver, at hun vil tage sig sammen.

Situationerne i uddragene tolker jeg, i forlængelse af ovenstående, som eksempler på den magtrelation der kan være i mødet mellem jordemødre og de gravide kvinder. Her baserer jordemødrene deres praktikker på hvad man inden for fagprofessionen og på de enkelte jordemodercentre anser for at være bedst for kvinderne. Jordemødrene positionerer sig på den måde i forlængelse af en bestemt sandhed, hvilket ser ud til at give hende en særlig magt i forhold til det sundhedsfremmende arbejde. Dette faglige monopol på hvad der er sundt og ikke sundt, kan antages at være vanskeligt at opponere mod for gravide kvinder, fordi jordemoderen jo dybest set ønsker at hjælpe og bidrage til, at kvinderne får en så god graviditet som mulig og så sundt et liv som muligt. Foucault benævner denne form af magt, som ”eufemiseret magt” (Järvinen and Mortensen, 2018 s. 18). Foucault beskriver det, som en magt der kalder sig noget andet, for eksempel støtte, heppekor, eller som fremstår som repræsentant for den rigtige viden (Ibid.). Bourdieu kalder tilstanden for ”symbolsk vold”, og beskriver hvordan de dominerede i et sådant møde, tendere til at nedvurdere sig selv og det de selv står for (Ibid. s. 17). I ovenstående uddrag fra feltnoter kan de gravide kvinders reaktioner på jordemødrenes fremlæg af sundhedsfremmende sandheder, tolkes som en slags resignation eller netop en nedvurdering af det de står for. Kvinderne undskylder sig selv, ved at proklamere at de nok skal tage sig sammen og tænke sig om. På den måde kan man sige, at de giver udtryk for at bekende sig til jordemoderens sundhedsideal. Kvindernes særlige situationer og livsvilkår fortrænges, og det kommer til at fremstå som indlysende, at det eneste rigtige er at leve op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Det bliver op til jordemødrenes skøn at træffe afgørelser om hvordan og i hvilken grad, det sundhedsfremmende arbejde udføres. Begreberne eufemiseret magt og symbolsk vold udfoldes yderligere i diskussionsafsnittet 4.1.4.

Den konfronterende eller den undvigende jordemoder?

I en uformel samtale fortalte en anden af jordemødrene, som varetog BMI-konsultationer, mig om sine overvejelser med arbejdet i en BMI-konsultation. Hun fortalte, at indimellem kunne hun godt lade "ting passere" uden at gå særligt ind i problematikken, og måske sige, at hvis kvinden tænker, at hun spiser fornuftigt, så er der ikke så meget at gøre, at så må kvinden tage det på et senere tidspunkt. Hun fortalte, at hun indimellem tænker "gør jeg mon nok? går jeg nok ind i kvindernes vægtproblematikker?". På den anden side havde hun den overvejelse, at de gravide kvinder ikke kommer til konsultationerne for at have fokus på, og blive motiverede til vægttab, men for at møde en jordemoder, som har en faglighed der mere specifikt retter sig mod graviditet, fødsel, barsel, moderskab og familiedannelse. Jordemoderen fortalte, at hun godt kunne opfordre en gravid kvinde til "lige at slå bremsen i", hvis vægten var ved at stikke af. På den anden side angav jordemoderen tvivl, i forhold til en sådan pædagogik. Hun fortalte om en gravid overvægtig kvinde, overfor hvem jordemoderen havde lagt an til at informere og rådgive om kost, motion og vægt. Kvinden havde sagt "jamen, jeg ved det hele. Jeg har kæmpet med overvægt hele mit liv. Som barn var jeg på julemærkehjem, og jeg har forsøgt forskellige slankekure. Alligevel er jeg stadig overvægtig".

Jordemoderen fremhævede, at det specialiserede tilbud til gravide overvægtige kvinder giver jordemødrene øvelse i at undersøge tilvæksten af barnet igennem overvægtige maver, og at man kan sikre, at der findes manchetter på blodtryksapparaterne med den rette størrelse, hvilket betyder noget, i forhold til hvor præcis målingen bliver. Endvidere kender jordemødrene den særlige "pakke" som er konstrueret til de gravide kvinder i ordningen, med ekstra scanning, samarbejde med læge, opsporing af diabetes og forholdsregler og procedure hvis kvinden udvikler graviditetsbetinget diabetes. Jordemoderen kan desuden informere om særlige forhold ved overvægt og graviditet, fødsel og barsel. Dette kunne for eksempel dreje sig om forsinket mælkedannelse, fortalte jordemoderen.

Jordemoderen giver i samtalen udtryk for tvivl, i forhold til om der er en fælles målsætning i mødet mellem jordemoderen og den gravide kvinde. Jordemoderen vil gerne gå ind i de gravide kvinders vægtproblem, ved at informerer, vejlede og rådgive og på den anden side er hun i tvivl om det, er det, som kvinderne ønsker. Hun har en antagelse om, at kvinderne primært kommer for at møde en jordemoder, som kan vurdere deres graviditet.

For det andet fortæller jordemoderen om en overvægtig gravid kvinde, som allerede har viden om Sundhedsstyrelsens anbefalinger omkring kost og motion, og som har stor

personlig erfaring med at være en overvægtig, der forsøger at tabe sig. Jordemoderen udtrykker tvivl i forhold til relevansen af arbejdet i BMI-konsultationen. Jordemoderen forklarer sin tvivl med, at det virker uden mening at informere og vejlede en kvinde, som måske ikke ønsker dette, og som allerede ved, og kender problematikken. Det vil sige, at det tilsyneladende ikke drejer sig om mangelfuld viden hos den gravide kvinde. Det kan derfor komme til at fremstå paradoksalt at jordemoderens tilbud om hjælp, primært indeholder information, vejledning og rådgivning, hvis kvinderne ikke behøver denne ydelse. Jordemoderens tvivl retter igen opmærksomheden på, at sundhedsadfærd har at gøre med andet og mere end rationel viden.

Det specialiserede tilbud til overvægtige gravide kvinder udfordres på den måde, hvis hensigten er at hjælpe den enkelte kvinde til en mere hensigtsmæssig livsstil. Tilbuddet kan på den måde, nærmere ses som en foranstaltning, hvor jordemødrene har kompetencer til, at vurderer barnets tilvækst igennem en overvægtig mave, har den rette manchet til blodtrykkapparatet klar, og kender til den særlige ”pakke”, som tilbuddet har indlejret. Analysen tyder på, at jordemødrene informerer, vejleder og rådgiver i forlængelse af, hvad Sundhedsstyrelsen anser som god og sund levevis, i en forhåbning om at forøge kvindernes muligheder for at lykkes med livsstilsændringer. Jordemoderens funktion med at tage udgangspunkt i den enkelte gravide kvindes behov, ønsker, præferencer og øvrige livsvilkår kommer begrænset til udtryk, og må siges at få begrænset plads.

Jordemødre som røde tråde: Dette tema illustrerer, hvordan jordemødrene lægger ”tråde” ud til forskellige områder af de gravide kvinders fysiske, psykiske og sociale livsverdener. Ved det første besøg hos jordemoderen er det ovenfor vist, hvordan jordemoderen har en dagsorden i forhold til journalføring, i forhold til at afdække kvindens samlede situation, som en del af den funktion der handler om at opspore risici. Dette tema viser mere specifikt, hvordan jordemoderens ”tråde” kommer i spil, og hvad de bidrager med for kvinden og for jordemoderen. Endvidere indkapsler temaet, hvordan det viser sig, at jordemødrene fungerer som ”røde tråde”, der skaber kontinuitet i de gravide kvinders forløb, ved at samler op på tidligere samtaler og centrale omdrejningspunkter for den gravide kvinde, skabe forbindelse til andre relevante fagpersoner, have opmærksomhed på kvindens partner og øvrige familie, ved at relatere til barnet og til familiedannelse og ved være en som kan give håb, opmuntrer, roser mm.

Hvordan jordemødrenes ”tråde” kommer i spil:

Jordemødrene spørger ind til, kvindernes *fysiske* velbefindende. Der er specifikke symptomer og emner, som de spørger ind til, og ønsker at drøfte:

” ... Er du ellers velbefindende? Spørger jordemoderen. ...”

”... Har du fået væske i kroppen? Er dine hænder og fødder hævet op? ...”

”... Jordemoderen spørger kvinden, hvordan hendes hverdag ser ud. Kvinden fortæller om en aktiv hverdag. Hun har et job som fotograf, hvor hun går, og står meget, og hun fortæller, at hun og kæresten går ture indimellem. Jordemoderen informerer om Sundhedsstyrelsens anbefaling om, at man dagligt får pulsen op i 30 min. Jordemoderen siger, at det er godt for kroppen at være i form og have styrke, også i forhold til at skulle føde. Kvinden siger, at det er svært at få passet ind, på grund af, at de er ved at flytte. ”Ved du hvad?” spørger jordemoderen, og anbefaler, at kvinden koncentrerer sig om flytningen, og ikke tænker mere på det... ”

Jordemødrene spørger ind til kvindernes *psykiske* velbefindende. Kvinden i næste uddrag er åben om sin tidligere angstproblematik, og det virker til at være naturligt og ufarligt for hende at tale om. Jordemoderen lytter, og spørger ind til, om angsten har påvirket moderskabet ved det første barn. Jordemoderen noterer kvindens ytringer i journalen, og stiller sig til rådighed med hjælp, hvis der skulle opstå problemer igen:

” ... Jordemoderen spørger. ”Hvordan er det, sådan psykisk? Føler du dig sund og rask? ”Ja”, siger kvinden. Jordemoderen siger, ”hvad med angst, depression eller stress? Kvinden fortæller om, hvordan hun har oplevet angst i forbindelse med sin uddannelse og sit arbejde, hvor hun havde skulle finde ud af, ”hvor meget knald der skulle på”. Hun fortæller, at hun i den forbindelse fik god hjælp og at hun senere, når angsten var blusset op igen, havde søgt tilbage til hjælpen. Jordemoderen angiver, at det var godt, at hun havde fået god hjælp, og spørger ind til, hvordan det så var at blive mor, og om kvinden oplevede det skifte som voldsomt. Kvinden fortæller, at det var gået fint, at der ikke havde været problemer. Jordemoderen afrunder emnet med at sige, at kvinden meget gerne må tage fat i hende ved problemer, og at det er rart for hende, at vide hvordan kvinden har det, i forhold til at kunne hjælpe”

Jordemødrene spørger ind til kvindernes *sociale* velbefindende. Kvinden i dette uddrag angiver ingen problemer:

” Jordemoderen spørger den gravide kvinde, om det sociale liv fungerer godt, - om det fungerer godt på hjemmefronten og med parforholdet. Kvinden siger, at det går godt på hjemmefronten, selvom de bor lidt interimistisk på grund af en forestående flytning. Kvinden siger, at der er god balance i det. ”Vi giver jo alt opmærksomhed til vores dreng” siger kvinden. Jordemoderen lytter, og siger, at det er jo godt. Jordemoderen spørger videre ind til kvindens første fødsel”.

Uddragene illustrerer, hvordan jordemødrene med en systematisk udspørgen styrer samtalen, og derigennem forsøger at indfange et bredere spektrum af kvindernes livsområder. Det ser ud til, at jordemødrene arbejder for at levere det, som afkræves af dem via de formelle retningslinjer, nemlig at identificere afvigelser eller problemer, der kan være til fare for mor eller barn, og som kræver behandling eller indgreb. Jordemødrenes måde at styre på ser ud til at afstedkomme en del udfordringer i dialoger. For eksempel, at en jordemoder anbefaler motion og ”trækker i land”, når kvinden fortæller om sin hverdag med et aktivt job og en forestående flytning, eller når jordemoderen spørger ind til kvindens sociale liv, og alligevel hurtigt lukker dialogen. Formentlig har jordemoderen hurtigt vurderet, at der ingen problemer var og kvindens oplysninger om, at de bor interimistisk, og giver al opmærksomhed til deres dreng, kommer til at fremstå som mindre vigtige for jordemoderen. Jordemoderen siger, at det er godt og spørger videre ind til et nyt emne.

Jordemødrenes systematiske udspørgen kan ses på som en kontrolfunktion, der udtrykkes som et ønske om, at ville hjælpe og støtte kvinderne. Det illustreres, at kvinderne får mulighed for at tilkendegive et problem og at få hjælp til at løse det. Jordemødrene har et positivt mål om at stille sig til rådighed som hjælper, hvis der opstår problemer. Det er åbenbart, at denne tilgang kræver, at den gravide kvinde stiller sig villig til at ”blotte sig”, og åbne op for sine problemer i forlængelse af det jordemoderen spørger om, og faktisk ønske at tale om dem. En kvinde fortæller om en angstproblematik, som hun har fået hjælp til at få bearbejdet, og som det virker til, er uproblematisk for hende. I jordemødrenes systematiske udspørgen, i forhold til kvindernes psykiske og sociale sundhed, ligger også spørgsmål om kvinderne tidligere har haft/eller har depression eller spiseforstyrrelser, om de har været udsat for overgreb, eller har haft en svær barndom. Det kan antages, at

spørgsmål af så personlig karakter kan opleves, som overvældende eller intimiderende, hvis den gravide kvinde er uforberedt på, eller ikke ønsker, at skulle fremlægge og uddybe sådanne forhold.

Jordemødrene skaber ”en rød tråd” igennem de gravide kvinders forløb:

Datamaterialet tegner et billede af, at jordemødrene skaber kontinuitet i kvindernes forløb, ved at skabe forbindelser mellem de gravide kvinder og forskellige fagpersoner og afdelinger, som sundhedsplejersker, speciallæger, diætister, amme-vejledere, nøglepersoner, som udarbejder fødselsplaner i samarbejde med kvinderne, fødeafdeling og barselsafdeling.

Jordemødre samler op på tidligere samtaler og centrale omdrejningspunkter for den gravide kvinde.

” ... Jordemoderen spørger kvinden, ”hvordan gik fødeplans-samtalen?”. Kvinden fortæller, at den gik godt, men at hendes mand var skeptisk. Jordemoderen spørger ”har du selv læst planen efterfølgende?”. Det har kvinden ikke. Jordemoderen finder fødselsplanen frem, og de to læser den igennem sammen. Jordemoderen informerer om, at kvinden kan finde den på internettet. Hun spørger kvinden, om hendes tidligere fødselsoplevelser er beskrevet, sådan som hun oplevede det. Det mener kvinden, det er, ” ja, det er fint” siger hun. Kvinden fortæller videre, at det mest er hendes mand, som oplevede sidste fødsel som traumatisk. Jordemoderen spørger, om kvinden ønsker, at de taler yderligere om sidste fødsel, eller om den plan der er udarbejdet ... ”.

Jordemoderen har fokus på kvindens kommende fødsel ved at spørge ind til, og følge op på den plan som er udarbejdet i forhold til fødslen. De traumatiske oplevelser, som det viser sig, mest er manden, der har oplevet, ved sidste fødsel er taget alvorligt. Oplevelserne er blevet genfortalt, og sammen med en jordemoder er det drøftet og planlagt, hvordan den kommende fødsel kan gribes an. På den måde er der skabt rammer og muligheder for, at kvinden kan imødegå fødslen, med bevidsthed om de ressourcer og muligheder der er for at navigere i et fødselsforløb. Endvidere for at manden har fået perspektiveret sine oplevelser, og på den måde kan stå bedre rustet i kommende fødsel. Man kan sige, at jordemødrene arbejder på at mobilisere parrets overskud og gøre dem robuste i forhold til den kommende fødsel. Citatet viser, at kvinden har oplevet fødselssamtalen og fødselsplanen som

meningsfuld, og at både hende og hendes partner har været villige til at indgå i dialogen omkring den kommende fødsel.

Gennemgående er det, at jordemødrene sørger for, at de gravide kvinder ved hvor de kan henvende sig ved usikkerhed, tvivl eller om mistanke om komplikationer. Endvidere er det gennemgående blandt jordemødrene, at de opfordrer kvinderne til, at ringe hvis de har brug for det:

””... Hvis der bliver noget, så ringer du. Nummeret står her på vandrejournalen” siger jordemoderen... ”.

” ... Jordemoderen informerer om, at kvinden er tilknyttet fødegangen én uge efter fødslen, og at sundhedsplejersken derefter tager over. Jordemoderen siger, ”i kan bare ringe ved behov... ”.

