

”Kan du ikke bare ta vannet?”

*Om ivaretagelse av normalfødsler i
kvinneklubben*

Eva Marie Engebakken Flaathen



Masteroppgave ved institutt for Helse og Samfunn
Avdeling for Sykepleievitenskap
Det Medisinske Fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

19.09.12

”Kan du ikke bare ta vannet?”

En kvalitativ undersøkelse om dilemmaer jordmødre erfarer vedrørende ivaretagelse av normalfødsler i kvinneklinikken.

Problemstilling:

Hvilke dilemmaer erfarer jordmødre vedrørende ivaretagelse av førstegangsfødende med mulighet for normal fødsel i kvinneklinikken?

Av Eva Marie Engebakken Flaathen

© Forfatter: Eva Marie Engebakken Flaathen

År: 2012

Tittel: "Kan du ikke bare ta vannet?" Om ivaretagelse av normalfødsler i kvinneklinikken.

Forfatter: Eva Marie Engebakken Flaathen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Formål: Å utforske dilemmaer jordmødre erfarer vedrørende ivaretagelse av førstegangsfødende med mulighet for en normal fødsel i kvinneklinikken. Det er også et ønske om at jordmødre bevisstgjøres sitt mandat vedrørende ivaretagelse av normalfødsler. Samtidig ønsker jeg å kaste lys over særskilte utfordringer og muligheter knyttet til førstegangsfødende. Overordnet er det et ønske om at vilkårene for den normale fødsel fremmes og ivaretas i kvinneklinikken.

Teoretisk forankring: Problemstilling er utviklet nært opp til analyser av dagens norske helsepolitiske kontekst og dens framvekst. Jeg viser hvordan fødsel i dagens helsevesen hovedsakelig blir tolket og forstått ved hjelp av et biomedisinsk sykdomsparadigme. Et fenomenologisk perspektiv på helse introduseres for å få en annen og utfyllende forståelse til den rent biomedisinske. Begrepet risiko løftes også fram for å kaste lys over et sentralt aspekt ved ivaretagelse av normalfødsler i den moderne fødselsomsorgen. Jeg knytter også an til sentrale begreper hos Kari Martinsen basert på hennes omsorgsfilosofi.

Metode: Undersøkelsen er forankret i en kvalitativ metodetradisjon, og forskningsmaterialet består av dybdeintervjuer av 8 jordmødre. Min analyseform er basert på en eklektisk tilnærming med bruk av forskjellige tilnæringsmåter og teknikker for meningsgenerering.

Resultater: I kapitlet ”*Tid – En tredjepart i relasjonen*” demonstrerer hvordan fødselsfremgang er nært vevet sammen med hvordan relasjonen mellom jordmor og fødekvinne får utvikle seg og samtidig hvordan denne relasjonen til tider brytes opp og fragmenteres. Det er særlig mangel på tid som utfordrer relasjonen og fødselsfremgang. I kapitlet ”*Tid og risiko – Normalfødselens premisser i det moderne*” kommer det likeledes fram at tidsnød får markant betydning for hvilken type kunnskap jordmor benytter i fødselsprosessen. I tillegg indikerer analysen at en samfunnsskapt opplevelse av ”økt personlig risiko” bidrar til en stadig mer aktiv behandling av fødselsfremgang. Avslutningsvis viser også oppgaven hvordan jordmødrenes forståelse av patologi påvirker deres syn på normalitet. Også dette aspektet synes å ha klare konsekvenser for deres ivaretagelse av fødselsfremgang.

Konklusjon: På bakgrunn av en fenomenologisk forståelseshorisont, viser oppgaven hvordan fødselsprosessen sett fra jordmødres ståsted fordrer et bredt spekter av fagkunnskap og

erfaringsbasert kunnskap. Tilstrekkelig med tid er avgjørende for kunnskapsvalg og hvordan jordmor ivaretar relasjonen og fødselsfremgang.

Nøkkelord: Normal fødsel, førstegangsfødende, stimulering, oxytocin, kvinneklinikk og risiko.

Summary

Purpose: To explore dilemmas midwives experience from the care of nulliparous women with the possibility of expecting a normal birth at a high risk unit. There is also a wish that midwives are made aware of their mandate concerning safeguarding normal birth. At the same time I want to shed light on specific challenges and possibilities linked to the nulliparous women. Above all there is a wish that the terms for normal birth is promoted and taken care of at the high risk unit.

Theoretical perspective: The thesis is closely developed to analysis of the Norwegian health political context and its emergence. I show how labour in our health care today is interpreted and understood using a in a biomedical complementary perspective. A phenomenological perspective on health is introduced to obtain another and more complementary understanding of the biomedical. The term risk is amplified to shed light on a central aspect about doing midwifery in modern labour care. I also present central terms from Kari Martinsen based on her philosophy on care.

Method: The study is anchored in a qualitative tradition and consists of in depth interviews of 8 midwives. My analysis is based on an eclectic approach by using different approaches and techniques in generating meaning.

Results: In the chapter "*Time – A Third Party in a relation*" I demonstrate how the progress of labour appears to be closely interwoven with how the relation between the laboring woman and the midwife develops and at the same time how this relation at times breaks up and is fragmented. It is especially the lack of time that challenges the relation and the progress of labour. In the chapter "*Time and Risk – The Premises of the Normal Birth in the Modern*" it likewise appears that lack of time has a significant impact on what knowledge the midwife uses in the process of labour. In addition, the analysis indicates that a society created experience of "increased personal risk" contributes to an increasingly active management of the progress of giving birth. At the end the study shows how midwives' understanding of pathology affects their view on normality. This aspect also appears to have obvious consequences in their way of handling the progress of labour.

Conclusion: Based on a phenomenological horizon of understanding, the midwives descriptions of the process of giving birth show that it has to be met with a broad specter of knowledge, both scientific knowledge and knowledge based on experience. Sufficient time is crucial for the choice of knowledge and how the midwife takes care of the relation and progress of labour. When it comes to how the midwives take care of the relation and the progress of labour.

Key words: Normal labour, nulliparous, augmentation, oxytocin, high risk unit, risk.

Forord

Jeg er i ferd med å sette punktum for masterprosjektet og jeg kjenner stor glede over alt jeg har lært underveis. Når jeg nå endelig har kommet til veis ende er det flere som fortjener en stor takk!

Først og fremst en stor takk til min enestående veileder, Kari Nyheim Solbrække. Du har vært imøtekommende, tålmodig, engasjert, støttende og delt raust av din enorme kunnskap. Du har stadig gitt ny inspirasjon. Jeg kommer alltid til å tenke på ”språket”.

Takk til 8 flotte jordmødre som har delt av sin kunnskap, sine tanker og refleksjoner rundt et spennende felt innen fødselsomsorgen. Uten dere hadde ikke dette prosjektet blitt noe av!

Takk til Kitt Austgaard som ga meg konstruktive tilbakemeldinger på Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Takk for din tid og interesse for dette prosjektet.

Takk til medstudenter for faglige refleksjoner, tilbakemeldinger og kunnskapsutvikling gjennom hele studietiden.

Takk til mamma og pappa for mulighetene i livet!

Takk til storesøster Anne Vigdis som har bidratt med språkhjelp.

Til slutt: Takk til en flott familie som har vært støttende underveis og lagt til rette for at dette prosjektet har vært gjennomførbart. Dere betyr alt!

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema og studiens hensikt.....	2
1.2	Forskningsspørsmål.....	4
1.3	Studiens avgrensning.....	5
1.4	Studiens oppbygging.....	5
2	Kontekstualisering av forskningsfokus.....	7
2.1	Fødsel.....	7
2.1.1	Fødsel - Fra en hendelse i hjemmet til en medisinsk hendelse.....	9
2.1.2	Fødsel i et biomedisinsk perspektiv.....	11
2.1.3	Fødsel i et fenomenologisk perspektiv.....	12
2.2	Forskning på feltet.....	13
2.3	Fødselsomsorg i en helsepolitisk kontekst.....	15
2.4	Risiko.....	18
3	Kari Martinsen - Omsorgsfilosofisk perspektiv.....	21
3.1	Fenomenologisk filosofi.....	22
3.2	Omsorgens vesen.....	23
3.2.1	Omsorgens relasjonelle dimensjon.....	25
3.2.2	Omsorgens praktiske dimensjon.....	26
3.2.3	Omsorgens moralske dimensjon.....	26
3.3	Utvikling av omsorg som yrkeskompetanse.....	27
4	Metode.....	30
4.1	Forberedelse av studien.....	30
4.2	Egen rolle og forforståelse.....	31
4.3	Det kvalitative forskningsintervju.....	33
4.3.1	Forberedelser til intervju.....	34
4.4	Utvalgsstrategi og presentasjon av informantene.....	35
4.4.1	Beskrivelse av informantene.....	36
4.5	Gjennomføring av intervjuene.....	36
4.6	Transkribering – en fortolkning i seg selv.....	38
4.7	Å analysere data.....	40
4.7.1	Praktisk fremgangsmåte i analysen.....	41

4.8	Kvalitetskriterier	44
4.8.1	Validated	45
4.8.2	Reliabilitet	45
4.8.3	Overførbarhet	46
4.9	Etikk.....	47
5	Tid – En tredjepart i relasjonen	49
5.1	Å være tilstede	49
5.2	Å bruke seg selv som virkemiddel	54
5.3	Å skape ro	57
5.4	Å føle seg maktesløs.....	61
6	Tid og Risiko - Normalfødselens premisser i det senmoderne	65
6.1	Å sanse og å registrere fødselens viktigste kraft; rier.....	65
6.2	Å være aktiv.....	70
6.3	Å ivareta normalitet	74
7	Avsluttende refleksjoner	79
	Register.....	82
	Litteraturliste	83
	Vedlegg	92

1 Innledning

I denne oppgaven vil jeg å belyse noen dilemmaer som jordmødre erfarer vedrørende ivaretagelse av førstegangsfødende med mulighet for en normal fødsel i en kvinneklinikk. Først og fremst ønsker jeg å se nærmere på hvordan jordmødre forstår fenomenet ivaretagelse av normalfødsler i den moderne fødselsomsorgen, i lys av dominerende diskurser om fødsel som en medisinsk hendelse og som en normal fysiologisk hendelse i kvinnekroppen.

Gjennom flere år som jordmor i en kvinneklinikk har jeg erfart og samtidig merket meg andres fokus på dilemmaer vedrørende det aktuelle temaet. Det er uten tvil svært viktig å ivareta fremgang i den fysiologiske fødselsprosessen for å unngå uønskede og alvorlige medisinske komplikasjoner som i verste fall kan ende med døden for fødekvinne og barnet. Likevel har jeg stadig blitt mer oppmerksom på at jeg og jordmorkolleger synes å gripe inn i fødselsprosessen tilsynelatende ”uten medisinsk grunn” som i dette tilfellet betyr å gripe inn i fødselsprosessen før kriterier for langsom fødselsfremgang er nådd, på bakgrunn av avdelingens prosedyre og anbefalinger fra WHO (1994), og uten tegn til patologi hos kvinnen eller barnet. Temaet vekker engasjement og har vært utløsende for mange faglige diskusjoner og refleksjoner mellom kollegaer. I lys av jordmødrenes refleksjoner har jeg erfart at det er ulike meninger om hvordan fødselsfremgang hos førstegangsfødende med mulighet for en normal fødsel kan forstås og ivaretas. Bør fødselsprosessen behandles aktivt med stor grad av medisinsk og teknisk intervensjon eller bør fødselsprosessen ivaretas på en tålmodig og avventende måte? I refleksjonene omkring disse spørsmålene, har begreper som relasjon, tid, normalitet og risiko vært sentrale. I tillegg har jeg blitt spesielt oppmerksom på at jordmødrene stadig gir uttrykk for at fødsel må forstås som mer enn biologisk hendelse i kroppen. Dette er utgangspunktet for denne oppgaven. Jeg har valgt å rette oppmerksomheten mot at fødsel, som i tillegg til å være en fysiologisk prosess, også handler om individuelle variasjoner samtidig som intensitet og tempo i fødselsprosessen er individuell og varierer sterkt. Dette aspektet tenker jeg også må være en viktig del av hvordan helsevesenets tilnærming til fødekvinne og fødekroppen er.

I det innledende kapittelet vil jeg introdusere bakgrunn for valg av tema og studiens hensikt. Jeg vil videre beskrive utviklingen av studiens problemstilling og forskningsspørsmål som denne oppgaven fokuserer på, før jeg avslutningsvis gjør rede for oppgavens avgrensning og videre oppbygging.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og studiens hensikt

På bakgrunn av egen faglig nysgjerrighet begynte jeg å søke etter fag – og forskningslitteratur som omhandlet ivaretagelse av førstegangsfødende og normalfødsler i høyrisikoavdelinger. Jeg fant mange internasjonale og en del nasjonale studier med kvantitativ tilnærming til tema. Disse studiene har til felles at de søker å forklare og tallfeste forekomst av intervensjon i normalfødsler på grunn av langsom fødselsfremgang. Jeg fant i mindre grad studier med kvalitativ tilnærming til tema hvor jordmødre eller andre fødselshjelpere forteller om sine erfaringer om ivaretagelse av fødselsprosessen og som søker å forstå hvilke bakenforliggende aspekter som fører til intervensjon i normale fødselsforløp før kriterier for langsom fødselsfremgang er nådd. Felles for studiene er at de søker evidensbasert kunnskap for å redusere risiko for alvorlige komplikasjoner hos kvinnen og barnet i fødselsprosessen.

Langsom fødselsfremgang på grunn av ineffektive rier hos førstegangsfødende hvor normal fødsel er en mulighet, blir betraktet som en stor utfordring i den moderne fødselsomsorgen (Wei, Wo, Qi, Xu, Luo, Roy and Fraser, 2012). Tilstanden rettferdiggjør medisinsk intervensjon og er samtidig den viktigste årsaken til økt forekomst av akutte keisersnitt i den vestlige verden (Blix, Pettersen, Eriksen, Røyset og Pedersen, 2002, Kjærgaard, Olsen, Ottesen og Dykes, 2009, Selin, Almstrøm, Wallin og Berg, 2009 og Wei et al, 2012). Å redusere forekomsten av akutte keisersnitt er avgjørende fordi det er forbundet med økt risiko for uheldige fødselsutfall for både kvinnen og barnet (Staff, 2012). Den økte forekomsten av akutte keisersnitt betyr samtidig en reduksjon i antall jordmorfødsler. Til tross for økt fokus og forskning er det ingen universell definisjon av tilstanden. I fag – og forskningsmiljøene er det i tillegg varierende oppfatninger om hvor lenge en fødsel kan vare, når i fødselsforløpet det er hensiktsmessig å intervensjon, hvilke intervensjonstiltak er nyttige samtidig som det er usikkert hvilke kvinner som har nytte av behandling (). Selin et al (2009) påpeker at manglende felles retningslinjer får betydning for når og hvordan fødselshjelpere aktivt intervensjon i fødselsforløpet og at tilstanden langsom fødselsfremgang trolig defineres på bakgrunn av flere individuelle faktorer.

I Norge har forbruket av røstimulerende midler (oxytocin) i fødselsomsorgen økt kraftig de siste tiår. Dette har blitt betraktet som riktig fødselshjelp fordi langvarige fødselsforløp kan være forbundet med dårlige fødselsutfall som blødning, truende asfyksi, infeksjon og traumatisk fødselsopplevelse (Blix et al, 2002, Kjærgaard et al, 2009, Selin et al, 2008, Selin

et al, 2009 og Steer, 1999). På grunn av fare for overstimulering og dermed surstoffmangel hos barnet, peker Blix et al (2002) på at oxytocin bør brukes med varsomhet. Kontinuerlig elektronisk overvåking av barnets hjerteaksjon anbefales også i relasjon til den økte risikoprofilen. På tross av dette, viser forskning at mellom 30 % til 50 % av førstegangsfødende og deres barn, hvor normal fødsel er en mulighet, blir behandlet med oxytocin i fødselsprosessen før kriterier for langsom fødselsfremgang er nådd (Blix et al, 2002, Kjærgaard et al, 2009, Moen, Holmen, Tollefsrud og Rolland, 2005, Selin et al, 2008 og Selin et al, 2009). I tillegg til at praksis peker på overforbruk av rie-stimulerende midler, pekes det også på tilfeldig bruk (ibid). Årsaken til en slik praksis er svært mangelfullt dokumentert.

En forklaring på aktiv behandlingspraksis av normalfødsler kan henge sammen med at flere fødeinstitusjoner følger et eller flere av rådene fra den såkalte "Dublin-skolen", der man på midten av 1980 - tallet ivret for "active management" av fødsler. Bakgrunnen for å ta i bruk metoden var at mange førstegangsfødende brukte flere døgn på fødselen. Metoden innebærer at det blir gjort en grundig vurdering av om kvinnen er i fødsel før innleggelse. Deretter blir det gjort tidlig punktering av fosterhinnene og, dersom livmorhalsen ikke åpner seg med en centimeter i timen, blir det gitt oxytocin. I tillegg skal kvinnen ha en jordmor hos seg kontinuerlig og det skal gis en tidlig epidural (O`Driscoll, Meagher og Boylan, 1993). Ved å ta i bruk "active management", ønsket man, i korte trekk, å redusere langvarige fødsler og de skulle ikke vare mer enn i 12 timer (ibid). Som et mulig resultat av denne praksisen har intervensjonsfrekvensen i normalfødsler naturlig nok økt kraftig i den moderne fødselsomsorgen (Blix et al, 2002, O`Driscoll et al, 1993 og Selin et al, 2008 og Wei et al, 2012). Det synes å være bred enighet i fag – og forskningslitteraturen om at intervensjonstallene er for høye (Blix et al, 2002, Kjærgaard et al, 2009, Moen et al, 2005, Selin et al, 2008 og Selin et al, 2009). Samtidig stiller de samme forskerne (ibid) i økende grad spørsmål ved effekt av tiltakene for å forebygge og behandle langsom fødselsfremgang relatert til kvinnen og barnets fødselsutfall.

I Aftenbladet.no (Aftenbladet.no, 2012) kunne man lese følgende overskrift: "Tålmodige fødsler vekker oppsikt". Reportasjen omhandlet et prosjekt fra 2009 ved Stavanger Universitetssykehus (SUS) hvor restriktiv bruk av oxytocin midler ble satt på dagsorden. Ved "active management" av fødsler, så man, i følge seksjonsoverlege T. Eggebø, at fødsler ble for travle, ikke minst for barnet som ble presset av for tette og kraftige rier. Ved å legge til

rette for 4 timer lengre åpningstid av livmorhalsen enn ved ”active management”, som også er i tråd med Verdens Helseorganisasjons (WHO) (1994) retningslinjer for ivaretagelse av normalfødsler, viser prosjektet til resultater som kan forstås som gode. Denne praksisen har nemlig, blant annet, ført til redusert forekomst av akutte keisersnitt, færre slappe og dårlige barn etter fødsel som følge av surstoffmangel, nedgang i bruk av tang og vacuum for å forløse barnet og nedgang i antall kvinner som får alvorlige rifter (Ibid).

Hovedpoenget her er altså å belyse at ivaretagelse av fødselsfremgang hos førstegangsfødende med mulighet for normal fødsel er preget av tvetydighet. Hva som anses å være trygt kontra risikofullt, er verken entydig eller universelt. Hensikten med oppgaven er å få jordmødres erfaringer og synspunkter for å kaste lys over dilemmaer knyttet til ivaretagelse av fødselsfremgang hos førstegangsfødende for muligens å bringe frem nye og viktige aspekter ved ivaretagelse av normalfødsler i en kvinneklinikk.

1.2 Forskningsspørsmål

Med bakgrunn i denne innrammingen, erfaringer jeg har gjort meg i egen jordmorpraksis, og teoretiske tilnærminger som jeg kommer tilbake til senere, er min interesse rettet mot jordmødres erfaringer. Jordmødre er svært nær selve fødselsprosessen og har, i tillegg til å ivareta normalfødsler, også gjennom sin profesjon mandat til å gripe inn i et fødselsforløp dersom de mener at situasjonen tilsier det. I løpet av prosessen med denne oppgaven har jeg blitt spesielt opptatt av hvordan noen ideologiske strømninger i samfunnet generelt og i helsevesenet spesielt får betydning for hvordan jordmødre opplever å kunne ivareta relasjonen til fødekvinnen og fødselsfremgang i normalfødsler i en kvinneklinikk. Det foreligger imidlertid svært lite forskning på tema sett fra jordmødres perspektiv, så derfor ønsket jeg å gjennomføre en intervjustudie med fokus på jordmødrenes erfaringer. I denne oppgaven søker jeg svar på følgende problemstilling;

Hvilke dilemmaer erfarer jordmødre vedrørende ivaretagelse av førstegangsfødende med mulighet for normal fødsel i en høyrisikoavdeling?

På bakgrunn av informantenes fortellinger og for framstillingens skyld, har jeg valgt å dele problemstilling inn i to underspørsmål. Første spørsmål tar for seg ivaretagelse av relasjonen mellom jordmor og fødekvinnen og blir belyst i kapittel 5. Andre spørsmål tar for seg ivaretagelse av fødselsfremgang og blir belyst i kapittel 6. Underspørsmålene er som følger;

Hvilke dilemmaer erfarer jordmødre vedrørende ivaretagelse av relasjonen til fødekvinnen?

Hvilke dilemmaer erfarer jordmødre vedrørende ivaretagelse av fødselsfremgang i et normalt fødselsforløp?

Formålet med denne studien springer ut fra et ønske om å belyse noen dilemmaer som jordmødre erfarer vedrørende ivaretagelse av omsorgsrelasjonen og av fødselsfremgang. Det er også et ønske om at jordmødre bevisstgjøres sitt mandat vedrørende ivaretagelse av normalfødsler. Samtidig ønsker jeg å kaste lys over særskilte utfordringer og muligheter knyttet til førstegangsfødende. Overordnet er det et ønske om at vilkårene for den normale fødsel fremmes og ivaretas i kvinneklinikken.

1.3 Studiens avgrensning

Av hensyn til oppgavens omfang vil denne studien ta for seg noen dilemmaer knyttet til førstegangsfødende. Videre har langsom fødselsfremgang flere årsaker og mitt fokus er kun rettet mot langsom fødselsfremgang relatert til ineffektivt riarbeid. Normalitetsbegrepet er verken universelt eller evigvarende, og jeg følger WHO's definisjon av normal fødsel, hvilket også ligger til grunn i fødeavdelingene som har vært utgangspunkt for studiens datainnsamling. Denne studien tar kun utgangspunkt i jordmors betraktninger.

1.4 Studiens oppbygging

Oppgaven er delt inn i 7 kapitler. I kapittel 1 introduserer jeg studiens tema og hensikt. I kapittel 2 presenteres en gjennomgang av aktuell fag – og forskningslitteratur som omhandler ulike syn på fødsel og fødselsfremgang i et normalt fødselsforløpet hos friske førstegangsfødende. Videre beskrives konteksten for studiens fenomen. Forskningslitteratur presenteres med fokus på ulike måter å ivareta fødselsfremgang i normalfødsler. I kapittel 3 redegjør jeg for studiens omsorgsfilosofiske perspektiv. Her presenterer jeg deler av Kari

Martinsens omsorgsfilosofi med bakgrunn i fenomenologisk filosofi. Videre redegjør jeg for begrepet risiko og ulike måter å forstå og håndtere risiko. I kapittel 4 redegjør jeg for valg av metode, forberedelser av studien og datainnsamling, analyseprosessen, kvalitetskriterier, og de etiske betraktningene som kontinuerlig er gjort i studiens forløp. I kapittel 5 og 6 presenterer og drøfter jeg studiens to hovedfunn. Avslutningsvis i kapittel 7 sammenfatter og kontekstualiserer jeg oppgavens funn og basert på dette utdyper jeg noen forslag til videre forskning.

2 Kontekstualisering av forskningsfokus

I dette kapitlet presenterer jeg noen sentrale historiske og samfunnsmessige dimensjoner min problemstilling tar sitt utgangspunkt i og spiller inn mot.

For det første presenterer jeg kort hvordan fenomenet fødsel blir forstått i et historisk og et senmoderne perspektiv. Jeg gjør rede for hvordan fødsel forstås og håndteres innenfor et biomedisinsk perspektiv og presenterer samtidig en fenomenologisk forståelseshorisont. Disse perspektivene er ikke ment å stå i opposisjon til hverandre, men snarere utfylle hverandre for å fremme kunnskap om fødsel og ivaretagelse av fødselsfremgang som en kompleks hendelse.

Videre i dette kapitlet presenterer jeg etablert forskning som er nært knyttet til oppgavens tema, nemlig ivaretagelse av fødselsfremgang ved den normale fødsel og relasjonen mellom fødekvinnen og jordmor. Presentasjonen gir en kunnskapsoversikt over ulike dilemmaer og utfordringer i den moderne fødselsomsorgen.

Jeg har valgt å utvikle min problemstilling nært opp til analyser av dagens norske helsepolitiske kontekst og dens framvekst. Jeg beskriver derfor rådende ideologi i helsevesenet, hvordan ulike sider ved det norske helsevesenet er organisert og hvordan denne organiseringen kan synes å påvirke den behandling og omsorg som gis.

Til slutt i dette kapitlet presenterer jeg kort begrepet risiko og ulike syn i forhold til å forstå og håndtere risiko i det senmoderne samfunnet. Modernitetsteoretikerne Anthony Giddens og Ulrich Bech har gitt meg mulighet til å forstå hvordan jordmødre opplever at ivaretagelse av normalfødsler er vevet sammen med å være individ i det moderne. Kort fortalt har disse teoriene til hensikt å gi en fortolkning av sosiokulturelle fenomener som kjennetegner det moderne samfunn vi lever i (Aakvaag, 2008). Særlig forsøker teoriene å påpeke “patologiske” samfunnstrekk som makt og dominans.

2.1 Fødsel

Fødselsomsorgen i Norge har gjennom politisk målsetting om desentralisert og differensiert fødselshjelp, utviklet ulike fødetilbud inndelt i tre nivåer; kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue. Inndeling av fødselsnivå kommer til uttrykk gjennom nedfelte kompetansenivå

basert på kvalitetskrav relatert til tilgang til blant annet ulike spesialisttjenester som gynekolog, obstetriker, anestesilege, pediater, operasjonsbemannning og barneavdeling med intensivbehandling til nyfødte i tillegg til jordmor (Helse – og Omsorgsdepartementet, St. meld. Nr. 12, 2008 – 2009 og Sosial – og helsedirektoratet, 2010). Kvinneklinikken er arena og kontekst for denne oppgavens forskningsfokus.

Det fødes cirka 60 000 barn i Norge årlig og de fleste kvinnene føder på store kvinneklinikker som har tilgang til tidligere nevnte spesialisttjenester. Kvinneklinikker kan ta i mot omlag 7000 fødsler i året (Medisinsk fødselsregister 2010). I tillegg til at kvinneklinikkene tar i mot fødende med forventede komplikasjoner, enten hos kvinnen eller hos barnet, tar de også i mot friske kvinner som har hatt et normalt svangerskap og som dermed har mulighet for en normal fødsel. WHO uttrykker bekymring for at stadig flere kvinner i den vestlige verden føder i obstetriske og høyteknologiske institusjoner, enten de føder normalt eller har komplikasjoner. De hevder at det er *”farlig nærliggende å behandle alle fødsler rutinemessig med det samme inngrepsnivået som kreves for de som opplever komplikasjoner”* (WHO, 1994:2). Politiske signaler om at alle gravide i Norge har krav på et desentralisert og differensiert fødetilbud og at det skal legges til rette for en normal fødsel også innad i de store kvinneklinikkene, kom først til uttrykk i Stortingsmelding nr. 43 om akutt beredskapstjeneste (Sosial – og Helsedepartementet, 1999 - 2000), senere ble dette gjentatt både i Stortingsmelding nr. 12 (Helse – og Omsorgsdepartementet, 2008 – 2009) og i *Et trygt fødetilbud* (Sosial og Helsedirektoratet, 2010). Selv om fødsel har fått økt fokus og større plass i samfunnsdebatten i løpet av de senere årene, er det ulike oppfatninger i befolkningen generelt og innenfor ekspertgrupper spesielt i forhold til hvordan fenomenet ”normal fødsel” skal forstås og håndteres. En av grunnene til dette kan være at begrepet ”normalitet” verken er standardisert eller universelt (Blix et al, 2008 og WHO, 1994). Eriksen (2006) belyser normalitetens mangfoldige meningsinnhold og overordnet er hans budskap at dikotomiene normalt versus unormalt verken er universelle lover eller ahistoriske fenomener, snarere noe som er foranderlig gjennom historiske epoker og på tvers av ulike kulturer. Normalitetens rammer er altså verken evigvarende eller homogene, og kan oppfattes forskjellig av ulike aktører i den moderne fødselsomsorgen. Blix et al (2008) påpeker hvordan ulike oppfatninger av begrepet ”normal fødsel” i norske fagmiljøer kan føre til ulik praksis vedrørende ivaretagelse av normalfødsler ved de ulike fødeinstitusjonene samtidig som forskningsresultater generelt blir vanskelige å sammenligne og generalisere slik at det kan føre til ny og sikrere viten. I denne oppgaven har jeg valgt å legge WHO’s definisjon av normal fødsel til grunn;

En normal fødsel er spontan i sin start, lavrisiko ved ristart, og fortsatt lavrisiko fram til etter barnets fødsel. Barnet fødes spontant i bakhodestilling mellom 37 og 42 fullgåtte svangerskapsuker. Etter fødsel er både morens og barnets tilstand god (WHO, 1994:4).