Jordemødrene medvirker på denne måde til, at tydeliggøre de handlemuligheder der er for de gravide kvinder i deres graviditetsforløb. Jordemødrene har fokus på, at kvinderne skal handle hvis der opstår komplikationer, ved at opfordre dem til at tage kontakt, ”hvis der er noget”. Det må antages, at kvinderne oplever denne sammenhæng og kontinuitet mellem jordemoderkonsultationen og den samlede obstetriske afdeling, som meningsfyldt og betryggende.

Jordemødrene bidrager til tilknytning imellem mor og barn og til familiedannelse. Dette gør jordemødrene, ved at relatere til barnet i maven og ved at spørge ind til større søskende og familien derhjemme:

” ... Jordemoderen spørger kvinden, om hun kender kønnet på barnet. Det bliver en pige, fortæller kvinden. Jordemoderen spørger videre til, hvad de to store drenge derhjemme siger til, at skulle være storebrødre. Kvinden fortæller om, hvordan de er meget forskellige, men vist glæder sig. Jordemoderen og kvinden drøfter, og udveksler synspunkter om glæde, stolthed og praktiske forhold ved det at have børn. Jordemoderen spørger ind til, hvordan kvinden og hendes mand har været som børn. Kvinden fortæller om forholdet til sine søskende, og om hvilke roller de hver i sær havde i gruppen ... ”.

Jordemoderen retter opmærksomheden mod kvindens to store drenge derhjemme, og på deres forventninger til at blive storebrødre. Ved desuden at rette opmærksomheden på parrets egen barndom kan man sige, at jordemoderen faciliterer tanker og overvejelser hos

forældrene, om både positive og negative forhold ved det at være søskende, og om at begå sig i en søskendeflok. På den måde lægges der op til, at parret kan overveje, hvilke udfordringer der kan opstå, og måske også overvejelser om hvordan man som forældre kan bidrage til en positiv energi i søskendeflokken.

Jordemødrene ser ud til at fungere som en ressource, der giver håb, opmuntre, trøster, roser, bekræfter, container, perspektiverer, er deltagende, forstående, imødekommende og interesseret:

” ... kvinden siger, at hun er så træt, og at hun ikke gider mere (red. ikke gider at være gravid mere). At hun har så meget væske i hænder og fødder, og at hun ikke kan sove om natten. Hun siger, at det er hårdt. Kvinden fortæller videre, at pigen i maven trykker på ribbenene, og at hun ikke kan få luft. Jordemoderen konkluderer, at kvinden lyder som en rigtig højgravid. Jordemoderen informerer om de gener, der følger med til sidst i svangerskabet, og hun rådgiver om, hvordan kvinden kan lindre nogle af symptomerne. Jordemoderen siger, at det er hårdt arbejde at være højgravid, men også dejligt og at nu kommer barnet snart. Jordemoderen siger, at man kan begynde at tænke” kom nu, veer” ... ”.

Citatet illustrerer, hvordan en højgravid kvinde som er besværet af graviditeten, giver udtryk for sine frustrationer overfor jordemoderen. Jordemoderen bringer sin faglige viden i spil i forhold til kvindens gener. Samtidig fokuserer jordemoderen på det positive i situationen, og udtrykker, at det også er dejligt at være højgravid. Nu er barnet klart til at komme ud, og jordemoderen retter kvindens tanker mod det næste step, nemlig fødslen.

3.3 Analyse af data fra fokusgruppe

Målet med dette kapitel er at studere jordemødrenes perspektiver på det sundhedsfremmende arbejde i jordemoderkonsultationen. Kapitlet er i lighed med afsnit 3.2 struktureret i henhold til temaerne: *jordemødre som linedansere* og *jordemødre som røde tråde*. Temaerne præsenteres på et overordnet niveau og underbygges af data-udtræk, som danner grundlag for de udvalgte tematikker. Fortolkninger af materialet beskrives løbende.

Jordemoderen som linedanser: Dette tema beskriver jordemødrenes perspektiver på det sundhedspædagogiske arbejde. Det viser sig, hvordan jordemødrene balancerer imellem forskellige krav og forventninger, som ligger i forlængelse dels af de formelle anbefalinger

for svangreomsorgen og dels i forlængelse af jordemødrenes egne faglige idealer og perspektiver.

En gennemgående værdi er, at jordemødrene ønsker at tage udgangspunkt i de gravide kvinders ønsker og behov. Jordemødrene udtrykker ønske om, at de gravide kvinder skal opleve sig hørt og have plads til at stille spørgsmål:

” ... for mig handler det om, det her med at man har en oplevelse af, at kvinden føler sig mødt, der hvor hun nu er. Det hun synes fylder for hende i graviditeten ... ”.

” ... Og at hun også føler, at der er tid til det, og at man griber de bolde, som hun sender ud i rummet. Det synes jeg, er rigtig vigtigt i en konsultation ... ”

Jordemødrene har opmærksomhed på, at den gravide kvindes livsverden har betydning i forhold til sundhed, og at det er en vanskelig proces at ændre livsstil. En jordemoder fortæller, hvordan hun forsøger at spørge ind til den gravide kvindes netværk og barndom, ud fra betragtningen om at livsstilsproblemer kan skyldes noget ”bagved liggende”:

” ... jeg prøver, at bruge mere tid på det sociale, om hun har nogle venner at forholde sig til, eller om der er noget i barndommen. Jeg tror den del, går jeg nok - det er ikke bare sådan, nå men, har du været ude for nogle overgreb, - det er lidt mere sådan, hvordan har din barndom været, i forhold til om hele familien måske har et problem. Jeg ved det ikke, men altså, om der er sådan lidt bagved liggende, hmm, men det er fordi de gange, jeg har prøvet at informerer om kosten, så er det, at jeg føler lidt, at de bare siger ja, fordi de ved det godt, de har hørt det før, - men det er ikke det, som gør det, det er ikke bare lige, at gå en ekstra tur, eller ... ”

” ... Rygning er tit deres mindste problem. Altså, det er sjældent, det som er problemet for dem, men det de gør for at holde roen og kontrollen. ... ”

Man kan se disse udsagn som eksempler på hvordan man som jordemoder bestræber sig på at indfri idealet om at inddrage de gravide kvinders livsverden i konsultationen, ved for eksempel at spørge ind til venner og barndom. Man kan sige, at man som jordemoder derved bliver gjort ansvarlig for ikke blot at følge op på graviditeten, fødsel og barselsperiode, men også på kvindens psykiske velbefindende og sociale relationer. Spørgsmålet er imidlertid

om den gravide kvinde er interesseret i og efterspørger at tale om venner og barndom. Endvidere kan man spørge, hvordan man som jordemoder skal behandle de informationer man eventuelt ville få, samt på hvilken måde et sådant relations arbejde kan bidrage til en positiv udvikling.

Jordemødrene italesætter, hvordan deres sundhedspædagogik udfordres, af de kvinder som ikke efterlever Sundhedsstyrelsens anbefalinger, og som ikke umiddelbart ønsker at indgå i en dialog om livsstilsændringer. Den ene jordemoder angiver, at mangle redskaber i forhold til at kunne tilbyde andet end information og vejledning. Hun fortæller, at hun differentierer sine indsatser ved, at fornemme hvor interesseret den enkelte kvinde er i information og vejledning, og derudfra informerer hun mere eller mindre. En anden jordemoder udtrykker tvivl om, hvordan hun kan informere gravide kvinder med livsstilsproblemer, på en måde så det ikke virker som en løftet pegefinger:

” ... Ved hende der ikke ville til rygestop – hun var også enormt overvægtig, og hun indrømmede, at de var enormt dovne, og de havde ikke lyst til at gå en tur, og selv deres hund var doven, og ville ikke gå en tur, for jeg spurgte ”kan i ikke gå en tur med hunden?”. Det endte med, at blive liggende der, og jeg tænker, at uanset hvad jeg havde sagt, så havde det ikke motiveret hende til at komme videre, og jeg tænkte hvad skal så motivere hende, hvis ikke hendes barn kan? Det er svært. Jeg tror bare, at det er der man, jeg ved ikke, jeg tror ikke, jeg føler, at jeg har andre redskaber, end at fortælle hvilken konsekvens det har. Alt efter hvor motiveret hun virker, så kan jeg godt fortælle lidt mere detaljeret, for så tænker jeg, at det kan få hende til at tænke, nå ja, det er derfor jeg skal gøre det. Hvis jeg derimod fornemmer, at hun ikke er så motiveret, så bliver det lidt mere overordnet, at det kan være, at der bliver ekstra vægtscanninger, i forhold til når du ryger, så kan dit barn være mindre. ... ”

” ... Jeg skal jo informere om Sundhedsstyrelsens anbefalinger, men hvordan informerer jeg det, så man ligesom vender det, og hun får fornemmelsen af, at det ikke er en løftet pegefinger, men det er simpelthen – ej, ja, det er godt nok svært. ... ”

Det ønskes, at de gravide kvinder kender Sundhedsstyrelsens anbefalinger om sund levevis, allerede før de kommer hos jordemoderen i konsultationen:

” ... jeg tænker, at vi på et eller andet plan, jo godt ved det alle sammen (red. kender Sundhedsstyrelsens anbefalinger om sund levevis), og den gravide ved også godt, og man kan også godt se, at de vil helst ikke snakke om det. Så jeg tror, jeg tænker, vi ved jo godt meget om det, så der må være en anden årsag til, at hun ikke følger det. ... ”

” ... jeg tænker, at de ved det jo godt (red. de gravide overvægtige kvinder kender anbefalinger om vægt, kost og motion), vi er ikke de første, der siger det. De ved det, bare når de går i bybilledet, og ser alle reklamer, ... ”

Men det fremhæves også som værdifuldt, at gentage anbefalingerne. Jordemødrene anser det som positivt at få gentaget rådene om sund levevis. En jordemoder har erfaringer med, at særligt de kvinder som ingen problemer har, tager godt imod at blive mindet om de sunde vaner. En jordemoder fortæller om, hvordan information og vejledning kan sætte tankeprocesser i gang hos en overvægtig gravid kvinde:

” ... så kan det godt være, at vi indimellem kommer til at gå ud fra, at vi jo ved, vi har jo alle hørt, at grønsager er bedre end fastfood, men at man lige får ridset det op igen. Men den er godt nok svær, det er den. ... ”

” ... Men jeg synes, at de helt ukomplicerede gravide responderer fint på, at man lige minder dem om – husk nu, at ja, sunde vaner. De plejer, at være glade for at man lige minder dem om det. ... ”

” ... først ville hun heller ikke rigtig snakke om det (red. en overvægtig der ikke ønsker at tale om sin overvægt), og så var det som, vi lige fik hul på ballonen, og så kom det lidt, og så kom vi til at snakke om, at du skal i BMI konsultation, og der tager man mere fat på det, og så blev det sådan vi fik rundet det af. Men der blev lige sat nogle tanker i gang. ... ”

Jordemødrene udtrykker usikkerhed omkring hvilke forventninger de gravide kvinder har, når de kommer i konsultationen:

” ... jeg ved ikke hvad de (red. de gravide kvinder) sidder med af forventninger, det er vel hvad veninder har fortalt dem, og hvad de har hørt. ...”

Jordemødrene har overvejelser, i forhold til om deres sundhedspædagogik skal være konfronterende, eller om den i højere grad skal afpasses det, som jordemødrene fornemmer, kvinderne ønsker at tale om. Begge jordemødre anser den ikke konfronterende tilgang som utilstrækkelig, og begge sætter spørgsmålstejn ved, hvad kvinderne får ud af ikke at blive konfronteret med deres uhensigtsmæssige livsstile. En jordemoder fortæller, at hun ikke systematisk er konfronterende, men lader problemområder passerer, hvis hun fornemmer, at kvinden ikke ønsker, at der skal tales yderligere om det. Hun forklarer sin ikke konfronterende tilgang med manglende personlige erfaringer med usund livsstil. Denne jordemoder antager, at en ikke konfronterende tilgang kan bevirke, at kvinderne forlader konsultationen lettede over ikke at blive konfronterede:

” ... det hjælper heller ikke, hvis vi alle tænker, at det er sådan hun tænker, og alle bare ikke har lyst til at gå ind i snakken (red. snakken om usund levevis) ... så bliver hun for alvor tabt. ... ”

” ... når de (red. de gravide kvinder med usund levevis) har udtrykt, at de ikke ville ind på det (red. ind på overvægt, rygning eller anden usund levevis), så har jeg nok også bare tænkt, jeg er ikke selv overvægtig, jeg har ikke selv prøvet at ryge, jeg har ikke haft et alkoholproblem, jeg har ikke været afhængig, så jeg ved ikke hvad de snakker om. Så hvis de giver udtryk for, at det vil jeg bare slet ikke ind på, så tænker jeg også, at det er fair, og så skal vi ikke snakke mere om det. Det er jo i virkeligheden ikke så godt, at gøre det sådan, men det er sådan det let ender med at blive for mig. Jeg tror også, håber jeg, at det er det, der gør, når de går ud af døren, at gud, jeg havde troet, at vi skulle snakke meget mere om det, - eller, at det var rart, at hun ikke også skulle sidde og stikke i det, men hvad de så får ud af, at man ikke siger noget, det er jo så den anden side af det. ... ”

I den ene jordemoders antagelse om at en ikke konfronterende tilgang kan bevirke, at kvinderne forlader konsultationen lettede over ikke at blive konfronterede, kan siges, også at indeholde en antagelse om, at de gravide kvinder med livstilsproblemer, må opleve det ubehagelig, at blive konfronteret. Der fremstår det billede, at jordemødrene og kvinderne

kan have forskellige målsætninger eller forhåbninger, i forhold til hvad der skal foregå i konsultationen, og at det er jordemoderen, som har magt til at bestemme, om der skal ”stikkes i det” eller om et livsstilsproblem kan passeres mere overfladisk. I antagelsen om, at kvinderne kan være lettede over ikke at blive konfronteret, illustreres også det perspektiv, at kvinderne kan finde det svært, at sætte grænser for hvad de ønsker drøftet.

Jordemødrene udtrykker tvivl, i forhold til om de gravide kvinder altid mener det, når de tilkendegiver, at de ønsker at gøre noget ved deres overvægt. Ovenstående overvejelse om at kvinderne finder det svært, at sætte grænser for hvad de ønsker drøftet, understøtter jordemødrenes tvivl.

” ... Jeg fortæller dem (red. de overvægtige gravide kvinder), at der i forhold til graviditeten er nogle komplikationer med overvægten, og hører selvfølgelig til, om hun er interesseret i at gøre noget ved det. Og det er de fleste jo, på et eller andet plan, om de så mener det eller ej, så siger de det i hvert fald. ... ”

” ... Ja, men så sidder man også, og tænker, gad vide om hun (red. en overvægtig gravid kvinde) bare sidder, og nikker ja til det (red. samtale om kost, motion og vægt), fordi hun tænker, at det er jo det, jeg skal sige – altså. Den er sku lidt svær. ... ”

Som tidligere nævnt i analyseafsnittet kan det ud fra et jordemoderfagligt perspektiv forekomme paradoksalt for kvinderne at sige nej til et tilbud, der er åbenlyst rationelt i forhold til sundhed. Når jordemødrene stiller kvinderne spørgsmålet, om de ønsker at gøre noget ved det, for eksempel deres overvægt, sættes kvinden i den position, at hun eventuelt skal sige nej til noget, der er der åbenlyst godt for hende og hendes barn. Når det alligevel kan være kvindens ønske at takke nej til tilbud om hjælp og støtte, kan det igen forklares med, at sundhedsadfærd handler om andet end rationel viden. Dette omdrejningspunkt vil blive udfoldet yderligere i diskussionen, med inddragelse af teori af Bourdieu (afsnit 4.1.4).

Jordemødrene føler, at de har en pligt til og et ansvar for at informere de gravide kvinder i forhold til forskellige sundhedsrelaterede emner. Ansvarsfølelsen er så stærk, at jordemødrene føler, at der er emner de må informere om, selvom det ikke er med udgangspunkt i den gravide kvindes umiddelbare behov eller ønsker:

” ... med rygning føler jeg mig forpligtet til, at fortælle om hvilken betydning det har for barnet i maven.

” ... Jeg tror helt sikkert hende med det høje bmi i sidste uge, bare tænkte ”hold nu din kæft” – men jeg følte bare som jordemoder, at det blev jeg bare nødt til at fortælle hende, og lige tage den der – for jeg tænkte, hvem skal ellers gøre det? Og det kan godt være, at hun ikke tager det til sig, men så har jeg gjort det (red. informeret kvinden) ... ”

En jordemoder italesætter, hvordan nogle gravide kvinder værner om deres autonomi, og hvordan det kan udmønte sig i berøringsangst hos jordemoderen. Jordemoderen oplever at afstå fra at tale om forskellige emner, for at bevare en god relation til kvinden:

” ... og det er også det de udstråler, når de kommer, og ikke vil tale om det (red. usund levevis), og ikke vil hjælpes. De udstråler jo, at det bestemmer jeg selv, og det er sådan, jeg vil leve mit liv. Det udstråler de, når de ikke kikker på en, armene over kors, forsvarsposition med det samme ik? Og så kommer den der berøringsangst, at man skal heller ikke spørge ind til det vel? Så man får en dårlig relation fra start. ... ”

En jordemoder udtrykker at den gravide kvindes autonomi er værdifuld:

” ... Og det tror jeg giver dem meget værdi, at få dem til at føle, at det skal være *deres* graviditet og deres fødsel, og at de styre det. ... ”

Jordemødrene udtrykker tvivl i forhold til det sundhedsfremmende arbejde. Jordemoderen bringer med sin tvivl, fokus på problemstillingen omkring hvilke forskellige målsætninger parterne i en jordemoderkonsultation har:

” ... Jeg tænker også på, det der med, når man sidder omkring en sundhedsfremmende snak, altså, - for hvis skyld gør vi det her? Er det for min skyld, fordi jeg er underlagt en vis retningslinje og Sundhedsstyrelsens anbefalinger, og jeg skal gøre, det jeg skal, eller er det egentlig for kvindens skyld, og hvad er det så, kvinden gerne vil, altså det der med lige at finde ud af – det synes jeg, godt nok er svært, nu hvor vi taler om det. Altså for hvis skyld gør vi det? ... ”

Jordemødre som røde tråde: Dette tema illustrerer jordemødrenes forståelse af og perspektiver på deres roller og opgaver i konsultationen:

Jordemødrene vægter en god relation til de gravide kvinder, og anser det som essentielt for et godt samarbejde:

” ... Og så synes jeg, at det er vigtigt, at der skabes en relation, en god relation, så de har tryghed til at tale med os ... ”

” ... så en god relation er en kæmpe fordel. Vi ser dem så hyppigt i graviditeten. ... ”

Jordemødrene anser sig som bindeled til fødegangen, til en god fødsel og barselstid. Jordemødrene udtrykker, at ville give kvinderne fornemmelsen af tryghed og kontinuitet:

” ... de der strenge vi har til fødegangen, - men at man kan sige til kvinderne ”det kan være, at vi ses derinde”, og de får en fornemmelse af, at alle jordemødre gerne vil dem det bedste, og tager hånd om dem, og gerne vil, at man får en god fødsel og barselsperiode.

Jordemødrene italesætter sig selv som ”den røde tråd”, der bidrager til sammenhæng og mening i de gravide kvinders forløb. Jordemoderkonsultationen italesættes som en central base, som kvinderne kommer tilbage til, og hvor de kan få fulgt op på emner, de er ”støt på”, for eksempel i møder med andre fagpersoner. I konsultationen relateres til graviditeten og fødslen. Her følges barnet i forhold til dens trivsel, her lyttes hjertelyd og forældrene kan herved relatere til barnet og til dem selv som par:

” ... det med følelsen af sammenhæng, det tænker jeg helt klart, at vi bidrager til med de her opfølgende tider hos os, hvor vi følger op på de ting, vi har talt om tidligere, og hele tiden relaterer det til graviditet og fødsel. Udvendig undersøgelse, lytter til hjertelyden og altså den der røde tråd, som vi er med til at skabe igennem graviditeten, den tror jeg giver dem en oplevelse af sammenhæng og mening, - det at de er sammen som par, og venter det her

barn, og det tror jeg er en vigtig værdi i det arbejde, vi gør her. At vi skaber den der røde tråd. ... ”

3.4 Sammenfatning af temaernes essenser

I det følgende samles fundene fra datamaterialet. Jeg har identificeret flere modsætningsfyldte forhold i jordemødrenes sundhedsfremmende arbejde i en jordemoderkonsultation og disse præsenteres her.

Det fremstår som en central værdi, at jordemødrene ønsker at det skal være rart for de gravide kvinder at komme i jordemoderkonsultationen. Individuel omsorg, en god relation mellem jordemoder og den gravide kvinde og hensyntagen til kvindens behov, ønsker og præferencer og øvrige livsvilkår, er vigtige temaer i både observationsstudie og fokusgruppe.

Datamaterialet illustrerer, at de gravide kvinder inddrages i konsultationen, primært ved at få lov til at stille spørgsmål og få talt om emner som er uafklarede eller som bekymrer dem. Kvinderne tager overvejende initiativ til at tale om graviditets- og fødselsrelaterede emner, medens jordemødrene supplerer med emner om barselsperioden og om kvindernes livsstile og personlige liv.

Det viser sig, at jordemødrene, som praktiserer i forlængelse af nationale og lokale formelle grundlag, arbejder individorienteret med en målsætning om, at gravide kvinder skal have hjælp til livsstilsændringer, så deres sundhedsadfærd kan forskydes mod det, som Sundhedsstyrelsen definere som ”det sunde”. Imidlertid kan nogle af de gravide kvinder have et ønske om hjælp, udelukkende til at vurdere deres graviditet. Jordemødrene udtrykker tvivl i forhold til, for hvis skyld det sundhedsfremmende arbejde udføres, og italesætter overvejelser om at lade ”ting passere” fremfor at bringe sin faglighed i spil.

Der tegner sig et billede af, at hensigten med at tage udgangspunkt i kvindens ønsker, behov og præferencer udfordres, især når kvinden ikke følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger i forhold til livsstil. Jordemødrene udfordres når kvinderne ikke tager ansvar for egen helse, når kvinderne ikke er bevidste om den risiko de udsætter sig selv og deres barn for, og når de fremstår som ikke samarbejdsvillige, vurderet fra jordemødrenes perspektiv. Én jordemoder oplever, at det især er de helt ”ukomplicerede” gravide kvinder, som gerne vil mindes om de sunde vaner. Jordemødrene ønsker at inddrage kvindernes livsverdener, men oplever det vanskeligt. De udtrykker at mangle redskaber, i forhold til at kunne tilbyde andet end information, vejledning og rådgivning.

I analysen fremtræder et paradoks, idet det fremstår som muligt, at jordemødrene og de gravide kvinder arbejder med forskellige målsætninger. Jordemødrene har en stærk følelse af pligt og ansvar for, at sikre sig at de gravide kvinder er bekendt med Sundhedsstyrelsens anbefalinger, og med hvad risikoadfærd kan have af konsekvenser for dem og deres barn. Denne ansvarsfølelse er så stærk, at jordemødrene føler, at der er emner, de må informere om, selvom det ikke er med udgangspunkt i den gravides umiddelbare ønsker og behov. Samtidig har jordemødrene den betragtning, at sundhedsfremmende indsatser ingen hensigt har, hvis den enkelte kvinde ikke ønsker dette fokus. Jordemødrene differentierer sine sundhedsfremmende indsatser, blandt andet ved at tage udgangspunkt i egne fornemmelser for hvor interesseret den enkelte kvinde er i information, vejledning og rådgivning omkring livsstil.

I den specialiserede konsultation for kvinder med et højt BMI tydeliggøres hvordan jordemødrenes faglige ideal om at tage udgangspunkt i den enkelte kvinde, udfordres. Her opstår en fokusering på negative forhold ved de gravide overvægtige kvinder, i forlængelse af den gode hensigt at arbejde mod mere sundhed.

I arbejdet med at opspore risici styrer jordemødrene kommunikationen ved at udspørge kvinderne om fysiske, psykiske og sociale forhold. Dette kan afstedkomme udfordringer i kommunikationen med de gravide kvinder. Endvidere kan styringsteknikkerne potentielt medføre, at den enkelte kvinde føler sig intimideret. Samtidig tydeliggøres en magtfordeling i relationen der kan få den betydning, at de gravide kvinder med livsstilsproblemer kan have vanskeligt ved at takke nej til jordemoderens tilbud om sundhedsfremmende hjælp.

På den måde tyder analysen på, at jordemødre arbejder i et spændingsfelt af modstridende krav og forventninger. Det viser sig som frustration og usikkerhed blandt jordemødrene i forhold til, hvordan man kan agere som sundhedsprofessionel, når den gravide kvinde skal anskues som ekspert på sit eget liv, med retten til at definere hvordan det skal leves.

4. Diskussion

I dette afsnit diskuteres temaernes essenser og på den måde perspektiveres opgavens problemformulering. Målet er at bidrage med perspektiver, udfra hvilke jordemødre kan diskutere deres konsultationsarbejde på nye måder. Diskussionen berører det praksisnære jordemoderarbejde og samfunds – og organisatoriske aspekter.

Resultaterne fra analysen viser flere forskellige og indbyrdes modsætningsfyldte roller, som jordemødre og gravide kvinder forventes at indtage i en jordemoderkonsultation. Det er med udgangspunkt i disse paradoksale forhold, at diskussionen udarbejdes. Jeg anser det grundlæggende paradoks som værende, at man skal agere som professionel, samtidig med at den person som man er ansat til at informerer, vejlede og rådgive med mere, pr. definition selv skal anskues som eksperten. Herudaf kan der udledes yderligere paradoksale forhold, som belyses og diskuteres i afsnit for sig.

Jeg inddrager teori af Bourdieu og Foucault til at belyse og forstå empiriens paradokser. Desuden inddrages Järvinen og Mik-Meyers antologier ”At skabe en klient” og ”At skabe en professionel”. I disse antologier analyseres empirisk materiale fra forskellige forskningsprojekter om socialt arbejde i velfærdsinstitutioner. Antologierne belyser, hvordan forskellige fagfolk – socialrådgivere, pædagoger, skolelærere, sygeplejersker, læger med flere, varetager deres arbejde i velfærdsstaten. Järvinen og Mik-Meyer peger, i tråd med min analyse, på en række paradokser i socialt arbejde (Järvinen and Mik-Meyer, 2013a, Järvinen and Mik-Meyer, 2016). Endvidere præsenterer jeg en ph.d.-afhandling af lektor i pædagogik ved Århus Universitet, Jeanette Magne Jensen, om kortuddannede kvinders hverdagslige sundhedsbegreb, - om mulige veje til reduktion af social ulighed i sundhed. Denne afhandling bidrager, sammen med en kronik udgivet i dagbladet ”Politikken” og endvidere intervieweksempler fra en opgave som jeg tidligere har udarbejdet på kandidatuddannelsen, med de gravide kvinders perspektiver på mit problemfelt.

4.1 At praktisere i et spændingsfelt

I specialets indledende afsnit 1.2 blev der præsenteret en doxa om, at en jordemoder skal kunne balancere knivskarpt imellem, at informere og vejlede om det som Sundhedsstyrelsen betragter som sund praksis, og samtidig tage udgangspunkt i den enkelte gravide kvindes ønsker, behov og øvrige livsvilkår.

Denne doxa genfindes i mit studie, hvor det viser sig, at jordemødrene på en gang ønsker at inddrage de gravide kvinder, og samtidig har en stærk følelse af pligt og ansvar for, at sikre sig at de gravide kvinder er bekendt med Sundhedsstyrelsens anbefalinger, og med hvad risikoadfærd kan have af konsekvenser for dem og deres barn. Denne ansvarsfølelse er så stærk, at jordemødrene føler, at der er emner, de må informere om, selvom det ikke er med udgangspunkt i den gravides umiddelbare ønsker og behov. Dette forårsagede frustration og usikkerhed blandt jordemødrene i forhold til, hvordan man kan agere som

sundhedsprofessionel, når den gravide kvinde skal anskues som ekspert på sit eget liv, med retten til at definere hvordan det skal leves.

Denne paradoksale tilgang, som i afsnit 2.2 belyses via governmentality begrebet, hvor man på en gang ønsker at lede og definere sundhed, og samtidig ønsker at inddrage og anskue mennesket som ekspert på eget liv, genfindes i andet socialt arbejde (Järvinen and Mik-Meyer, 2016, Dean, 2006, Järvinen and Mik-Meyer, 2013a). Järvinen og Mik-Meyer som gennem en årrække har forsket i socialt arbejde, anskuer paradokset som et vilkår, der ikke umiddelbart kan løses, men som ikke desto mindre kræver den professionelles opmærksomhed. De stiller spørgsmålet om, hvilke roller der efterlades til den professionelle, når denne ikke må indtræde i en synlig ekspert rolle. Som en skærpende omstændighed peger de på, at den sundhedsprofessionelle er under pres for at levere et arbejde, der skal dokumenteres, og at stigende krav om dokumentation kan relateres til en omsiggribende evalueringsbølge og markedsføring, som præger dagens velfærdsarbejde (Järvinen and Mik-Meyer, 2016 s. 26-27). Min analyse og Järvinen og Mik-Meyers anskuelser illustrerer, hvordan jordemødre på den ene side skal være tilbageholdende med deres ekspertise i forhold til de gravide kvinder, som selv skal have retten til at bestemme over deres liv og måder at håndtere sundhed på. På den anden side er jordemødrenes arbejde standardiseret via en standardplan i den elektroniske patientjournal og via formelle retningslinjer og anbefalinger, hvor igennem jordemødrene stilles til ansvar for det arbejde som de udfører.

På den måde bliver jordemødrenes faglighed fanget i en kamp mellem hensynet til økonomi og videnskab på den ene side og til de gravide kvinders autonomi på den anden side. Tilbage står spørgsmålet om, hvordan jordemødre skal differentiere deres sundhedsfremmende indsatser, således at alle kvinder kan sikres en indsats, som kommer lige netop dem til gode. Dette vil jeg forholde mig til i næste afsnit. Blandt andet med Bourdieus kernebegreber om habitus og kapital vil jeg diskutere jordemødrenes balancegang mellem information, vejledning og rådgivning, og det at tage udgangspunkt i den enkelte gravide kvindes livsverden.

4.1.1 Flere perspektiver på spændingsfeltet

Min analyse viser, at de gravide kvinder tilbydes kvalificeret information, vejledning og rådgivning i forhold til sundhed, men at jordemødrene udfordres, når kvinderne ikke er i stand til, eller parate til eller enige i, at de skal udvikle deres kompetencer og livsstil i retning af det som jordemoderen anbefaler. Bourdieu udfordrer den regel-styrede indsats, som

præger jordemødrenes praktikker i konsultationen. Med sit praktikteoretiske perspektiv, redegør han for, at sociale praktikker ikke primært styres af regler, men af det han kalder habitus. Habitus kan, jf. afsnit 2.6 forstås som den kropslige orientering, der er indlejret i kroppen på os, gennem den historie vi har med os fra barndommen, ungdommen, gennem uddannelse mm. (Bourdieu, 1997 s.23-24,137-139). Spørgsmålet om sundhedsadfærd og valg af livsstil bliver på den måde overvejende bestemt af den livshistorie, den enkelte kvinde har indlejret i kroppen. I tråd hermed redegør Jensen i ph.d. - afhandlingen ”Kortuddannede kvinders hverdagslige sundhedsbegreb” for, hvordan betingelser og vilkår i kvindernes hverdagsliv kan have betydning for, hvordan de agerer i forhold til sundhed (Jensen, 2010). Jensen konkluderer, at kvinderne tænker de offentlige sundhedsråd som uforenelige med det gode liv, og at de støder dem fra sig, fordi det er uforeneligt, med den måde de ønsker, og har mulighed for at leve på (Ibid.). Bourdieu og Jensen tydeliggør det værdifulde i at forsøge at tage udgangspunkt i den enkelte kvinde og inddrage hendes livsvilkår, hvis man ønsker et konstruktivt samarbejde i forhold til sundhedsfremme.