WHOs definisjon er i tråd med et normalitetsbegrep som ligger til grunn for prosedyre for ivaretagelse av den normale fødsel ved fødeavdelingene som er utgangspunkt for denne studien. WHO (1994) anbefalinger vedrørende ivaretagelse av den normale fødsel bygger på evidensbasert kunnskap og gir anbefalinger om at lavrisikofødende ivaretas på en avventende måte i fødselsprosessen. Målet for omsorg ved den normale fødsel, er å sikre friske mødre og barn med det laveste mulige inngrepsnivået som er forenlig med sikkerhet. En slik tilnærming innebærer at det ”ved den normale fødsel bør være gyldig grunn til å gripe inn i den naturlige prosessen” (ibid:4). På bakgrunn av de høye intervensjonstallene i normalfødsler som ikke møter kriterier for langsom fødselsfremgang, er det særlig interessant å utforske hva som oppfattes som ”gyldig grunn”. I følge Selin et al (2008) ligger det trolig individuelle og komplekse vurderinger bak den høye forekomsten av intervensjon i normale fødselsforløp. Ved å snakke med jordmødre ønsker jeg altså å kaste lys over hvilke aspekter som kan ligge til grunn for denne praksisen.

Til tross for WHOs anbefalinger vedrørende ivaretagelse av normal fødsel, har det vært en utbredt holdning at fødsel kun i ettertid kan betraktes som normal. Denne utbredte forestillingen har, i følge WHO (ibid), ført til at fødselsleger i mange land konkluderer med at omsorg under normal fødsel bør ligne på omsorg under en komplisert fødsel. Ulempen ved en slik tilnærming kan være at fødsel som en fysiologisk hendelse utelukkende blir betraktet som en medisinsk hendelse som må behandles.

2.1.1 Fødsel - Fra en hendelse i hjemmet til en medisinsk hendelse

Historisk sett har fødselsomsorgen i Norge beveget seg fra fødsel med hjelpekone som bisto fødekvinnen hjemme til dagens sentraliserte og høyteknologiske sykehusfødsel (Sandvik, 1997). Viktige skritt ble tatt i løpet av 1700 tallet og 1800 tallet med utviklingen av industrisamfunnet over til dagens senmoderne samfunn. De tradisjonelle hjelpekonene som baserte sin kunnskap på praktisk erfaring, har blitt erstattet av jordmødre og leger som har tilegnet seg vitenskaplig og teoretisk kunnskap.

Tradisjonelt var fødsel en normal hendelse som kunne medføre alvorlige konsekvenser for kvinnen og barnet, i verste fall døden. For hjelpekonene gjaldt det å gjøre sitt beste og

overlate resten til andre makter (ibid). Den medisinske utviklingen i det 20. århundre, som kjennetegnes av en betydelig vekst i utviklingen av ny kunnskap og teknologi, har ført til diagnostiske og terapeutiske muligheter som tidligere generasjoner ikke kunne forestille seg. Innen den moderne fødselsomsorgen har kunnskap om, blant annet, hygiene og sanitære forhold, utvikling av antibiotika, mulighet for blodtransfusjon og den operative fødselshjelpen og fødselsovervåkende teknologi hatt avgjørende betydning i kampen for å redusere mødredødelighet og spedbarnsdødelighet (Lian, 2007 og Sandvik, 1997). Tall fra medisinsk fødselsregister (2010) viser at spedbarnsdødeligheten i Norge stadig er synkende og utgjorde i 2010 3,7 per 1000 fødsler.

Framveksten av det moderne samfunnet og troen på fremskrittet nådde et høydepunkt på slutten av 1960 tallet og på begynnelsen av 1970 tallet. Da fødselsomsorgen på denne tiden ble revidert på bakgrunn av vitenskapelig kunnskap fremlagt av ekspertgrupper innenfor medisinen, utvidet legenes interessefelt seg fra tidligere kun å gjelde kvinner med identifiserbar risiko for vanskelig fødsel eller sykt barn, til å omfatte alle kvinner som har gjennomgått et svangerskap uten komplikasjoner. Alle fødende betraktes og kategoriseres som potensielle risikopasienter, og fødsler klassifiseres grovt sett i lavrisikogrupper og høyrisikogrupper (Bergsjø, Førde, Sjøli, Telje og Thesen, 1998). Legene har fått stor innflytelse og prestisje som fødselshjelpere, og i følge Sandvik (1997) har fødselstangen blitt stående som et symbol på et av legenes midler til å monopolisere viktige sider av fødselsomsorgen.

Den enorme kunnskapsproduksjonen og utviklingen av ny teknologi som kan forandre det naturgitte har i den vestlige verden ført til medikalisering av fødselsprosessen (Blix et al, 2008 og Lian, 2007). I denne prosessen har kvinnen gått fra å være frisk til å bli pasient. En positiv konsekvens av medikalisering, er som tidligere nevnt at risiko for uheldige og alvorlige utfall som mødredødelighet og spedbarnsdødelighet er betydelig redusert i den vestlige verden. Slik sett har den medisinske ekspertisen utvilsomt mye godt å tilby den fødende kvinnen og hennes ufødte barn. Men et sentralt aspekt ved medikaliseringen er at grensene mellom normalt og unormalt og mellom syk og frisk blir trukket opp på en måte som fører til at gruppen av unormale, syke og hjelpetrengende stadig vokser, sier Lian (2007). Medikaliseringen innebærer, med andre ord, at vår toleransegrense for avvik blir mindre hvilket resulterer i økte behov. Dette er et syn som Solvang (i Eriksen, 2006) gir støtte til, og han påpeker samtidig hvordan et stadig snevrere normalitetsbegrep synes å være

avviksproduserende. Slik kan vi stå i fare for å definere normale fysiologiske prosesser for patologi og dermed intervenere i normale fysiologiske prosesser, som for eksempel fødselsprosessen. For å legitimere medisinske tiltak i den fysiologiske fødselsprosessen må vi altså definere det naturgitte for patologisk, unormalt og uønsket sier Lian (2007). Samtidig kompliseres normalitetsdebatten av at det stadig blir vanskeligere å si hva som er naturlig og hva som ikke er det. Og som Lian (ibid) påpeker, er det opprinnelige naturgitte ikke nødvendigvis verken vanlig eller uforanderlig i og med at vi ved hjelp av teknologi kan kontrollere og overstyre naturens gang.

2.1.2 Fødsel i et biomedisinsk perspektiv

I det senmoderne samfunnet er obstetrikken (fødselsvitenskapen) i vestlig kultur underlagt naturvitenskapens medisinske tankesett. Et biologisk basert kunnskapssyn preger denne måten å betrakte helse og sykdom på og påvirker samtidig hva som oppfattes som normalt og hva som oppfattes som avvik (ibid). Et biomedisinsk kunnskapssyn er i sin essens dualistisk og reduksjonistisk. Grovt sett betyr dette at kropp og bevissthet forstås som to atskilte fenomen som forstås uavhengig av hverandre samtidig som de splittes opp og fragmenteres ned på cellenivå (Sandvik, 1997). I følge Sandvik (ibid) er fødselsvitenskapen bærer av en tekniskinstrumentell rasjonalitet som alle menneskelig fenomen skal forstås ut fra. Hun (ibid) sier videre at en slik rasjonalitet skiller mellom fornuft, følelser og verdier og stopper opp ved de objektive gitte fakta og kjensgjerninger. Resultatet av et konstruert skille mellom kropp og bevissthet, kan være at verdier, følelser, kultur og relasjoner står i fare for å bli holdt utenfor biomedisinens interessefelt.

Fødsel er en tilstand som kjennetegnes av en rekke betydelige fysiologiske endringer i kvinnekroppen. I et finstemt samspill av hormoner i livmoren (uterus) og morkaken (placenta) som virker sammen med barnets bevegelser fører til rytmiske sammentrekninger (rier) i livmoren (uterus), slik at livmorhalsen (cervix) sakte begynner å forkorte seg og etter hvert åpne seg til 10 centimeter som muliggjør en vaginal fødsel (Faxelid, Hogg, Kaplan og Nissen, 2001 og Sweet og Tiran, 2002). Riene, som representerer den viktigste fysiske kraften i fødselen, øker både i hyppighet, varighet og smerteintensitet underveis i fødselsprosessen. På bakgrunn av disse fysiologiske dimensjonene, og flere, er det dermed hensiktsmessig å legge til grunn en biomedisinsk horisont for å forstå fødselens medisinske variasjoner. Samtidig som det er en rekke objektive fellestrekk ved den fysiologiske fødselsprosessen, er det

samtidig store individuelle variasjoner vedrørende intensiteten og tempo i fødselsprosessen. Alle fødselsforløp trenger altså tid, noen mer enn andre, uten at det eksakt kan forklares.

2.1.3 Fødsel i et fenomenologisk perspektiv

Svenaesus (2005) retter oppmerksomheten mot hvordan det biologiske perspektivet, hvor detaljert og beskrivende det en er, likevel aldri kan forklare kompleksiteten av hva det vil si å være et menneske. I et fenomenologisk perspektiv, forstås kroppen som mangetydig, og som et møtested mellom kultur og natur, mellom det kontrollerte og det ukontrollerte, det rasjonelle og det irrasjonelle (ibid). Et sentralt aspekt ved fenomenologisk tenkning, er altså at biomedisinen konstruerte skille av kropp og bevissthet opphører og man er vel så opptatt av hvorfor noe skjer, som hva og hvordan dette noe skjer. Målsetningen er å snu seg rundt for stadig å oppdage noe nytt i det kjente, sier Blåka (2002). Å se mennesket som et kroppslig vesen innebærer at jordmoren må utvide sitt blikk og ikke alene se fødekvinne som en objektiv beskrivelse, men som den konkrete levde kyndighet som vi erfarer ved vår umiddelbare sansing (Blåka, 2002 og Martinsen, 2005). Ved en slik tilnærming, tillegges relasjonen mellom jordmoren og fødekvinne en sentral betydning i fødselsprosessen.

Sett i lys av et fenomenologisk perspektiv, betraktes fødsel som et helhetlig forløp bestående av hendelser, episoder og vendepunkt. I tillegg til et biomedisinsk perspektiv hvor hovedfokus er på de enkelte fasene i fødselsforløpet, vil mottoet være å gripe fenomenet fødsel i all sin kompleksitet (Sandvik, 1997 og Blåka, 2002). Hver fase i fødselsforløpet vil være et ledd i en videre utvikling som det ikke alltid kan settes opp mål for i forkant, og jordmoren må trekke seg tilbake og vise tilbakeholdenhet og tålmodighet (ibid). Hun (ibid) sier at en slik praksis vil gi ro til fødekvinne i arbeidet, samtidig som det vil bryte ned maktballansen og gi fødekvinne følelse av å være en betydningsfull og unik person i relasjonen. Jordmoren må, i en fenomenologisk forståelse av fødsel, møte fødekvinne ved å ta i betraktning hennes intellektuelle, emosjonelle og åndelige behov. Slik kan den hjelpen hun gir, i følge Svenaesus (ibid) nå frem til fødekvinne.

2.2 Forskning på feltet

På bakgrunn av kunnskap om økt risiko for alvorlige utfall hos kvinnen og barnet ved langvarig fødselsforløp, har fokus på langsom fødselsfremgang økt enormt de siste tiårene. Dette gjelder spesielt innen medisinsk forskning hvis hensikt hovedsakelig har vært å avdekke risikofaktorer og risikoprofil målt i mortalitet (Kjærgaard et al, 2009, Selin et al, 2009 og Wei et al, 2012). Til tross for betydelig forskning på tilstanden, eksisterer det lite vitenskaplig kunnskap om fødselens varighet (Blix, Kumle, Øian, 2008). En utbredt oppfatning synes å være at livmorhalsen bør åpne seg en centimeter per time i fødselens aktive fase, men det er ikke enighet om dette eller om hvor store avvik man kan godta (ibid). Selv om det forskes mye for å få kunnskap om tiltak som kan forebygge og behandle langsom fødselsfremgang, er det, som tidligere nevnt, forskjellige meninger om når man skal gripe inn i fødselsforløpet, hvilke tiltak som reduserer fødselens varighet, hvordan tiltakene påvirker fødselsutfallet for kvinnen og barnet og effekt av tiltakene for å redusere forekomsten av akutte keisersnitt.

”Active management” av fødsel hos førstegangsfødende for å forebygge langsom fødselsfremgang har vært praktisert rutinemessig i snart 40 år i Irland (Oscarsson, Amer-Wählin og Rydstroem, 2006). O`Driscoll et al konkluderte med, i tillegg til å redusere fødselsvarighet, at aktiv behandling av fødselsprosessen reduserte forekomsten av akutte keisersnitt (O`Driscoll, Foley og Macdonald, 1984, O`Driscoll, Meagher og Boylan, 1993 og O`Driscoll, Meagher, Robson, 2003). I en randomisert kontrollert studie gir forskerne støtte til O`Driscoll et al sine funn om at ”active management” av fødsel reduserer forekomsten av akutte keisersnitt (Lopez-Zeno, Peaceman, Adashek og Socol, 1992). Men i forskningslitteraturen vises det likefullt til resultater som setter spørsmålsteget ved måloppnåelse ved redusert forekomst av akutte keisersnitt ved en slik praksis. Bugg, Siddiqui og Thornton (2011) fant at aktiv behandling av fødselsforløpet ikke reduserte forekomst av akutte keisersnitt. Felles for studiene nevnt ovenfor, er at de konkluderer med at aktiv behandling av fødselsfremgang reduserer fødselsvarigheten, men at det er usikkert i hvilken grad forekomsten av akutte keisersnitt reduseres. Et sentralt spørsmål knyttet til ”active management” av fødsler er på hvilken måte oxytocin påvirker fødselsutfallet for kvinnen og barnet.

Som tidligere nevnt, peker Blix et al (2002) på at oxytocin kan være et farlig medikament dersom det brukes uriktig eller overdoseres. De (ibid) nevner spesielt faren for

overstimulering av livmoren som kan føre til uterusruptur og dermed medfører alvorlige konsekvenser for kvinnen og barnet. I en randomisert kontrollert studie fant Hinshaw, Simpson, Cummings og Thornton (2008) at tidlig behandling med oxytocin i fødselsforløpet kontra behandling sent i fødselsforløpet økte risiko for overstimulering av livmoren med påfølgende økt hjerterefrekvens hos barnet. Lignende funn ble rapportert av Bugg et al (2011).

I en svensk registerstudie av Oscarsson et al (2006) fant man signifikante resultater vedrørende økt risiko for truende asfyksi og apgarskår < 7 fem minutter etter fødsel. De (ibid) fant også økt forekomst av metabolsk acidose, overflytting til nyfødtafdeling og behov for intensiv behandling. Selin et al (2008) fant ikke økt risiko for apgarskår < 7 fem minutter etter fødsel eller arteriell pH verdi < 7,10 i navlestrengblod. I hvilken grad barnet påvirkes negativt av oxytocin i fødselsprosessen er altså gjenstand for løpende diskusjon. Det er, i følge Blix et al (2002) ikke gjort studier på om oxytocin kan ha langtidseffekter på barnet, og de hevder derfor at man bør være forsiktige med å eksponere en så stor andel fødende og barna deres for dette medikamentet. Ved å forvente at livmorhalsen skal åpne seg en ½ centimeter i timen kontra 1 centimeter viser de (ibid) at førstegangsfødende stimulert med oxytocin vil reduseres fra cirka 50 % til omkring 15 %. Dette er interessant og spesielt i relasjon til funn i en review som konkluderer med at det ikke er økt risiko for uheldige utfall for kvinnen og barnet ved å anvende firetimers behandlingsgrense for manglende fremgang kontra totimers behandlingsgrense (Lavender, Hart og Smyth, 2009).

Et neste sentralt aspekt i den moderne fødselsomsorgen er epiduralens betydning for utvikling av langsom fødselsfremgang. Blix et al (2008) sier at 25 % av alle fødende i Norge får epiduralbedøvelse. I en Cochraneoversikt over randomiserte studier fant Costley og East (2012) at kvinner som fikk epiduralbedøvelse hadde økt risiko for langvarig fødsel, oxytocinstimulering og operative forløsninger, både keisersnitt og vaginal instrumentell forløsning som tang og vacuum. Epiduralbedøvelse gir den høyest grad av smertelindring i fødselsprosessen. I flere studier (Waldenstrøm, Hildingsson, Rubertsson og Rådestad, 2004 og Waldenstrøm og Irestedt, 2006) rapporteres det likefullt om funn som tyder på at epidural som smertereduserende tiltak ikke nødvendigvis er det viktigste i forhold til kvinnens tilfredshet med fødselen som en helhet.

I en review konkluderte forskerne med at kontinuerlig støtte av jordmor eller doula i fødselsforløpet har klinisk betydning og fordeler både for kvinnen og barnet (Hodnett, Gates, Hofmeyer, Sakala og Weston, 2011). Noen sentrale funn her er at kvinnene i større grad fødte

vaginalt, det var lavere forekomst av medikamentell smertelindring, fødselens varighet var i gjennomsnitt redusert med 58 minutter og det ble født færre barn med apgarskår < 7 fem minutter etter fødselen (ibid). Avslutningsvis gir Hodnett et al (ibid) en anbefaling om at alle kvinner bør ha tilgjengelig støtte i fødselsprosessen.

Hovedpoengene her er altså flere. For det første så viser denne oversikten at det forskes mye og at det er svært mange ulike tilnærminger. Det er derfor også nokså ulike resultater. Et sentralt poeng her er altså at det er usikkert hvorvidt aktiv behandling av fødselsfremgang fører til færre akutte keisersnitt. I relasjon til dette stilles det spørsmål ved den høye intervensjonsfrekvensen med oxytocin i normalfødsler. Denne gjennomgangen avdekker også varierende funn knyttet til oxytocinets påvirkning på barnet. Det vises til at en mer omsorgsrettet praksis også kan synes å ha positiv effekt på fødselsvarighet. Slik jeg forstår, har både ”active management” og en mer tradisjonell tilnærming til ivaretagelse av fødselsfremgang forebyggende effekt relatert til utvikling av langsom fødselsfremgang. Gjennom jordmødrenes fortellinger kommer det, blant annet fram interessante refleksjoner omkring samfunnsskapte utfordringer som kan ligge til grunn for hvordan jordmødrene ivaretar fødselsfremgang. Et sentralt spørsmål kan være om det er et langt fødselsforløp som fører til intervensjon, eller om det er tiltakene for å fremskynde fødselen som er årsaken til langsom fødselsfremgang?

2.3 Fødselsomsorg i en helsepolitisk kontekst

I de siste tiårene har Norge hatt mange reformer og store omstillinger i hele den offentlige sektor. Endringene har sammensatte drivkrefter, ikke minst økonomiske problemer. I denne oppgaven vil jeg hovedsakelig reflektere rundt rådende styringsideologi og effektivisering av helsevesenet, og se på hvilke måter effektivitetsprosessen kan tenkes å virke inn på relasjonen mellom fødekvinnen og jordmoren og mer spesifikt hvordan reformene influerer ivaretagelse av normalfødsler.

New Public Management (NPM) er benevnelsen på styringsideologien som har avtegnet seg i norsk helsepolitikk de siste tjue årene. NPM er et sett med teorier og modeller for hvordan utviklingen innen offentlig sektor kan forstås, og styringsideologien er tuftet på privat sektor og ideale markedsmodeller som gir assosiasjoner til kundeorienterte relasjoner i

forretningslivet og til markedsspråk (Lian, 2007 og Heggen 2002). Hovedpoengene ved NPM er flere. For det første styres virksomheten hovedsakelig etter resultater, som anses som viktigere enn regler og prosedyrer. Videre har virksomheten klare målsettinger og resultatkrav samtidig som den bør bli mer kritisk til egen ressursbruk. Virksomheten må også legge mer vekt på produksjon, å kutte kostnader, unngå sløsing og å drive virksomheten så effektivt som mulig (Lian, 2007). Lian (ibid) mener at ved å styre etter disse prinsippene står helsevesenet i fare for å bli omdannet fra et velferdsgode til en vare. Hun (ibid) er spesielt opptatt av hvordan ”varifisering” av helsevesenet påvirker holdninger og relasjoner mellom pasient og den profesjonelle hjelper, som i denne oppgaven handler om relasjonen mellom fødekvinnen og jordmor.

Vi er inne i en tid med ”forbløffende tendensskifte i holdninger og tenkning om offentlig sektor”, sier Eriksen (Eriksen i Heggen, 2002). Mer og bedre helse for hver krone synes å være et slagord med kraft i helsevesenet. Dette “slagordet” gir uttrykk for et behov for å utnytte ressurser mer effektivt. Samtidig gir slagordet uttrykk for en holdning som for få år siden knapt nok eksisterte innenfor behandling og pleie, men som i dag kommer til uttrykk i den offentlige debatten om helsesektoren.

Et viktig virkemiddel for å oppnå økt effektivitet, er å fremme konkurranse mellom ulike tilbydere av helsetjenester. Et annet virkemiddel er økonomiske straffe – og belønningssystem, såkalte “økonomiske insentiver”. Finansiering av virksomheter ved hjelp av “stykkprisbetaling”, er et slikt insentiv (Lian, 2007). I korte trekk går innsatsstyrt finansiering ut på at jo flere pasienter som virksomheten behandler, dess mer får de betalt. Eller sagt på en annen måte; aktørene blir belønnet for stor gjennomtrekk fremfor å bruke god tid på pasientene. Når økonomiske verdier settes i høysete og målet er å få mest mulig helse per krone gjennom virkemidler som lar penger følge pasienten, blir vi lett resultatorienterte, sier Lian (ibid). Evaluering av resultatoppnåelse er ofte basert på kvantitative prestasjons – og resultatmål. Lian (ibid) henviser til DRG – systemet, som danner grunnlaget for den innsatsstyrte finansieringen i helseforetakene. Alle aspekter rundt behandlingen må tallfestes for å komme med i regnskapet, og mange mener at pleie – og omsorgsaspekter ved virksomheten er av en slik art at den ikke egner seg for tallfesting (Lian, 2007 og Martinsen, 2000). Viktige aspekter ved virksomheten forblir nemlig usynlige eller nedvurdert ved en ensidig bruk av kvantitative måleteknikker. Ser vi disse prinsippene i en fødselskontekst, kan

kontinuerlig tilstedeværelse, støtte og veiledning av fødekvinne gi lav økonomisk uttelling for virksomheten kontra medisinsk og teknisk intervensjon i et fødselsforløp.

Et helt sentralt poeng her er altså at møtet mellom pasient og en profesjonell hjelper er selve kjernen i helsetjenestens virksomhet (ibid). De to rollene denne relasjonen utgjør, pasientrollen og hjelperrollen, er komplementære i den forstand at den enes rett er den andres plikt, og omvendt. Rollene kan derfor ikke forstås uavhengig av hverandre. Retten og plikten til å få og å gi hjelp, er nedfelt i yrkesetiske retningslinjer for aktørene i helsevesenet, og retningslinjene er tuftet på humanistiske verdier (Ruyter, Førde og Solbakk, 2008). En viktig innvending mot managementlogikken i helsevesenet, er altså at den i følge Dahle (i Alsvåg, Anderssen, Gjengedal og Råheim, 2001) overser *relasjonsarbeid*. Relasjonsarbeid vil si det arbeidet som ligger i å skape mellommenneskelig kontakt mellom pasient og den profesjonelle hjelperen. Å vise omsorg, i betydningen å ta hånd om, å bry seg om og å gjøre godt for en annen, er også en viktig oppgave for den profesjonelle hjelperen (Lian, 2007 og Martinsen, 2000).

Med økende fokus på markedsverdier som effektivitet, produktivitet og økonomisk lønnsomhet, står altså helsevesenets tradisjonelle verdier, som omsorg, nærhet, empati og respekt, i fare for å forvitne (Heggen, 2002, Lian, 2007 og Martinsen, 2000). Altruisme og egen nytte er verdier som grunnet sterke dreininger i dagens helsevesen ser ut til å bli stående i opposisjon til hverandre, og dermed kan vri den profesjonelle hjelperen i møte med pasienten i bestemte retninger. Som jeg kommer tilbake til i neste avsnitt kan relasjonen mellom jordmoren og fødekvinne påvirkes ved utforming av helsepolitikken, og samtidig føre til økt avstand i nære relasjoner og dermed skape et gap mellom idealer og realiteter.

Heggen (2002) er svært opptatt av dette spørsmålet, nemlig hvordan markedsideologien i helsevesenet kan føre til avstand i nære relasjoner og dermed kan medføre krenkelse av pasientens integritet. I strukturer som skaper avstand og fører til fremmedgjøring, kan det være fare for svekkelse av den moralske ansvarsfølelsen, sier hun (ibid). Krenkende handlinger, som for eksempel skjerming av blikket, kan oppfattes som moralsk "ondskap" i mellommenneskelige relasjoner på tross av at "ondskapen" er uintendert. Når man i en helsemessig sammenheng skal fortolke det som skjer mellom mennesker, er det ingen raske veier til absolutte og pålitelige konklusjoner. Man må undersøke det som skjer i selve interaksjonen, og de som berøres (ibid). Dette arbeidet karakteriseres ved at det tar tid og at det vanskelig lar seg måle og klassifisere i et økonomisk lønnsomhetsperspektiv.

På grunn av økende krav i helsevesenet om effektivitet og økonomisk lønnsomhet, er imidlertid tid en knapp ressurs. Eriksen (2001) sier at han har en følelse av at noe er i ferd med å gå galt i vårt samfunn. Til tross for at vi i løpet av de siste par tiårene har fått stadig mer tidsbesparende teknologi, påpeker han at det i den vestlige delen av verden synes som vi neppe før har hatt dårligere tid enn nettopp nå (ibid). Et høyt aktivitetsnivå og mangel på tid i helsevesenet kan påvirke relasjonen mellom den som skal hjelpes og hjelperen negativt, og stadig flere tar til ordet for at det er en kritisk grense for hvor stor arbeidsbyrde og hvor høy effektivitet man kan drive opp i pleie og behandlingsarbeid før den økonomiske vinningen går på bekostning av menneskelig verdighet (Heggen, 2002, Lian, 2007 og Martinsen, 2000).

Hvis vi med dette utgangspunktet går enda nærmere inn på fødselsomsorgen, er det også viktig å trekke fram at tillit er en grunnbetingelse for jordmorsens virke. Å gi tillit innebærer å tiltro eller overlate noe til andre (Lian, 2007 og Martinsen, 2000). Tillit legges kanskje ikke så godt merke til når det er tilstede i relasjonen, men det legges godt merke til hvis det ikke er der. Det særegne ved en fødsel, er uforutsigbarhet som fører til sårbarhet i en situasjon som er preget av usikkerhet og opplevelse av risiko. Tillit i relasjonen mellom jordmor og fødekvinnen synes å være fundamental for å fremme det særegne ved situasjonen som samarbeid, solidaritet og fellesskapsorientering, og har en integrerende funksjon. Lian (2007) gjør oppmerksom på at tillit reduserer samhandlingens kompleksitet, øker forutsigbarheten og vår risikovilje, og setter oss i stand til å handle under usikkerhet. Disse aspektene mener jeg er spesielt viktige i en fødsel.