I lyset af Bourdieu og Jensens ser det ud til, at jordemødrenes sundhedsfremmende indsatser især er for de kvinder, som har en habitus der gør dem i stand til at modtage og omsætte jordemødres information, vejledning og rådgivning, og som kan identificere sig med det indhold, som jordemødre præsenterer. Kvinder med en anderledes habitus og andre kapitaler vil kunne have vanskeligere ved at profitere af jordemødres indsatser. Denne tese vil være interessant at udforske og afprøve yderligere i et andet studie.

Kapital-begrebet er ligesom habitus et af Bourdieus kernebegreber. Det skal forstås som menneskelige ressourcer eller goder, der kan kategoriseres som økonomiske (formue, indkomst mm.), kulturelle (uddannelsesbaggrund, fritidsinteresser, kulturforståelse mm.), sociale (familie, venner og øvrige socialt netværk) eller som symbolske (status, prestige og anerkendelse) (Larsen, 2018 s. 58-59). Bourdieus habitus og kapitalbegreb kan nuancere min analyse af møderne i en jordemoderkonsultation mellem jordemødre og gravide kvinder. Mødet kan siges, at være præget af parternes forskellige kapitaler og habitus, som kommer til udtryk i mere eller mindre grundlæggende forskelle i livsindstilling. Der kan være forskellige opfattelser af, for eksempel hvad et godt liv er, hvad sundhed er, og hvordan man er en god mor. Jordemødre kan på den måde, ses på som værende i en position, hvor de i kraft af deres kapitaler og legale myndighed overfor kvinden, kan komme til at fremstå som overlegne, med mere legitime livsindstillinger.

Järvinen og Mik-Meyer (Järvinen and Mortensen, 2018 s. 189) berører jf. afsnit 1 også dette omdrejningspunkt, og kobler det til social ulighed. De pointerer, at de ressourcestærke individer i samfundet har lettere ved at modtage og omsætte sundhedsråd end andre med få ressourcer. Järvinen og Mik-Meyer argumenterer for, at individer med få ressourcer har større risiko for social udstødning, og at de forøgede krav til individet om selvstyring og ansvar ligefrem kan være med til at forstærke denne risiko (Ibid.). Perspektiverne leder opmærksomhed på, at jordemødre er i en position, hvor de potentielt kan medvirke til marginalisering af de kvinder, der ikke har de fornødne kapitaler og habitus til at modtage og omsætte sundhedsfremmende indsatser og dermed marginaliseres. Min undersøgelse afdækker ikke hverken jordemødrenes eller kvindernes habitus eller kapitaler, og jeg har ikke fundet litteratur der underbygger denne tese, når det gælder det jordemoderfaglige arbejde eller gravide kvinders oplevelser. Tesen er derfor med forbehold, men interessant som udgangspunkt for yderligere forskning.

Nu vil jeg bevæge mig videre fra forhold i relationen mellem jordemoder og gravid kvinde, til hvordan forhold i institutionen har indflydelse på jordemødrenes måde at differentiere deres sundhedspædagogiske tiltag.

4.1.2 Et jordemoder-institutionsforhold eller et jordemoder-kvindeforhold?

Min analyse tydeliggør, at det felt hvori jordemødre skal praktisere sundhedspædagogik, indeholder modsætningsfyldte forhold. For eksempel tilsiger formelle retningslinjer, at jordemødrene skal opretholde et informationsniveau, hvorfra hvilke de gravide kvinder kan træffe deres valg om blandt andet livsstil. Nogle kvinder beskrives af jordemødrene som positive overfor information og vejledning, medens jordemødrene også har tvivl i forhold til andre kvinders forventninger til indholdet i konsultationen. Analysen peger på, at inddragelse af den enkelte kvindes særlige situation, i nogen tilfælde, er udfordret. Kvindernes individuelle karakteristika og specielle livssituationer forsvinder ind i et systems behov for at kategorisere, i forlængelse af det som anses for problematisk.

Min analyse viser, hvordan de gravide kvinders livsstilproblemer formuleres, og behandles, således at de passer ind i organisationens doxa. For eksempel når kvinder med et BMI på over eller lig med 30, visiteres til en særlig konsultationsform, hvor lokale retningslinjer tilsiger et fokus på kvindernes vægtanamnese og deres livsstil omkring kost og motion. Analysen viser, hvordan jordemødrene fokuserer på at informere, vejlede og rådgive

kvinderne om Sundhedsstyrelsens anbefalinger, og på at konfrontere kvinderne med eventuelle vægtstigninger og med behovet for en sundere livsstil.

Udgangspunktet for hjælpen og støtten bliver altså ikke kvindernes selvoplevede behov, men det tilbud som jordemodercentret råder over. Et studie af Newnham et al. (Newnham and Kirkham, 2019) underbygger mine fund, og benævner denne tilgang som et ”jordemoder-institutions” forhold. De redegør for, at kvindernes autonomi, i dette forhold, ofte glider i baggrunden, som følge af obstetrikens fokus på barnet før moderen og som følge af den paternalistiske medicins historie. Newnham et al. taler for et ”jordemoder-kvindeforhold” ud fra en betragtning om at jordemødres travlhed, og de krav der ligger til dem om at få de gravide kvinder igennem et systembestemt koncept, kan bevirke en skadelig påvirkning af kvinderne, i form af unødvendig bekymring og nervøsitet. De peger på, i tråd med nogle af mine fund, at princippet om respekt for den enkeltes autonomi i høj grad er retorisk, og at retorikken kan skjule forskellige former for uetisk praktisk (Ibid.).

Et studie af Browne et al. (Browne et al., 2014) ligger i tråd med Newnham et al. Browne et al. supplerer perspektivet om at tænke barnet før moderen, ved at nuancere forholdet mellem det som anses som normale forhold, og det som anses som patologiske forhold. De angiver, at jordemødre selvfølgelig skal screene og opspore risici, men at de også har en forpligtelse til ikke at tillade, at mulige komplikationer skal dominere kvinders graviditeter, fødsler og barselsperioder.

Min analyse viser, hvordan nationale og lokale retningslinjer fokuserer skarpt på de områder af kvindernes liv, der passer ind i systemets sandhedsregime og behov for at kategorisere. ”Sandhedsregimer” er et begreb, som Foucault bruger i sine magtanalyser. Et sandhedsregime betegner de systemer og processer, som differentierer det, som anses som sande diskurser, fra de som anses som falske (Järvinen and Mortensen, 2018 s. 13) I forlængelse af mine analytiske fund, og af studiet af Newnham et al. kan der peges på, at svangreomsorgen, og særligt den specialiserede konsultation for overvægtige gravide kvinder, på nogle områder kommer til at fremstå uetisk, på den måde at samarbejdet ikke tager udgangspunkt i kvindernes egne ønsker, behov og motivationer, men i et systems sandhedsregime, og behov for at kategorisere.

I det følgende afsnit vil jeg diskutere begrebet ”sandhedsregime” nærmere og relatere det til ”evidensbegrebet”. Det danske sundhedsvæsen bygger på det fundament, at behandling og omsorg ideelt bør være evidensbaseret. Det vil sige, at den viden der ligger til grund for

behandling og omsorg, skal være forskningsbaseret og repræsentere den bedste tilgængelige viden, fra systematisk forskning (Lund et al., 2017). Ved at inddrage en kvindes oplevelser af sit møde med sundhedsvæsenet giver jeg eksempler på, hvordan ”sandhedsregimer” og evidens kan komme i spil, mellem gravid kvinde og jordemoder og skabe udfordringer. I forlængelse heraf diskuterer jeg jordemødrenes differentiering af deres sundhedsfremmende indsatser.

4.1.3 Sandhedsregimer og sundhedsdiskurs

Cand.mag. i filosofi Heidi Fjelstrup fortæller i kronikken ”Sundhedssystemet sygeliggør overvægtige gravide” (Fjelstrup, 2017) om hvordan hun, som overvægtig og gravid, oplevede at blive talt ned til og umyndiggjort under sine besøg hos jordemødre og læger, igennem begge sine graviditeter. Hun fortæller, at hun følte sig som ”blot en fed i rækken, som nu per definition krævede en ekstra indsats” (Ibid.). Man kan sige, at Fjelstrup har oplevet et system, som ikke har tilgodeset eller inddraget hendes behov og ønsker i konsultationerne. I et interview udtaler Fjelstrup:

”Jeg ved naturligvis godt, at man kan blive syg af, at være for tyk. Jeg er bare ikke syg. Det er aldrig lykkedes mig, at blive slank, men jeg lever sundt – jeg spiser sundt, men bare for meget. Men jeg er nået til et punkt i mit liv, hvor jeg har besluttet, at min vægt ikke skal fylde i mit liv. Det gjorde den så rigeligt i min ungdom” (Rubin, 2017).

Det fremgår, at Fjelstrup umiddelbart ikke ønsker, - eller ikke prioriterer, - eller ikke kan gøre noget ved sin livsstil, i forhold til at tabe sig. Min analyse viser at for jordemødrene, som besidder viden om de komplikationer og sygdomme, som overvægt kan forårsage i graviditeten, under fødslen og også senere i livet, for både mor og barn, kan dette opleves som problematisk og udfordrende. Man kan sige, at Fjelstrup bliver repræsentant for en diskurs i forhold til sundhed og sygdom, mens jordemødrene, som repræsentanter for en særlig systemisk doxa, repræsenterer en anden diskurs. Mødet mellem parterne udfordres i kraft af forskelligheder.

Jordemødrenes repræsentation af en systemisk doxa og en særlig sundhedsdiskurs kan udfoldes via rapporten ”Evidens i forebyggelsen” fra Sundhedsstyrelsen (Skovgaard et al., 2007). Her redegøres for evidensbegrebet og dets anvendelse, når det gælder sundhedsfremme og forebyggelse. Rapporten slår fast, at det er vigtigt at kende til, og at forholde sig kritisk til det vidensgrundlag der arbejdes ud fra, i sundhedsfremmende

indsatser. Det angives, at når det gælder sundhedsfremme og forebyggelse er det nødvendigt at supplere den epidemiologiske viden, med viden fra for eksempel sociologi, psykologi, kommunikation og økonomi (Ibid., s. 6, 20). Lund et al. ligger i tråd hermed. De beskriver, at evidensbaseret praksis ideelt set er en kombination af forskningens resultater, patientens situation, den professionelles viden og færdigheder, og af de givne rammer og ressourcer (Lund et al., 2017 s. 19-22). Evidensbegrebet skal altså forstås som mere end blot tal og sandsynligheder.

Når jordemødre skal differentiere deres sundhedsfremmende indsatser, skal de altså medtænke egne faglige færdigheder og erfaringer og desuden medtænke de gravide kvinders konkrete situation. Det tydeliggøres, at jordemødre skal kunne kombinere forskellige vidensformer. Jf. min analyse af ”Anbefalinger for svangreomsorgen” i afsnit 1.2 fremstår det diffust, hvordan jordemødre mere konkret skal praktisere i forlængelse heraf. Min analyse viser i tråd med det, at jordemødrene oplevede ikke at have redskaber til at tilbyde andet end information, vejledning og rådgivning, og at der ikke er ”fælles fodslag” i forhold til sundhedspædagogiske overvejelser. Det er min vurdering at et kvalitetsløft på dette område vil kunne styrke kvaliteten i mødet mellem jordemoder og kvinde, måske især i de møder hvor kvinden, som Fjelstrup, står for en alternativ sundhedsdiskurs. Min anskuelse er, at jordemødrene i deres differentiering skal arbejde på at bevare deres faglige ståsted, samtidig med at de bevare interessen for at lytte og lære af kvinderne og holde fast i at tage udgangspunkt i kvindernes livsverdener.

Flere har bidraget med sundhedspædagogiske modeller, som forsøger at tage højde for de særlige udfordringer, der er i socialt arbejde, når det gælder sundhedsfremme (Jensen, 2010, Carlson, 2009, Browne et al., 2014). Alligevel dokumenteres det som vanskeligt at svare entydigt på, hvordan man skal tilrettelægge en effektiv sundhedsfremmende indsats, og at der fortsat er et stort behov for at udvikle og afprøve nye indsatser og modeller (Whitaker et al., 2016, Heslehurst, 2011, Skovgaard et al., 2007).

I det sidste afsnit i diskussionen vil jeg udfolde hvordan de særlige sundhedsregimer, som jordemødrene positionerer sig i forlængelse af, ser ud til at give jordemødrene en særlig magt i forhold til det sundhedsfremmende arbejde, og endvidere hvordan det påvirker parternes møde.

4.1.4 At praktisere i gråzonen. Magtens form.

Browne et al. peger på, at den simple handling at give information og vejledning ikke er værdifri, men at der samtidig forgår en moralisering, som forbindes med kvindens beslutninger om, hvordan hun lever sit liv i sin graviditet (Browne et al., 2014). I min analyse genfindes denne pointe. Jeg peger i analysen på en gråzone, som opstår i jordemødrenes praksisfelt med sundhedsfremme, i form af mindre legitim magtudøvelse. Jeg beskriver hvordan myndighedsudøvelse, støtte, forhandling, overtalelse, disciplinering og kontrol blandes sammen, og hvordan nogle gravide overvægtige kvinder ser ud til at bøje sig for magten.

Analysen belyser hvordan jordemødrenes magt til at praktisere sundhedsfremme, bliver svær at opponere mod for de gravide kvinder, fordi jordemoderen jo dybest set ønsker at hjælpe og bidrage til, at kvinderne får en så god graviditet som mulig og så sundt et liv som muligt.

Foucaults begreb eufemiseret magt (Järvinen and Mortensen, 2018 s. 17), indkapsler det magtforhold, som jeg får øje på i analysen. Foucault beskriver det, som nævnt tidligere i analysen, som en magt der kalder sig noget andet, for eksempel støtte, heppekor, eller som fremstår som repræsentant for den rigtige viden (Ibid.). Bourdieu bruger begrebet ”symbolsk vold” om denne type af magt (Bourdieu, 1997 s. 104-105). Han beskriver hvordan symbolsk vold, altså udøvelse af en magt som kalder sig noget andet, får de dominerede til velvilligt at bøje sig for magten, som de ikke engang selv føler som magt. Jordemødrenes sundhedsfremmende indsatser udføres i forlængelse af et systems foranstaltninger og beslutninger, og fremstår umiddelbart som legitime og som båret af intentioner om at hjælpe og støtte de gravide kvinder. Jordemødrenes handlinger synes på ingen måder, at ligne voldshandlinger, men Bourdieu beskriver, at voldshandlingen ligger i, at det synes selvmodsigende eller uansvarligt at anfægte jordemødrenes bestræbelser, der jo bygger på fagets evidente materiale og de bedste hensigter (Järvinen and Mortensen, 2018 s. 17).

Foucault kobler jf. afsnit 2.2 viden og magt. Han peger på, at den som sidder inde med ”sandheden” har magten. Foucault beskriver yderligere hvordan ”den anden”, som han anser som værende den, der er objekt for sandhedsdiskurserne, er udelukket fra at bidrage og kommenterer på den dominerende diskurs. På den måde fremstår det, som meget vanskeligt for de gravide kvinder, at ”forvare sig mod magten” og få deres egne sandheder frem i lyset. Jordemødrenes teknikker til at holde fokus på bestemt sandhedsregimer og sundhedsdiskurser i forhold til kvindernes livsstil og personlige forhold, bliver da også

umiddelbart godtaget og accepteret af de gravide kvinder. I et tidligere kvalitativt studie som jeg har udarbejdet på kandidatuddannelsen i jordemodervidenskab om brugerinddragelse i jordemoderkonsultationen interviewede jeg og en medstuderende 5 gravide kvinder om deres perspektiver på brugerinddragelse (Eklund and Hansen, 2018). Her var det gennemgående hos alle 5 kvinder at de udviste forståelser for, at der er noget, som jordemødre skal informere om, og at det er nødvendigt også at tale om ”ubehagelige” emner, som for eksempel BMI eller rygning. De udtrykte accept af, at denne information ikke umiddelbart tager udgangspunkt i deres livsverden. Paradoksalt fremgik det også, at flere af kvinderne havde oplevet at den position, som de blev sat i, i konsultationen, var problematisk og intimiderende. Én af kvinderne beskrev, at jordemoderen havde spurgt ind til psykologiske emner, som den gravide kvinde ikke havde ønsket drøftet. Kvinden havde oplevet, at hun blev nødt til at svare på de stillede spørgsmål, trods det, at hun følte sig intimideret. Én anden kvinde fortalte, at hun havde fået tanker om at lyve om sin kost og at fremlægge den som bedre, end den egentlig var.