2.4 Risiko

Risiko kommer fra det greske ordet "rhiza", som betyr "rot" eller "fot", brukt i betydningen av et vågestykke (Sandvik, 1997). Ordet hadde opprinnelig en nøytral betydning. I dag benyttes risikobegrepet eksplisitt og dels implisitt når vi vurderer mulige egenskaper ved hendelser som skal eller kan skje lengre frem i tid. Vi kan med menneskelig skjønn eller kompliserte teorier og beregninger danne oss en oppfatning av mulige utfall for en hendelse. Risikobegrepet kan belyses på forskjellige nivå og ut fra ulike perspektiv (ibid). I det vestlige samfunnet eksisterer ulike oppfatninger i forhold til hvordan risiko oppfattes og håndteres.

Lupton (1999) skiller mellom det realistiske og det sosialkonstruktivistiske perspektivet på risiko. Det realistiske perspektivet, som er det mest vanlige, er i hovedsak utviklet og kommer

til uttrykk i tekniske og naturvitenskaplige tilnærminger til risiko hvor risiko forstås som et objektivt fenomen som kan måles og forklares. Innenfor det realistiske perspektivet defineres risiko som en funksjon av sannsynligheter for at en hendelse inntreffer ganget med alvorlighetsgraden av hendelsen dersom den inntreffer. Et slikt risikobegrep er tuftet på at sannsynligheten for et utfall av hendelser kan predikeres nøyaktig og usikkerhet kan identifiseres, håndteres og elimineres gjennom videre forskning (ibid). Fødselsvitenskapens forståelsesramme og tilnærming til risiko er i stor grad basert på det realistiske perspektivet. Risiko finnes i naturen, i fødekroppen, og risikoen kan identifiseres gjennom vitenskaplig måling og kalkyler. Troen på å redusere risiko for uheldige utfall ved å ta i bruk teknologi for å kontrollere, overvåke og intervensere i den fysiologiske fødselsprosessen, blir en avgjørende kraft innenfor det realistiske perspektivet.

Det sosialkonstruktivistiske perspektivet er i hovedsak berørt av de som har interesse for sosiale og kulturelle aspekter ved risiko. Dette perspektivet vektlegger de sosiale og kulturelle kontekstene som risiko blir forstått og forhandlet i (ibid). Risiko er et innflytelsesrikt begrep for menneskelig eksistens i vestlig samfunn, og slik sett er risiko et sentralt aspekt ved menneskelig subjektivitet. Ut fra en slik forståelse, blir risiko sett på som noe som kan håndteres gjennom menneskelig intervensjon og risiko assosieres med begreper som valg, ansvar og skyld (ibid).

Beck (1997) og Giddens (1996) hevder at det senmoderne samfunnet er preget av det de kaller en risikokultur. Den moderne risiko skiller seg fra den tradisjonelle risiko ved at den moderne risiko er sosialt konstruert. Det betyr at den moderne risiko er skapt av mennesker. Farene som vi utsettes for er menneskets inngripen i naturen og ikke naturens farer over mennesket. I følge Beck (1997) er den moderne risiko global, ofte skjult og usynlig. Et eksempel er hvordan miljøgifter er et faktum, men lite synlige i hverdagen. Det er nettopp moderne risikoers usynlighet som, i følge Beck (ibid), bidrar til å skape risikosamfunnets generelt ”paranoide atmosfære” hvor alt er potensielt farlig. Disse trekkene betegner Beck (ibid) som objektive sider ved risikosamfunnet.

I tillegg til en objektiv dimensjon ved risikosamfunnet, inneholder Becks (ibid) teorier om risiko også en subjektiv dimensjon. Den subjektive dimensjonen kan ikke forstås isolert, men må sees i lys av de objektive dimensjonene. Hvordan enkeltindividet oppfatter og forholder seg til verden, og særlig hvordan individet håndterer fremtiden som er en kontinuerlig kilde til usikkerhet, er innholdet i den subjektive dimensjonen. Slik jeg forstår Beck, er hans teori om

risiko en teori om hvordan det samfunnet vi har skapt, og særlig de enorme kunnskapsmengdene som i dag er tilgjengelig, og som dermed produserer en konstant opplevd risiko. Individet må konstant forholde seg til og forvalte en overveldende strøm av informasjon, og sårbarhet er en konsekvens av alt vi vet, og teknologien som vi har skapt i relasjon til dette. Kunnskap om, og dermed opplevelsen av at noe kan gå galt, vil langt på vei prege den moderne fødselsomsorgen. Å være individ i det moderne tvinger oss likevel til å handle under usikkerhet og uforutsigbarhet. Vi må ta en sjanse, og det kan hende at vi lykkes, men også at vi mislykkes. Risiko er derfor en mynt med to sider, nemlig muligheter og farer. Beck (ibid) hevder at å identifisere potensielle farer og tiltakene for å unngå dem blir en helt avgjørende sosial kraft. Et slikt perspektiv, kan påvirke jordmorens ivaretagelse av fødekvinne og fødselsprosessen i en høyrisiko avdeling.

En annen måte å forstå den moderne risiko på, er ved å anvende Giddens begrep om ontologisk sikkerhet. Giddens (1996) betrakter perioder av livet som skjebnesvangre øyeblikk som kan true individets ontologiske sikkerhet. I korte trekk forstås den ontologiske sikkerheten som en forutsetning for at individet kan oppleve å ha en følelse av stabilitet i hverdagen. I enkelte perioder av livet vil graden av ontologisk sikkerhet svekkes ved at den stabile følelsen av selvidentitet trues. Fødsel kan forstås som en eksistensiell hendelse i en kvinne liv (Brudal, 2000), og ser vi fødsel i Giddens perspektiv kan det aneeses som et øyeblikk hvor den ontologiske sikkerheten er svekket. Et slikt perspektiv er viktig for jordmoren å være seg bevisst, fordi en svekkelse av ontologisk sikkerhet og en opplevelse av at egen identitet er truet hos fødekvinne, gjør henne ekstra sårbar og usikker i en fødselssituasjon.

Fødsel som fag og fenomen er sterkt influert av risikotenkning innenfor en biomedisinsk forståelsesramme. Ved å anlegge et omsorgsperspektiv, som jeg presenterer i neste kapittel, influert av fenomenologi og et risikobegrep influert av et sosialkonstruktivistisk perspektiv vedrørende ivaretagelse av normalfødsler, kan det muligens oppfattes som kritikk av den moderne fødselsomsorgen og den praksis og forskning dette område i hovedsak representerer. Det er ikke meningen å avvise en biomedisinsk forståelse, men snarere å peke på at det kan være fruktbart å forstå fenomenet fødsel i lys av flere forklaringsperspektiver.

3 Kari Martinsen - Omsorgsfilosofisk perspektiv

I dette kapitlet presenterer jeg oppgavens omsorgsfilosofiske perspektiv. Jeg har særlig latt meg inspirere av deler av Kari Martinsens omsorgsfilosofi som filosofisk tenkning i refleksjonen (Heggen og Fjell, 1998). Særlig har Martinsens omsorgsfilosofi sammen med historiske og samfunnsmessige perspektiver presentert i kapittel 2, fungert som utkikkspunkt og horisonter for oppmerksomhet og fortolkning av erfaringer.

Det er ulike meninger om Martinsens tenkning vedrørende omsorgens vesen er teori (Kirkevold, 2002). Hva teori er og hvordan teori defineres er et omfattende forskningsspørsmål i seg selv som jeg ikke vil gå inn i. Selv oppfatter Martinsen (1996 og 2000) sykepleien som en empirisk vitenskap, hvis oppgave er å beskrive sykepleie og de forhold som påvirker sykepleieutøvelse. Samtidig understreker hun den fundamentale betydningen av normative overveielser for utøvelse av sykepleie. Disse plasserer hun imidlertid utenfor sykepleievitenskapen og innenfor filosofi, eller metafysikk.

Martinsens omsorgstenkning er i sin helhet omfattende og kompleks og jeg har ikke til hensikt å gi en helhetlig presentasjon av hennes tenkning. Sett i forhold til mine problemstillinger, er det to forhold som peker seg ut som relevante. Det er spesielt hennes betraktninger omkring omsorgens vesen og hennes tenkning omkring erfaringsbasert kunnskap. Martinsens er i sin tenkning spesielt inspirert av en fenomenologisk forståelsesramme. Fenomenologi er heller ingen enhetlig retning, og jeg begrenser meg til å gi en kort presentasjon av fenomenologiske tenkere og prinsipper som har inspirert Martinsen og dermed bidrar til å skape en bakgrunnsforståelse for Martinsens betraktninger omkring omsorgens vesen og erfaringsbasert kunnskap ervervet gjennom bruk av kroppens sanseapparat.

Martinsen er i sine filosofiske tekster og dialoger tilbakeholden med å konkretisere og gi praktiske eksempler rundt omsorgstenkningen. Når hun først gir eksempler, rettes eksemplene mot sykepleie ettersom det er dette fagfeltet hun først og fremst har erfaring fra. Martinsens omsorgsfilosofi henvender seg spesielt til pasienter som ikke vil gjenvinne egenomsorg og er i behov av kontinuerlig pleie. En fødsel kan beskrives som en situasjon avgrenset i tid, hvor fødekvinnen er i en ikke selvhjulpne situasjon, men hvor hun vil gjenvinne egenomsorg. Når

jeg likevel velger å bruke deler av hennes omsorgsfilosofi for å kaste lys over jordmødres praktiske erfaringer, er det på bakgrunn av at hennes tenkning også kan forstås som generell, og dermed kan benyttes av den enkelte av oss i våre forskjellige praksiser og arenaer for omsorgsarbeid (Alsvåg og Gjengedal, 2000:7). Jeg har valgt sentrale deler av Martinsens filosofi til et konkret praksisfelt og leser den opp mot situasjoner som jordmødrene beskriver. Med andre ord vil jeg fortolke praktiske erfaringer og refleksjoner ved hjelp av Kari Martinsens omsorgsfilosofi.

3.1 Fenomenologisk filosofi

Filosofene Edmund Husserl (1859 – 1938) og Martin Heidegger (1889 – 1976) regnes som grunnleggere av eksistensialismen innenfor filosofien, og Husserl regnes som den som i særlig grad har skapt den fenomenologiske tradisjon innenfor eksistensialismen (Brudal, 2000 og Omery og Mack, i Omery, Kasper og Page, 1995). Sentralt i fenomenologien er oppfatningen av at mennesket er et vesen som aktivt konstruerer sin egen verden, og slik sett ikke bare er et bytte for miljøpåvirkning og arv.

Fenomenologisk forståelse springer ut fra Husserls tanker om livsverden og menneskets subjektivitet. Livsverden forstås som det meningsmønsteret som kontinuerlig utgjør bakgrunnen for våre bevissthetshandlinger (Svenaesus, 2005). Utgangspunktet for Husserl er at mennesket får kunnskap om verden gjennom levde erfaringer i naturlige og hverdagslige omgivelser. Innen livsverdenforskning vil det si å kunne beskrive verden slik den er erfart av mennesker, hva det betyr for mennesker å forholde seg til verden, til hverandre, til ulike situasjoner – til alle mulige ”ting” i verden. Begrepet livsverden er både en historisk og nåtidig verden. Menneskets erkjennelse av verden kan på bakgrunn av dette forstås som resultater av subjektive erfaringer og dermed må et menneske ikke forstås eller bli betraktet isolert fra sine omgivelser (Ibid). Livsverden kan altså beskrives som å inneholde alt en person engasjerer seg i ut fra den verdi en handling, person eller en fysisk ting har for det enkelte individ. For jordmor betyr dette at hver enkelt fødekvinn er unik. Hun må møte den enkelte fødekvinn med engasjement og nysgjerrighet for å få et innblikk i hennes livsverden. Dette synet opplever jeg at tydelig kommer frem i Martinsens filosofi.

Heidegger videreutviklet Husserls tanker om individets subjektivitet. Han forstår menneskets eksistens som relasjonell og som en grunnbetingelse og forutsetning for livet (Omery et al,

1995). Mennesket forstås som subjekt i samhandling og kommunikasjon med andre mennesker og i livsverden bindes subjekter til andre subjekter i felleskap. Martinsen bygger på Heideggers betraktninger når hun i sin filosofi tar utgangspunkt i at omsorg er et relasjonelt fenomen og er en grunnleggende værensbetingelse ved menneskelig eksistens. I sine senere arbeider er Martinsen spesielt inspirert av den danske fenomenologen K. E. Løgstrup (1905 - 1981) og hans skapelsesfenomenologi og etikk. Begrepet "livsytringer" er her sentralt og preger hennes tenkning omkring omsorgens vesen (Martinsen, 2000).

Den franske filosofen Maurice Merleau-Ponty (1908 – 1961) videreførte Husserls arbeid om den fenomenologiske kroppen. Han knytter den menneskelige subjektiviteten til kroppen ved å hevde at mennesket først og fremst er et kroppslig vesen (Omery et al, 1995). Det er gjennom kroppen verden tas inn og det vi erfarer utgjør vår historie og vårt forhold til våre medmennesker og omgivelser (Engelsrud, 2006). Kroppen er altså selve vilkåret for å få kunnskap om kroppen og dermed også for å forstå verden. I sitt hovedverk *Phenomenology of Perception* (1945) introduserer Merleau-Ponty sitt sentrale begrep "den levde kroppen" som utgjør et teoretisk rammeverk for å forstå kroppens tvetydighet. Kroppen betraktes som både synlig og seende, berørt og berørende, alltid begge deler samtidig. Dermed forstås kroppen både som "levende" og som "opplevd" og det vil i følge Engelsrud (2006) si at kroppen skaper mening. Martinsen (2000) beskriver i sin tenkning hvordan sykepleier og pasient i omsorgsrelasjoner gir inntrykk på hverandre og uttrykker seg for hverandre ved bruk av kroppen som sanseapparat, og hvordan de gjennom en sansende kropp kan oppnå kunnskap og forståelse for hverandre og situasjonen.

3.2 Omsorgens vesen

Rent språklig hevder Kari Martinsen (2003) at omsorgsbegrepet er sammensatt av "om" og "sorg" og er beslektet med det tyske ordet "sorgen" som kan oversettes til "omtenksomhet" og "å bekymre seg for". "Sorg" betyr mer "å sørge for" enn "å sørge", og ut fra dette peker Martinsen (ibid) på at omsorg alltid forutsetter to parter. Martinsen forstår omsorg som et ontologisk fenomen og hun sier følgende; "Den felles grunn vi står på er at omsorgen for den andre forstått som nestekjærlighet er fundamental for alt menneskelig liv, og slik sett også for sykepleien" (Martinsen, 2003:11). Omsorg må forstås som en sosial relasjon basert på kjærlighet hvor mennesket ikke kan forstås isolert fra sine omgivelser fordi fellesskapet settes i sentrum og likeverd er dermed en forutsetning. Slik jeg leser Martinsen er omsorg et

ontologisk universelt grunnvilkår i den felles menneskelige eksistens. Omsorg, moral og kjærlighet lever i relasjonen mellom menneskene, der en hver relasjon er kjennetegnet av makt og avhengighet. Det er klart at i relasjonen mellom jordmor og fødekvinne, har jordmoren mer makt enn fødekvinne på bakgrunn av sin kunnskap og posisjon. Den fødende er derfor i en sårbar og hjelpetrengende situasjon med stor avhengighet til faglig forsvarlig hjelp. Dette benevner Martinsen (ibid) for en asymmetrisk maktposisjon i omsorgsrelasjonen til fødekvinne.

Spontane livsytringer bærer de menneskelige relasjoner, og det er i livsytringene at vår grunnleggende verdiforutsetning ligger (Løgstrup i Martinsen, 2005). Livsytringene, tillit, tjeneste, å gi og å tilgi, medfølelse, talens åpenhet, håp og barmhjertighet, er grunnleggende for menneskelig samvær og er oss gitt. De har ontologisk status og er grunnleggende etiske. Livsytringene er spontane og umiddelbare og altså ikke et resultat av menneskelig ytelse. Så snart de skal tjene et annet formål enn sitt eget, forsvinner de eller forvandles til det motsatte av seg selv. Tillit er i utgangspunktet til stede i relasjonen, den er en værensbeholdning. Mistillit er skuffet tillit og ikke omvendt. Poenget er at livsytringene ikke skal begrunnes da de har målet i seg selv. De viser seg gjennom våre handlinger og det er våre handlinger som krever begrunnelse, hevder Martinsen (2005). Å ta hensyn til andre forutsetter likefullt forståelse av den andres situasjon på bakgrunn av noe felles som binder oss sammen. ”*Vi må dele en dagligverden hvor vi har noe felles*”, sier Martinsen (2003:69).

Grunnlaget for etisk ansvarlighet og for etisk kloke valg er å være mottakelig overfor situasjonens etiske appell. ”*Vi må samle oss for å forsøke å se pasientens hele situasjon*” sier Martinsen (2003:149). Situasjonen representerer med andre ord et selvstendig bidrag til forståelsen, Dette er et stort område i Martinsens filosofi, og jeg vil kort utdype dette nærmere, hva det innebærer for jordmor å motta fødekvinnes appell. Martinsen (1990) nevner her en rekke ting som mot, interesse, holdninger, oppriktig vilje, aktelse, fantasi, åpenhet og mottagelighet, engasjement og tilbakeholdenhet, for å nevne noe. Martinsen skriver at kunnskapen sykepleier har må forbindes med en vilje til å være i situasjonen og til å hjelpe den andre på best mulig måte (ibid). Men hvor kommer denne viljen fra? Og kan vi eventuelt ta den for gitt? Omsorg som etisk appell kan forklares slik: Personen som uttrykker seg og personen som skal forstås, er knyttet sammen i en universell kjærlighet som gjennom følelsene gir forståelse, en forståelse som vi ikke kan få på en annen måte (Martinsen, 1996). Det betyr at jordmoren må være følelsesmessig berørt eller beveget av fødekvinnes appell og

etiske fordring. Å handle etisk vil i følge Martinsen (2005) si å være sensitiv for den andres appell om hjelp.

Martinsen skriver tilsynelatende mer om hva omsorg har med å gjøre og hvordan omsorg ytrer seg enn konkret å definere og å avgrense hva omsorg er. I tillegg til at omsorg har med forståelse, engasjement og innlevelse å gjøre, sier hun også: ”Å møte den andre med omsorg har å gjøre med å bli den andres tillit verdig” (Martinsen, 2005:153). Å møte et annet menneske på en måte som gir tillit rom til å vokse, fordrer engasjement og forståelse som jordmoren tilegner seg ved å være sammen med fødekvinnen i fødselsprosessen, og samtidig arbeide sammen med fødekvinnen i et felles prosjekt og mot et felles mål, der fødekvinnen er en aktiv og ansvarlig medspiller.

I tillegg til at Kari Martinsen forstår omsorg som det mest naturlige og det mest fundamentale ved menneskelig eksistens, sier hun at omsorg består av en relasjonell, en praktisk og en moralsk dimensjon.

3.2.1 Omsorgens relasjonelle dimensjon

Den relasjonelle dimensjonen kjennetegnes ved å være et mellommenneskelig forhold mellom minst to mennesker. Forholdet er nært og åpent og baseres på fellesskap, solidaritet og en form for gjensidighet. Å anerkjenne den andre ut fra hans eller hennes situasjon er omsorgens grunnholdning og uttrykk, og således en forutsetning for å handle omsorgsfullt (Martinsen, 2003). I en yrkesmessig sammenheng vil det si at jordmor er forpliktet til å yte den hjelpen som kvinnen trenger ut fra en forståelse av situasjonen som kvinnen befinner seg i.

Jordmorens forståelse av kvinnens situasjon vokser frem på bakgrunn av felles erfaringer eller ved å ha tilsvarende erfaringer. Slik sett innebærer omsorgsrelasjonen at jordmor har evnen til å være tilstede i situasjonen med kvinnen og møte henne med tillit og åpenhet.

Omsorgsrelasjonen er basert på ”generalisert gjensidighet” og det vil si at vi ”sørger for” den andre uten å forvente noe tilbake (ibid). En slik tilnærming fra hjelperens side, er selve grunnlaget for omsorg som yrkesutøvelse.

3.2.2 Omsorgens praktiske dimensjon

I tillegg til at omsorg er en grunnholdning understreker Martinsen at omsorg også er praktisk handling. Å unnlate å handle, karakteriserer hun som sentimental omsorg og unnlatsessynd (Martinsen, 2003 og Martinsen, 2005). Den konkrete handlingen utøves på bakgrunn av en helhetlig forståelse av situasjonen. Handlingen bør være knyttet til det den hjelpetrengende er kjent med fra før, som ikke-spesialiserte redskaper som klut og skje (ibid). Overført til en fødselskontekst bør jordmor bruke så lite spesialisert og teknisk utstyr som mulig i en normalfødsel og bruke utstyr som kvinnen er kjent med fra dagliglivet. Videre bør jordmor formidle det kvinnen ser, hører og opplever rundt seg i et dagligdags språk. Slik kan jordmor fremme trygghet i en fødesituasjon som er preget av uforutsigbarhet og utrygghet. På denne måten kan jordmoren, i følge Martinsen (2003), legge til rette for at fødekvinnen opplever anerkjennelse i situasjonen i motsetning til umyndiggjøring. Et annet aspekt ved omsorg forstått som praktisk handling, er at handling krever begrunnelse som bygger på faglige og etiske vurderinger og refleksjoner. Det faglige skjønnnet som baseres på anvendelse og utøvelse av fagkunnskap tilegnes gjennom praktisk erfaring og betraktes som taus og intuitiv kunnskap.

3.2.3 Omsorgens moralske dimensjon

Mellommenneskelige forhold er preget av makt og avhengighet og hvordan makt forvaltes i relasjonen er omsorgens moralske dimensjon. Omsorg må bygge på moralsk ansvarlig maktbruk og utøves i overensstemmelse med prinsippet om ansvaret for den svake. Å handle moralsk er å handle fornuftig, sier Martinsen (Ibid). Det vil si at jordmor må forene rasjonalitet med emosjonelle og relasjonelle overveielser i en kompleks omsorgssituasjon. Hun må med andre ord ta hensyn til situasjonen, de involverte partene og etiske verdier og normer. Et sentralt aspekt ved moralen, er at den har to sider, nemlig spontanitet og norm. Den primære moralen er den fundamentale og spontane nestekjærligheten som kommer til syne gjennom å handle til det beste for den andre. Normmoralen er nødvendig og kommer til uttrykk når spontaniteten i livsytringene har sviktet og hvor nestekjærligheten ikke spontant fører til moralsk omsorg (Ibid).

I sine tidlige arbeider hevdet Martinsen (2005) at omsorgens relasjonelle, praktiske og etiske dimensjon er like viktige i enhver omsorgssituasjon, men hun har i sine senere arbeider argumentert for at omsorgens moralske dimensjon er overordnet og viser seg i måten arbeidet

utføres på gjennom våre holdninger. Det er i moralen livsytringene kommer til uttrykk og tillit (livsytring) er bærende i omsorg (ibid).

3.3 Utvikling av omsorg som yrkeskompetanse

Å lære omsorg som yrkeskunnskap handler om en kunnskap som er faglig, personlig og samtidig er en del av fagpersonens identitet. Martinsen (2000) forteller om hvilke faktorer som virker sammen slik at omsorg for den andre utvikles. Omsorg som yrkeskompetanse handler om å møte mennesker i forskjellige situasjoner som kan være utfordrende og komplekse både faglig og personlig. Hvordan yrkesutøveren erfarer de ulike situasjonene han eller hun står i til daglig handler om hvordan han eller hun ”ser” i møte med den andre. Martinsen (ibid) skisserer to ulike forståelser av hva det å være profesjonell kan innebære;

”Med det å være profesjonell forstår en vanligvis at en skal ha tilstrekkelig avstand, ikke være overinvolvert (holde følelser tilbake) og være objektiv og saklig i sin tale. Det vil si at kommunikasjonen ofte blir enveis, og ovenfra og ned. Kunnskapen blir begrenset til at en spør etter bestemte forhold, mennesket overses og reduseres til et objekt” (Martinsen, 2000: 11).

Personorientert profesjonalitet presenteres som et alternativ til en slik forståelse. Å være profesjonell, står ikke i motsetning til å være personlig, involvert og å vise følelser. Martinsen (ibid) skiller mellom å være privat og personlig og mellom følelser for den andre og føleri. I møte med den andre tillates den profesjonelle, på en ballansert måte, å investere av seg selv. En slik måte å være personlig på, gir rom for å vise følelser. Løgstrup, i Martinsen (ibid) hevder at følelser gir oss adgang til å forstå, og dermed er viktige i møte med den andre. For å få frem hva hun legger i begrepet personorientert profesjonalitet, beskriver Martinsen ulike blikk som måter å se på i møte med den andre. Hun holder høyt en kvalitet som hun benevner ”å se hjertelig deltakende”, og som er en måte å se på som åpner for å bli den andres tillit verdig. Det dreier seg om å se åpent og liketil på den ene siden og faglig utforskende og vurderende på den andre. Eller *“man ser uforbeholdent og mottakene og samtidig nytt og utvide”* (Martinsen, 2000:10). Ved å se hjertelig deltakende, erkjenner man samtidig at det alltid er “noe mer” som knytter seg til personen.

Når jordmoren henvender seg til fødekvinne med en personorientert tilnærming, kan hun i kraft av sin væremåte makte "å finne tonen med fødekvinne" eller finne frem til en "samklang" i relasjonen (ibid). I tillegg til å anerkjenne fødekvinne som førsteperson i relasjonen, kan jordmoren legge til rette for at fortrolighet og åpenhet får rom til å vokse. Samtidig er det viktig at jordmoren viser varhet for de grenser som fødekvinne setter omkring seg, og at hun har en vilje til å beskytte det som er sårbart og som kanskje ikke nå bør røres ved (ibid).

Når Martinsen (ibid) beskriver det hjertelig deltakende øye i en personorientert profesjonalitet, utfordrer hun ordene "å sanse" og "å registrere". I møte med fødekvinne er dette måter å se på som kan overlappes hverandre, eller til tider kan komme til å konkurrere med hverandre.

"Å sanse" handler om "å stille seg åpen for det som kommer til oss, slik at den andre kan tre frem i og med sin betydning" (Martinsen, 2000: 41). Synet og hørsel betraktes, i følge Martinsen (ibid), som suverene sanser fordi de påvirkes mest av våre tanker og forforståelse. Et øye som ser på en sansende måte, er oppmerksom og deltakende. Sansingens åpenhet kjennetegnes ved at den profesjonelle berøres av inntrykk hun får fra den andre før hun vet hva den andre vil. Å sanse forstås som en fundamental åpenhet mot verden, der jordmoren, ved å være tilstede i øyeblikket og i situasjonen, ser og forstår intuitivt gjennom sin opplevelse i relasjonen med fødekvinne. Å se med et hjertelig deltakende øye innebærer å se forskjelligheter i situasjoner som tilsynelatende fremstår som like.

"Å registrere" er en måte å se på "der en vil finne sammenhenger ved å systematisere, rangere, klassifisere og sette alt inn i system" (Martinsen, 2000: 34-35). Et slikt øye kan også se forskjeller, men bare ut fra det som kan bevege seg på en skala, fra lite til mye, og på bakgrunn av identifisert likhet som en klassifisering innebærer. Øyet har trukket seg ut av situasjonen som opplevelsen oppstår i, og betrakter situasjonen på avstand. Ved å se på en registrerende og objektiv måte har øyet blitt fiksert og mistet sin åpenhet, sier Martinsen (ibid). Ved en registrerende tilnærming til fødekvinne, kan jordmoren stå i fare for å overse forskjelligheter i mennesker og betydningen om at det er "noe mer" i situasjonen kan bli borte.

Det faglige skjønn står sentralt i Martinsens omsorgsfilosofi. Jeg har tidligere nevnt at omsorg krever handling, og handlingen baseres på faglige og etiske vurderinger. Det faglige

skjønnnet som baseres på anvendelse og utøvelse av fagkunnskap, tilegnes gjennom praktisk erfaring og benevnes som taus og intuitiv kunnskap (Martinsen, 2005). Å arbeide mot å gjøre omsorg til en del av yrkeskunnskap, vil si å arbeide mot en praktisk klokskap hvor teori, praktisk arbeid, relasjonsbygging og etisk bevissthet integreres og virker sammen for å forstå en kompleks situasjon. Martinsen kaller denne praktiske klokskapen, eller dømmekraften i situasjonen, for skjønnet (Martinsen, 2000 og 2005). Det er gjennom skjønnet at vi har mulighet til å komme i kontakt med den grunnleggende moralen (ibid).

Det faglige skjønnet består altså av to komponenter, fagkunnskap og naturlig sansing, og Martinsen sier, at skjønnet i omsorgssituasjonen er et tydingsarbeid hvor fagkunnskap og naturlig sansing arbeider sammen (2000 og 2005). Det faglige skjønnet anvendes i konkrete situasjoner sammen med fødekvinnen. Martinsen beskriver det konkrete som det levende og nærværende, det sammenhengende og kompliserte, det mangetydige og motsetningsfylte (ibid). Det er de direkte erfaringene jordmoren gjør i møte med fødekvinnen. Jordmødrenes virkelighet er først og fremst konkret, og i følge Martinsen (ibid) så er en konkret situasjon alltid unik og enestående, samtidig som ulike situasjoner alltid har noen felles trekk.

Den naturlige sansingen er en forutsetning for vår faglige forståelse og for hvordan vi anvender den. Men å stå i en konkret situasjon hvor vi benytter et faglig skjønn, betrakter Martinsen (2005) som å stå i en vippeposisjon. Den skjønnsmessige vurderingen er å kunne overveie handlingsalternativer slik at det gagnar den enkelte mest mulig. Martinsen sier at ”*å ha noe av et menneskes liv i sin hånd*” betyr å si noe om en situasjon som er på vippen (2005:162). Ut fra en faglig vurdering i situasjonen finner vi ut hva som er til det beste for den andre. Det forutsetter en sensitivitet i relasjonen slik at begge parter blir deltakere (Martinsen, 2005). Det faglige skjønnet holder situasjonen åpen og bevegelig samtidig som det skaper rom for nyanser og variasjoner.

Slik jeg forstår, så handler utvikling av skjønnet om å utvikle praktisk klokskap og å integrere praktisk klokskap med fagkunnskap som kommer til uttrykk i jordmorens møte med fødekvinnen. En slik utvikling er personlig, og skjønnet vil derfor være en del av vår dannelse som menneske.

4 Metode

Valg av studiens design må sees i sammenheng med studiens formål, problemstilling og hva som er ønskelig å innhente data om (Kvalme og Brinkmann, 2009). I denne studien søker jeg og utforske og å beskrive dilemmaer jordmødre erfarer vedrørende ivaretagelse av førstegangsfødende med mulighet for en normal fødsel i en høyrisikoavdeling. Målet er å løfte frem fenomenet slik det fremstår i intervjuene og beskrive på en måte som danner ny kunnskap om fenomenet (ibid). I dette kapitlet vil jeg forsøke å redegjøre for hvorfor og hvordan jeg gikk frem for og utforske dette temaet. Jeg vil beskrive den kvalitative forskningsprosessen fra planleggingsfasen, formulering av problemstillingen, til å skape data, det empiriske materiale, og deretter hvordan dataene ble fortolket og skapte et utgangspunkt for ny kunnskap.

4.1 Forberedelse av studien

Jeg har hatt interesse for valgte tema over en lengre periode og skaffet meg derfor en oversikt over eksisterende forskning på feltet, som er presentert i kapittel 2. I utgangspunktet så jeg for meg en kvantitativ studie hvor jeg tallfestet og beskrev utbredelse og forekomst av intervensjon i normale fødselsforløp på min arbeidsplass. Det ble likevel tidlig klart at jeg heller ville foreta en kvalitativ studie. Underveis i søken etter kunnskap ble jeg nemlig svært nysgjerrig på hva som ligger bak de høye tallene i intervensjon, og jeg stilte spørsmålet; ”*hva gjør at jordmødre intervensjoner i et tilsynelatende normalt fødselsforløp?*” Jeg ble nysgjerrig på hvilke underliggende sosiale mekanismer dette henger sammen med. Jeg fant lite forskning som handlet om dette sett fra jordmødres eget ståsted og et kvalitativt forskningsprosjekt begynte å ta form.

En kvalitativ forskningsprosess har en utforskende forskningsdesign. Utforskende design søker å undersøke hvordan et fenomen arter seg, hva som foregår i en kontekst, hvilke prosesser som får fenomenet til å utvikle seg eller hvordan det oppleves. Interessen sentrerer med andre ord rundt fenomenenes meningsinnhold snarere enn for deres utbredelse og styrke (Haavind, 2000:16). Designet preges av fleksibilitet og fenomenet utforskes i sine naturlige omgivelser der konteksten er av stor betydning for meningsinnholdet (Polit og Beck, 2008,

Kvale og Brinkmann, 2009). Problemstillingen, som i mitt tilfelle tok utgangspunkt i en nysgjerrighet og et ønske om å utvide egen faglig horisont, endret seg etter hvert som jeg tilegnet meg kunnskap om temaet. Denne prosessen beskriver Wadel som ”en runddans” mellom teori, data og metode (Wadel i Fangen, 2004:39). Denne beskrivelsen opplever jeg som meget treffende for min egen kunnskapsutvikling.

Kvalitativ metode egner seg særlig godt når målet er å få frem nyanser og flertydigheter. Valget av kvalitativ metode har i mitt tilfelle ført til at kompleksiteten i jordmødres erfaringer har kommet i sentrum. Jeg har ved hjelp av denne metoden ønsket å få frem ulike fortellinger, ulike erfaringer og ulike refleksjoner vedrørende ivaretagelse av den normale fødselsprosessen. Kvalitativ metode har altså ikke til hensikt å generalisere slik kvantitativ metode har (Haavind, 2000, Polit og Beck, 2008 og Kvale og Brinkmann, 2009). Denne studien forteller derfor ikke hvordan ”jordmødre flest” opplever den praksis som jeg har til hensikt å belyse. Studiens funn vil snarere kunne fortelle om hvordan noe erfares sett fra et utvalg av jordmødre og ved hjelp av annen forskning og bruk av relevant teori aktualisere og relevansegjøre det som kjennetegner disse erfaringene. Gjennom å arbeide på denne måten har jeg utvidet egen faglig horisont samtidig som jeg har oppdaget kompleksiteten av dimensjoner i en sosial virkelighet og nyanser som virker inn på jordmødres opplevde handlingsrom i deres daglige virke i en høyrisiko fødeavdeling.

4.2 Egen rolle og forforståelse

Uttrykk som ”å skape data” og ”å fortolke data” er betegnelser som viser særegenheter ved forskerens rolle i den kvalitative forskningsprosessen (Heggen og Fjell, 1998). At dataene er noe som skapes og ikke bare noe som samles inn, har å gjøre med at forskeren ikke kan stille seg helt utenfor det sosiale universet som studeres, men snarere må kommunisere med den for å få vite hva som mer spesifikt er meningsfylt for de som er der (Fangen, 2004 og Kvale og Brinkmann, 2009). Datamaterialet beretter altså om en forsker som har hatt nærhet til materialet, som har brukt seg og sin innflytelse, snarere enn å forsøke å minimere sitt preg på dataene. Disse premissene er beskrivende for min fortolkende tilnærming i oppgaven. Men underveis i denne prosessen opplevde jeg selvsagt en del utfordringer.

Å forske på egen arbeidsplass var spesielt utfordrende. Når forsker og informant deler erfaringer og kunnskap om tema som utforskes kan nemlig selvfølgeligheter og det som tas for gitt komme til å bli utelatt (Kvale og Brinkmann, 2009). Jordmødrene jeg intervjuet hadde i varierende grad kjennskap til meg, men alle var kjent med min tilknytning til avdelingen. Faren ved ikke å være bevisst sin egen forskerrolle kan være at man ikke får frem tilstrekkelig tykke beskrivelser av fenomenet som studeres.

Som tidligere nevnt har jeg på bakgrunn av mangeårig erfaringer først som sykepleier og de siste 7 årene som jordmor, har jeg erfaring med å snakke med pasienter om deres forventninger, tanker og følelser knyttet til sykdom generelt og svangerskap, moderskap og fødsel spesielt. I tillegg har jeg veiledningserfaring av enkeltpersoner. Å legge til rette for en samtale med bruk av ulike kommunikasjonsverktøy som aktiv lytting, bruk av taushet for å gi nødvendig ro slik at informanten får tid og mulighet til å gi reflekterte svar og bruk av ulike spørsmålstyper var jeg kjent med. Jeg hadde også kunnskap og erfaring i å lytte på flere nivåer, som for eksempel lytte til det som ikke blir sagt direkte eller se på kroppsspråk. I utgangspunktet tenkte jeg at slik erfaring og kunnskap ville gjøre meg tryggere i intervjusituasjonen og dermed gjøre det lettere å ha fokus på informanten. Men jeg hadde ikke tidligere erfaring med det kvalitative forskningsintervjuet som metode, slik at et pilotintervju ble gjennomført for å bevisstgjøre egen forforståelse og rollen som forsker. Det var en nyttig erfaring. Gjennom å lytte til båndspilleren, lese refleksjonsnotatet og lese den transkriberte teksten fikk jeg et utenfra blikk på meg selv og hvordan jeg håndterte rollen som forsker. Etter samtale med veileder ble vi enige om at jeg skulle prøve å være mer nøytral i senere intervju. I tillegg måtte jeg jobbe med å stille mindre ledende spørsmål og samtidig stille spørsmål ved det jeg spontant opplevde som selvfølgeligheter. Jeg måtte kontinuerlig jobbe med å være i forskerrollen og ikke i et jordmorfellesskap i intervjuet. Disse erfaringene, samtale med veileder underveis og kontinuerlig evaluering av egen innsats har vært med på å styrke egen forskerutvikling og dermed studiens troverdighet.

Å forske på egen arbeidsplass gir altså noen fordeler. I tillegg til å ha lettere tilgang til informantene hadde jeg også kunnskap om tema som ligger til grunn for oppgaven. I en forskningsprosess er det avgjørende at forskeren er bevisst egen forforståelse for å styrke studiens troverdighet (Kvale og Brinkmann, 2009 og Polit og Beck, 2008). Fangen sier følgende om dette;

”All forforståelse innebærer uunngåelig noen fordommer” (Fangen, 2004:47).

Jeg hadde en del forutinntatte meninger, tanker og holdninger i forkant av intervjuene med jordmødrene fordi jeg hadde tatt del i både den praktiske hverdagen i fødeavdelingen og samtidig deltatt i den faglige debatten. På hvilken måte skulle jeg (forskeren) få tak i jordmødrenes erfaringer uten å forbli i egen forforståelse? Hva skulle jeg høre etter og respondere på i intervjuene? Hvordan skulle jeg behandle den transkriberte teksten, og ikke minst hvordan jordmødrenes erfaringer skulle presenteres som funn.

Min forforståelse var samtidig preget av eksisterende forskning og teori, som er presentert i kapittel 2, og sånn sett hadde jeg da jeg gikk i gang med intervjuene trolig opparbeidet meg et visst utenfrablakk på egen praksis. Samlet sett opplevde jeg at å jobbe med egen forforståelse og egen rolle var en kontinuerlig prosess fra planlegging av prosjektskisse, planlegging og skaping av data, transkribering av materialet og til analyse og presentasjon av funn. Ved stadig å konfrontere egen forforståelse, ved å stille kritiske spørsmål, har jeg forsøkt å ha et reflektert forhold til den og på den måten ikke la forforståelsen få dominere på en ”ubevisst” måte. Slik har jeg dermed styrket studiens troverdighet.

4.3 Det kvalitative forskningsintervju

Valg av metode vil være avhengig av hvilke forskningsspørsmål som stilles i en studie (Kvale et.al, 2009, Polit og Beck, 2008). Jeg har valgt å bruke det kvalitative forskningsintervjuet som metode. Et kvalitativt forskningsintervju har som mål å innhente beskrivelser fra den intervjuedes livsverden for å få forståelse om et tema eller fenomener. Følelser, meninger og opplevelser er i sentrum (ibid). Formålet med studien var å lage tykke beskrivelser av jordmødres erfaringer for å forstå kompleksiteten av dimensjoner vedrørende dilemmaer knyttet til ivaretagelse av den normale fødselsprosessen hos førstegangsfødende i en høyrisikoavdeling. Det kvalitative forskningsintervjuet synes som en hensiktsmessig metode for å få svar på studiens problemstilling.

Det kvalitative forskningsintervjuet beskrives som et møte mellom to eller flere personer hvor kunnskap utveksles og skapes. Intervjuet har forskningsstruktur og hensikt, og går dypere enn spontane meningsutvekslinger i hverdagslige samtaler (Kvale og Brinkmann, 2009). Videre er forskningsintervjuet sentrert rundt et tema eller saksforhold og har en vitenskaplig målsetting og det gjennomføres på en målrettet måte. Informantene velges ut på bakgrunn av deres

tilknytning til temaet og oppfattes dermed som eksperter eller bærere av viktig informasjon om temaet. Forskeren har i stor grad kontroll over situasjonen og det er viktig at forskeren, på grunn av sin posisjon, er bevisst et asymmetrisk maktforhold i intervjusituasjonen (ibid). Forskningsintervjuet kan derfor ikke betegnes som en samtale mellom ”likeverdige parter” fordi det er forskeren som definerer tema og målet er å få kunnskap om den intervjuedes erfaringer knyttet til det konkrete temaet.

Intervjuet har både en relasjonell og kunnskapsfremmende dimensjon. Betegnelsen ”interview” gir en forståelse av at noe skapes i relasjonen mellom personene som deltar i samtalen, skriver Kvale og Brinkmann (2009). Denne beskrivelsen opplevde jeg som treffende da jeg selv intervjuet. I intervjusituasjonen møttes jeg og informanten og sammen vurderte vi temaet. Vi løftet frem ulike betydninger og forståelser som vi, fra hvert vårt perspektiv, satt inne med. To sett med holdninger, forutsetninger og interesser utfordret hverandre på måter som ga mening og frembrakte ny kunnskap (Jarvinene, 2005 og Kvale og Brinkmann, 2009). Slik har jeg opplevd å være medprodusent av viten.

4.3.1 Forberedelser til intervju

Planlegging av de kvalitative intervjuene startet med at jeg utarbeidet en intervjuguide på bakgrunn av litteratur, empiri og egne erfaringer knyttet til tema og problemstilling (vedlegg nr). Jeg utarbeidet en semi - strukturert intervjuguide hvor jeg formulerte 8 åpne spørsmål som skulle danne utgangspunktet for samtalen. Et semi – strukturert intervju gir muligheter for å styre datasamlingen i hensiktsmessig og relevant retning samtidig som informanten får mulighet til å svare på spørsmål med egne ord. Det gir muligheter for forsker å forfølge nye og uventede vinklinger som informanten bidrar med underveis (Kvale og Brinkmann, 2009 og Polit og Beck, 2008). De første spørsmålene var av generell art og tok for seg informantens yrkesbakgrunn og hvorfor hun hadde valgt å bli jordmor. I tillegg til at spørsmålet ga opplysninger om informanten, så hadde de til hensikt ”å ufarliggjøre” intervjusituasjonen både for informanten og meg. Denne strukturen er i tråd med Kvale og Brinkmanns anbefalinger som påpeker betydningen av å bygge opp intervjuet fra generelle og lite verdiladede spørsmål til mer verdiladede og følsomme spørsmål underveis og avslutningsvis går tilbake til det generelle og lite verdiladede (Kvale og Brinkmann, 2009). I tillegg oppmuntrer Kvale og Brinkmann (ibid) til å formulere spørsmål underveis som fokuserer på

spesifikke situasjoner og hendelsesforløp. Jeg formulerte også noen spørsmål som var av reflekterende art da jeg ønsket jordmødrenes refleksjoner.

4.4 Utvalgsstrategi og presentasjon av informantene

Utvalgsstrategien jeg har benyttet for å få kontakt med aktuelle intervjupersoner er strategisk. Et strategisk utvalg kjennetegnes ved at utvalget er valgt på bakgrunn av at de er i besittelse av egenskaper, kvalifikasjoner eller kunnskap som er avgjørende for å belyse den aktuelle problemstillingen slik at det er mulig å oppnå tykke beskrivelser og dermed dybdekunnskap om valgte tema (Kvale og Brinkmann, 2009 og Polit og Beck, 2008). Jeg ønsket å komme i kontakt med jordmødre med erfaring fra en høyrisikoavdeling fordi de, som Polit og Beck (2008) sier, er kilde til rik informasjon for mitt prosjekt og dermed kan maksimere min forståelse av dilemmaer jordmødre erfarer vedrørende ivaretagelse av førstegangsfødende med mulighet for en normal fødsel.

Jeg ønsket å komme i kontakt med jordmødre som kunne gi gode og tykke beskrivelser av sine erfaringer om temaet som oppgaven omhandler. Jeg sendte derfor skriftlig informasjon om prosjektet til klinikkssjef og enhetsledere ved fødeavdelingene hvor jeg redegjorde for prosjektet og samtidig spurte om tillatelse til å gjennomføre prosjektet ved fødeavdelingene (vedlegg nr. 3 og 4) Videre meldte jeg og fikk godkjent prosjektet fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS (NSD) (vedlegg nr. 2). Da alle formelle godkjenninger forelå hjalp enhetsledere med å sende elektronisk post med informasjon om intervjustudien og forespørsel til alle jordmødrene ved fødeavdelingene om deltagelse i forskningsprosjektet (Vedlegg nr.1). Det meldte seg raskt interesserte jordmødre og jeg tenkte at det ville være spennende å samtale både med jordmødre som var relativt nyutdannede og jordmødre med lengre erfaring. Begrunnelsen for et slikt utvalg var for å se om det var forskjeller i hvilke dilemmaer jordmødrene erfarte og hvordan jordmødrene opplevde ulike dilemmaer. Jordmødre med flere års erfaring kan for eksempel være påvirket av kulturen ved fødeavdelingen på en annen måte enn relativt nyutdannede jordmødre. Jeg tenkte at et slikt utvalg kunne belyse problemstillingen på en interessant og fruktbar måte, og funn knyttet til dette vil bli presentert i analysekapittelet.

8 jordmødre ble inkludert i prosjektet. Dette ga et materiale egnet til å belyse fenomenet fra flere sider. Jeg gjennomførte 8 intervjuer inkludert et pilotintervju. Selv den første famlende samtalen i et prosjekt kan være nyttig i beskrivelsen av et fenomen, og kan derfor, i følge Repstad (1998), trekkes inn i analysen. Alle informantene fikk muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og jeg innhentet skriftlig informert samtykke fra alle informantene. En tommelfingerregel er at utvalget er stort nok når forskeren ikke får frem ny informasjon til tross for antall dimensjoner og informanter (Heggen og Fjell, 1998, Kvale og Brinkmann, 2009 og Polit og Beck, 2008). I tillegg gjør Fangen (2004) oppmerksom på, at antall informanter må være gjennomførbart i forhold til prosjektets omfang. Mitt utvalg på 8 jordmødre er dermed en kombinasjon av at jeg både nådde et metningspunkt, samtidig som antall informanter var gjennomførbart med tanke på rammene for et masterprosjekt.

4.4.1 Beskrivelse av informantene

Følgende kriterier ble lagt til grunn for utvalget. Jordmødre hadde tilknytning til fødeavdelingene og det var ingen begrensninger i hvor mange års erfaring jordmødrene måtte ha, etnisk opprinnelse, stillingsprosent, fast ansettelse eller vikariat. Informantene i det endelige utvalget var kvinner i alderen fra ca. 30 år til ca. 60 år og antall yrkesaktive år som jordmor varierte fra 3 år til 25 år. Informantene har fått fiktive navn for å skape nærhet til deres fortellinger. På bakgrunn av anonymitetshensyn har jeg imidlertid valgt ikke å gå i detalj i forhold til beskrivelse av den enkeltes jordmors særtrekk som alder, antall år i fødeavdelingen, stillingsprosent, ulike arbeidsforhold osv. Slike forhold kan føre til at ansatte ved sykehuset generelt eller fødeavdelingene spesielt kan kjenne igjen hvem av informantene som har sagt hva. Å ivareta informantens anonymitet er et grunnleggende forskningsetisk prinsipp (Kvale og Brinkmann, 2009 og Reuter og Solbakk, 2008). Informantene mine har jeg kalt for henholdsvis Siri, Tone, Guro, Tine, Sara, Elin, Ingrid og Ane.

4.5 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble hovedsakelig gjennomført i løpet av mai og juni 2011. Pilotintervjuet ble gjennomført i februar 2011. Fem intervjuer ble gjennomført på jobb, ett i mitt hjem og to i

informantens hjem. Jeg var fleksibel og informanten valgte tid og sted. Intervjuene ble ikke gjennomført i jordmødrenes arbeidstid. Det var et bevisst valg i forhold til at informantene ikke skulle være stresset på at hun var ønsket i avdelingen samtidig som vi gjennomførte intervjuet, noe som kunne virke inn på informantens oppmerksomhet og tilstedeværelse negativ og føre til at jeg ikke ville få de tykke beskrivelsene av informantens erfaringer. I informasjonsskrivet antydte jeg at intervjuene ville vare mellom 1 time og 1 time og 30 minutter, men det syntes naturlig i intervjusituasjonen at jordmødrene styrte hvor lenge intervjuene skulle vare. Det var derfor ikke på forhånd bestemt noen minimumsvarighet eller maksimumsvarighet og i praksis varte intervjuene mellom 45 minutter og 55 minutter. Jeg planla gjennomføringen av intervjuene med utgangspunkt i å informere informantene om studiens formål slik det var beskrevet i informasjonsskrivet (vedlegg nr.) slik at de visste hva de skulle snakke om, hva jeg ønsket, at det var tid til å tenke seg om underveis og at de hadde min fulle oppmerksomhet. Samtidig la jeg vekt på å gjengi de rettigheter som de har som informanter. Kvale og Brinkmann (2009) benevner dette for ”briefing” hvor rammene for intervjuet legges opp. Avslutningsvis spurte jeg om informanten hadde noe mer på hjertet, og Kvale og Brinkmann (ibid) benevner dette for ”debriefing”. Jeg forsikret meg om at det var greit å ta intervjuet opp på bånd, og det var ingen som ga uttrykk for at det var ubehagelig.

I en intervjusituasjon er det viktig å oppnå trygghet og tillit på et tidlig tidspunkt, slik at informanten våger å åpne seg. Det er forskeren som legger føringene for hvordan intervjuet utvikler seg og de første minuttene har kritisk og avgjørende betydning (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg fant et egnet sted hvor vi kunne snakke uforstyrret og hvor det var stille. Videre la jeg opp til en uformell prat først for å oppnå en avslappet stemning før intervjuet startet. Underveis i intervjuet var det vesentlig å la informanten få snakke fritt uten å bli avbrutt og forstyrret unødvendig, men det ble dog tydelig for meg at mange beslutninger må fattes på stedet (ibid). Det var veldig individuelt og varierende fra gang til gang hvordan intervjusamtalene utviklet seg og hvordan jeg håndterte min egen rolle som forsker. Jeg hadde på forhånd utarbeidet en intervjuguide med spørsmål som jeg ønsket å stille til informantene. Intervjuguiden fungerte som en støttfunksjon underveis og det varierte hvor mye jeg brukte den aktivt underveis i intervjuene. Åpningsspørsmålet ”*Kan du fortelle om din egen yrkesbakgrunn? og hvorfor valgte du å bli jordmor?*” ble stilt til alle. Oppfølgingsspørsmålet ”*Kan du fortelle om en fin fødselsopplevelse slik du opplever det som jordmor...?*” var utløsende for mange historier, erfaringer, tanker og refleksjoner fra jordmødrenes side. Underveis stilte jeg oppfølgingsspørsmål som: ”*Det du sa nå var spennende, kan du si litt*

mer om det?”, eller mer fortolkende spørsmål som: *”Du fortalte tidligere at.... mente du da at.....?”*. Jeg forsøkte hele tiden å inspirere informantene til å fortelle mer gjennom oppmuntrende nikk og bekreftende uttrykk. Det var hele tiden en ballansegang mellom å være ivrig og pågående samtidig som jeg ikke var for ivrig og pågående i mine nonverbale og verbale tilbakemeldinger.

Det er selvsagt viktig å være tydelig og ikke diffus i hvordan spørsmålene stilles. Enkelte spørsmål ble stilt på en slik måte at informanten ikke forstod hva jeg siktet til og det oppstod misforståelser. Noen ganger opplevde jeg også at jeg selv ble usikker på hva jeg egentlig hadde forsøkt å spørre om. Andre ganger stilte jeg spørsmål som var ledende. Jeg merket under enkelte intervju at jeg forsøkte å styre litt i forhold til min egen forforståelse, og slik jeg tolket det måtte informantene tenke gjennom om det jeg sa stemte overens med deres virkelighet. Intervjusituasjonene var energitappende og det krevde mobilisering av energi og mental tilstedeværelse for å høre hva som ble sagt, eller snarere det som ikke ble sagt med ord men som jeg burde legge merke til og valgte å stille oppfølgingsspørsmål i forhold til (Kvale og Brinkmann, 2009). Spørsmål som *”Når du sa....mente du at....”?* *Har jeg forstått deg riktig?* ble stilt for å klargjøre informantens meninger og beskrivelser for samtidig å styrke studiens troverdighet.

4.6 Transkribering – en fortolkning i seg selv

Den personlige samtalen som et intervju består av, går igjennom to abstraksjonsprosesser før det fremstår som en ferdig skrevet tekst på papiret (Kvale og Brinkmann, 2009). Først tas samtalen opp på lydbånd som ikke fanger opp kroppsspråk og mimikk og deretter abstraheres samtalen i det opptaket på lydbåndet transkriberes til en skriftlig tekst. Jeg ble, gjennom litteraturen, oppmerksom på at transkribering av datamaterialet kunne by på mange fallgruver. Grunnleggende viktig er det å forholde seg nøyaktig til det som informantene har sagt, og ikke tillegge tekstene annen mening enn det som fremkommer i intervjuene (Kvale og Brinkmann, 2009 og Polit og Beck, 2008). Det vesentlige har med andre ord vært å formidle meninger og erfaringer slik jeg oppfattet at informantene uttrykte seg under intervjuet. Å transkribere materialet innebar derfor flere valg.

Jeg valgte å transkribere alle intervjuene selv. Dette var en svært tidkrevende oppgave, men det ga meg også nærhet til materialet. I tråd med Kvale og Brinkmann (2009) bidrar det også til å styrke materialets troverdighet som ligger til grunn for analysen. Før selve transkriberingen tok til lyttet jeg til intervjuene to ganger. Jeg forsøkte å transkribere intervjuene fortløpende. Det var viktig å transkribere mens jeg hadde intervjuet og konteksten ferskt i minne. Umiddelbart etter at intervjuene var ferdig hadde jeg notert stikkord, følelser og stemninger som preget intervjuene slik at jeg skulle huske konteksten bedre. Kroppsspråk var ikke like lett å huske da oppmerksomheten var mest rettet mot å lytte og å intervju. Kvale og Brinkmann (ibid) påpeker viktigheten av å bevare kontakten med den reelle situasjonen og video kunne vært hensiktsmessig som en forlengelse av blikket i en slik situasjon. Jeg forsøkte å gjengi den muntlige talen så direkte som mulig i den skriftlige fremstillingen av materialet. Jeg valgte å beholde tankepauser og småord i første omgang. Jeg lyttet til lydbåndet flere ganger etter at transkripsjon av hvert intervju forelå. Det var til tider utfordrende å høre når en setning sluttet eller for eksempel hvilke ord i setningen som ble vektlagt. Da jeg opplevde at den transkriberte teksten så godt som mulig representerte informantens stemme i samtalen gikk jeg over til bare å bruke tekstene i det videre analysearbeidet.