Det tyder i forlængelse af ovenstående på, at jordemødre i deres differentiering af sundhedsfremmende indsatser udøver en magt, som kalder sig hjælp, støtte, heppekor, eller som viser sig som repræsentant for den ”rigtige viden”, og som Foucault og Bourdieu benævner eufemiseret magt og symbolsk vold. Nogle af de gravide kvinder ser ud til at bøje sig for magten, nogen oplever det som intimiderende, medens andre ser ud til at finde individuelle alternative strategier for at navigerer i jordemoder-institutionsforholdet.

5. Diskussion af kvaliteten i mit kvalitative projekt

Spørgsmålet om hvor gyldig den viden, som de analyser og de argumenter jeg har produceret via observationsstudie, interview og fokusgruppen, er, har været en del af hele min undersøgelsesproces. Her til slut i specialet vil jeg diskutere mine samlede overvejelser om kvaliteten og gyldigheden af mit forskningsarbejde, og give et bud på hvorvidt specialets fund kan generaliseres til en bredere population af jordemødre, samt til andre jordemoderkonsultationer i Danmark.

Jeg vil nævne, at der er en pågående diskussion omkring hvad kvalitative forskningsmetoder egentlig kan bidrage med. Der sættes spørgsmålstejn ved, om de kan producere valid viden eller ”lovæssigheder”, forstået som teori, som kan generaliseres til bredere populationer (Green and Thorogood, 2014, Halkier, 2011). Professor i sociologi Bente Halkier har beskæftiget sig med kvalitet og gyldighed i kvalitativ forskning (Halkier, 2011, Halkier,

2016). Det er blandt andre hendes fremstilling, som jeg forholder mig til i dette afsnit. Hun benytter begreberne validitet, reliabilitet og generaliserbarhed, som kriterier for god undersøgelsespraksis og til vurdering af gyldighed i undersøgelsesresultater. Halkier beskriver hvordan begreberne ofte forbindes med den traditionelle positivisme, hvor der er en opfattelse af, at der er én virkelighed, som kan spejles af viden, og hvor empirien er indsamlet med præcise analytiske begreber og metoder. I det kvalitative arbejde opgives denne forestilling om sandhed og i stedet arbejdes der med en kommunikativ gyldighed, som uddybes senere i afsnittet. I kvalitativt forskningsarbejde er det et omdrejningspunkt at forskeren skal forsøge at overbevise andre om gyldigheden af sine analytiske valg, sine argumenter og sine resultater. Dette skal gøres ved at gøre sine valg og argumenter tilgængelige og gennemskuelige for andre (Halkier, 2016, Krogstrup and Kristiansen, 2015, Halkier, 2011). Endvidere gennem en reflektive vurdering, hvor det handler om at gennemtænke, hvad der blandt fundene er kontekstbestemt, og hvad der måtte være muligt at anvende mere alment i en bredere forstand (Green and Thorogood, 2014 s. 308-310).

5.1 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhed

Validitet, reliabilitet og generaliserbarhed handler om at sikre sig, dels at man konkret undersøger det, som man i udgangspunktet satte sig for at undersøge, om den valgte forskningsmetode har været velegnet til at beskrive det, som var ønskeligt og i hvilken grad man undersøger sin problemstilling. Reliabilitet handler om at designe og afvikle sit studie på en faglig forsvarlig måde. Det kræver, at man som undersøger forholder sig systematisk og reflekteret til de konkrete udførelser af dataproduktion og analyse. Med begrebet generaliserbarhed beskæftiger man sig med i hvilken grad et studies fund kan overføres til andre kontekster eller til større populationer (Halkier, 2016 s. 105-109, Green and Thorogood, 2014 s. 272-275).

Jeg har igennem min forskningsproces tilstræbt ovenstående. Min opfattelse er, at mine valg har været relevante i forhold til problemformuleringen og at mine arbejdsprocesser har demonstreret stringens og sammenhæng. Min vurdering er, at jeg har bidraget med en righoldig fremstilling af nogle jordemødrenes sundhedsfremmende indsatser i konsultationsarbejdet. Dette på trods af at mit studie baserer sig på data, der er produceret på baggrund af et lille uddrag af konsultationsjordemødre, hvor det må antages, at jeg ikke har kunnet opnå en begrebsmæssig kompakt redegørelse for min problemstilling. En svaghed ved kvalitative metode er, at det ikke er umiddelbart muligt at hæve sig over tid og sted, og derved udsige noget, der er mere alment gældende. Jeg kan i princippet ikke udtale

mig generelt om jordemoderstanden, men er blevet klogere på få jordemødres sundhedsfremmende indsatser og perspektiver, ved to forskellige jordemodercentre. Mit ærinde er dog at vinde tilslutning til det alment relevante i at tage stilling til jordemødres og gravide kvinders positioner i mødet i en jordemoderkonsultation, i en diskussion af hvordan fremtidens jordemoderkonsultation skal udvikle sig, for at komme alle gravide kvinder til gode. Herved vil mit speciale bidrage med noget, som måske ikke er alment gældende, men alment relevant.

I analysearbejdet har jeg relateret mine fund til andre undersøgelser og anden empiri, og desuden baseret mig på en teoretisk analyseramme, via Foucaults og Bourdieus begreber. Disse greb angiver Green og Thorogood som en styrke for et studie, og en mulighed for at drage troværdige slutninger fra data (Green and Thorogood, 2014 s. 309-310). De angiver at sammenligninger med andre studier og specificeringer af sammenfald, kan løfte et datamateriale op på et mere abstrakt niveau, med mulighed for at øge overførbarheden til et større område (Ibid.). På den måde kan jeg gøre specialets konklusion til genstand for en *analytisk generalisering* eller med andre ord en *refleksiv vurdering*. Det vil sige til genstand for en omhyggeligt overvejet bedømmelse af i hvilken udstrækning resultater kan anvendes på situationer der ligner (Kvale et al., 2016, Green and Thorogood, 2014).

Min vurdering er, at mine sammenligninger af mine fund, med blandt andet de forskningsresultater som Järvinen og Mik-Meyer præsenterer i deres antologier (Järvinen and Mik-Meyer, 2016, Järvinen and Mik-Meyer, 2013a) og min teoretiske analyse ramme netop løfter mit materiale fra det subjektive og kontekstbestemt jordemoderarbejde, til at belyse en mere abstrakt og generaliseret form af jordemødrenes arbejde med sundhedsfremme. I forlængelse af disse betragtninger mener jeg, at der i nogen grad kan generaliseres til den bredere population af konsultationsjordemødre og jordemodercentre i Danmark. Det, at danske jordemødre overordnet set, gennem uddannelse og praksis, ligner hinanden og at den danske svangreomsorg overordnet er organiseret efter samme retningslinjer og anbefalinger, må siges at understøtte denne vurdering.

Jeg vil slå fast, at specialet ikke giver et helhedsbillede af mødet mellem jordemoderen og den gravide kvinde, men belyser det sundhedsfremmende arbejde med afsæt i opgavens bestemte forskningsperspektiv. Jeg har belyst hvordan institutioner, med den hensigt at sundhedsfremme og påvirke folkesundheden i positiv retning, også skaber særlige positioner, som jordemødre og de gravide kvinder forventes at fungerer i, og endvidere

påvirker jordemødre og kvinder på særlige måder. Når man læser specialet må man have for øje, at jordemødre forvalter deres sundhedsfremmende indsatser med forskelsnuancer. Analysen peger på forhold og paradokser, som jeg redegør for, er indlejret i socialt arbejde, men viser samtidig også at jordemødre har forskellige måder at praktisere på og forskellige perspektiver på det sundhedsfremmende arbejde. Endvidere er det ikke alle gravide kvinder, som påtager sig eller påtvinges bestemte identiteter i en jordemoderkonsultation. Kvindernes egne handlinger, holdninger og livserfaringer må også medtænkes som havende betydning for, hvordan det konkrete møde mellem en jordemoder og en gravid kvinde opleves og udformer sig.

Overvejelser om gyldigheden og pålideligheden af mit forskningsarbejde har været en del af hele min undersøgelsesproces. Jeg har i planlægning og udførelse af observationsstudie og interview søgt at sikre den håndværksmæssige kvalitet, dels via de erfaringer som jeg gjorde mig undervejs, og via andre forskeres erfaringer og udarbejdede værktøjer og teorier. Jeg har synliggjort og teoretisk begrundet de valg jeg har truffet undervejs og tilstræbt at gøre det analytiske arbejdet så transparent som muligt. Dette ved, for eksempel at redegøre for min ”vej” fra koder til identifikation af temaer og ved at inddrage udtræk af datamaterialet i specialet. På den måde er det muligt for læseren selv at bedømme troværdigheden i mit arbejde.

For yderligere at sikre kvalitet i studiet kunne jeg have testet mine fortolkninger af observationsstudie og interview via kommunikativ validering (Krogstrup and Kristiansen, 2015). Her drejer det sig om, via dialog med informanter i feltet, med kollegaer i forskningsfællesskabet eller/og den brede offentlighed at have fokus på validitet i den pågældende diskurs, med det mål at undersøgelsen kan betragtes som troværdig. Jeg har diskuteret mit problemfelt med jordemoderkollegaer, familie og venner ved tilfældige lejligheder. Jeg kunne, på mere systematisk vis, have sikret yderligere validitet ved at have fremlagt mine iagttagelser og fortolkninger for, for eksempel jordemødrene i mit studie, og inddraget dette valideringsarbejde i specialet. Herved ville jeg tilstræbe en overensstemmelse eller en fælles forståelse med jordemødrene, hvad angår deres syn på egen praksis og sociale interaktioner med de gravide kvinder. Jeg ville på den måde få mulighed for at korrigere eller supplerer mine fortolkninger af datamaterialet med yderligere viden fra feltet.

Yderligere anser jeg metodedrianguleringen i specialet, altså kombineringen af observationsstudier med kvalitative interview, som en styrke i forhold til gyldigheden (Vallgaard and Koch, 2013 s. 61). Opmærksomheden på at kombinere metoder for at kompensere for de forskellige metoders svagheder, genfindes i brobygning mellem kvalitativ og kvantitativ metode, og beskrives også som en styrke i forhold til validiteten (Karpachof, 2015 s. 459-461). Mit kvalitative speciale kunne, i forlængelse af det, anses som en pilotundersøgelse, der har forberedt vejen for en større kvantitativ undersøgelse. Det foreløbige billede specialet har tegnet af konsultationsarbejdet, giver mulighed for at designe en større kvantitativ undersøgelse ud fra den viden der nu foreligger om, hvad der er på færde i konsultationsarbejdet (Ibid.). Det kunne dreje sig om, at afdække hvad gravide kvinder egentlig forventer sig af en jordemoderkonsultation. Et andet fokus kunne være at udforske jordemødres kapitaler og derigennem blive bevidste om de positioner jordemødre praktiserer ud fra. Et tredje fokus som potentielt vil også kunne bidrage til faglig udvikling, er, at forsøge at indfange effekten af jordemødres sundhedsfremmende indsatser i konsultationsvirksomheden.

6. Konklusion

I det følgende vil jeg sammenfatte, hvad jeg har belyst og diskuteret i specialet, og hvad jeg kan konkludere i forhold til min problemformulering.

Udgangspunktet for specialet var min nysgerrighed på, hvordan jordemødre bidrager til folkesundheden igennem deres arbejde i en jordemoderkonsultation. Dette er udforsket via en belysning af det sundhedsfremmende indhold i konsultationerne, og af den sundhedspædagogik som præger jordemødrenes sundhedsfremmende indsatser. Min problemformulering var som følger:

Hvori består jordemødres sundhedsfremmende indsatser i en jordemoderkonsultation, og hvordan differentierer jordemødre deres sundhedsfremmende indsatser i forhold til den enkelte kvindes ønsker, behov og øvrige livsvilkår?

Jeg har fundet at det sundhedsfremmende arbejde i en jordemoderkonsultation består af graviditetsrelaterede emner, fødselsrelaterede emner, barselsrelaterede emner og emner der relaterer sig til de gravide kvinders personlige liv og livsstil. De gravide kvinder bringer især graviditets og fødselsrelaterede emner ind i konsultationen, hvilket jordemødrene også tager initiativ til, samtidig med at de supplerer med barselsrelaterede emner og emner omkring kvindernes personlige liv og livsstil.

Endvidere viser datamaterialet, at Jordemødrene differentierer deres sundhedsfremmende indsatser ved at balancere imellem, på den ene side at informere, vejlede og rådgive i forlængelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger og definitioner om hvad der er god og sund levevis, og på den anden side at tage udgangspunkt i de enkelte kvinders ønsker, behov, præferencer og deres øvrige livsvilkår.

Jordemødrene har en stærk følelse af pligt og ansvar for at sikre sig, at de gravide kvinder er bekendt med Sundhedsstyrelsens anbefalinger, og med hvad risikoadfærd kan have af konsekvenser for dem og deres barn. Denne ansvarsfølelse er så stærk, at jordemødrene føler, at der er emner de må informere om, selvom det ikke er med udgangspunkt i den gravides umiddelbare ønsker og behov. Jordemødrenes indsatser omkring vidensdeling og rådgivning karakteriseres ved omhyggelighed og stringens. Desuden ved at være orienteret mod den enkelte kvinde, udfra en målsætning om at gravide kvinder skal have hjælp til livsstilsændringer, så deres sundhedsadfærd kan forskydes mod det, som Sundhedsstyrelsen definerer som ”det sunde”. Det ser ud til at jordemødrenes gode intentioner om at inddrage den enkelte kvindes ønsker, behov, præferencer og øvrige livsvilkår i flere situationer får ringe plads.

Jeg har fundet, at jordemødrene inddrager de gravide kvinder primært ved, at kvinderne får lov til at stille spørgsmål, og ved at give plads til emner som kvinderne oplever som uafklarede eller som bekymrer dem. Jordemødrene differentierer blandt andet ved at tage udgangspunkt i egne fornemmelser for, hvor interesseret den enkelte kvinde er i information, vejledning og rådgivning omkring livsstil.

Jordemødrene ønsker at inddrage kvindernes livsverdener, men oplever det vanskeligt. De udtrykker blandt andet, at mangle redskaber i forhold til at kunne tilbyde andet end information, vejledning og rådgivning. Samtidigt fremstår det uklart for jordemødrene hvad de gravide kvinder reelt forventer af en jordemoderkonklusion.

Det illustreres desuden, hvordan jordemødre ser ud til, at fungerer som ”en rød tråd” igennem de gravide kvinders graviditetsforløb.

Specialets konklusion hviler på empirisk materiale der udgøres af, - de formelle hensigter med jordemødres konsultationsvirksomhed, - de aktuelle jordemodercentres retningslinjer, - af observationsstudie i jordemoderkonsultationer af interaktionen mellem jordemødre og gravide kvinder, - samt af en fokusgruppeseance. I forlængelse af min forskningsproces har jeg stillet spørgsmål til og problematiseret de eksisterende, dominerende forventninger og

forståelsesrammer i en jordemoderkonsultation. Jeg har vist hvordan to forskellige jordemodercentre, som dele af større institutioner, har forankrede rutiner og hvordan jordemødrenes arbejde har iboende paradokser, som tilsammen er med til at skabe bestemte positioner, hvorfra både jordemødrene og de gravide kvinder taler og høres fra.

Med mit specifikke forskningsperspektiv har jeg rettet fokus på værdien af, at forsøge at tage udgangspunkt i det enkelte menneske. Jeg peger på, at hvis man ønsker at bidrage til alle kvinders sundhed i en jordemoderkonsultation, så bliver det altafgørende at forholde sig til sundhedspædagogik, og til hvordan man ”holder balancen” i et system præget af governmentality-styring. Jeg har bidraget med perspektiver på både det praksisnære jordemoderarbejde og på samfunds- og organisatoriske aspekter, som præger konsultationsarbejdet. Udfra disse perspektiver vil jeg argumentere for, at interessenter kan diskutere konsultationsarbejdet på nye måder. Potentielt kan deres diskussioner danne basis for akademisk og faglig udvikling, som i sidste ende kan komme gravide kvinder og deres familier til gavn.