En av de viktigste beslutningene jeg måtte ta var om jeg skulle transkribere intervjuene til bokmål eller bevare informantens dialekt. Det kan være et etisk dilemma hvis få personer kommer fra samme sted som dialekten er hentet fra, men prinsippet om å ivareta informantens anonymitet må alltid veie tyngst selv om det går på bekostning av nærhet til materialet (Kvale og Brinkmann, 2009 og Reuter og Solbakk, 2008). Alle intervjuene ble derfor transkribert til bokmål slik at dialektord og særegne uttrykk ikke skulle kunne peke tilbake på en enkelt jordmor. På denne måten ble transkripsjonen som lå lagret på datamaskinen avidentifisert. Kvale og Brinkmann (2009) peker også på betydningen av å ivareta institusjonens anonymitet, og jeg har derfor valgt ikke å bruke beskrivelser i datamaterialet som karakteriserer og identifiserer fødeavdelingene.

Å gjengi sitater og formuleringer ordrett slik de presenteres gjennom det muntlige språket kan oppleves sårende på intervjupersonene samt sette dem i et ufordelaktig lys. Videre kan usammenhengende og oppstykkede sitater trekke oppmerksomheten bort fra poeng intervjupersonen har gjort rede for i intervjuet (Fangen, 2004, Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg har på bakgrunn av dette redigert teksten noe i utsnittene av det transkriberte materialet

som presenteres i analysen. På denne måten har uttalelsene i intervjuene fått en mer grammatisk korrekt skriftlig form samtidig som meningsinnholdet har blitt ivaretatt.

4.7 Å analysere data

Etter at intervjuene var gjennomført og transkribert satt jeg igjen med et omfattende tekstmateriale på ca 150 A4 sider. Jeg hadde nå et materiale ”i festnet form” som kunne granskes i ettertankens lys (Haavind, 2000:8). Selv om transkriberingsprosessen var krevende hadde jeg begynt å bli kjent med materialet mitt og hva materialet kunne si noe om. Ved å ha tilbrakt timer med nærlesing av den transkriberte teksten har jeg erfart at det har rent på med ideer og tanker om hva materialet er og hvordan jeg kunne bruke det. Samtidig som stormen av ideer og tanker til tider har vært preget av lite oversikt og kaos, har fasen likevel vært avgjørende. Nye dimensjoner som jeg ved tidligere lesing ikke hadde registrert dukket opp underveis. Jeg har med andre ord forsøkt å lytte til mitt materiale med et åpent sinn.

Å analysere er prosessen som bringer det skapte materialet over i en presentasjon av resultater (Haavind, 2000). Analysen startet i intervjusituasjonen der jeg forsøkte å validere dataene ved å sjekke at utsagn var blitt forstått slik informanten selv forstod dem (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg har erfart at det i analysefasen ligger et stort og krevende arbeid og jeg har forsøkt å skille det uvesentlige fra det vesentlige i en søken etter å skape mening (Heggen og Fjell, 1998). Denne tilnærmingen har stilt krav til egen kreativitet og systematikk. Haavind skriver følgende;

”Alle forskere må lage sine fremgangsmåter for å analysere et materiale slik at de blir hjelpemidler til å nå resultater i akkurat denne undersøkelsen, og de må finne sine måter å fremstille dette analysearbeidet på slik at de kan dokumentere disse resultatene ” (Haavind, 2000:25).

I min søken etter en fremgangsmåte for analyse av materialet, har jeg, i tråd med Haavind, benyttet ulike strategier. Min analyseform er basert på en eklektisk tilnærming med bruk av forskjellige tilnæringsmåter og teknikker for meningsgenerering. I følge Kvale og Brinkmann er en slik ad – hoc bruk svært vanlig og karakteriseres ved at formen er mer åpen og det er samspill mellom ulike analyseteknikker, som for eksempel å lete etter temaer, notere

mønstre og telle utsagn knyttet til et fenomen, i kontrast til mer systematiske og tradisjonelle teknikker som koding og kategorisering av meningsenheter (Kvale og Brinkmann, 2009:233 - 234). Hensikten med analysen har vært å bygge bro mellom transkribert tekst og resultatene gjennom en fortolkning av materialet.

Jeg har underveis i forskningsprosessen minnet meg selv på at studien har en kvalitativ design og på bakgrunn av dette har jeg som forsker forsøkt å se hva som skjer i den transkriberte teksten, hvilke fortellinger som antydes, hvilke temaer som blir skapt og hvilke verdier som forvaltes (Kvale og Brinkmann, 2009). Videre har jeg valgt en hermeneutisk fortolkning av materiale. Hermeneutikk betyr fortolkningslære og handler om å fortolke meningsfulle fenomener (Svенеaus, 2005). I en hermeneutisk forståelsesramme er forståelsen av tekstens mening sentral og konteksten er vesentlig for fortolkningen (Kvale og Brinkmann, 2009). I analysen har jeg derfor forsøkt å bevege meg frem og tilbake i refleksjon mellom empiri, teori og egen forforståelse sett i lys av studiens problemstillinger og bakgrunn for slik å sette empirien inn i en større og faglig begrunnet sammenheng. Jeg vil i det følgende beskrive den praktiske fremgangsmåten i analysen.

4.7.1 Praktisk fremgangsmåte i analysen

Rent praktisk startet analysearbeidet med å opparbeide kjennskap til materialet gjennom flere runder med nærlesing for å oppnå en fornemmelse av helheten. I tråd med Kvale og Brinkmann (2009) skrev jeg en fortettet versjon av hvert enkelt intervju for bedre å være i stand til å huske hva hver informant vektla. I dette arbeidet stilte jeg følgende spørsmål til materialet mitt; Hvilke temaer er jordmødrene opptatte av? På denne måten dannet jeg meg et overordnet inntrykk av hvilke temaer som preget intervjumaterialet. Videre noterte jeg temaene i marginen. Etter at ett og ett intervju var gjennomgått, så jeg på intervjuene i sammenheng. Slik ble jeg gradvis klar over hvilke temaer som trådte i forgrunnen og hvilke temaer som trådte i bakgrunnen i forhold til studiens problemstillinger.

På bakgrunn av denne fremgangsmåten identifiserte jeg 3 temaer som jeg kalte jordmor, trygghet og avdelingen. I forlengelsen av dette arbeidet opprettet jeg 3 Word - dokument som omhandlet hvert av temaene. Jeg plasserte utsagn fra alle informantene som omhandlet samme tematikk i det tilhørende Word - dokumentet. I enkelte tilfeller kunne ett og samme

utsagn plasseres i flere dokumenter fordi jeg mente at de var beskrivende for flere av temaene. I det videre arbeidet stilte jeg følgende spørsmål til materialet; Hvilke erfaringer eller verdier vektlegges i jordmødrenes fortellinger knyttet til temaene? Et eksempel på tema var *trygghet* og måten jordmødrene snakket om erfaringene på ble kodet med ulike farger og stikkord i marginen. Et stikkord kunne for eksempel være ”tid”, ”ro” eller ”tilstedeværelse”. Haavind (2000) betegner denne måten å systematisere materialet på som å lese materialet på langs og på tvers. Søk på langs og på tvers i materialet gjorde at det ble enklere å bevege seg fra informant til informant, noe som igjen førte til at jeg ble kjent med fellestrekk og særtrekk. I dette arbeidet, som tok lang tid, ble jeg etter hvert spesielt oppmerksom på to overordnede spor i materialet som jeg ønsket å jobbe videre med.

Det første sporet omhandlet jordmødrenes fortellinger om relasjonen mellom jordmor og fødekvinne, og jeg ga dette sporet benevnelsen ”å være sammen med og å gjøre sammen med”. Jordmødrene syntes å være spesielt opptatte av relasjonens betydning for kvinnens fødselsopplevelse og fødselsfremgang. Uttalelser som for eksempel ”*trygghet er avgjørende for fødselsfremgang*”, ”*det er jordmorens ansvar å skape trygghet*” og ”*jordmoren må være tilstede for å gi trygghet*” er typiske i materialet. En trygg fødekvinn syntes å være, slik jeg forstod informantene, en grunnbetingelse for muligheten både til en god fødselsopplevelse og for fødselsfremgang. Mangel på trygghet kunne føre til økt risiko både for en dårlig fødselsopplevelse, manglende fremgang i fødsel og intervensjoner i fødselsprosessen.

Med utgangspunkt i fenomenologien ble jeg mer og mer klar over at jordmødrenes tilnærming til fødekvinne og fødselsprosessen er svært sammensatt og hvor jordmødrene framhever betydningen av å ivareta opplevelsesaspektet (Brudal, 2002, Martinsen, 2000 og Svenaeus, 2005). Jordmødrenes fortellinger om betydningen av både å ivareta kvinnens emosjonelle behov i fødselsprosessen for å fremme progresjon i fødselsforløpet, var sentralt i materialet. Uttrykk som ”*fødsel er ikke bare fysiologi, det handler like mye om psykologi*” var gjennomgående. Slik jeg etter hvert ble klar over ved å lese materialet, fremhevet jordmødrene at å ivareta fødselsfremgang handlet om å ivareta fødekvinnens emosjonelle og fysiologiske behov samtidig.

Flere av mine informanters fortellinger handler om fødekvinnens opplevelse av utrygghet og sårbarhet. Slik jeg forstår informantene mine, så kan en helhetlig tilnærming til fødekvinne, i betydningen å ivareta relasjonen for å skape trygghet, være med på å påvirke fødselsprosessen

positivt og samtidig forhindre unødvendig intervensjon som oftere assosieres med uheldige utfall i normalfødsler.

Gjennom jordmødrenes fortellinger ble jeg klar over at jordmødrene opplevde dilemmaer knyttet til ivaretagelse av relasjonen til den enkelte fødekvinne. Hvordan jordmødrene snakket om å opprette og å ivareta en relasjon var preget av tvetydighet. På den ene siden snakket de om faktorer både hos seg selv og i avdelingen som fremmer og dermed legger til rette for utvikling av en god relasjon, og på den andre side snakket de om hvordan de samme faktorene kan virke hemmende for relasjonen. Begrepet ”tid” var spesielt sentralt i jordmødrenes fortellinger om både hva som fremmer og hemmer utvikling av en god relasjon. Utsagn som ”*vi har ikke tid*” og ”*vi må ha nok tid*” var typiske i materialet.

På bakgrunn av disse sporene åpnet jeg fire nye Word - dokument på bakgrunn av fire identifiserte funn knyttet til de tre tidligere nevnte temaene. Disse funnene gir uttrykk for jordmødrenes opplevde dilemmaer vedrørende betydningen av å legge til rette for og ivareta en relasjon forankret i trygghet og tillit for å oppnå fødselsfremgang og en god fødselsopplevelse. I Kapittel 5 presenterer jeg funn knyttet til dette sporet, og jeg har kalt temaet for; Tid – En tredjepart i relasjonen.

Det andre sporet som jeg ønsket å utforske videre omhandlet jordmødrenes fortellinger om å ivareta fødselsfremgang. Dette sporet ga jeg benevnelsen ”*å gjøre for*”. I intervjuene ble jeg oppmerksom på at jordmødrene ga uttrykk for ambivalens og tvetydighet i forhold til hvordan de ivaretar fødselsfremgang, og i fortellingene står begrepene ”tid” og ”risiko” sentralt. Jeg identifiserte 3 følgende temaer; ”å behandle”, ”sanser” og ”normalitet”. Jeg benyttet samme strategi som nevnt ovenfor vedrørende å samle utsagn fra alle informantene i 3 word-dokumenter samtidig som jeg stilte spørsmål i forhold til verdier tilhørende det enkelte tema. Til tema ”å behandle” for eksempel en verdi være ”kultur” og ”risiko”. Jordmødrenes fortellinger bar preg av at de ofte jobber under tidspress og at tidspress legger føringer for hvilke tiltak de benytter for å ivareta fødselsfremgang. I tillegg fortalte jordmødrene om hvordan en erfart risikokultur kan få konsekvenser både for hvordan de handler og hvilke muligheter de opplever at de har til å være i forkant og dermed ha mulighet til å korrigere et fødselsforløp som viser tegn på langsom fremgang.

I jordmødrenes fortellinger kommer det frem at de i møte med fødekvinne og ivaretagelse av fødselsfremgang gjør bruk av ulike kunnskapsbaser for å kunne danne et helhetsbilde av

fødselsprosessen. Jeg ble her særlig oppmerksom på at dilemmaer knyttet til ”tid” og ”risiko” påvirker hvilke kunnskapsbaser jordmødrene benytter i fødselsprosessen og om de, i tråd med Martinsen (2000) ser på en registrerende eller sansende måte i møte med fødekvinne. I forlengelse av dette arbeidet åpnet jeg tre nye word - dokument på bakgrunn av tre identifiserte funn knyttet til de tre tidligere nevnte temaene. Funnene presenteres i kapittel 6 og gir uttrykk for jordmødrenes opplevde dilemmaer vedrørende ivaretagelse av fødselsfremgang. Jeg har kalt temaet; Tid og Risiko – Normalfødselens premisser i det moderne.

Etter en tids arbeid med å fordype meg i den skapte delingen av materialet følte jeg nok en gang behov for å gå tilbake til intervjuene og å lese de i sin helhet. Jeg ønsket å forsikre meg, nok en gang, om at de funnene jeg hadde gjort ved en slik manipulering av dataene var troverdige.

4.8 Kvalitetskriterier

Et sentralt fokus i studien har vært å imøtekomme krav til gyldighet og troverdighet. Å ivareta vitenskapelig kvalitet vil si å sannsynliggjøre at studien vil gi troverdige og gyldige resultater (Kvale og Brinkmann, 2009, Polit og Beck, 2008). I litteraturen som omtaler kriterier for kvalitative studier, er det beskrevet ulike måter å vurdere dette på, og det har blitt diskutert hvorvidt begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet som benyttes innenfor kvantitativ forskning hemmer kvalitativ forskning (Polit og Beck, 2008). Heggen og Fjell (1998) har også diskutert det problematiske ved å benytte begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet i forskningsarbeid som fokuserer på å forstå mangfoldighet i sosiale situasjoner. En forsker bør uansett være seg bevisst om at den kunnskapen som er fremkommet er posisjonert (ibid). For min del har arbeidet med masterprosjektet vært en kontinuerlig læringsprosess. Jeg har stadig forstått mer, også om metodens utfordringer. I det følgende vil jeg benytte begrepene validitet og reliabilitet slik Kvale og Brinkmann (2009) beskriver dem, i en selvrefleksjon over min metodiske fremgangsmåte i masterprosjektet.

4.8.1 Validated

I følge Kvalme og Brinkmann (2009) handler validitet i kvalitativ forskning om den håndverksmessige kvaliteten på undersøkelsen. I kvalitative studier er forskeren det viktigste instrumentet, og det fordrer dermed et kritisk blikk på egen rolle (Heggen og Fjell, 1998, Kvalme og Brinkmaann, 2009 og Polit og Beck, 2008).

Jeg har tidligere beskrevet min bakgrunn og forskerkompetanse som er relevant for at andre kan vurdere min forskertroverdighet og som igjen legges til grunn for å vurdere kvaliteten både på dataene og studien i sin helhet. Som mastergradstudent har jeg begrenset erfaring og kunnskap i forskningsmetodikk. Veiledning fra en erfaren og kritisk forsker som har kommet med faglige innspill har vært med på å utfordre egen forforståelse og samtidig stimulert til teoretisk og metodisk refleksjon. Slik har veiledningsprosessen bidratt til å kompensere for en del av min manglende forskererfaring og samtidig bidratt til å kvalitetssikre gjennomføringen av alle trinn i studien. Valget av metode og design er gjort for å gi gyldige svar på problemstillingene og dermed styrke troverdigheten.

I tråd med Kvale og Brinkmann (2009) har jeg gjennom hele forskningsprosessen, fra utvikling av problemstillinger, valg av metode, skaping av data, gjennomføring av intervjuene, bruk av båndopptaker i intervjuene, fortolkning og bearbeiding av tekst og analyse med vekt på kjennskap til og påvirkning av egen forforståelse, forsøkt eksplisitt å synliggjøre hvilke vurderinger som er gjort og hvilke valg som er tatt for å styrke troverdighet. Jeg har, med andre ord, gjennomgående i oppgaven beskrevet arbeidet og prosessen slik at troverdigheten kan vurderes av andre. Jeg mener derfor at min kompetanse har vært adekvat i henhold til krav om håndverksmessig kvalitet i kvalitative intervjuer slik litteraturen anbefaler (Kvale og Brinkmann, 2009 og Polit og Beck, 2008).

4.8.2 Reliabilitet

I følge Kvale og Brinkmann (2009) handler reliabilitet, eller pålitelighet, om hvor pålitelige resultatene fra intervjuundersøkelsen er. Jeg har tidligere nevnt hvordan det kvalitative intervjuet er en samskaping av data i relasjonen mellom meg (forskeren) og informanten, og samtidig rettet oppmerksomheten mot hvordan denne relasjonen er bærer av et asymmetrisk maktforhold (Heggen og Fjell, 1998, Førde, Reyter og Solbakk, 2008 og Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg har opplevd det som svært viktig å være bevisst min maktposisjon som

intervjuer i forhold til å definere og kontrollere situasjonen, samt analysen som er gjort i etterkant av intervjuene. Jeg har også tidligere eksplisitt gitt uttrykk for betydningen av dette maktforholdet ettersom jeg har forsket på eget felt.

Gjennomgående i forskningsprosessen har jeg forsøkt eksplisitt å redegjøre for valg og utfordringer underveis. Viktige aspekter har vært den kollegiale relasjonen mellom informantene og meg selv, og den tilliten dette bærer i seg, samtidig som jeg har vært kritisk og analytisk i fortolkningen av dataene, slik forskningen krever (Kvale og Brinkmann, 2009). Denne avveiningen har jeg forsøkt å holde høyt i bevisstheten gjennom hele prosjektet.

Jeg har forsøkt å holde en analytisk distanse i fortolkningsarbeidet. Det har til tider vært utfordrende, fordi jeg har jobbet som jordmor ved en fødeavdeling parallelt med masterprosjektet. I tillegg til at jeg har lest materialet med teoretiske ”briller”, har jeg kontinuerlig i analyseprosessen hatt Haavinds spørsmål: *hva forstår jeg? hvordan forstår jeg det? og hvorfor forstår jeg det på akkurat denne måten?* (Haavind, 2000:37) som veiledende i fortolkningsarbeidet.

4.8.3 Overførbarhet

Kvalitetskriteriet overførbarhet handler om hvorvidt studiens funn har gyldighet ut over studiens utvalg og under andre forutsetninger (Polit og Beck, 2008). I kvalitative intervjustudier fremkommer data som konstruksjoner av tekst i en kontekst, og meningene fortolkes i lys av konteksten. Funn forstått som fortolket mening er derfor kontekstavhengig. I hvilken grad funn fra denne studien er gyldige for andre, avhenger av likhet mellom kontekstene. Jeg har ved bruk av informantenes fortellinger forsøkt å presentere studiens kontekst og veien frem til funn og konklusjoner ved å gi tilstrekkelig med ”tykke beskrivelser”. Det er opp til den enkelte leser og forsker som kjenner andre aktuelle kontekster å avgjøre i hvilken grad funnene kan sies å ha gyldighet ut over det aktuelle utvalget (ibid). Det undersøkelsen kan bidra til, slik Fangen (2004) sier, er en mer generell forståelse av et fenomen. Overført til mitt prosjekt, kan undersøkelsen, slik jeg ser det, bidra til å skape refleksjon rundt et viktig område i jordmødrenes hverdag. Å reflektere rundt dilemmaer som kan påvirke ivaretagelse av relasjonen mellom fødekvinne og jordmor og ivaretagelse av fødselsforløp hos kvinner med mulighet for normalfødsel, kan bidra til en bevissthet omkring dilemmaer og dermed føre til en bredere forståelse omkring jordmødrenes vilkår og handlingsmuligheter i en høyrisikoavdeling.

4.9 Etikk

Etiske overveielser er ikke avgrenset til en spesiell fase i et kvalitativt forskningsprosjekt, men må forstås som en kontinuerlig prosess gjennom hele forskningsprosessen (Førde, Reuter og Solbakk, 2008 og Kvale og Brinkmann, 2009). I det følgende vil jeg gjøre rede for hvilke etiske betraktninger og vurderinger som har preget arbeidet med denne studien.

Studien er meldepliktig til personvernombudet i henhold til personvernopplysningsloven § 31. Studien ble godkjent av Norsk Samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD) 25.11.2010 under forutsetning om anonymisering av datamaterialet og sletting av indirekte personidentifiserende opplysninger etter bestått eksamen og senest 31.12.2012 (vedlegg nr. 2). Anonymitet har blitt ivaretatt i det skriftlige materialet og alle lydopptak, som har vært innelåst et sted der bare jeg har hatt adgang, slettes etter sensur og senest 31.12.2012. I tillegg har alle datafiler vært lagret på områder som er sikret med passord.

Det ble utarbeidet en skriftlig forespørsel til klinikksjef og enhetsledere om tillatelse til å gjennomføre studien ved avdelingene og jeg skriftlig godkjenning fra klinikksjef og enhetsledere (vedlegg nr. 3 og vedlegg nr. 4).

Et overordnet etisk prinsipp er at deltakelse i forskningsprosjekt og utvelgelse og rekruttering av informanter er basert på frivillighet og skriftlig informert samtykke (Kvale og Brinkmann, 2009 og Reuter og Solbakk, 200). Samtykkeerklæringen inneholdt informasjon om alle vesentlige forhold vedrørende studien (vedlegg nr.1).

Forskningsintervju er basert på en relasjon, på et direkte, personlig tillitsforhold mellom forsker og informant hvor forskeren må være bevisst et asymmetrisk maktforhold (Kvale og Brinkmann, 2009 og Reuter og Solbakk, 2008). Det gir etiske forpliktelser på personnivå om at denne tilliten ikke misbrukes. Videre har jeg gått inn for å behandle dette materialet i tråd med intensjonene for å fremskaffe gyldig kunnskap.

Informantene ga uttrykk for at de opplevde det positivt å delta i studien. Mange mente at det var nyttig å få sitte i ro å diskutere et tema som de opplevde som viktig, noe som de ellers opplevde at det sjelden var anledning til. Denne type positive reaksjoner er i følge Kvale og Brinkmann (2009) vanlig i kvalitative studier.

Utgangspunktet for intervjuene var først og fremst å skaffe kunnskap og sammen konstruere felles forståelse. Samtalene med informantene bar i stor grad preg av aktiv dialog som førte til refleksjon og bevisstgjøring omkring temaet. I tråd med Kvale og Brinkmann (2009) var jeg medprodusent av data, og dette bidro til å sette i gang prosesser som virket positivt i forhold til kunnskapsutvikling.

Jeg har tidligere i kapitlet redegjort for ulike utfordringer vedrørende å forske i eget felt. Erfaringer fra årene som jordmor i avdelingen har jeg tatt med meg inn i forskningsprosjektet. Det har påvirket spørsmålene jeg har reist under utviklingen av problemstillingene, det har ligget til grunn for litteratursøk og forberedelse av studien. Underveis i forskningsprosessen har jeg gjort rede for hvordan jeg kontinuerlig har utfordret egen forforståelse for å kunne vise informantenes perspektiver og meninger for å fremskaffe gyldig kunnskap.

5 Tid – En tredjepart i relasjonen

Med fokus på førstegangs fødende og normal fødsel i en høyrisikoavdeling skal jeg i kapittel 5 presentere min analyse av jordmødrenes fremstilling av dilemmaer vedrørende ivaretagelse av normalfødsler i en kvinneklinikk. Temaet som står sentralt i dette kapittelet, tar for seg jordmødrenes opplevde dilemmaer vedrørende ivaretagelse av relasjonen mellom fødekvinnen og jordmor. Nærmere bestemt fødselens emosjonelle dimensjon.

Problemstillingen jeg ønsker å kaste lys over er;

Hvilke dilemmaer erfarer jordmødre vedrørende ivaretagelse av førstegangs fødende med mulighet for en normal fødsel i en høyrisikoavdeling?

Underspørsmål nr.1 som dette kapittelet spesielt søker å utforske er som følger;

Hvilke dilemmaer erfarer jordmødre vedrørende ivaretagelse av relasjonen til fødekvinnen?

Analyskapittelet er organisert i fire deler. I første del tar jeg for meg jordmødrenes erfaringer om betydningen av å være sammen med fødekvinnen i fødselsprosessen for å utvikle en relasjon forankret i tillit og trygghet. Jordmødrene beskriver hvordan dilemmaet mangel på tid påvirker i hvilken grad de kan være tilstede for den enkelte fødekinne og samtidig hvordan mangel på tid kan tenkes å påvirke relasjonen negativt. Videre presenterer jeg jordmødrenes erfaringer knyttet til hvordan egen personlighet, og utvikling av personlighet, kan synes å påvirke relasjonen. I tredje del drøfter jeg informantenes opplevde dilemma knyttet til mangel på ro. I siste del analyserer jeg hvordan mangel på tid i relasjonen kan gi jordmødrene en opplevelse av å føle seg maktesløs. Dilemmaet mangel på tid går som en rød tråd gjennom alle fire delene.

5.1 Å være tilstede

Et gjennomgående funn i min studie er betydningen av å være sammen med kvinnen i fødselsprosessen for å muliggjøre en god relasjon mellom jordmor og kvinnen. Siri og Guro sine utsagn om betydningen av tilstedeværelse er toneangivende;

Fødsel er ikke bare en fysiologisk prosess som går av seg selv. Det handler mye om psykologi. Å skape trygghet. Det er veldig mye opp til oss jordmødre og de aller fleste vil gjerne ha jordmor tilsted så mye som mulig (Siri).

Guro utdyper dette på følgende vis;

Min opplevelse er at de gangene jeg kan være mye tilstede så gir det en annen ro hos fødeparet som gjør at de mestrer oppgaven sin bedre. Og at de også vet at jeg ser dem, hører dem, kan hjelpe til når det trengs, gjør at de blir trygge nok til å si fra til meg hvis det er noe som mangler (Guro).

Ut fra disse og mange lignende beskrivelser i mine data fremhever jordmødrene at fødsel er en prosess som påvirker kvinnen både fysisk og emosjonelt. Slik jeg forstår informantene, så er en relasjon basert på trygghet mellom jordmor og kvinnen viktig for hvordan kvinnen mestrer å være i fødsel. Når jordmor er tilgjengelig og tilstede for fødeparet kan det føre til at de blir trygge nok til å formidle egne ønsker og behov. En sentral oppgave for jordmor er å forholde seg til kvinnens opplevelsesverden samtidig som hun utøver et fag, og implisitt i denne oppgaven inngår å skape en relasjon der de subjektive opplevelsene tas i betraktning (Brudal, 2000 og Martinsen, 2003). Hvis jordmor klarer å skape en relasjon hvor kvinnens erfaringer og opplevelse får komme til uttrykk, så kan det føre til trygghet og tillit. Om dette sier Elin følgende;

Å skape god kontakt mellom jordmor og fødeparet er det viktigste i forhold til tillit og da er tilstedeværelse viktigst slik at fødeparet føler seg ivaretatt. Det synes jeg at hverdagen min viser at du kan komme inn og kanskje møte en fødekvinne litt forknytt, jeg har mange sånne eksempler som jeg tenker på, de ligger veldig anspent, nesten sånn i fosterstilling, veldig forknytt og veldig redde og hvordan du kan løse opp det fullstendig både mentalt og faktisk ved å skape trygghet og forklarer hva som skjer på det nivået som hun kan klare å ta i mot (Elin).

Å føle seg ivaretatt har altså i følge Elin stor betydning for utvikling av et tillitsforhold mellom jordmor og kvinnen slik at kvinnen kan føle seg trygg. Anvender vi Martinsens tenkning på dette aspektet handler omsorg om noe som skjer på et relasjonelt plan mellom fødekvinnen og jordmor. Fødekvinnen gjør inntrykk på jordmoren og inntrykkene beveger henne kroppslig og emosjonelt. Slik blir inntrykkene et relasjonelt fenomen (Martinsen,

2000). Slik jeg forstår Elin, gir hun uttrykk for inntrykkene hun får fra fødekvinne ved å være tilstede hos henne. Når jordmoren henvender seg til fødekvinne med en personorientert tilnærming, slik Martinsen (ibid) beskriver, kan hun i kraft av sin væremåte makte ”å finne tonen med fødekvinne” eller finne frem til ”samklang” i relasjonen. Det Elin beskriver her er et godt eksempel på hva informantene legger vekt på i en god relasjon mellom kvinnen og jordmor. Videre utdyper Elin dette slik;

Det vi ønsker er jo en sånn teamfølelse. Altså at det er et par som har en jordmor som er til stede og som, det at de kan stole på. Hun kommer når de ber henne komme og er der tilstrekkelig nok at de kan føle seg optimalt trygge ((Elin).

Slik jeg forstår Elin, så er hun spesielt opptatt av tre viktige forhold ved utvikling av en relasjon som er forankret i trygghet. Det første hun tar opp er ”teamfølelse”. Hun beretter at kvinnen og jordmoren er henvist til hverandre. At jordmoren og paret er et team, er i følge Martinsen (2003) uttrykk for en relasjon basert på generalisert gjensidighet og avhengighet samtidig som kvinnen gjøres til en ansvarlig medspiller i relasjonen. Et slikt syn er i tråd med en kvalitativ studie hvor jordmødrene peker på at en relasjon som er forankret i gjensidighet og trygghet kan være med på å fremme en god fødselsopplevelse og et godt fødselsutfall (Blåka og Eri, 2006). Det bringer oss videre til det andre aspektet som Elin snakker om, nemlig at paret kan ”stole på” jordmoren. Martinsen (2005) understreker, på bakgrunn av Løgstrups teori om livsytringer, at i jordmoren og kvinnens henvisthet til hverandre er tillit fundamentalt og bærende. Tillit er altså både et interaktivt og et etisk fenomen som er sentralt i relasjonen mellom jordmor og kvinnen.

Det tredje forholdet som Elin tar opp er jordmorens tilgjengelighet overfor kvinnen. Jordmoren skal komme når kvinnen trenger henne og være nok tilstede for å skape optimal trygghet. Slik jeg tolker Elin, så er jordmorens tilstedeværelse hos kvinnen avhengig av individuelle behov som det ikke på forhånd kan settes opp en mal for. Det vil si at jordmoren må forstå og møte kvinnen med utgangspunkt i at kvinnen er ekspert på eget liv. Som Martinsen (2003) beskriver, så er kvinnen første person i relasjonen og forstått i et fenomenologisk perspektiv så er kvinnens opplevelsesverden og erfaringer sentrale for jordmorens forståelse av hva relasjonen krever av henne og hvordan hun kan videreutvikle en relasjon forankret i tillit og trygghet. En situasjonsforståelse krever innsikt i kvinnens livssituasjon og hva som er kvinnens muligheter og begrensninger i situasjonen og da er det påkrevd at jordmor er til stede hos kvinnen for å avdekke hennes behov.

Informantene i mitt materiale er særlig opptatte av at det knytter seg spesielle utfordringer til førstegangs fødende og at de derfor er i en spesielt sårbar situasjon. Guro beskriver det på følgende måte;

Utfordringen med førstegangs fødende er at de ikke har erfaring, og derfor er det viktig å være mye tilstede, veilede, informere om hva som kommer til å skje underveis slik at de får riktige forventninger (Guro).

Slik jeg forstår Guro, så er førstegangs fødende spesielt sårbare fordi de ikke har født barn tidligere. De vet ikke hva fødselsprosessen krever av dem fysisk og emosjonelt, og det er derfor fare for at de har forventninger som ikke er realistiske og som kan føre til at forventningene ikke innfris. Guro utdyper betydningen av å være tilstede og å informere om forventninger slik;

Kvinnen skal bli kjent med jordmor, hva som skjer på sykehuset og hvilke forventninger de kan ha til jordmor. Å vite hva som skal skje gjør kvinnen sterkere (Guro).

Det spesielle med en fødsel, er at den er uforutsigbar. For kvinnen handler det om uforutsigbarhet i forhold til hvordan hun blir tatt i mot, hvem hun møter, hvor lenge fødselen varer og hvordan hun kommer til å oppleve og å håndtere smertene. Mange av informantene sier at kvinnene er redde for å miste kontrollen over seg selv i fødselssituasjonen. I fødselsprosessen er det viktig at kvinnen på den ene siden forsøker å ta kontroll over egen kropp samtidig som hun også må erkjenne begrensningene og nødvendigheten av å kunne underkaste seg og overgi seg til de fysiske lovene. Å kunne forene disse motsetningene er en av utfordringene ved å skulle føde barn, sier Brudal (2000). Sett i lys av Martinsens perspektiv på omsorgens vesen så befinner kvinnen seg i en ikke-selvhjulpen situasjon og jordmoren må "ta vare på" og "sørge for" kvinnen. Slik jeg tolker Guro, så tar jordmoren vare på og sørger for kvinnen ved å være til stede for henne i situasjonen og ved å informere om hva hun kan vente seg. Slik kan fødselen bli mindre uforutsigbar for kvinnen og det kan føre til at hun blir sterkere i betydningen å ta kontroll over seg selv og kroppen samtidig som hun tørr å underkaste seg og overgi seg til de fysiske lovene. I tråd med Lian (2007), og som tidligere nevnt, bringer Guro her frem et neste aspekt, nemlig hvordan kvinnens vilje til å risikere i fødselsprosessen kan øke når kvinnen opplever trygghet og tillit i relasjonen. I lys av Martinsen (2003), så er relasjonen tuftet på solidaritet og forståelse gjennom hva jordmor gjør for og sammen med paret i en krevende fødselssituasjon.

Felles for mange av informantene er at de legger vekt på betydningen av å ha tid til å være sammen med kvinnen. Tid oppfattes som en knapp ressurs i samfunnet generelt og i helsevesenet spesielt og jordmødrenes fortellinger bærer preg av dilemmaer relatert til mangel på tid. Omsorgsarbeid tar tid og slik jeg forstår både informantene og Martinsen (ibid), så kan mangel på tid føre til formynderi i den forstand at jordmoren blir en aktiv deltager i fødselsprosessen på bekostning av kvinnen. En slik praksis kan bidra til at jordmoren tar over ansvaret for at kvinnen skal føde barn og kvinnen kan bli passiv og uansvarlig deltaker i fødselsprosessen. Guro framhever betydningen av å ha tid til å være tilstede hos fødekvinnen slik;

Manglende tid og tilstedeværelse kan føre til at kvinnen blir utrygg og at jeg ikke får den kjemien mellom paret og meg som er nødvendig. Manglende tilstedeværelse går utover det som ikke blir sagt med ord men som jeg skulle oppdage ved å være tilstede (Guro).

Guros beskrivelser går godt sammen med Martinsens perspektiv på omsorgens vesen. Hun skriver blant annet at *"Sykepleieren må lytte seg frem til de forskjellige toner som klinger ut fra de forskjellige mennesker, og hun vil lete seg frem til hun kommer i kontakt med dem"* (Martinsen, 2000:32). Videre sier hun at sykepleier *"ut fra en indre forståelse"* ser hva den syke trenger (Martinsen, 2005:152). Slik jeg forstår Martinsen handler jordmor gjennom å stille seg til disposisjon for hva som måtte komme. Med hele sin sansende kropp som redskap forsøker jordmor å forstå hva kvinnen ønsker å formidle. Ved en slik tilnærming gir jordmoren kvinnen mulighet til å komme frem på egne premisser, forenlig med hennes måte å være seg selv på. Når jordmoren sanser seg frem til kvinnens uttrykk, kan kvinnen være i stand til å bestemme om hun vil dele noe, hva hun vil dele, hvordan og på hvilken måte hun vil formidle dette noe. Ved å gå kvinnen i møte for å forstå hva kvinnen ønsker eller har behov for kan de, slik Martinsen (ibid) beskriver, oppnå en relasjon forankret i trygghet og tillit.

Mangel på tid kan altså utfordre en relasjon som i utgangspunktet er forankret og fundamentert på tillit og som synes å være viktig for i hvilken grad kvinnen er trygg nok til å gi seg hen til kroppen og fødekraftene. For meg er disse beskrivelsene i tråd med en systematisk review hvor det konkluderes med at kvinnens forventninger, støtte fra jordmor, kvaliteten i relasjonen og kvinnens mulighet til å være delaktig i avgjørelser som blir tatt om henne underveis i fødselen blir assosiert med en positiv fødselsopplevelse (Hodnett, 2002). En positiv fødselsopplevelse må forstås som et heldig fødselsutfall fordi det har betydning for

kvinnens fremtidige psykiske helse. Det er nemlig slik at kvinner som har negativ fødselsopplevelse har økt risiko for depresjon som igjen kan påvirke mor-barn relasjonen og parforholdet negativt samtidig som forskning viser at kvinner som opplever en traumatisk fødsel oftere ber om keisersnitt ved neste fødsel (Brudal, 2000 og Hildingsson, Rådestad, Rubertsson og Waldenstrøm, 2002).

5.2 Å bruke seg selv som virkemiddel

Et sentralt funn i jordmødrenes fortellinger er at kvalitetene i deres personlighet har stor betydning i utviklingen av en god relasjon mellom fødekvinnen og jordmoren. Rogers (1980) beskriver personlighet som stabile måter i hvordan individer forholder seg til, betrakter og tenker på omgivelsene og seg selv, og hvordan det kommer til syne i et bredt spekter av sosiale og personlige sammenhenger. Som tidligere nevnt er jordmødrene selv svært opptatte av hvordan deres personlighet har betydning for at kvinnen opplever trygghet som igjen kan føre til fødselsfremgang og muligheten for en god fødselsopplevelse. Ingrid uttrykker det slik;

Det er viktig at jeg er trygg i rollen min, at jeg utstråler trygghet og ro og at jeg passer på dem. Jeg må kunne det jeg driver med og jeg har lest papirene hennes og at vi samarbeider (Ingrid).

Flere andre jordmødre omtaler personlighetens betydning på liknende måter. Siri sier for eksempel;

Å bli trygg på seg selv, og at det du gjør er faglig riktig, og ikke begynne å tvile på egne evner, er viktig. Det smitter veldig fort over (Siri).

Gjennomgående i jordmødrenes fortellinger er bevisstheten om en trygg og rolig tilnærming til fødekvinnen, og at de påvirker kvinnen i forhold til hvordan de viser seg i relasjonen. Slik jeg forstår jordmødrene er opplevelsen av å være trygg utgangspunktet for en rolig tilnærming til kvinnen og da er det nødvendig å ha fagkunnskap i tillegg til personlige egenskaper. Jordmødrene erfarer i sin omgang med fødekvinnen at utrygghet relatert til manglende fagkunnskap og personlige egenskaper raskt smitter over til fødekvinnen. Disse erfaringer er i tråd med Gjengedal (i Alsvåg, Anderssen, Gjengedal og Råheim, 2001) som sier om dette, at

kvinnene er både sårbare og prisgitt i relasjonen til jordmødrene samtidig som de er sensitiv overfor inkompetanse. Elin utdyper betydningen av å være bevisst sin personlighet i møte med fødekvinnen på følgende vis;

Jeg synes ro er veldig viktig. Jeg kan være en veldig skravlete person, men inne på fødestuen så synes jeg det er veldig viktig å spille litt på de strengene som er der inne og kanskje ikke sier så veldig mye når det jobbes hardt (Elin).

Slik jeg leser Elin, så viser hun i sin fortelling at hun er bevisst egen personlighet og hvordan hun på bakgrunn av en reflektert holdning og erfaring omstiller seg i møte med kvinnen. Heiberg og Bjørnstad (1999) sier at ro er avgjørende for om kvinnen klarer å ta i bruk sine iboende fødekrefter og Elins bevissthet om betydningen av ro i fødselsprosessen, fører til at hun legger til rette for at kvinnen kan ta de i bruk. I jordmødrenes fortellinger som handler om å gi trygghet og ro til kvinnen, kommer det også frem detaljerte beskrivelser av virkemidler som tas i bruk for å lykkes i sin tilnærming. Tine forteller om dette på en levende måte;

Jeg tror jordmors tilstedeværelse har stor betydning for hvordan fødselsarbeidet går fremover og da trenger det ikke nødvendigvis være at man gjør så veldig mye. Det at man er til stede tror jeg er viktig og at man på den måten bekrefter at det man ser er greit, ikke sant? Det gir en veldig trygghet, tror jeg, at jordmor er til stede og bekrefter normalitet. Hvis paret, særlig når de ikke har opplevd dette før og de synes at det er skummelt, at han ser at hun har kjempe vondt og skriker og hoier. Hvis jeg sitter i et hjørne og ikke gjør noen ting, så sier jo det at "ok, så dette er sånn det er" (Tine).

Tine beskriver hvordan hun gjennom sin blotte tilstedeværelse bidrar til å normalisere kvinnens smerter. En slik holdning mener hun gjør kvinnen i stand til å mestre angsten for smerte og samtidig redusere hennes smerteopplevelse. I følge Brudal (2000) er det å bekrefte og å normalisere et uttrykk for positive holdninger og hun legger vekt på at disse holdningene er viktige egenskaper hos jordmoren i møte med fødekvinnen. I tillegg utdyper hun (ibid) betydningen av jordmorens holdninger, og hevder at jordmorens støttende og normaliserende holdning kan føre til at kvinnens selvfølelse og selvtillit styrkes i fødselssituasjonen. Slik jeg tolker, kan jordmoren gjennom sin blotte tilstedeværelse *gjøre* mindre samtidig som hun har mulighet til å *gi* mer til fødekvinnen på et emosjonelt plan.

Andre viktige virkemidler som jordmødrene benytter for å lykkes med å gi ro og trygghet til fødekvinnen uttrykkes på ulike måter; ”Jeg må være interessert og tilstede mentalt”, ”jeg gir ros for å motivere”, ”jeg masserer for å lindre smerten og for å bekrefte” og ”jeg puster med kvinnen for at hun ikke skal bruke for mye krefter på pusten og for at hun skal få kontroll”.

Slik jeg forstår gir jordmødrenes utsagn uttrykk for fortrolighet mellom fødekvinnen og jordmoren og viser at jordmoren har blitt kvinnens tillit verdig. Sett i lys av Martinsen begrep om sansing (Martinsen, 2000), viser mitt materiale at jordmødrene stiller seg åpne for de inntrykk som fødedamen gir. Jordmødrene kan sies ”å se med et hjertelig deltakende øye” og hele kroppen berøres. I et sansesamspill gir jordmoren uttrykk for kvinnens etiske appell og handler for å gjøre situasjonen bedre for kvinnen. Slik Martinsen (2005) har beskrevet gir jordmødrene her uttrykk for et faglig skjønn.

Som vi har sett snakker jordmødrene om sin egen personlighet og ferdigheter som en konstant egenskap. Dette er imidlertid ikke hele bildet. Samtidig sier de nemlig at personligheten og ferdigheter videreutvikles gjennom erfaringer i den praktiske hverdagen sammen med fødekvinnen. Ane forteller hvordan hun har opplevd dette;

Det er en kunst å vite hva den enkelte fødedama har behov for, hva det enkelte paret har behov for. Med erfaring blir du tryggere på deg selv og tørr å nærme deg dama på en, ja du tørr å være nær. I starten så syntes jeg at det var vanskelig for jeg var ikke trygg nok. Å stå i fødsel med en veldig smertepåvirket dame og ikke helt vite hva jeg skulle gjøre, det var ikke bare greit (Ane).

Slik jeg forstår Ane, så forteller hun her om utvikling av egne ferdigheter som en prosess hvor hun starter som uerfaren og med utgangspunkt i egen personlighet. Etter hvert som hun har fått erfaring har hun blitt tryggere og tørr å være nær kvinnen, noe som kommer til uttrykk gjennom praktisk handling. Anes utsagn synes jeg er forenlig med hvordan Martinsen (2003) beskriver omsorg som yrkeskompetanse og hvordan ferdighetslæring utvikles i den praktiske hverdagen hvor jordmor går gjennom flere kompetansetrinn fra nybegynner til ekspert. Tone utdyper dette perspektivet på følgende vis;

Med erfaring er det enklere å se hva den enkelte kvinne har behov for. Det er individuelt og forskjellig fra gang til gang (Tone).

Tones utsagn ”å se hva den enkelte kvinne har behov for” kan være uttrykk for den tause, intuitive kunnskapen som en kyndig jordmor, ved bruk av sanser, integrerer i sin omsorg for fødekvinnen. I den komplekse omsorgssituasjonen har nybegynneren nok med seg selv mens den erfarne jordmoren *løfter blikket og ser* kvinnen og de individuelle behovene (ibid). Gjennom erfaring, dialog og refleksjon over egen fagutøvelse utvikler jordmoren sin personlighet og forståelse av hvordan hennes personlighet påvirker relasjonen i en fødselsprosess på bakgrunn av at jordmor identifiserer og handler ut fra individuelle behov..

Sett i et fenomenologisk perspektiv, blir jeg gjennom analysen av dette materialet spesielt oppmerksom på hvordan det å forholde seg til nye og ukjente situasjoner synes å være forankret i det kjente. Å eksistere i betydningen å tre fram i verden eller *væren – til - verden*, utvikles og formes på bakgrunn av våre tidligere erfaringer (Merleau-Ponty i Bengtsson, 2006) For jordmor handler det om å møte fødekvinnen med utgangspunkt i seg selv. Ved å bygge på tidligere erfaring utvikler jordmor sin profesjonelle rolle slik at hun er åpen, trygg og fleksibel i møte med ukjente situasjoner som kan oppleves utrygge og utfordrende.

5.3 Å skape ro

For at kunnskap skal kunne omsettes til forståelse og samhandling må den være tuftet på en genuin interesse for kvinnens samlede ve og vel. Selv om jordmoren har slike interesser, er det ikke alltid tid til å omsette interessen i praktisk handling. Jordmødrene forteller om dilemmaer de opplever i forhold til å vedlikeholde en relasjon som er forankret i tillit og trygghet, og de sier at det er flere grunner til dette. Elins utsagn er toneangivende;

Det er en stor avdeling med høy aktivitet og mye uro. Det er mange ansatte og mange fødende. Det er en arbeidsplass med høyt stressnivå som jeg tåler godt og som man må tåle for å kunne være der. Jeg vil på ingen måte stikke under teppe at det er for høy aktivitet i store deler av vaktene våre. Det er for mange pasienter. På mange av vaktene må fødekvinnene bytte jordmor underveis, induksjoner må vente, det blir forsinkelser og kvinnene får ikke optimal omsorg og tilstedeværelse fra jordmor. () Jeg får ikke være tilstede hundre prosent for å se hvordan fødekvinnen har det og hvordan fødekroppen forandrer seg (Elin).

Elins erfaringer underbygges av Siris opplevelse, som beskriver dilemmaet slik;

Det hender veldig ofte at vi må omstille oss. Du har ikke før gjort deg ferdig med en fødsel før du skal inn i en ny en og med et nytt par og nye utfordringer. I det mest ekstreme tilfelle går du rett fra en fødsel med et levende friskt barn til en dødfødsel (Siri).

Sara utdyper videre på følgende vis;

Jeg opplever litt for ofte at jeg må avbryte fordi jeg har en dame som ikke er i aktiv fødsel men som skal ha en CTG slik at jeg må gå ut av fødestuen for å gjøre oppgavene mine (Sara).

Ut fra disse og lignende beskrivelser i datamateriale peker jordmødrene på rammene i avdelingen som ligger til grunn for hvordan de opplever muligheten til å vedlikeholde relasjonen til fødekvinnene. Blåka (2002) belyser hvordan den moderne jordmoren pendler mellom ulike rom i løpet av en vakt på fødeavdelingen. I de ulike rommene vil ulike sider ved jordmorarbeidet utspille seg og ulike dialoger og relasjoner etableres (ibid). I løpet av vekten må altså jordmødrene etablere og vedlikeholde en god relasjon til flere fødekvinner med ulike problemstillinger og ulike behov. Jeg synes at jordmødrenes utsagn understreker kontrastene i arbeidet og hva jordmødrene anser som særlig viktig, nemlig å være sanselig nærværende for den enkelte. I tråd med Martinsen (2000) fordrer dette stillhet slik at jordmødrene kan åpne seg for verden og se, høre, lukte, og berøre med tålmodighet og langsomhet. Men spørsmålet er om det er plass for en slik langsomhet i et rom som er preget av hurtighet og effektivitet? Om dette aspektet gir Tine følgende beskrivelse;

Vi er vant til å holde et høyt tempo. Bare det å gå inn og ut av et rom da, det faktum at vi løper inn og ut, vi er vant til å gå mye inn og ut istedenfor å gå inn, lukke døren og at det er ro der (Tine).

Dårlig tid er ofte et problem i pasientarbeidet sier Martinsen (2000) og kan dermed påvirke i hvilken grad jordmødrene har mulighet til å være sanselig nærværende. I følge Blåka (2002) er det kanskje på dette feltet at den moderne jordmoren møter sin største utfordring. Slik jeg leser jordmødrenes utsagn, så er de ut fra sin posisjon plassert nært de fødende og deres kropp. Og de gir samtidig uttrykk for at deres oppgave er å være tilstede over tid. Men kravet til effektivitet og produktivitet synes å møte dem og i jordmødrenes fortellinger bærer kontakten mellom jordmor og fødekvinnen preg av det Blåka (ibid) kaller ”øyeblikkskontakt”. En slik kontakt kan synes å forårsake uheldige avbrudd i arbeidet. Slik også Martinsen (2003) beskriver, kan øyeblikkskontakt påvirke i hvilken grad jordmoren møter kvinnen på hennes

premisser og møter henne direkte slik at grunnlaget for en rolig og omsorgsfull relasjon vedlikeholdes.

Et neste aspekt er hvordan øyeblikkskontakt kan synes å påvirke samhandlingen mellom jordmor og fødekvinne. Dette sier Sara noe om;

Hvis jeg ikke får være tilstede hos kvinnen opplever jeg ofte at de kommer til et punkt hvor det blir for tøft uten medikamentell smertelindring. Det er ikke lett å veilede kvinnen videre hvis jeg ikke har hatt tid til å være der i begynnelsen (Sara).

Saras utsagn peker tydelig på problematiske sider ved øyeblikkskontakt som medfører oppbrudd og avbrudd i arbeidet. Slik både Martinsen (2005) og Heggen (2002) har beskrevet kan mangel på nærhet påvirke fortroligheten mellom jordmor og fødekvinne og dermed føre til avstand i relasjonen. Slik også jordmødrenes tidligere fortellinger har avdekket forutsetter veiledning av fødekvinne fortrolighet og åpenhet i relasjonen. Sett i lys av Løgstrups tenkning vedrørende livsytringer (i Martinsen, 2000 og 2005)), blir jeg klar over at tillitt i relasjonen mellom jordmor og fødekvinne kan stå i fare for å bli skuffet. Mangel på tillitt i relasjonen kan nemlig få konsekvenser for om jordmoren innbys til å ta del i fødekvinnes fødselsarbeid (Martinsen, 2000).

Både Lian (2007) og Martinsen (2000) har problematisert hvordan kravet til effektivitet i det moderne helsevesenet synes å gå på bekostning av relasjonsarbeid. Dette kravet kan påvirke jordmorens opplevde handlingsrom i situasjon sammen med fødekvinne. Saras utsagn er uttrykk for dette;

Når jeg ikke har tid til å være tilstede bestiller jeg ofte en epidural, slik at jeg vet at hun har det bra (Sara).

Til tross for tidspress viser Sara her at hun har høyt i bevisstheten betydningen av normative overveielser for utøvelse av omsorg overfor fødekvinne. Slik jeg tolker Saras utsagn, har hun, i følge Martinsen (2005) foretatt en skjønsmessig vurdering over hvilke handlingsalternativer som gagnar kvinnen mest mulig i situasjonen og som viser seg i praktisk handling. Å bestille en epidural kan forstås som uttrykk for et ønske om ”å sørge for” og ”å gjøre godt for” fødekvinne. Forutsetningen for ro i rommet slik at fødekvinne kan konsentrere seg om fødselsarbeidet sammen med jordmoren kan sies å ikke være tilstede. I

lys av Martinsen (ibid) beskriver Sara her en situasjon som er på vippen hvor hun erkjenner å ha noe av fødekvinnens liv i sin hånd.

Et annet aspekt som jordmødrene er svært opptatte av er hvordan mangel på tid sett fra deres side medfører at viktige oppgaver knyttet til det såkalte ”normale” må vike for det mer ”akutte”. Sara forteller om dette slik;

Jeg må ofte prioritere de som krever mest av meg medisinsk. De normale kan tusle litt rundt i kulissene. De trenger ikke så mye av oss. Jeg mener ikke det altså....(Sara).

Slik jeg forstår Sara så opplever hun et dilemma i forhold til tiden hun har til rådighet hos kvinner som trenger medisinsk behandling og på den andre siden oppfølging av kvinner som er friske og har mulighet for en normal fødsel. Hun utdyper dette slik;

Jeg må forsvare å bruke tid hos de normale (Sara).

Slik jeg forstår Saras formulering gir hun uttrykk for at det kan være vanskeligere å få aksept for å prioritere og å ivareta omsorgsbehov fremfor medisinske behov som enklere lar seg definere og uttrykke verbalt og som i sin natur er mer akutte og dermed må ivaretas i øyeblikket. Dette kan tenkes å henge sammen med ressursmangel i betydningen av at det er for få jordmødre og for mange fødekvinne. Ser vi disse erfaringene i lys av Lians (2007) beskrivelser av et innsatsstyrt finansieringssystem i helsevesenet, kan det synes som om det er de kvantifiserbare behovene hos fødekvinnen som lettest lar seg beskrive og som er utgangspunkt for fødeavdelingens budsjett. Omsorgsarbeid kan være mer ”usynlig” og i følge Martinsen (2003) er de vanskeligere å uttrykke verbalt og kvantifisere. Dermed faller omsorgsbehov lettere utenfor økonomiske ytelser til fødeavdelingen (Martinsen, 2003 og Lian, 2007). Sett i lys av Sara sin opplevelse av å måtte prioritere medisinske behov fremfor omsorgsbehov utdyper Guro hva hun tenker kan være årsaken til en slik prioritering;

Det er en stor avdeling, mange fødende og hvor budsjett råder i det arbeidet vi gjør. Det er ikke sagt med ord, men jeg føler at vi skal være effektive og at det skal gå fort. Det er ofte mer fokus på hvor mange fødsler det har vært på vaktene enn på hvordan de fødende har blitt ivaretatt underveis i fødselen (Guro).

Guro setter ord på sider ved fødselsomsorgen som i tråd med Lians (2007) perspektiver gir klare assosiasjoner til problematiske sider ved utviklingen av det moderne helsevesenet,

nemlig kravet til effektivitet, produktivitet og økonomisk lønnsomhet. Slik jeg tolker Guro opplever hun at avdelingens resultater, i betydningen hvor mange fødsler, er viktigere enn kvaliteten i omsorgsarbeidet overfor fødekvinne. Dersom dette er uttrykk for et større mønster, kan det tenkes å påvirke relasjonen mellom jordmoren og kvinnen negativt. I følge Lian (2007) får ikke relasjonen verdi i seg selv, men det er resultatet, i betydningen økonomisk lønnsomhet, som gis betydning. Martinsen (2000) har også vært opptatt av hvordan endringer i helsevesenet, relatert til blant annet innsparing og omorganisering, får konsekvenser for jordmorens muligheter til ”å skape ro”, ”å møte” og ”å se” den enkelte fødekvinne og hennes behov.

5.4 Å føle seg maktesløs

I intervjuene beskriver jordmødrene hvordan de opplever at etiske dilemmaer oppstår i situasjoner hvor de, på grunn av tidspress, må prioritere mellom arbeidsoppgaver og dermed ikke kan være tilstede og ivareta relasjonen til den enkelte fødekvinne på kvinnens premisser. De uttrykker blant annet at de opplever at de ”går på akkord med egne idealer”. Ingrid forteller om dette slik;

Man kan jo oppleve at man tenker at her burde jeg ha vært mer tilstede, men det er det ikke kapasitet til. Det er godt nok, men man går litt på akkord med hvordan man ideelt sett ønsker å arbeide som jordmor. Det tenker jeg at skjer ofte. Jeg tenker ofte at det var ikke slik jeg lærte det (Ingrid).