Bilag 1: Visitation til jordemoderkonsultationer ved X sygehus

Retningslinjen er overført til et word dokument, for at bevare jordemodercentrets anonymiteten. Retningslinjen er kopieret nærmest ordret. Ord og begreber som kan medvirke til genkendelse af det pågældende sygehus og jordemodercenter, er erstattet med synonymer.

Formål

- at kvalitetssikre visitationen i henhold til fødeplanen
- at sikre kontinuerlige patientforløb
- at kvalitetssikre tilbuddet om specialiseret jordemoderfaglig omsorg til gravide
- at sikre rationel anvendelse af ressourcer i det ambulante område

Fremgangsmåde

Primær visitation af alle gravide foretages af sekretær i Graviditet ambulatoriet ud fra svangerskabsjournal og vandrejournal fra praktiserende læge. Visitationen har afsæt i de gravides ønske eller bopæl.

Gravide flygtninge, asylansøgere og arabisk talende tilknyttes særlige tilbud i graviditeten.

Primær visitation af gravide med særlige behov/problematikker

Foretages af sekretær i et ambulatorie ved X sygehus, ud fra svangerskabsjournal og vandrejournal fra praktiserende læge. Visitationen har afsæt i de gravides behov/problematik, dernæst bopæl, og sidst deres ønske.

Problematik	Visiteres til	Valg
Rusmiddel-problematik og andre gravide i kategori B* samt C*, visitation til en visitationssamtale, eller direkte til Familieambulatoriet.	Familieambulatoriet.	X-jordemodercenter.
Sårbar i kategori A* for direkte visitation til Familieambulatoriet	Familieambulatoriet (sårbarkonsultation)	Bopælsområde (eller særligt begrundet ønske)

Prægravid BMI > 40 BMI-konsultation	BMI-konsultation	X-jordemodercenter
Graviditetsrelateret diabetes (GDM)	Diabetes konsultation	X-jordemodercenter
Tidligere traumatisk forløb og/eller fødselsangst	Fødselsaftaleteam	X-jordemodercenter
Tidligere foetus mors eller senabort		Konsultation hos specialiseret jordemoder eller i bopælskommune.

Sekundær visitation til specialiserede jordemoderfaglige tilbud til gravide

Foretages af konsultationsjordemoder, når der i forløbet afdækkes behov/problematikker hos den gravide, der gør, at hun skal tilbydes et andet specialiseret jordemoderfagligt tilbud. Visitationen har afsæt i den gravides særlige behov, sekundært til ønske eller bopæl. Førsteprioritet er, at den gravide fortsætter med at gå til jordemoder.

Gravide med Gestationel Diabetes Mellitus (GDM)

Overgår til forløb hos diabetes-jordemoder i et GDM-ambulatoriet.

Gravide, der venter 2 eller flere visiteres til: Gemelli konsultation. Ønsker den gravide ikke at gå i jordemoderkonsultation i X, kan hun følges hos jordemoder i lokalområdet.

Gravide, der har Hyperemesis visiteres til: Hyperemesis-klinikken.

Gravide, der er brystreducerede eller har dårlige amme erfaringer (fx barnet fik ikke mælk nok, barnet kunne ikke trives sidste gang, ophør med amning på grund af smerter og/eller gentagende mastit), visiteres ved behov for særlig vejledning til: Individuel amme samtale i Amme-klinikken, (Gravide kan også visiteres til et graviditetsbesøg af sundhedsplejersken med henblik på amme forberedelse).

Gravide med fødselsangst og/eller tidligere traumatisk forløb Gravide, som undervejs i graviditetsforløbet viser sig at have fødselsangst og/eller tidligere traumatisk forløb, skal tilbydes konsultation i Fødselsaftale team (FAT-kons) med henblik på at lave en fødselsaftale. I FAT-teamet vurderes behovet for mulighederne for at blive tilknyttet Kendt jordemoderordning (KJO). Det er således jordemoder i KJO, som visiterer gravide til

ordningen efter behov, ellers kommer den gravide tilbage til den oprindelige jordemoder efter udarbejdelse af fødselsaftalen.

Ønsker den gravide ikke at skifte jordemoder eller gå i jordemoderkonsultation ved X-sygehus, følges hun hos jordemoder i lokalområdet – hvor der ligeledes kan udarbejdes en fødselsaftale og ved behov med sparring fra jordemoder i FAT.

Sårbare gravide

Gravide, som undervejs i graviditetsforløbet viser sig at være sårbare i henhold til kriterierne A), skal tilbydes konsultation iht. ovenstående lokalitet og orienteres om de særlige tilbud i Familieambulatoriet (sårbar-konsultation). Den gravide skal ved risikoforbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler (B,C) bookes til en tid i Familieambulatoriet Plus til en visitationssamtale. Se flowchart.

Ønsker den gravide ikke at skifte jordemoder, fortsætter hun i konsultationen, mens afdelingens socialrådgivere står til rådighed ved behov. Der er samtidig mulighed for tæt sparring med en af jordemødrene i Familieambulatoriet eller Familieambulatoriet Plus. Patientens sociale sårbarheder skal generelt prioriteres, hvorfor kontroller i flere konsultationer bør undgås efter henvisning til Familieambulatoriet.

Gravide med tidligere eller nuværende forbrug af rusmidler (Familieambulatoriet Plus) Gravide, som undervejs i graviditetsforløbet viser sig at have et rusmiddelforbrug iht. Kriterierne (B, C), skal tilbydes konsultation ved en visitationssamtale i Familieambulatoriet Plus, og orienteres om de særlige tilbud i Familieambulatoriet Plus. Den gravide skal bookes til en NY-tid.

Ønsker den gravide ikke at skifte jordemoder, fortsætter hun i konsultationen, mens socialrådgiver i Familieambulatoriet Plus, samarbejder med patienten om underretning til Socialforvaltningen ved behov. Der kan efterfølgende blive tale om konsultationer i Familieambulatoriet Plus, da patienten kan blive pålagt et konsultationsskifte af Socialforvaltningen. Alternativt med mulighed for tæt sparring med en af jordemødrene i Familieambulatoriet eller Familieambulatoriet Plus.

Retningslinjen indeholder desuden yderligere information om visitation, henvisningsprocedure, samarbejdspartnere i forhold til familieambulatoriet, samt et flow-chart, for visitationen. Dette udelades, idet det findes uden relevans for specialet.

Bilag 2: Retningslinje for jordemoderkonsultation for gravide med højt BMI

Denne lokale retningslinje er overført til et word dokument, for at bevare jordemodercentrets anonymiteten. Retningslinjen er kopieret nærmest ordret. Ord og begreber som kan medvirke til genkendelse af det pågældende sygehus og jordemodercenter, er erstattet med synonymer.

Retningslinjen er rettet til jordemødre, som varetager tilbuddet om konsultation for gravide med BMI større eller lig med 30.

Formål: Gennem en sundhedsfremmende og forebyggende indsats skaber jordemoderen forudsætninger for, at den overvægtige gravide og partneren under graviditeten:

- Er i stand til at handle relevant i henhold til egne ressourcer, værdier og mål og under hensyntagen til barnets og egne tarv
- Føler sig velinformeret, så de kan træffe nødvendige valg under graviditeten
- Kan reagere hensigtsmæssigt på unormale tilstande i graviditeten.

Baggrund: Andelen af gravide i Danmark med forhøjet BMI er stigende, og der er solid evidens for at overvægt øger risikoen for en række komplikationer hos mor og barn. Overvægtige gravide har under graviditeten øget risiko for:

- Gestationel diabetes, gestationel hypertension og præeklamsi

I forhold til barnet er der øget risiko for flere komplikationer, herunder:

- Foetus magnus, medfødte misdannelser (herunder hjertefejl og neuralrørsdefekter), sen fosterdød, lav Apgar score ved fødslen samt øget risiko for selv at blive overvægtig

I forhold til fødsel og barsel er der øget risiko for blandt andet:

- Kejsersnit med flere komplikationer, igangsættelse af fødslen, instrumentel forløsning, dystoci, skulderdystoci, Præ- og postterme fødsler, atoni samt vanskeligheder med etablering af amning.

Stor vægtøgning under graviditeten er desuden associeret med øget risiko for graviditets- og fødselskomplikationer samt vægtretention efter fødslen, hvorfor gravide anbefales at begrænse den gestationelle vægtøgning.

Jordemoderkonsultation i graviditetsuge 13-15

Samtaleemner	Bemærkninger
Med udgangspunkt i den gravides/parrets situation skabes en dialog om de fysiske, psykiske og sociale aspekter i forbindelse med graviditeten, herunder arbejdsmæssige belastninger. Drøftelse af evt. tidligere fødsels- og amme forløb. Dialog om parrets forventninger til den aktuelle graviditet og familiedannelse. Opfølgning på Allergi/CAVE (allergier overfor medicin). Opfølgning på MRSA (Methicillin Resistente Staphylococcus Aureus). Den gravide orienteres om tilbuddet i graviditeten og baggrunden herfor: • Begrundelse for visitation til specialkonsultation • Forløb i store træk - herunder OGTT (oral glukosetolerance test) og evt. lægesamtale • Særligt vedr. fødsel: ◦ Fødsel på X-sygehus, for gravide med BMI > 35, kan barsle Y sygehus. ◦ Evt. info om profylaktisk epidural	Dokumenteres i den elektroniske patientjournal (EPJ), under standardplan "Jordemoderkonsultation" og i vandrejournale.
Samtale om Livsstil Samtale om livsstil og KRAMS-faktorer (Kost, Rygning, Alkohol, Motion, Stress) Den gravides vægtanamnese gennemgås. Der arbejdes med metoden "Små skridt" til at gennemføre og fastholde livsstilsændringer. Dialog om begrænset gestationel vægtøgning på 6-9 kg, samt daglig motion.	Den gravide tilbydes vejning og vægt skrives i EPJ og på vandrejournale.
I samråd med den gravide/parret tilrettelægger jordemoderen en individuel forløbsplan: • Den gravides motivation i forhold til livsstilsændring nedskrives	I forbindelse med psykosociale problemstillinger udarbejdes en henvisning til Familieambulatoriet. Der kan yderligere henvises til: • Fødselsaftaleteam

• Der sendes elektronisk besked til sundhedsplejen med information om tidligere amme erfaringer • Det vurderes om der er behov for at iværksætte særlig støtte.	• Amme team • Sundhedsplejen mhp. besøg i hjemmet inden fødslen.
Ved behov for yderligere støtte eller undersøgelse: Den gravide/parret informeres om, hvor de kan henvende sig, hvis de bliver utrygge ved graviditetens forløb, og/eller der opstår faresignaler som blødning, smerter. Der informeres ligeledes om muligheden for: • Behovskonsultationer • Fødsels- og forældreforberedelse • Amme team	

Der udleveres kun følgende pjecer i jordemoderkonsultationen, ved første konsultation:

- Sunde vaner
- Kort og godt om amning
- Henvisning til informationer om sygehuset

Jordemoderkonsultation i graviditetsuge 21+

Samtaleemner	Objektiv undersøgelse
Samtale om almen trivsel med udgangspunkt i den gravides situation. Amning: Samtale om amning og den første tid efter fødslen. Jordemoderen øger kvindens og parrets viden om amning, og styrker deres tillid til en vellykket amning, såfremt kvinden ønsker at amme. Der lægges særlig fokus på de praktiske færdigheder omkring amning. Der udarbejdes en amme plan med fokus på forsinket mælkedannelse. • Opfodres til at deltage i temaundervisning i amning for gravide	• Blodtryksmåling • Urinstix • Vurdering af fostervækst og hjertelyd • Den gravide tilbydes vejning og vægt skrives i den elektroniske patientjournal og på vandrejournalen.

med BMI >27. Der henvises ved behov til Amme teamet • Information om anbefaling om indlæggelse mhp. ammeetablering og evt. stimulationsudmalkning (BMI > 35) Livsstil: Generel opfølgning på samtalen i GA 13-15 om livstil: • Kost - hvad er det der lykkes og hvad er det der er svært? • Motion - fremadrettet plan Mærke liv: Samtale om at mærke liv samt mærke liv dagligt fra ga 24+0. Information om at henvende sig ved mindre liv.	
---	--

Jordemoderkonsultationen i graviditetsuge 29+

Samtaleemner	Objektiv undersøgelse
• Samtalen omfatter opfølgning på tidligere samtaler om livsstil og undersøgelser. • Opfølgning på samtalen om amning i uge 21 og afklaring af diverse, samt evt. behov for kontakt til amme team. Opfølgning på: • OGTT • Blodtype barn ◦ Hvis den gravide er Rh. NEGATIV, så undersøges barnets rhesustype. ◦ Hvis barnet er Rh. POSITIV, gives kvinden tid til profylakse og der udleveres pjece herom. ◦ Planen indskrives i EPJ. • Jordemoderen vurderer den gravides oplevelse af belastning i graviditeten, eksempelvis plukveer m.v. med henblik på at forebygge for tidlig fødsel (fraværsmelding, hjælp i hjemmet o.l.). • Der spørges til "at mærke liv", og hvordan det opleves, samt vejledes om at reagere ved mindre liv eller andre væsentlige forandringer.	• Blodtryksmåling • Urinstix • Vurdering af fostervækst og hjertelyd • Den gravide tilbydes vejning og vægt, som skrives i EPJ og på vandrejournal.

Jordemoderkonsultation i graviditetsuge 35+

Samtaleemner	Objektiv undersøgelse
Samtalen omfatter den gravides/parrets almene trivsel. Med udgangspunkt i parrets viden om fødslen gennemgås: • Fødslen og evt. spørgsmål • Smerte og smertelindring (bl.a. information om profylaktisk epidural til gravide med BMI >35) • Partnerens rolle • Er parret i tvivl hvornår henvendelse til fødeafsnittet skal ske? Jordemoderen sikrer sig: • At gravide med BMI > 35 er henvist til scanning og til lægesamtale i X i graviditetsuge 36. • Gravide med BMI > 40 tilbydes (i fbm. ULS i graviditetsuge uge 36) samtale med anæstesilæge. Der følges op på livsstil.	• Blodtryksmåling • Urinstix • Vurdering af fostervækst og hjertelyd • Den gravide tilbydes vejning og vægt skrives i EPJ. og vandrejournale Vurdering af: • Fostertilvækst • Fosterpræsentation • Hjertelyd
Forventninger til barselsperiodens forløb drøftes: • Der informeres igen om barselmulighederne og opfordres til at barsle mindst to dage, for at øge chancen for et godt amme forløb • Parret opfordres til at opsøge hjælp på Barselklinikken/hos sundhedsplejersken ved amme problemer.	

Jordemoderkonsultation i graviditetsuge 37+

Samtaleemner	Objektiv undersøgelse
• Den gravides/parrets trivsel • Deres tanker vedrørende den forestående fødsel, herunder smerte og smertelindring, samt eventuelle spørgsmål eller problemer • Opfølgning på den samtale de gravide med BMI >35 eventuelt har haft med	• Blodtryksmåling • Urinstix • Vurdering af fostervækst og hjertelyd • Den gravide tilbydes vejning og vægt skrives i EPJ og vandrejournale

læge omkring fødsel og fødselsmåde i graviditetsuge 36 • Emner, som den gravide og hendes partner har behov for at drøfte samt opfølgning på de forrige konsultationer herunder amning og de 4 gode råd til vellykket amning • Samtale om barselperioden - har parret udarbejdet en strategi for, hvorledes gode kost- og motionsvaner bibeholdes.	Vurdering af: • Fostertilvækst • Fosterpræsentation • Hjertelyd Henvi sning til scanning og læge ved: • Tvivl om fosterpræsentation • Mistanke om slutvægt hos barnet > 4500 gram
--	---

Jordemoderkonsultationen i uge 39+

Samtaleemner	Objektiv undersøgelse
Samtalen omfatter emner, som den gravide og hendes partner har behov for at drøfte samt opfølgning på de forrige konsultationer. Der spørges til livsstilsændringer. Samtale om graviditet efter termin • Information om graviditet efter termin og håndtering heraf, herunder igangsættelsesmetoder • Information til den gravide med BMI > 35 om at henvende sig telefonisk til Ambulatorie for gravide i graviditetsuge 40+5 med henblik igangsættelse af fødsel i ga 41+0 • Ved BMI < 35 skal den gravide kontakte Ambulatorie for gravide i ga 41+2 mhp. tid til kontrol i graviditetsuge 41+3, og senest igangsættelse i graviditetsuge 41+5 • Obs særlige forhold ved tidligere kejsersnit	• Blodtryksmåling • Urinstix • Vurdering af fostervækst og hjertelyd • Den gravide tilbydes vejning og vægt skrives i EPJ og på vandrejournal Vurdering af: • Fostertilvækst • Fosterpræsentation • Hjertelyd Henvi sning til scanning og læge ved: • Tvivl om fosterpræsentation • Mistanke om slutvægt hos barnet > 4500 gram

Bilag 3: Rekrutteringsbrev til jordemødrene ved jordemoderkonsultationen i X sygehus.