Slik jeg forstår Ingrid forteller hun om et gap mellom idealer og realiteter. Hun ønsker å være mer tilstede hos fødekvinne, men hun har andre oppgaver i avdelingen som må gjøres samtidig. Siri forteller om betydningen av dilemmaet på følgende måte;

Hun (fødekvinne) ønsker kanskje at du er der så mye som mulig og man føler seg veldig dratt mellom lojalitet overfor de andre (kollegaer) som står der ute og kanskje må sjonglere mange baller i luften samtidig, for noen må jo ta unna (Siri).

Ane forteller om lignende erfaringer og utdyper betydningen av dilemmaet som jordmødrene forteller om slik;

Det er veldig vondt å gå fra et fødepar som du føler ikke skulle være alene. Å springe mellom fødestuer er ikke bra verken for dem eller for jordmor. Det er ingen god følelse fordi du føler at du ikke får gitt det du ønsker verken til den ene eller den andre (Ane).

Gjennomgående for jordmødrenes fortellinger er bevisstheten om at fødekvinne har behov for en jordmor som er til stede i situasjonen og dermed i relasjonen. Sett i lys av Martinsens (2005 og 2003) beskrivelser av "den etiske appell" gir de her uttrykk for at de ser og forstår fødekvinneens fordring og at hun har behov for av nærhet og tilstedeværelse. Samtidig forteller de om en lojalitetskonflikt overfor kollegaer. Hvis de blir i situasjonen sammen med fødekvinne fører det til mer arbeid for kollegaer. Uttrykk som "å springe mellom" og "å bli dratt i begge armer og ben" forteller om en situasjon hvor de forsøker å svare på fordringene fra fødekvinne. De forsøker å gi litt til alle, men føler at de ikke gir noe til noen. Om dette sier Elin;

Det er utfordrende og ekstremt ubehagelig ikke å få være nok tilstede hos kvinnene. Jeg kan oppleve at far ser bebreidende på meg hvis jeg ikke får vært nok tilstede fordi paret forventer at jeg skal være der for dem (Elin).

Elin forteller at paret har forventninger til at hun skal være tilstede for dem på deres vilkår. I situasjoner som beskrevet overfor er betingelsene for at fødekvinne skal kunne tre frem i kraft av seg selv dårlige og hun får ikke muligheten til å velge når og hvor mye jordmor skal være tilstede. Dette må også forstås på bakgrunn av et asymmetrisk maktforhold som gjerne preger relasjonen mellom jordmor og kvinnen og hvor jordmor i kraft av sin posisjon har mer makt enn kvinnen (Martinsen, 2003 og Nortvedt og Grimen, 2004).

En utfordring med Martinsens relasjonsetikk er, i følge Nortvedt, at den i liten grad henvender seg til situasjoner hvor mange appeller "roper" samtidig (2001: 94). En moderne sykepleieetikk må også kunne svare på hvordan man skal prioritere når ikke bare ett hensyn gjelder. I en moderne verden med mange uløste behov, hvor sosial rettferdighet ikke bare krever at vi tar hensyn til den enkelte, men til de mange, så gir ikke Martinsens relasjonsetikk føringer for hvordan slike spørsmål kan løses, hevder Nortvedt (ibid). Slik Martinsen (2005) sier handler det vel snarere om å være nærværende og interessert i de øyeblikkene man er til stede med fødekvinne. Vi har egentlig bare to valg, skriver Martinsen. Enten å ta vare på den andre eller å bryte ned tillitsforholdet. Har jeg så dårlig tid at jeg ikke kan ta vare på den andre, er tilliten misbrukt. "I stedet stiller jeg meg likegyldig, som tilskuer til den andre"

(Martinsen, 2005:144). Men det er lite som tyder på at jordmødrene stiller seg likegyldige, som tilskuer til fødekvinnen i deres fortellinger. Elin utsagn bekrefter dette synet;

Kanskje har det oppstått noe på CTG eller hun har kastet opp da jeg ikke var til stede og det er veldig ubehagelig fordi det er mitt ansvar og det tapper meg for energi (Elin).

Et nærliggende aspekt å knytte denne diskusjonen til er om jordmødrene imøtekommer fordringen for etisk ansvarlighet og for etiske kloke valg som, i følge Martinsen (2003) handler om å være mottakelig overfor situasjonens etiske appell? Lite tyder på det. I jordmødrenes fortellinger om en travel hverdag kommer det like fullt ofte frem at de ivaretar kvinnen og fødselen i overensstemmelse med ”en faglig standard”. Siri utdyper hva hun tenker dette handler om;

Det er en ting å gi den forsvarlige fødsel, at vi gjør det vi skal underveis. Vi støtter fint, vi får lite rifter og et friskt fint barn. Men det er ikke alltid forenlig med kvinnens oppfattelse av fødselen. Jeg tror det går mest utover det. Dette er virkelig en kjempebegivenhet i kvinnens liv, og man har forventninger, realistiske eller ikke. Men hvis de bare blir knust i måten du blir møtt på, så er det uopprettelig (Siri).

Slik jeg forstår Siri, så framhever hun betydningen av å ivareta en omsorgsfull relasjon til kvinnen. Siris utsagn er uttrykk for en gjennomgående holdning i materialet. Hun utdyper alvoret ved ikke å handle i overensstemmelse med omsorgens vesen ved å si at skaden er uopprettelig. Innholdet i en traumatisk fødselsopplevelse er ofte uttrykk for at kvinnen opplevde ikke å bli sett, hørt eller tatt med på råd i forhold til avgjørelse som ble tatt på hennes vegne (Hodnett, 2002 og Waldenstrøm et al, 2004). Bevisstheten om å ivareta kvinnens opplevelsesperspektiv synes å være uttrykk for en grunnleggende verdi i fødselsomsorgen til kvinnene. På bakgrunn av denne bevisstheten, handler jordmødrene, i tråd med Martinsen (2003) ut fra den riktige målestokk. Dette beskriver hun (ibid) som å handle fornuftig.

I følge Martinsen, er fag og verdier uløselig forbundet i den kliniske utøvelsen (Martinsen, 2000). Jordmødrene uttrykker et ønske om å se den enkelte fødekvinne som kilde til et spesielt handlingsgrunnlag. Det dreier seg om å se kvinnen, hennes behov, ønsker og interesser som en kilde til spesielle krav og fordringer, i kraft av relasjonen. Slik Lian (2007) har beskrevet markedsverdier i det moderne helsevesenet, kan det synes som at jordmødrene

strever med å forene disse med tradisjonelle omsorgsverdier i situasjoner som preges av mangel på tid. Hvordan jordmødrene tenker at dette preger ivaretagelse av fødselsfremgang er et av de sentrale aspektene som jeg tar opp i neste kapittel.

6 Tid og Risiko - Normalfødselens premisser i det senmoderne

I dette analysekapitlet vies studiens andre sentrale funn plass, nemlig jordmødrenes erfaringer vedrørende ivaretagelse av fødselsfremgang hos førstegangsfødende med mulighet for en normal fødsel. Problemstillingens andre underspørsmål som relateres spesielt til dette kapitlet og tar for seg fødselens fysiologiske dimensjon lyder som følger;

Hvilke dilemmaer erfarer jordmødre vedrørende ivaretagelse av fødselsfremgang i et normalt fødselsforløp?

Analysekapitlet er organisert i tre deler. I første del tar jeg for meg jordmødrenes opplevde dilemma knyttet til mangel på tid og hvordan dette aspektet får betydning for hvilke type kunnskap og tiltak jordmødrene tar i bruk når de vurderer fødselsfremgang. I andre del analyserer jeg dilemmaer informantene opplever i relasjon til å være ”aktiv” deltaker i fødselsprosessen. Avslutningsvis drøfter jeg jordmødrenes erfarte dilemmaer knyttet til å ivareta normalitet i en høyrisikoavdeling hvor det er mye patologi. Overordnet handler kapitlet om dilemmaer jordmødre erfarer i relasjon til å ivareta fødselsfremgang, og da særlig i relasjon til mangel på tid og betydelig fornemmelse av risiko.

6.1 Å sanse og å registrere fødselens viktigste kraft; rier

Ett gjennomgående tema i mitt materiale er jordmødrenes kunnskap om at rier er fødselens viktigste kraft. Dette blir særlig aktualisert når de snakker om fødselsfremgang. Elins utsagn er toneangivende;

Fremgang i fødsel må vi ha. () Da er det rier som er verktøyet vårt. (Elin).

Elins utsagn viser tydelig hvordan rier kan forstås som et grunnvilkår for fødselsfremgang. I tillegg til å være et grunnvilkår for fødselsfremgang, beskriver også informantene viktige kvaliteter ved en ri. Dette sier Tine noe om;

Jeg forventer fremgang hvis det er gode rier. Gode rier er kanskje 3 – 4 rier på 10 minutter, de varer cirka et minutt og hun kjenner de godt. () Gode rier har økende intensitet utover i fødselen og jeg forventer fremgang hvis hun må jobbe for å komme seg gjennom dem (Tine).

Slik jeg leser Tines utsagnet spesielt og materialet generelt, er det er altså ikke tilstrekkelig at riene er til stede i fødselsprosessen. De må også være ”gode”. Dette er i tråd med hvordan deler av faglitteraturen beskriver kvaliteter ved gode rier, nemlig varighet, frekvens og smerteintensitet, som fører til fødselsfremgang (Faxelid et al, 2001 og Sweet og Tiran, 2002). Når dette er sagt viser materialet likevel at jordmødrene gir uttrykk for at det å vurdere rienes kvalitet forutsetter tilstedeværelse. Elin utdyper dette slik;

Å vurdere rier krever tid. Det krever at du er der inne, og det holder ikke å kjenne på en ri eller to (Elin).

Guro trekker frem lignende erfaringer;

Når jeg ikke har tid til å være hos kvinnen over tid, har jeg ikke noe å gå ut fra egentlig. Da kan jeg bare se på CTG hvor ofte riene kommer, men jeg har ingen observasjoner i forhold til hvordan påvirkningen er på kvinnen. Å ta på og å kjenne på riene gir jo gode signaler på rie - arbeidet (Guro).

Slik Elin og Guro har erfart det kan mangel på tid og kontinuitet føre til at de ikke får gjort gode nok observasjoner av rie - arbeidet. Ingrid utdyper levende hvilke følger dette kan få;

Når jeg ikke får være til stede over tid må jeg enten se på en CTG kurve eller spørre kvinnen, og det kan jo være veldig subjektivt hva de definerer som vonde rier og gode rier. Om riene øker på er vel et bedre spørsmål. Det er vanskelig å definere om man ikke får være til stede. Hvis vi hadde vært til stede, sittet å se på, tolket kroppsspråk, det er ikke sikkert at vi hadde greid det da heller. Vi kan ikke kjenne på kvinnens smerte eller kanskje redsel. Vi kan bare se og høre hvordan de oppfører seg. Og det er klart at det er lettere å få et helhetlig bilde av det (rie – arbeidet) når du har tid til å være der og å se på og palpere magen (Ingrid).

Ingrid forteller her om hvordan mangel på tid kan påvirke hva hun får av relevant informasjon om rienes mønster. Ved å se på CTGkurve får man såkalt objektiv kunnskap om at kvinnen har rier, hvor ofte de kommer og hvor lenge de varer. Slik også Sandvik (1997) har pekt på kan kunnskap fra CTGkurven si noe, men fanger likevel opp langt færre signaler enn en

jordmorhånd som i tillegg kjenner kraften i livmorens sammentrekninger. Gjennomgående gir jordmødrene uttrykk for at tidspress kan føre til ulike måter ”å se på” i vurderingssituasjonen og samtidig påvirke informasjonen de får om rienes kvalitet.

Sett i lys av Martinsens (2000) begrep om ulike måter å se på, forstår jeg den praksis som Guro og Ingrid her gir uttrykk for som ”registrerende måter å se på”. Det handler om å systematisere rienes inntrykk ved å rangere, klassifisere og setter dem dermed sammen på en måte som er gjenkjennbart med et biomedisinsk kunnskapssyn (Faxelid et al, 2001 og Sweet og Tiran, 2002). I tråd med Martinsen (2000) kan et registrerende øye også se forskjeller, men altså bare ut fra det som kan bevege seg på en skala, fra lite til mye, og på bakgrunn av forhåndsbestemte kategorier og en identifisert likhet som en klassifisering innebærer. Slik jeg tolker jordmødrenes utsagn forteller de om erfaringer knyttet til fødsel hvor øyet har trukket seg ut av situasjonen som opplevelsene oppstår i og har blitt ufiksert, og at jordmødrene dermed betrakter rienes kvalitet på avstand (ibid). Ved en slik registrerende tilnærming til fødekvinne kan man stå i fare for å overse forskjelligheter og betydningen av ”noe mer” i situasjonen (ibid).

Går vi tilbake til Guros utsagn *Å ta på og å kjenne på riene gir jo gode signaler på rie – arbeidet* og Ingrids utsagn *Og det er klart at det er lettere å få et helhetlig bilde av det (rie – arbeidet) når du har tid til å være der og å se på og palpere magen* tyder imidlertid disse klart på at jordmødrene faktisk har erfart og er bevisst på at de ved sin blotte tilstedeværelse kan få kunnskap om ”noe mer” i situasjonen. Nedenfor forteller Sara på en detaljert, rik og levende måte om en situasjon hvor hun opplevde å få et utfyllende og helhetlig bilde av fødselsprosessen;

Jeg tror at jordmor lettere kan se endringer hos kvinnen som man ser i et normalt forløp. Hvis du er inne hos en kvinne hele tiden så ser du, i hvert fall de gangene jeg har hatt sjansen til å gjøre det, så kan man se at hun endrer seg i løpet av fødselen. Jeg tenker spesielt på at du for det første lettere vil se at smertene øker på. Du ser endringer i kroppsspråket på at de (fødekvinne) synes det er mer vondt eller mer intenst. Jeg synes også at de få gangene man har mulighet til å være tilstede i overgangsfasen, slutten av den aktive fasen og over i trykkefasen, den inadventheten de (fødekvinne) ofte viser. Det er ikke ofte man har mulighet, men det hadde jeg senest på forrige vakt. Da kunne jeg rett og slett sitte på en stol og observere henne og se at nå er det nesten like før hun skal presse. Da tenkte jeg at det er sånn her vi burde jobbe. (Sara).

Martinsen (2003) skriver om sansing at vi i kraft av sansing er deltakere i hverandres eksistens. Samtidig peker hun på at kroppens grunnleggende måte å være på, er i sansingen. Hun støtter seg til Merleau – Ponty når hun sier at sansingen er oppsøkende; ”*Med blikkets nærvær med det synlige, ser vi*” (ibid: 98). Videre forklarer hun hvordan det vi sanser gir mening for oss, ved å beskrive at oppfatningen vår ikke er på avstand av det vi ser, den lever sammen med (ibid). Beskrivelsene jordmødrene gir i denne oppgaven og Saras fortelling spesielt går godt sammen med Martinsens tenkning om sansing. ”Med blikkets nærvær med det synlige” beskriver Sara at inntrykkene hun får fra fødekvinne omsettes til forståelse og kunnskap om hvor kvinnen er i fødselsforløpet. Slik jeg forstår Saras fortelling synes hun, i lys av Martinsen (ibid) ”å se med et hjertelig deltakende øye”. Sara utdyper betydningen av å være sammen med fødekvinne på en sansende måte gjennom hele fødselsforløpet på følgende måte;

Når kvinnen har hatt oss der hele tiden, så slipper du å vaginalundersøke de så ofte. Du slipper mange av de tingene som ikke er så behagelige for kvinnen (Sara).

Slik jeg leser Sara sitt utsagn, peker hun her på hvordan mangel på tid kan påvirke hvilke tiltak hun iverksetter for å få kunnskap om fødselsfremgang. Ved å vaginalundersøke får man såkalt objektiv kunnskap om fødselsfremgang. I tillegg til å gi hurtig kunnskap om fødselsfremgang kan den betraktes som presis og allmenn. Og som Lian (2007) og Martinsen (ibid) har poengtert er behovet for å fremskaffe ”hurtig kunnskap” typisk i et moderne helsevesen hvor tid er en knapp ressurs og driften synes å bli styrt etter markedsverdier. Vaginalundersøkelse er også forbundet med smerter og ubehag for kvinnen samtidig som intervensjonen begrenser kvinnens mulighet til fritt å bevege seg og kan dermed forstyrre et arbeid som krever ro og konsentrasjon. I tillegg vet man at mellom 20 % til 25 % av de fødende har vært utsatt for fysiske, psykiske og emosjonelle overgrep som igjen øker frykten for å føde (Lukasse, 2011) noe som tilsier en restriktiv bruk av vaginalundersøkelse (WHO, 1994). Selve kjernen i jordmødrenes dilemmaer knyttet til fødselsfremgang er likevel at selv om fysiologiske betingelser for fødselsfremgang er til stede, så uteblir den av og til. Elin beskriver situasjonen slik;

Når jeg ikke får være tilstede synes jeg ofte det kan være diskrepans mellom det du kjenner når du vaginalundersøker og hvordan kvinnen uttrykker seg. Du forventer fødselsfremgang på grunn av kvinnens rier og smerter, men så er det ikke fremgang (Elin).

Som beskrevet innledningsvis, er dette dilemmaet kjernen i protraherete fødselsforløp som skyldes ineffektivt rie – arbeid. Å forstå hva dette handler om og å gjenkjenne det når det oppstår, gir assosiasjoner til Martinsens argument om at det alltid er ”noe mer” i en situasjon. Dette ”noe” handler mer spesifikt om hva som kan være årsaken til at rienes kvalitet er dårlige.

Tar vi et tilbakeblikk på kapittel 5, kom det der frem flere viktige aspekter som også kan ha relevans for å forstå hvorfor fødselsfremgang kan utebli eller gå saktere enn ønsket og forventet. Ett spesielt viktig aspekt ved fødsel er at det er en hendelse preget av kroppslige forandringer og endrede livsbetingelser. I likhet med Brudal (2000) som belyser at fødsel må forstås som en eksistensiell hendelse, kan dermed fødsel også forstås, som det vi ved hjelp av Giddens (1996) kan betegne som et ”skjebnesvangert øyeblikk”. Et slikt ”skjebnesvangert øyeblikk” kan redusere kvinnens opplevelse av kontroll og intensivere opplevelsen av risiko. Som også pekt på i kapittel 5, innebærer dette at jordmors tilstedeværelse i fødselsprosessen blir ekstra påkrevd slik at smerter og angst reduseres og samtidig øker kvinnens vilje til å risikere (Lian, 2007). Dette aspektet er spesielt viktig i relasjon til fødselsfremgang, for som deler av faglitteraturen (Faxelid et al, 2001 og Sweet og Tiran, 2002) også poengterer kan smerter og angst nemlig øke produksjonen av adrenalin som fører til at rienes kvalitet blir dårligere. Slik jeg leser, synes jordmødrenes erfaringer å gå godt overens med Hodnett et al (2011) som fant at kontinuerlig støtte av fødselsjelper reduserer fødekvinnens angst og smerteopplevelse samtidig som det har positiv effekt på fødselsfremgang.

I lys av jordmødrenes fortellinger ser vi konturene av en fødselsomsorg hvor de ofte opplever at de må forholde seg til fødselsprosessen ved hjelp av en biomedisinsk forståelse av fødsel og fødselsfremgang. Selv om biomedisinsk kunnskap er en nødvendig forutsetning for å forstå de fysiologiske betingelsene for fødselsfremgang, uttrykker de at denne forståelsen ikke alltid er tilstrekkelig for å forstå hvorfor fødselsfremgang uteblir. Om å forstå naturens kretsløp sier Martinsen at; ”*Den fikserte begrepsforståelsen, der forståelsen har tatt overhånd i forhold til sansingen, duger lite i denne sammenhengen*” (Martinsen, 2003: 100). Om forståelse peker Martinsen (ibid) på at det er en stemt forståelse i sansingen. Hun forklarer dette med at forståelsen er fordret i sansingen, fordret til å sette fri mulighetene i sansingen, så vi kan fatte, tydeliggjøre og oppleve det vi sanser (ibid). I situasjoner der jordmødrene sanser og forstår fødekvinnen, vil de kunne bruke dette som grunnlag for omsorgen de gir. I sine fortellinger åpner jordmødrene for betydningen av opplevelsesperspektivet ved det å være i

fødsel, det vil si at de åpner for å se betydningen av fødselsprosessen ut over biologisk hendelse i kroppen, og at denne måten kan føre til en bredere forståelse av hvordan jordmoren nærmer seg fødekvinnen for å ivareta fødselsfremgang. En slik tilnærming er fundamental i det faglige skjønnet, slik Martinsen (2000) beskriver det.

6.2 Å være aktiv

Et annet gjennomgående uttrykk i jordmødrenes fortellinger er ordet ”aktiv”. Som vi skal se er også det ved nærmere ettersyn knyttet til tid og tidspress. Spesielt ofte benyttes ordet i situasjoner som handler om å ivareta fødselsfremgang. Siri forteller at;

Jordmødre har en forventning om at fødselen skal skride frem og hvis den ikke går helt etter planen så er vi aktive og setter i gang en del tiltak som kanskje ikke er nødvendige. Det kan kanskje gjøre situasjonen verre (Siri)

Guro forteller om noe lignende;

Av og til så er det fremgang men som ikke går like fort som vi ønsker. Jeg sier vi fordi jeg mener at vi er en gruppe som står sammen om det. Noen ganger tenker man at man kanskje ikke hadde trengt det, å gripe inn, men så er det en kombinasjon i forhold til tiden, og det kan være det at så lenge en kvinne klarer å takle det (smertene), så av og til er det kombinasjon av å ha progresjon og se at det går fremover for kvinnen også som gjør oss aktive, det gir motivasjon for det videre arbeidet. () Vi ligger nok i forkant av prosedyrene (Guro).

Slik jeg forstår Siri og Guro har jordmødre noen bestemte forventninger til fødselsfremgang. Når de opplever at fødselsfremgangen ikke tilfredsstillere deres forventninger, intervensjoner og det selv om prosedyrer tillater en avventende holdning. Guro nevner *tidsperspektivet* og kvinnens motivasjon som årsaker til en slik praksis og hun presiserer at ”*vi er en gruppe som står sammen om det*”. Felles for jordmødrene i mitt materiale er at ”gruppen” inkluderer både jordmødre og leger. Saras beretning om hvordan hun opplevde *gruppens* forventninger til fødselsfremgang da hun var nyansatt ved avdelingen er spesielt interessant;

Jeg fikk litt sjokk da jeg kom hit første gang, men så blir man indoktrinert i det. Jeg følte at det var veldig vanskelig som nyutdannet å forsvare å bruke tid når jeg følte et press på å være aktiv, at man helst skulle ta vannet, henge opp drypp og at man helst skulle videre i fødsel uten at det var noen indikasjon på det. Og hvis man følte at det ble komplikasjoner på et

forløp som hadde tatt lang tid, følte man veldig behov for å forsvare de tingene man ikke hadde gjort (Sara).

Slik jeg forstår, beskriver Sara en kultur ved avdelingen hvor det forventes at jordmødrene skal være aktive i betydningen å iverksette tiltak som å ta vannet og å henge opp riefremmende drypp for å øke rienes kvalitet som hyppighet og varighet før et protrahert fødselsforløp er diagnostisert. En slik praksis synes forenlig med prinsipper for ”active management” av fødsler, slik O`Driscoll et al (1993) har beskrevet. Går vi tilbake til Saras utsagn, sier hun videre ”at det var tøft å forsvare å bruke tid når jeg følte press på å være aktiv”. Tine utdyper hvordan hun opplever at gruppens forventninger kan påvirke jordmorens opplevde handlingsrom;

Hvis det er en kultur på avdelingen for å ta vannet og å henge opp drypp så vil de fleste gjøre det. Det er mange kritiske blikk i forhold til ikke å ha gjort ting, ikke gjort nok, men det er ikke mange kritiske blikk den andre veien (Tine).

Siri utdyper hva hun tror årsaken til en holdning som kan synes å opphøye aktiv behandling av normalfødsler kan bero på;

Vi har ikke tid til å la fødselen gå i faser som den jo gjør. () Avdelingen har ikke tid. Jeg som jordmor har ikke tid til å vente. Man blir fort litt utålmodig. Man forventer fremgang og man vet at det er mange kvinner som skal inn. () Jeg kan oppleve at kollegaer sier at; hvorfor tar du ikke bare det vannet? (Siri).

Siris utsagn peker på flere interessante aspekter relatert til ”tiden”. Sett i lys av en fenomenologisk forståelse har fødselsprosessen sin egen indre tid og rytme (Sandvik, 1997). I møte med en travel institusjonshverdag blir kontrastene mellom en fødselsprosess som krever sin egen tid og jordmorens arbeid som følger den ytre klokketiden tydelig. I det moderne skal man presse ut av tiden stadig flere disponible øyeblikk der maksimal hurtighet skal møtes med maksimal effektivitet, sier Martinsen (2005). En slik instrumentell bruk av tid har ikke særlig toleranse for omveier og forsinkelser (Ibid). Tine forteller om erfaringer i relasjon til dette slik;

Når det er travelt i avdelingen setter man på en CTG registrering og henger opp riefremmende drypp slik at man kan løpe til og fra og ikke trenger å være så mye til stede. Det

er mer tidkrevende hvis du skal få henne opp, mobilisere, danse med henne, få henne til å spise, tisse og kysse (Tine).

Slik jeg leser Siri og Tines utsagn kan kravet til effektivitet bidra til at de tar i bruk medisinske og tekniske virkemidler for å ivareta fødselsfremgang. I tillegg kan det synes å påvirke, slik jeg forstår jordmoren, samhandling med fødekvinnen. Ved å ta i bruk teknologi kan jordmødrene altså frigjøre flere disponible øyeblikk, men i lys av Martinsen (2003) og forskningsfunn (Hoerst og Fairman, 2000) kan en slik tilnærming til ivaretagelse av fødselsfremgang føre til fremmedgjøring og påvirke nærheten i relasjonen mellom jordmor og fødekvinnen. Videre problematiserer jordmødrene effektivitetsaspektet ved å intervensere for å ivareta fødselsfremgang når de ikke er tilstede over tid. Ingrid gir uttrykk for et dilemma som er gjennomgående i materialet;

Jeg tenker jo på rifremmende drypp som en risiko i forhold til blødning, overstimulering som gir for mye rier, det er veldig vanlig at skjer. Med epidural så ser vi jo ofte at hodene blir stående høyt. Å begynne å trykke før hodet er på bekkenbunnen fører ofte til komplikasjoner som vacuum, tang og keisersnitt. Langvarig trykkefase er jo heller ikke bra for barnet og overstimulering av syntocinondrypp kan gi en stresset unge. Så når jeg intervenserer er det viktig at jeg er tilstede og observerer slik at jeg kan være i forkant av situasjoner (Ingrid).

Ingrids uttrykk gir assosiasjoner til tvetydighet og ambivalens. På den ene siden fører kravet om effektivitet til intervensering slik at hun kan ivareta fødselsfremgang og samtidig være disponibel for andre gjøremål. På den andre siden har hun erfart at intervensering i fødselsprosessen kan føre til risikofylte situasjoner for kvinnen og barnet. Jeg har tidligere vist at deler av forskningslitteraturen gir støtte til jordmødrenes erfaringer. I tråd med Blåka (2002) kan det synes som Ingrid inntar en "føre – var – holdning" i situasjonen. Det handler om å utvikle problemløsende strategier i forkant av møtet med farene som hun skisserer i sin fortelling.

Et nærliggende aspekt å knytte denne diskusjonen sammen med er betydningen av samfunnsskapt "risiko". I dagens samfunn med kontinuerlig tilgang til ny kunnskap vil jordmødrene stå overfor et hav av informasjon som de hele tiden må forholde seg til. Og innenfor en biomedisinsk kultur som synes å opphøye objektiv, nøytral kunnskap kan det medføre at jordmødre i liten grad stoler på egne subjektive vurderinger og erfaringer. Målbare fakta trekker til seg oppmerksomhet og blir det viktigste på bekostning av taus og intuitiv

kunnskap i en travel hverdag. Surtees (2009) beskriver i sin doktorgradsavhandling hvordan jordmødrenes fornemmelse av risiko påvirker deres praksis. På bakgrunn av kunnskap om alt som kan gå galt i en fødselsprosess og bevisstheten om at de står personlig til ansvar bidrar til at de må beskytte seg. Dette fører til at de tar i bruk medisinsk og teknologiske virkemidler slik at de har objektiv og gyldig dokumentasjon på hvordan kvinnen og barnets tilstand er i fødselsprosessen. Jordmødrene forklarer en slik praksis med at de til en hver tid kan bli nødt til å måtte forsvare sin praksis, og da blir subjektiv kunnskap ugyldig (ibid).