Kære Jordemødre i jordemoderkonsultationen ved X sygehus.

Mit navn er Joan Hansen. Jeg er jordemoder og ansat ved Hospitalsenheden Vest, Herning, som basisjordemoder. Ved siden af min stilling i Herning er jeg i gang med kandidatuddannelsen i jordemodervidenskab ved SDU i Odense, og er aktuelt i gang med at skrive mit afsluttende speciale.

I den forbindelse har jeg valgt at gennemføre en undersøgelse af jordemødres sundhedsfremmende arbejde i jordemoderkonsultationen. Jeg er interesseret i at se på, hvilket indhold der er i jordemødres sundhedsfremmende indsatser og hvordan jordemødre differentierer deres sundhedsfremmende indsatser i forhold til den enkelte kvinde.

Min interesse for emnet ligger i forlængelse af egne kliniske erfaringer med sundhedsfremmende indsatser, som jeg har oplevet kan være svære at operationalisere i praksis. Jeg har haft refleksioner over, hvorvidt og hvordan sundhedsfremmende indsatser får betydning for menneskers liv og herunder deres muligheder for at handle for sundhed. Teori og empirisk forskning viser at sundhedsfremmende arbejde kan have positive sundhedseffekter, men samtidig indeholder udfordringer, der i nogen tilfælde kan betyde at modtageren ikke får noget ud af den sundhedsprofessionelles indsatser eller endda påvirkes negativt.

I forlængelse af ovenstående vil jeg gerne undersøge jordemødres konkrete arbejde med sundhedsfremme i konsultationen og se på muligheder og barriere i arbejdet. Jeg vil derfor spørge jer, om muligheden for at følges med jer igennem en af jeres konsultationsdage som observatør. Jeg vil deltage ”som fluen på væggen” og være så anonym som muligt. For at huske alt hvad jeg ser og hører, vil jeg gøre notater undervejs.

Desuden vil jeg spørge de af jer, som indgår i observationsstudiet, om i efterfølgende vil deltage i et fokusgruppe interview. Dette interview vil foregå som en samtale imellem de deltagende jordemødre, hvor fokus vil være på deres perspektiver på sundhedsfremmende indsatser. I skal ikke forberede jer, da samtalen skal bygge på jeres kliniske erfaringer, og altså ikke på teoretisk viden. Fokusgruppeinterviewet vil blive optaget på bånd og efterfølgende transskriberet. Herefter slettes optagelsen. Seancen vil vare ca. 1 time og der vil blive serveret en sød forfriskning undervejs.

Mine observationer og fokusgruppeinterviewet vil indgå i mit speciale og danne grundlaget for min analyse. Alle data vil blive behandlet fortroligt og anonymt. Hverken jeres navne eller X sygehus vil blive nævnt i opgaven.

Hvis du ønsker at være med i min undersøgelse, vil jeg bede dig om at sende en bekræftende mail til mig på følgende adresse: johan17@student.sdu.dk. Herefter kan vi koordinere, hvornår vi kan mødes i forbindelse med en konsultation.

Hvis I har spørgsmål, så tøv ikke med at kontakte mig.

Jeg glæder mig til at høre fra jer.

Mange hilsner fra

Joan Hansen, jordemoder og kandidatstuderende i jordemodervidenskab

Tlf: 41655675

E-mail: joan17@student.sdu.dk

Bilag 4: Observationsguide

Forskningsinteresse: *Hvilket indhold er der i jordemødres sundhedsfremmende indsatser i en jordemoderkonsultation og hvordan differentierer jordemødre deres sundhedsfremmende indsatser, i forhold til den enkelte kvinde?*

- Hvad kendetegner jordemødres sundhedsfremmende indsatser?
- Hvilke overvejelser har jordemødrene om sundhedsfremmende indsatser i en jordemoderkonsultation?

Hvad vil jeg gerne have frem?	Observationer
Hvordan balancerer jordemødrene imellem, at tage udgangspunkt i den enkelte kvindes livsverden, og at informere og vejlede i forlængelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger om sund levevis? Hvad indeholder en konsultation? På hvilke måder kan konsultationen beskrives som deltagerorienteret og dialogbaseret? Er der informationer eller råd som jordemødrene finder særlige vigtige i forhold til sundhed, og som det ser ud til, at hun synes, at de gravide skal høre? Hvordan er den gravides vilkår for at give udtryk for egne ønsker, behov og præferencer? Hvordan er den gravides vilkår for at få svar på sine spørgsmål? For at få råd og vejledning i forhold til sundhed? Er det tydeligt ved konsultationens start, hvilke forventninger den gravide har og hvilke forventninger jordemoderen har? Er det sundhedsfremmende fokus eksplicit og godkendt af begge parter?	Hvordan startes mødet? Beskriv hvordan den gravide er involveret i konsultationen? Beskriv hvordan hendes aktiviteter/udtryk er forbundet med særlige mål? Beskriv hvordan jordemoderen er involveret i konsultationen? Beskriv hvilke særlige mål, hendes aktiviteter er forbundet med. Beskriv hvornår i konsultationer der søges særlige mål. Beskriv hvordan mål påvirker jordemoderen og den gravide kvinde? Beskriv hvad tales der om. Beskriv hvordan deltagerne specialiserer sig i specifikke emner. Beskriv hvem tager initiativ til at tale om disse emner. Beskriv de følelser der vækkes i mødet. Beskriv begivenheder/ handlinger som er forbundet med følelser. Beskriv hvordan de handlinger og mål som er i spil i mødet, kan påvirkes af følelser. Beskriv alle begivenheder i konsultationen.

Hvordan møder jordemødrene de gravide, som har præferencer der ikke følger normer og procedure? Fx den gravide som ikke ønsker at stoppe med at ryge, eller som er overvægtig? Hvad ser ud til at være fremmende for det sundhedsfremmende arbejde og hvad ser ud til at begrænse?	Beskriv hvordan tid spiller en rolle. Beskriv hvordan mødet afsluttes.
--	--

Bilag 5: Moderatorguide som støtte under fokusgruppe-seance

Forskningsinteresse: *Hvilket indhold er der i jordemødres sundhedsfremmende indsatser i en jordemoderkonsultation og hvordan differentierer jordemødre deres sundhedsfremmende indsatser, i forhold til den enkelte kvinde?*

Forskningsspørgsmål:

- Hvad kendetegner jordemødres sundhedsfremmende indsatser?
- Hvilke perspektiver har jordemødrene om sundhedsfremmende indsatser i en jordemoderkonsultation?

Hvad vil jeg have frem	Startspørgsmål
Hvordan balancerer jordemødre imellem, at tage udgangspunkt i den enkelte, og at informere og vejlede om Sundhedsstyrelsens anbefalinger om sund levevis? Hvordan sørger jordemødre for at de gravides ønsker, behov og præferencer får plads? Spørger hun ind til/giver plads til information og fokus om/på den gravides øvrige liv? Hendes relationer? Hendes livsvilkår? Hvor meget plads får den gravides præferencer? På hvilke måder kan konsultationen beskrives som deltagerorienteret og dialogbaseret? Eller individ, risiko og livsstilsorienteret? Er der informationer eller råd som jordemødrene finder særlige vigtige i forhold til sundhed, og som det ser ud til, at hun synes, at de gravide <i>skal</i> høre eller <i>skal</i> svarer på?	Beskriv for hinanden hvad i tænker kendetegner en god konsultation. - Hvilken rolle har en jordemoder over for den gravide? Hvad tror i, er vigtigt for den gravide, når hun kommer i konsultationen? -Hvilke forventninger har hun? -Er hun sikker eller usikker på hvad der skal foregå? Hvad forbinder i med sundhedsfremme? (Brug to min. og skriv stikord ned). Hvilken viden og kompetencer tænker i, er vigtige at besidde i forhold til at arbejde sundhedsfremmende? - Hvad kræver et konstruktivt samarbejde mellem jordemoder og gravid? - Hvilke overvejelser gør i jer i arbejdet med det konkrete sundhedsfremmende arbejde?

Hvordan er den gravides vilkår for at få svar på sine spørgsmål? For at få råd og vejledning i forhold til sundhed? Er det tydeligt ved konsultationens start, hvilke forventninger den gravide har og hvilke forventninger jordemoderen har? Er det sundhedsfremmende fokus eksplicit og godkendt af begge parter? Hvad ser ud til at være fremmende for det sundhedsfremmende arbejde og hvad ser ud til at begrænse?	- På hvilke måder inddrager i kvinden i det, der skal ske/kommunikeres? - Hvad informerer og vejleder i om? Er der informationer eller råd som i finder særlige vigtige i forhold til sundhed? Og som i mener, at den gravide <i>skal</i> høre? Hvordan oplever i den gravides vilkår for at give udtryk for egne ønsker, behov og præferencer, når det gælder sundhed og eventuelt hjælp til at bevæge sig mod mere sundhed? Hvordan oplever I det, når de gravide, har præferencer der ikke følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger? Fx den gravide som ikke ønsker at stoppe med at ryge, eller som er overvægtig? - Møder i disse kvinder på en særlig måde? Beskriv. Forskning peger på at en sundhedspædagogik som er centreret omkring risiko og den enkeltes livsstil kan føre til marginalisering, stigmatisering og følelser af skyld og skam. - Diskuter disse konsekvenser Fokus på information og vejledning - Hvilke overvejelser har i omkring det at informerer og vejlede? - Hvilket udgangspunkt har jeres information og vejledning? (Hvad bunder vejledningen i?).
--	---

	- Hvem bestemmer hvad der informeres og vejledes om – jer eller kvinden? Er det vigtigt? Teori beskriver forskellige dilemmaer i arbejdet med sundhedsfremme og sundhedspædagogik: Paternalisme – efterladelsessynd (autonomi). Tag to min. skriv ned og diskuter i plenum. Hvad oplever i er styrende for jeres samtaler med de gravide? - Fagets normer og kultur? - Evidens? - Jeres jordemoderfaglig skøn? - Kvindens ønsker og behov? Oplever i at det er svært at acceptere kvindens præferencer i forhold til sundhed og hendes ønsker og behov i forhold til at bevæge sig mod sundhed? Hvordan kan magtforholdet imellem jordemoder og gravid beskrives? Hvordan påvirker det? Hvordan vil i beskrive værdien af jeres sundhedsfremmende indsatser? Hvordan opfatter i jeres vilkår for at arbejde med sundhedsfremme?
--	--

Bilag 6: Arbejdspapir til afholdelse af fokusgruppe

Der er afsat én time til afholdelsen af fokusgruppen. Det er første gang jeg møder deltagerne og derfor bruger jeg tid på en præsentationsrunde. Tiden ligger i forlængelse af jordemødrenes konsultationsdag og der serveres frugt og slik under mødet. Der er forinden mødet sendt skriftlig information til deltagerne, omkring specialets formål og hensigter. Der er indkøbt en lille gave til deltagerne, som udleveres efter seancen.

1) Præsentation af Joan

- Ansættelsesforhold, kandidatuddannelsen og specialeskrivning

2) Præsentation af deltagerne

- Jeg noterer deres data: navn, alder, titler, anciennitet, efteruddannelse.

3) Hvad er formålet med undersøgelsen/fokusgruppen?

- At undersøge jordemødres perspektiver når det gælder sundhedsfremme.

4) Rammerne for fokusgruppen

- Vi har en time.
- Jeg fungerer som moderator. Jeg stiller fokuserede spørgsmål, i forlængelse af mine forskningsspørgsmål. Samtidig ønsker jeg en åben diskussion af emnet, med fokus på jeres forståelser og erfaringer. Jeg vil kunne afbryde og dreje samtalerne i nye retninger.
- I løbet af samtalen har jeg tænkt at bede jer om at reflekterer over et emne, skrive stikord og efterfølgende diskuterer det i gruppen.
- Jeg sørger for at tiden overholdes. Jeg optager samtalen på mobiltelefon. Optagelsen slettes efter transskriptionen.
- Samtalen er fortrolig og i opgaven vil i være anonymiseret.
- Italesætte etisk aspekt, omkring det at blive genstand for en objektivisering. At jeg kommer til at tale på deres vegne igennem specialet. Mulighed for individuel gennemgang og diskussion af det færdige speciale. Endvidere mulighed for diskussion og opfølgning, idet undersøgelsen formidles til jordemødrene ved jordemodercentret, både via dette skriftlige speciale og ved en mundtlig fremlæggelse ved stedets centermøde.
- Opmærksomhed på at i skal tale med hinanden og ikke med mig.
- Spørgsmål eller indvendinger?

Bilag 7: Oversigt over facetsøgning

Facet 1	Facet 2	Facet 3	Facet 4
Midwife-consultation Antenatal care	health promotion health education health care	communication	lifestyle

Bilag 8: Søgestreng

PubMed 2019-02-21

Emneord	Antal hits
#1) Midwife consultation or antenatal care	51932
#2) health promotion OR health education OR health care	2156474
#3) communication	517992
#4) lifestyle	152226
#1 AND #2 AND #3 AND #4	39

Cinahl 2019-02-21

Emneord	Antal hits
#1) Midwife consultation or antenatal care	3569
#2) health promotion OR health education OR health care	572768
#3)	

communication	154170
#4) lifestyle	35458
#1 AND #2 AND #3	112
#1 AND #2 AND #3 AND #4	3

PsycINFO 2019-02-21

Emneord	Antal hits
#1) Midwife consultation or antenatal care	842
#2) health promotion OR health education OR health care	204080
#3) communication	61961
#4) lifestyle	11005
#1 AND #2 AND #3	1
#1 AND #2 AND #3 AND #4	0

Bilag 9: Oversigt over tematisering

Temaer i observationsstudiet	Endelige temaer
- At informere, vejlede og rådgive i forlængelse af den enkelte kvindes behov og livsverden eller i forlængelse af systemets eller jordemødres egen dagsorden - At spørge om lov til at intervenere - At søge en god relation - Være den der konfronterer og kontrollere	Jordemødre som linedansere
- Graviditetsrelaterede emner - Fødselsrelaterede emner - Barselsrelaterede emner - Emner relateret til det personlige liv og til livsstil. - At relatere til barnet og til familiedannelse - At give håb, opmuntre, trøste, rose, bekræfte, containe, perspektivere, være deltagende, forstående, imødekommende og vise interesse. - Skabe relation. - Skabe kontinuitet - Opmærksomhed på partner og øvrige familie. - Følge op – for eksempel på samtale om amning, på samtaler hvor fødselsplan er udarbejdet, scanninger, samtaler med læger om fx igangsættelse, fødselsforberedelse. - Fysiske undersøgelser: vægt, urinstix, blodtryk, udvendig undersøgelse af den gravide mave mm. - At spørge ind til symptomer	Jordemødre som røde tråde
- At være forsinket i dagens program - Nye tider til kommende konsultationer hos jordemoder, læger og scanninger - At dokumenterer i den elektroniske patient journal og på ”vandrejournalen”	Journalføring og organisering

Temaer i fokusgruppen	Endelige temaer
- At tage udgangspunkt i den enkelte. Kvinderne skal høres og have plads til at stille spørgsmål - Den gravides livsverden er vigtig i forhold til at ændre sundhedsadfærd - Hvilken livsstil man vælger handler om andet en rationel viden - Når kvinderne ikke ønsker at indgå i dialog om livsstil, så udfordres sundhedspædagogikken - At informerer og vejlede – mere eller mindre – afhængig af fornemmelser for hvad de enkelte kvinder ønsker. - At fremstå konfronterende/at fremstå som en der lader livsstilsproblemer passere og ikke konfronterer. - Forskellige målsætninger i konsultationen. - Tvivl i forhold til det sundhedsfremmende arbejde - De gravide kender i forvejen Sundhedsstyrelsens anbefalinger. - Værdifuldt at gentage anbefalinger/ridse op/minde om sunde vaner/sætte tanker i gang. - Mener de gravide med livsstilsproblemer det, når de siger ja tak til hjælp og støtte? - Pligt og ansvar til at informere om forskellige sundhedsrelaterede emner også selv om det ikke er med udgangspunkt i den enkelte. - Kvinden værner om sin autonomi.	Jordemødre som linedansere
- En god relation - Det risikoopsporende arbejde som en værdifuld sundhedsfremmende indsats - Jordemødre som bindeled til fødegangen, barselsgang mm. - Jordemødre medvirker til sammenhæng og mening i kvindernes forløb	Jordemødre som røde tråde
- Første graviditetsundersøgelse problematiseres. - Tid som en betydningsfuld faktor	Organisatoriske forhold

Bilag 10: Oversigt over emner som de gravide kvinder tager initiativ til at bringe frem i jordemoderkonsultationen

Graviditetsrelaterede emner	Fødselsrelaterede emner	Barselsrelaterede emner	Emner relateret til det personlige liv, og til livsstil
Bækkenløsning. Ligamentsmerter. Ondt i ryg og lænd. Halsbrand. Ødemer. Træthed. Kvalme. At være i overlevelsesfasen. Ikke at kunne sove. Modløshed – ikke at gide at være gravid længere, at ønske fødslen snart kommer. Ondt alle steder i kroppen. Ikke at mærke tegn på at være gravid og at bekymre sig for det. Barnet fylder og tynger og kvinden kan ikke få luft. Mavesmerter. Obstipation. Graviditetskløe.	Hvornår går fødslen igang? Bekymring om at blive sendt hjem, hvis fødslen ikke er rigtig i gang. Hindeløsning. Hvordan viser vandafgang sig? Specifikke ønsker til fødselsforløbet. At have en doula med til fødslen. At ønske en lotusfødsel ⁶ Må man have olier og dufte med på fødegangen? Tvivl om hensigten med Syntocinon indgift ved barnets fødsel ⁷ . Suturering og bedøvelse.	Udvikling af gulsot hos barnet. Amning. Allergi og mad til barnet.	Ønsker anbefaling af diætist. Depressiv adfærd.

⁶ Ved en lotus-fødsel undlades at klippe navlesnoren over. Barnet, navlesnor og moderkage bevares sammenhængende efter fødslen, indtil navlesnoren selv falder af ved barnet navle efter 3 – 7 dage NIELSEN, H. B. 2016. *Lotusfødsel* [Online]. Jordemoderlounge. Available: <http://jordemoderlounge.dk/lotusfoedsel/> [Accessed 30.05 2019].

⁷ Efter forældrenes samtykke, administrerer jordemoderen det syntetiske hormon Syntocinon rutinemæssigt, via injektion, typisk i moderens lårmuskel. Hormonet virker ved at kontraherer muskulaturen i uterus, og hensigten er på den måde at forebygge store blødninger efter fødslen DSOG. 2017b. *Postpartum blødning* [Online]. DSOG. Available: <https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/58b8420829687fe151a6f0a5/1488470550347/170226+Postpartum+bl%C3%B8dning+2017.+Rev+2.pdf> [Accessed 30.05 2019].

Øget udflåd og tvivl om vandafgang. Tvivl om anbefalinger om vitaminer. Spørgsmål i forhold til medicinsk behandling. Tvivl om flyvning og rejser i graviditeten. Tvivl om forskellige forhold ved flytning midt i en graviditet. Tvivl om fosterstilling. Ønske om kejsersnit.			
--	--	--	--

Bilag 11: Oversigt over de emner som jordemødrene tager initiativ til at bringe frem i jordemoderkonsultationen

Graviditets-relaterede emner	Fødsels-relaterede emner	Barsels-relaterede emner	Emner relateret til det personlige liv, og til livsstil	Emner relateret til administration
Tidligere graviditeter. Gestationsalder. At mærke liv. Blodtryksmåling. Undersøgelse af urin. Undersøgelse af den gravide mave, af barnets tilvækst. Lytte hj.lyd. Barnet i maven, - liv, navn, køn, stilling, størrelse, personlighed. Den øvrige familie. Væske i hænder og fødder. Kvindens velbefindende. Plukkeveer. Obstipation. Komplikationer i graviditet – hvornår reagerer man? Blodtype. MRSA. Medicinske sygdomme.	Kvindens tidligere fødsler. Graviditet ved uge 41+3 og 41+5. Procedure ved igangsættelse. Hvordan fødslen kan starte. Smertelindring. At pakke til fødslen. At skulle hjem efter fødsel. Mad klar i fryseren til barselstid. Sundhedsplejerske. Scanning. Fødselsforberedelse.	Amning. Kontakt og hjælp efter fødslen. PKU. Hørescreening.	Indhente samtykke til BMI-konsultation. Kost. Kosttilskud, vitaminer og jern. Motion. Vægt. Rygning. Alkohol. Euforiserende stoffer. Håndkøbs-medicin. Køb produkter med svanemærket. Arbejdsmiljø. Allergier. Parforhold. Angst. Depression. Traumatiske hændelser, som overfald. Spise-forstyrrelser.	Fars cpr. nummer og telefon nr. Civilstatus. Hvad der skal foregå i konsultationen. Særlige forhold i BMI. konsultation. Pjecer, apps og telefonnumre til fødegangen mm. Opretter App på computeren. Tider til kommende aftaler.

7. Litteraturliste

- ASTRUP, A. & BRANDT, C. *Beregn dit BMI* [Online]. Netdoktor.dk. Available: <https://netdoktor.dk/interactive/interactivetests/bmi.php> [Accessed 10.04 2019].
- AXELSEN, I. 2009. På hvilken måde kan sundhedsplejerskeordninger siges at bidrage til folkesundheden? In: GLASDAM, S. (ed.) *Folkesundhed. I et kritisk perspektiv*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- BOURDIEU, P. 1997. *Af praktiske grunde. Omkring teorien om menneskelig handlen.*, København, Hans Reitzels Forlag.
- BRAUN, V. & CLARKE, V. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in Psychology*, 77 - 101.
- BRINKMANN, S. 2015. Etik i en kvalitativ verden. In: BRINKMANN, S. & TANGGAARD, L. (eds.) *Kvalitative metoder*. København: Hans Reitzels Forlag.
- BROWNE, J., O'BRIEN, M., TAYLOR, J., BOWMAN, R. & DAVIS, D. 2014. 'You've got it within you': The political act of keeping a wellness focus in the antenatal time. *Midwifery*, 30, 420-426.
- CARLSON, M. S., V JENSEN, B. B. 2009. *Sundhedspædagogik og Sundhedsfremme. Teori, forskning og praksis*, Århus, Aarhus Universitetsforlag.
- CHRISTENSEN, G. & KOCH HANSEN, N. 2015. *Introduktion til socialkonstruktionisme : videnskabsteori og praksis*, Frederikshavn, Dafolo.
- DEAN, M. 2006. *Governmentality : magt og styring i det moderne samfund*, Frederiksberg, Sociologi.
- DSOG. 2017a. *Den overvægtige gravide* [Online]. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi. Available: <https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/589c4939c534a5c46bb02cec/1486637374599/Den+overvaegtige+gravide++San+dbjerg+2017+Final+rettet.pdf> [Accessed 08.04 2019].
- DSOG. 2017b. *Postpartum blødning* [Online]. DSO. Available: <https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/58b8420829687fe151a6f0a5/1488470550347/170226+Postpartum+bl%C3%B8dning+2017.+Rev+2.pdf> [Accessed 30.05 2019].
- DYBBROE, B. & KAPPEL, N. 2012. Ulighed i sundhed - et sundhedsfremmeperspektiv på socialt udsattes adgang til sundhed. In: DYBBROE, B., LAND, B. & NIELSEN, S. B. (eds.) *Sundhedsfremme. Et kritisk perspektiv*. København: Samfundslitteratur.
- EKLUND, M. V. O. & HANSEN, J. 2018. Brugerinddragelse i jordemoderkonsultationen. En belysning af jordemødres og gravides perspektiver på brugerinddragelse.
- FJELSTRUP, H. 2017. Sundhedssystemet sygeliggør overvægtige gravide. *Politikken*, 27.02. 2017.
- FRANSEN, T. F., DYRVIG, A.-K., CHRISTENSEN, J. B. F., IBEN & OELHOLM, A. M. 2014. En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger. *Tidsskrift for læger*, 647 - 651.
- GEIL, K., SØNDERGAARD, D. E. & ROD, M. H. 2016. Organisatoriske og politiske rammer for forebyggelsen i Danmark. In: JENSEN, B. B., GRØNBÆK, M. & REVENTLOW, S. (eds.) *Forebyggende sundhedsarbejde*. København: Munksgaard.
- GREEN, J. & THOROGOOD, N. 2014. *Qualitative methods for health research*, Los Angeles, California, Sage.
- HALKIER, B. 2011. Methodological Practicalities in Analytical Generalization. *Qualitative Inquiry*, 17, 787-797.
- HALKIER, B. 2016. *Fokusgrupper*, Viborg, Samfundslitteratur.
- HESLEHURST, N. 2011. Identifying 'at risk' women and the impact of maternal obesity on National Health Service maternity services. *Proceedings of the Nutrition Society*, 70, 439-449.
- JENSEN, B. B., GRØNBÆK, M. & REVENTLOW, S. 2016. *Forebyggende sundhedsarbejde*, København, Munksgaard.

- JENSEN, H. A. R., DAVIDSEN, M., EKHOLM, O. & CHRISTENSEN, A. I. 2018. Danskernes sundhed. Den nationale sundhedsprofil 2017. København: Sundhedsstyrelsen.
- JENSEN, J. M. 2010. Kortuddannede kvinders hverdagslige sundhedsbegreb. Om mulige veje til reduktion af social ulighed i sundhed. København: Institut for didaktik.
- JENSEN, T. K. & JOHNSSEN, T. J. 2009. *Sundhedsfremme. I teori og praksis.*, Aarhus, Philosophia.
- JORDEMODERFORENINGEN. *Offentlige fødesteder* [Online]. København: Jordemoderforeningen. Available: <http://www.jordemoderforeningen.dk/aktuelt/nyhedsbrev-for-gravide/offentlige-foedesteder/> [Accessed 23-04 2019].
- JÄRVINEN, M. 2005. Interview i en interaktionistisk begrebsramme. In: JÄRVINEN, M. & MIK-MEYER, N. (eds.) *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv : interview, observationer og dokumenter*. Kbh.: Hans Reitzel.
- JÄRVINEN, M. & MIK-MEYER, N. 2013a. At skabe en klient : institutionelle identiteter i socialt arbejde. Kbh.: Nota.
- JÄRVINEN, M. & MIK-MEYER, N. 2013b. Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv : interview, observationer og dokumenter. Kbh.: Nota.
- JÄRVINEN, M. & MIK-MEYER, N. 2016. At skabe en professionel In: JÄRVINEN, M. & MIK-MEYER, N. (eds.) *At skabe en professionel : ansvar og autonomi i velfærdsstaten*. Kbh.: Hans Reitzels Forlag.
- JÄRVINEN, M. & MORTENSEN, N. 2018. Det magtfulde møde mellem system og klient - teoretiske perspektiver. In: JÄRVINEN, M., ELM LARSEN, J. & MORTENSEN, N. (eds.) *Det magtfulde møde mellem system og klient*. Kbh.: Aarhus universitetsforlag.
- KAMPER-JØRGENSEN, F., ALMIND, G. & JENSEN, B. B. 2010. *Forebyggende sundhedsarbejde*, København, Munksgaard Danmark.
- KARPATCHOFF, B. 2015. Den kvalitative undersøgelsesforms særlige kvaliteter. In: BRINKMANN, S. & TANGGAARD, L. (eds.) *Kvalitative metoder. En grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.
- KJÆR, P. F., REFF, A. & PATIENTEN I, C. 2016. Ledelse gennem patienten : nye styringsformer i sundhedsvæsenet. Kbh.: Nota.
- KROGSTROP, H. K. & KRISTIANSEN, S. 2015. *Deltagende observation*, København, Hans Reitzels forlag.
- KVALE, S., BRINKMANN, S. & NAKKE, B. 2016. *Interview : det kvalitative forskningsinterview som håndværk*, København, Hans Reitzels.
- LARSEN, K. 2018. Pierre Bourdieu. In: TANGGAARD ANDERSEN, P. & TIMM, H. (eds.) *Sundhedssociologi : en grundbog*. 2 ed. Kbh.: Hans Reitzel Forlag.
- LIVENG, A. 2012. Sundhedsfremme som livslang og "livsbred" læreproces. In: DYBBROE, B., LAND, B. & NIELSEN, S. B. (eds.) *Sundhedsfremme. - Et kritisk perspektiv*. København: Samfundslitteratur.
- LUND, H., JUHL, C., ANDREASEN, J. & MØLLER, A. 2017. *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning. Redskaber til evidensbaseret praksis.*, København, Munksgaard.
- MINISTERIET FOR SUNDHED OG FOREBYGGELSE 2015. Nationalt Kvalitetsprogram for Sundhedsområdet 2015-2018. In: FOREBYGGELSE, M. F. S. O. (ed.). København.
- NEWNHAM, E. & KIRKHAM, M. 2019. Beyond autonomy: Care ethics for midwifery and the humanization of birth. *Nurs Ethics*, 969733018819119.
- NIELSEN, H. B. 2016. *Lotusfødsel* [Online]. Jordemoderlounge. Available: <http://jordemoderlounge.dk/lotusfoedsel/> [Accessed 30.05 2019].
- NIEUWENHUIJZE, M. J., KORSTJENS, I., DE JONGE, A., DE VRIES, R. & LAGRO-JANSSEN, A. 2014. On speaking terms: a Delphi study on shared decision-making in maternity care. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14, 223.
- RUBIN, M. 2017. Hun skrev om at være tyk: Der her handler ikke bare om mine følelser. *Politikken*, 04.03. 2017.
- SCOCOZZA, L. 2009. Folkesundhed eller moralsk oprustning? In: GLASDAM, S. (ed.) *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

- SIMOVSKA, V. & JENSEN, J. M. 2012. Sundhedspædagogik og sundhedsfremme: Principper og sammenhænge. In: SIMOVSKA, V. & JENSEN, J. M. (eds.) *Sundhedspædagogik i sundhedsfremme*. København: Gads forlag.
- SKAJAA, K., WESTERGAARD, J. G. & FALCK LARSEN, J. 2001. *Obstetrik*, Kbh., Munksgaard Danmark.
- SKOVGAARD, T., NIELSEN, M. B. D. & ARO, A. R. 2007. Evidens i forebyggelsen. In: WILLEMANN, M., HANAK, M. L. & FINKE, K. (eds.). København: Sundhedsstyrelsen.
- SPRADLEY, J. P. 1980. *Participant observation*, Long Grove, IL, Waveland Press.
- STATISTIK, D. 2019. *Seneste nyt om dødsfald og middellevetid* [Online]. København: Danmarks statistik. Available: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-valg/doedsfald-og-middellevetid> [Accessed 26.02 2019].
- SUNDHEDSSTYRELSEN 2009. Etik i forebyggelse og sundhedsfremme. København.
- SUNDHEDSSTYRELSEN 2013. *Anbefalinger for Svangreomsorgen*, Copenhagen, ISBN.
- SUNDHEDSSTYRELSEN. 2018. *Anbefalinger til sundhedspersonale for svangreomsorgen* [Online]. København: Sundhedsstyrelsen. Available: <https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/graviditet-og-foedsel/anbefalinger-for-svangreomsorgen> [Accessed 29.01 2019].
- VALLGAARD, S. 2009. Sundhedspolitik i de skandinaviske lande. In: GLASDAM, S. (ed.) *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- VALLGAARDA, S. & KOCH, L. 2013. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*, København, Munksgaard.
- WHITAKER, K. M., WILCOX, S., LIU, J., BLAIR, S. N. & PATE, R. R. 2016. Patient and Provider Perceptions of Weight Gain, Physical Activity, and Nutrition Counseling during Pregnancy: A Qualitative Study. *Womens Health Issues*, 26, 116-22.
- ZACHARIAE, B. 2016. Livskvalitet. In: JENSEN, B. B., GRØNBÆK, M. & REVENTLOW, S. (eds.) *Forebyggende sundhedsarbejde*. København: Munksgaard.