I lys av Becks (1997) beskrivelser av risikosamfunnet, ser vi altså her et slående eksempel på hvordan den enorme kunnskapsproduksjonen samtidig genererer en kontinuerlig personlig opplevelse av risiko. Kravet om kontroll og samtidig mangel på kontroll oppstår på en og samme tid. Tiltak for å redusere risiko i det moderne betyr, i følge Beck (ibid) at ansvaret blir skjøvet fra storsamfunnet og over på enkeltindividet. Å ivareta en fødsel ved å ta i bruk tilgjengelig medisinskteknisk utstyr som gir objektiv og nøytral kunnskap om fødselsforløpet, kan dermed i dag oppfattes som et krav til den enkelte om selv å unngå risiko og komplikasjoner. Jordmødrene må altså til enhver tid ha oversikt og kontroll over alle de mulighetene som finnes. I følge Beck (ibid) gir altså ikke risikosamfunnet entydige svar, kun ny kunnskap som krever kontinuerlige valg.

I dette kappitlet har jeg vist hvordan jordmødrenes fortellinger om det å intervensere i normale fødselsforløp preges av en slags plikt til å intervensere før kriterier for langsom fremgang i fødselsforløpet faktisk foreligger. Dette er i tråd med flere studier på dette feltet (Blix et al, 2002, Moen, Holmen, Tollefsrud og Rolland, 2005, Selin et al, 2008 og Selin, Almstrøm, Wallin og Berg, 2009). Jordmødrene beskriver ulike grunner til en aktiv holdning til intervensering i normalfødsler. I tillegg til tidspress og kravet til effektivitet er avgjørende, noe som ut fra endringsprosesser i helsevesenet de siste tiårene kan være nært knyttet til politiske rammevilkår. Opplevelse av risiko knyttet til all kunnskap om hva som kan gå galt i fødselsprosessen trer også frem som en avgjørende kraft som kan føre til at jordmødrene iverksetter teknologiske og medisinske tiltak for å redusere en personlig opplevd risiko for potensielle farer og samtidig få kontroll. Problemet med tilgjengelig teknologi er at det er mye usikkerhet rundt anvendelse av dette i et fødselsforløp. Slik Godtfredsdottir og Bjørnsdottir (2009) belyser, har ikke forskning sikkert kunne dokumentere nytteeffekten av all teknologi. Alle typer teknologi viser både fordeler og ulemper knyttet til CTG registrering, ultralyd, keisersnitt, oxytocin og epidural. Det kan synes som klinisk praksis blir styrt av fordelene

snarere enn av ulempene, og de samme forskerne (ibid) hevder at medisinsk teknologi ikke bare er drevet av forskningsfunn, men av ulike andre faktorer.

6.3 Å ivareta normalitet

Et tredje gjennomgående funn i jordmødrenes beretninger er om den høye andelen av patologi i avdelingen og hvordan dette uvilkårlig virker inn på jordmødrenes syn på hva som oppfattes som normalt. Sara beskriver denne normaliseringsmekanismen på følgende vis;

Det er vanskelig å holde det normale og patologi fra hverandre uansett hvor bevisst du er. Til tider kan jeg gå mellom en alvorlig syk kvinne til en helt normal fødsel og det er vanskelig å omstille seg på minuttet. () Det er stor forskjell på hvordan jordmor skal ivareta et normalt forløp kontra et patologisk forløp i forhold til overvåking og fødselsfremgang (Sara).

Med lignende erfaringer forteller Ingrid at;

Man skal ikke være med på å gripe inn i normale forløp. Det er en stor utfordring i en stor avdeling med mye patologi at vi glemmer å skille på det. Det er en veldig viktig faktor. Normale forløp behandles som patologiske forløp hvor man har mindre tid å spille på (Ingrid).

Slik jeg leser Sara og Ingrids utsagn kan normalfødsler stå i fare for å bli ivaretatt etter prosedyrer for patologiske tilstander i svangerskapet som kan påvirke kvinnen eller det ufødte barnet i fødselsprosessen. Ivaretagelse av såkalte høyrisikofødsler forutsetter medisinskteknisk overvåking i fødselsprosessen og det forventes samtidig raskere fødselsfremgang enn ved normalfødsler (Faxelid et al, 2001 og Sweet og Tiran, 2002). Slik jeg tolker opplever jordmødrene at det er utfordrende å omstille seg fra en fødsel hvor behandlingsrettet praksis er nødvendig til en fødsel hvor omsorgsrettet praksis er en mulighet. I en travel arbeidshverdag kan det påvirke hvordan de ivaretar fødselsfremgang hos kvinner med mulighet for en normal fødsel. Tine reflekterer levende omkring hvordan synet på hva som er normalt har forandret seg;

Den store andelen patologi påvirker jordmors tanker om hva som er normalt. Det har jo forandret seg veldig mye tenker jeg. Hvis alle ender opp med å få drypp for eksempel av

førstegangsfødende og alle ender opp med å få epidural, så ender det til slutt opp med at man ikke klarer å føde uten da... Det er jo vanskelig å tro på noe som man aldri har sett. Og hvis man aldri har sett en kvinne, det er jo et godt eksempel når man har den forventningen at en kvinne skal trykke ut et barn på en time første gang, at det er forventet tid. Og når det har gått en time så må man intervensere. Da får man jo aldri se de som bruker en og en halv time og gjør det helt flott og elegant. Så det kan jo hende at vi hele tiden forsnevrer. Det kan jo godt hende at gjennomsnittstiden for å trykke er veldig mye lengre og at det er normalt (Tine).

Tines utsagn viser hvordan jordmødrene i en høyrisikoavdeling kan stå i fare for å miste troen på at kvinner kan føde uten intervensjon og hun nevner spesielt epidural og riefremmende drypp. For som hun sier, er det vanskelig å tro på noe man ikke ser. Slik jeg forstår Tine kan dette være uttrykk for at intervensjon i fødselsforløp er normen, altså det som er vanlig på avdelingen. Samtidig gir Tine uttrykk for at synet på hva som oppfattes som normalt innenfor fødselsomsorgen har forandret seg mye. Eriksens (2006) beskrivelse av hvordan oppfattelser av hva som er normalt er foranderlig, både innenfor ulike historiske epoker og på tvers av kulturer setter denne erfaringen i perspektiv.

Lian (2007) belyser hvordan medikalisering slik den fremstår i vestlige industrisamfunn har hatt en stor påvirkning på vår normalitetsoppfattelse. Hun peker på medikaliseringens tvetydige ansikt; ”Medikaliseringen innebærer at flere har blitt hjulpet, samtidig som flere friske har blitt sykeliggjorte” (ibid: 69). Medikaliseringen innebærer nemlig at vår toleranse for avvik blir mindre og at vi intensiverer arbeidet for normalisering i betydningen ”å gjøre ensartet” (ibid). Hvis vi ser Tines utsagn i lys av medikaliseringsprosessen svekkes ikke bare vår toleransegrensen for avvik men også for variasjoner i et fødselsforløp. Et sentralt aspekt her er, i følge Lian (ibid) at innenfor fødselsvitenskapen så forstås normalitet både som vanlig, gitt fra naturen og en normativ standard. I jordmødrenes praktiske hverdag kommer dette til uttrykk i standardiserte og formaliserte prosedyrer. Tine har noen betraktninger omkring prosedyrenes normaliserende effekt;

På store avdelinger må man ha prosedyrer fordi man må kontrollere og kvalitetssikre fødselsarbeidet, men jeg er redd for at vi mister det individuelle (Tine).

Sara gir også uttrykk for lignende erfaringer;

Jeg synes jordmødre må være åpne for at ting kan gjøres på flere måter slik at normale variasjoner i fødsel ikke forsvinner. () Prosedyrer er til hjelp men prosedyrene må kunne brukes ut fra jordmors vurderinger ut fra helheten i situasjonen, noe som er krevende i en avdeling med mye å gjøre. () Prosedyrer styrer jordmors vurderinger og kan svekke evnen til å tenke selvstendig (Sara).

Slik jeg forstår jordmødrenes utsagn her gir de uttrykk for tvetydighet. På den ene siden kan prosedyrer kvalitetsikre slik at den viktigste informasjonen om kvinnen og fødselsprosessen blir ivaretatt. Prosedyrer gir også kontroll, noe som kan forstås som juridisk kvalitetsindikator for fødeavdelingen. Samtidig omtaler jordmødrene fastlagte bestemmelser som en trussel mot normale variasjoner og at de ikke synes å være tilpasset den enkelte kvinnes individuelle behov som må prøves mot situasjonen de er i. Slik jeg tolker kan jordmødrene synes å bevege seg i et i skjæringspunktet mellom å se det typiske i fødselsprosessen samtidig som de også ønsker å gi rom for å se det unike i en hver fødsel. Om dette har Martinsen (2000) sagt at det er noe typisk i alle situasjoner, samtidig som det alltid finnes noe unikt i situasjonen som er uendelig annerledes enn alt annet.

Jobber man på en avdeling med strenge krav om fødselsfremgang så vil man ikke lenger se normale pauser i riarbeidet som er en naturlig del av fødselen. () På lang sikt er strenge krav til fødselsfremgang en trussel mot kvinnens evne til å føde fordi forventningene er urealistiske (Tine).

Gjennom jordmødrenes fortellinger i materialet kommer det frem en forståelse av at deler av jordmørarbeidet ikke passer inn i forhåndsbestemte kategorier som standardiserte skjemaer er et uttrykk for. Som jordmødrene også peker på kan prosedyrer være nyttige hjelpemidler, men ofte utilstrekkelig. Dette synet er i tråd med Gjengedal (I Alsvåg et al, 2001) som også sier at prosedyrer kan være til hinder for å få gitt et fullstendig nok bilde av fødekvinnens situasjon. I tråd med Blåka (2002) er mange av prosedyrene styrt av den medisinske klokketiden som er lineær og målrasjonell. Hvis vi tar et tilbakeblikk på kapittel 5, så forstår jeg jordmødrenes fortellinger som uttrykk for at tiden får mening ut fra de prosessene som jordmødrene er involvert i. I en slik tidsnorm blir det gitt rom for nået og øyeblikket og ikke bare for fortid og fremtid, sier Blåka (ibid).

Sara belyser et neste aspekt ved prosedyrer, nemlig at de kan være tidseffektive. Slik Lian (2007) belyser peker også Martinsen (2000) på hvordan kravet til økt produktivitet i

helsevesenet fører til et behov for å effektivisere pleien. Martinsen henviser til Foucault (i Martinsen, 2000) og viser at behovet for effektivitet møtes med at det utvikles nye teknikker for å se. Med nye "se – teknikker" som Martinsen kaller det, organiseres blikket etter egne prosedyrer. Prosedyrer som skiller blikket fra øvrige sanser på en sorterende og utvelgende måte. Hun setter dette på spissen ved å stille spørsmålet; *"Er det ikke slik at vi først må registrere og finne problemet? For vi har jo liten tid, og da slipper vi å være i situasjonen først"* (Martinsen, 2000:33). Standardiseringen representerer en kontrast i forhold til hvordan jordmødrene i kapittel 5 beskriver sine møter med fødekvinne. Å møte fødekvinne med egne forhåndsdefinerte kategorier kan hindre fødekvinne i å komme frem på egne premisser, sier Martinsen (ibid). Om dette sier Ane;

Når jeg har dårlig tid og løper inn og ut får jeg bare fulgt med på CTG om kvinnen og barnet har det bra (Ane).

Anes utsagn synes jeg, i tråd med Martinsen (2000) beskriver en situasjon hvor fødekvinnes mulighet til å komme til orde er redusert. I tillegg til at fødekvinne ofte kan føle seg oversett, kan denne tilnærmingen bidra til at jordmor overser viktig informasjon som kan være avgjørende for kvaliteten på videre ivaretagelsen av fødselsfremgang.

Et beslektet aspekt av dette er hvordan kravet om forsknings – og evidensbaserte tilnærminger, i likhet med medisinen for øvrig, har vokst fram i den moderne fødselsomsorgen (Foss og Ellefsen, 2005). Slik jeg ser det er det innen denne fortolkningsrammen jordmødrenes fortellinger om normalitet må betraktes. I den moderne høyteknologiske fødeavdelingen opplever jordmoren en kamp mellom den langsomme erfaringskunnskapen og den hurtige klassifiseringskunnskapen, sier Blåka (2002). Slik jeg leser jordmødrenes erfaringer, kan det synes som denne "kampen" også er tilstede i deres arbeidshverdag og skaper utfordringer og dilemmaer når de skal ivareta fødselsprosessen. Hva som oppfattes som god, gyldig og verdifull kunnskap om fødsel, fødekropp og fødselshjelp, kan altså synes å være avhengig av de ulike aktørene som også er forankret i ulike tenkningsgrunnlag. Martinsen er kritisk til modernitetens krav om at all kunnskap skal være basert på forskning. Når det er sagt, avviser ikke Martinsen (2003) den vitenskaplige kunnskapen, også omtalt som det formålsbestemte språket, men hun underordner den i det faglige skjønnet. *"Vi må overordne den sanselige forståelse den begrepslige påstandskunnskapen og sette den praktiske kunnskapen først, men ikke utelukke noen av dem"* (Martinsen, 2003:140). Den moderne fødselsvitenskapen kan synes i for liten grad å ta hensyn

til kunnskap basert på erfaringer. I sin streben etter å forene vitenskaplig kunnskap og erfaringsbasert kunnskap i sitt daglige arbeid, blir jordmødrene også konfrontert med nye dilemmaer. Jordmødrene viser oss at noen av disse dilemmaene ikke kan løses med teknologiske hjelpemidler og vitenskaplig.

7 Avsluttende refleksjoner

I denne oppgaven har jeg utforsket noen spesifikke dilemmaer jordmødre erfarer vedrørende ivaretagelse av førstegangsfødende med mulighet for normal fødsel i kvinneklinikken.

Gjennom informantenes fortellinger om dette, har jeg fått innblikk i hvordan jordmødrene forholder seg til ulike forståelser av fødsel. Særlig påvirker de ulike forståelsene jordmørens opplevde handlingsrom samtidig som de former praksis for ivaretagelse av fødselsfremgang.

Til sammen peker analysen mot hvordan relasjonen mellom jordmor og fødekvinne synes å være vevet sammen med fødselsfremgang, og hvordan denne relasjonen til tider brytes opp og fragmenteres.

I ”*Tid – En tredjepart i relasjonen*” er et sentralt funn at jordmors tilstedeværelse i fødselsprosessen har avgjørende betydning for utvikling av en omsorgsfull relasjon forankret i tillit og trygghet. Fødsel er en ny og uforutsigbar hendelse i kvinnens liv, og det knytter seg dermed usikkerhet og frykt til denne livsbegivenheten. Å redusere frykt er et sentralt aspekt for å ivareta fødselsfremgang. Denne bevisstheten kommer særlig til uttrykk gjennom hvordan jordmødrene beskriver seg selv som virkemiddel for å fremme kontinuitet, trygghet, tillit og ro i fødselsprosessen slik at kvinnen føler seg ivaretatt. De forteller hvordan de med sin blotte tilstedeværelse og måte å være på, påvirker fødekvinne. En slik tilnærming kan redusere frykt og samtidig øke kvinnens vilje til å risikere. Et særegent aspekt ved fødsel, er at fødekvinne må gi fra seg kontroll samtidig som hun må ta kontroll i situasjonen og følge kroppens fødende krefter. I jordmødrenes fortellinger om dette kommer det frem at de til tider opplever sterke dilemmaer knyttet til krav om effektivitet, noe som influerer omsorgsrelasjonen mellom fødekvinne og jordmor.

Særlig opplever jordmødrene dilemmaer i relasjon til tid og tidspress. Jordmødrene gir beskrivelser som peker mot særegne sider ved rådende styringsideologi i det moderne helsevesenet og som igjen synes å være tuftet på markedsverdier. Store økonomiske utfordringer i helsesektoren synes altså å bidra til en økende opplevelse av krav til effektivitet og produktivitet for å fremme økonomisk lønnsomhet. Ivaretagelse av mange behov samtidig, går trolig på bekostning av individuelle behov, noe som igjen fører til mindre tilstedeværelse hos den enkelte fødekvinne. Dette peker mot et gap mellom behov og forventninger, både til seg selv og fra fødekvinne. Tiden kan dermed tenkes å være et tredje ledd i relasjonen som

påvirker i hvilken grad fødekvinne blir møtt på sine premisser, som en sansende tilnærming fra jordmor muliggjør. Mangel på tid synes også å influere kan også influere tillitsforholdet mellom jordmoren og fødekvinne negativt. Videre indikerer oppgaven at jordmødrenes mangel på tid bidrar til at de tar i bruk medisinske og tekniske virkemidler for å ivareta relasjonen og fødselsfremgang. Medisinsk og teknisk intervensjon påvirker i sin tur i hvilken grad kvinnen får mulighet til å være en aktiv deltaker i fødselsforløpet.

Et neste viktig funn i oppgaven kommer frem i *”Tid og risiko – Normalfødselens premisser i det moderne”*. Dilemmaer i relasjon til mangel på tid er et sentralt aspekt også i dette kapitlet og analysen viser at tiden er avgjørende for hva jordmoren får av informasjon vedrørende rienes kvalitet. Rier er nemlig i deres øyne fødselens viktigste kraft og en grunnbetingelse for fødselsfremgang. Mangel på tid gir igjen en tendens til å se fødekvinne med ”et registrerende blikk”. Dette blikket fanger opp kunnskap om riene men bare innenfor en definert ramme forenlig med en biomedisinsk forståelseshorisont. Analysen har videre vist hvordan jordmødrene er særlig opptatt av at tilstedeværelse over tid muliggjør en sansende tilnærming fra jordmor. I tillegg til objektiv og forhåndsdefinert kunnskap om riene, får jordmødrene da utfyllende kunnskap om rienes kvalitet ut fra kvinnens kroppsspråk og mentale tilstedeværelse i fødselsprosessen. Overordnet viser denne delen av analysen at fødekroppen er meningsbærende for jordmor og dermed må fødsel forstås og ivaretas som det. Altså som noe mer enn en biologisk hendelse i kvinnens kropp.

Et annet og viktig funn i oppgaven er jordmødrenes opplevelse av forventninger fra kollegaer om å være ”aktive” i betydningen å intervenere i fødselsforløp som ikke møter kriterier for langsom fødselsfremgang. Dette peker mot en kultur hvor aktiv inngripen i et normalt fødselsforløp oppfattes og defineres som normalt. Likefullt viser analysen en markant bevissthet om at å intervenere i normale fødselsforløp kan føre til alvorlige komplikasjoner for kvinnen og barnet. Jordmødrenes fortellinger angir et høyt kunnskapsnivå, og bevisstheten om alt som kan gå galt i et fødselsforløp bringer oss over til et neste aspekt. Poenget her er at den enorme kunnskapsproduksjonen og tilgang til ny kunnskap genererer en kontinuerlig personlig opplevelse av risiko. Dette medfører en konstant beredskap i å tolke situasjonen og samtidig ta ”riktige” valg. Å iverksette tiltak for å overvåke og skynde på fødselsprosessen, kan forstås som en strategi for å redusere risiko for potensielle farer samtidig som jordmoren til en viss grad kan oppleve å få kontroll.

Et tredje men like viktig funn er jordmødrenes fortellinger om hvordan den høye andelen av patologi i fødeavdelingen uvilkårlig virker inn på jordmødrenes syn på hva som oppfattes som normalt. Dette funnet synes å være nært knyttet til medikaliseringsprosessen i det vestlige industrisamfunnet. I tillegg til at fødselsvitenskapen fokuserer på det avvikende står også individuelle variasjoner i fødselsprosessen i fare for å bli neglisjert. I jordmødrenes fortellinger kommer det frem et sterkt fokus på prosedyrer i avdeling og de angir et tvetydig forhold til dette. Prosedyrer kan ha et innslag av kvalitetssikring, effektivisering og juridiske kvalitetsindikatorer, noe som jordmødrene gir uttrykk for er nødvendig i store fødeavdelinger. Likefullt peker de på at prosedyrer i liten grad synes å ta individuelle hensyn og kan føre til at normale variasjoner i fødselsprosessen forsvinner. Et beslektet aspekt er kravet til evidensbasert kunnskap i den moderne fødselsvitenskapen. Fødselsomsorgen er underlagt fødselsvitenskapens hegemoni. Den har tilstrebet at fødsel er tilnærmet uten medisinsk risiko. Det vil si at risikoen for å dø eller for å bli alvorlig syk i fødsel er mikroskopisk. Denne vitenskapelige kunnskapen har hatt avgjørende betydning for kvinners helse i vestlige samfunn generelt og i Norge spesielt. Den erfaringsbaserte kunnskapen som jordmødrene besitter og argumenterer for betydning av kan synes å ha dårlige vilkår i den moderne fødselsomsorgen.

Jeg har med denne oppgaven forsøkt å få frem noen dilemmaer jordmødre erfarer vedrørende ivaretagelse av normalfødsler i den moderne fødselsomsorgen sett i lys av samfunnsskapt utfordringer. Denne oppgaven har fokusert på en bestemt gruppe jordmødre i en kvinneklinikk. I lys av mine funn er det også nye spørsmål som kan fokuseres videre på. Det kunne være interessant å få kunnskap om dilemmaene som jordmødrene beskriver sett i lys av fødekvinnens fortellinger. Slik kunne for eksempel betydning av en omsorgsfull relasjon og aktiv behandling av fødsel kontra avventende holdning til intervensjon utvikles og nyanseres. En annen mulighet kunne være å studere legers fortellinger om ivaretagelse av normalfødsler for på den måten få mer innsikt i hvilke kunnskapstyper som regnes som nødvendige å aktivere i dagens fødselsomsorg.

Register

Litteraturliste

Aakvaag, G. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Abstrakt forlag AS.

Aftenbladet.no. (2012). Tålmodige fødsler vekker oppsikt.

<http://www.aftenbladet.no.no/nyheter/lokalt/talmodige-fodlservekker-opsikt-3004663.html>.

Alsvåg, H. Gjengedal, E. (2000). *Omsorgstenkning: en innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Anim – Somuah, M. Smyth, R. og Jones, L. (2011). Epidural versus non – epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD000331. DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub.3.

Beck, Ulrich (1997). *Risiko og frihet*. Oversatt av Are Eriksen. Fagforlaget Vigmostad & Bjørke AS. Bergen – Sandviken.

Bengtsson, J. (2006). *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer. Livsverdensfenomenologiske bidrag*. Kristiansand: Høgskoleforlaget AS - Norwegian Academic Press.

Bergsjø, P. Førde, R. Sjøli, S. I. Telje, J. og Thesen, J. (1998). *Svangerskapsomsorg i allmennpraksis*. Universitetsforlaget AS.

Bidgood, K. A. Steer, P. J. (1987). A randomized control study of oxytocin augmentation of labour. 1. Obstetric outcome. *British Journal Obstet Gynaecol*, 94, 512 – 517.

Blanche, G. Lavender, T. Walkinshaw, S. og Alfirevic, Z. (1998). Dysfunctional labor: a randomised trial. *British Journal obstet Gynaecol*, 105, 117-120.

Blix, E. Pettersen, S. H. Røyset, B. og Pedersen, E. H. (2002). Bruk av oxytocin som

- ristimulerende medikament etter spontan fødselsstart. *Tidsskrift for Norske Lægeforening*, 14 (122), 1359 - 1362.
- Blix, E. og Øhlund, L. S. (2007). Norwegian midwife`s perception of the labour admission test. *Midwifery*, 23 (48 – 58).
- Blix, E. Kumle, M. og Øian, P. (2008). Hvor lenge kan en fødsel vare? *Tidsskrift for Norske Lægeforening*. Nr. 6. 128: 686 – 689.
- Blåka, G. (2002). *Grunnlagstenkning i et kvinnefag. Teori, empiri og metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Blåka, G. og Eri, T. S. (2006). Doing midwifery between different belief systems. *Midwifery*, 24, 344 – 352.
- Brudal, L. F. (2000). *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Bugg, G. J. Siddiqui, F. Thornton, J. G. (2011). Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 7. Art. No.: CD007123. DOI: 10.1002/14651858. CD007123:pub2.
- Costley, P. L. East, C. E. (2012). Oxytocin augmentation of labour in women with epidural analgesia for reducing operative deliveries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5. Art. No.: CD009241. DOI: 10. 1002/14651858. CD009241. Pub2.
- Dahle, R. (2002). Med et kjønnsblikk på helsevesenet. I: H. Alsvåg, N. Anderssen, E. Gjengedal og M. Råheim (red.). *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Engelsrud, G. (2006). *Hva er kropp*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Enkin, M. Keirse, M. J. N. C. Neilson, J. Crowther, C. Duley, L. Hodnett, E. og Hofmeyr, J. (2003). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. OXFORD University Press.
- Eriksen, T. H. (2001): *Øyeblikkets tyranni*. Oslo: Aschehoug forlag.
- Eriksen, T. H. (2006): *Normalitet*. Thomas Hylland Eriksen & Jan-Kåre Breivik (red.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Fangen, K. (2004). *Deltakende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Faxelid, E. Hogg, B. Kaplan, A. og Nissen, A. (2001). *Larobok for barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.
- Foss, C. & Ellefsen, B. (2005). Bidrag om kunnskapsutvikling og tilfredshetsforskning. In C. Foss & B. Ellefsen (Eds.), *Helsetjenesteforskning. Perspektiver, metoder og muligheter* Universitetsforlaget.
- Giddens, Anthony (1996). *Modernitet og selvidentitet: selvet og samfundet undersenmoderniteten*. Oversatt av Søren Schultz Jørgensen, København: Hans Reitzels Forlag.
- Gjengedal, E. (2002). Kriser I helsevesenet: Utfordringer for omsorgsarbeideren. I: H. Alsvåg, N. Anderssen, E. Gjengedal og M. Råheim (red.). *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Gottfredsdottir, H. og Bjørnsdottir, K. (2009). Have you had the best? A discourse analysis of media presentation of prenatal screening in Iceland. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 10, 1 – 8.
- Haavind, H. (2000). *Kjønn og fortolkende metode: Metodiske muligheter i kvalitativ forskning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Heggen, K. (2002). "Krenkende pleie og behandling". I: K. Heggen og B. Sætersdal (red.). *I den beste hensikt? "Ondskap" i behandlingssamfunnet*. Oslo: Akribe.

- Heggen, K. og Fjell, T. I. (2006). *Etnografi. I: M. Lorensen (red.). Spørsmålet bestemmer metoden: Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hinshaw, K. Simpson, S. Cummings, S. Hildreth, A. og Thornton, J. (2008). A randomised controlled trial of early versus delayed oxytocin augmentation to treat primary dysfunctional labour in nulliparous women. *British Journal of Gyneecolog*; 115: 1289 – 1296.
- Heiberg, E. og Biørnstad, N. (2003). *Fødsel – kraft og kjærlighet*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women`s satisfaction with the experience of child birth – a Systematic Review. *American Journal Obstet Gynecol*, 186, 160 – 172
- Hodnett, E. D. Gates, S. Hofmeyr, G. J. Sakala, C. og Weston, J. (2011). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub3.
- Hoerst, B. og Fairman, J. (2000). Social and professional influence of the technology of electronic fetal monitoring on obstetrical nursing. *West Journal Nurs Res*. 22 (4) 475 – 491.
- Järvinen, Margaretha (2005), ”Interview i en interaktionistisk begrepsramme”. I: *Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter*. Margaretha Järvinen og Nanna Mik-Meyer (red.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Kardong – Edgren, S. (2001). Using evidence – based practice to improve intrapartum care. *Journal of Obstetric Gynecologic and neonatal nursing*. 30 371 – 375.
- Kirkevold, M. (2000). Utviklingstrekk i Kari Martinsens forfatterskap. I: H. Alvsvåg og E.

- Gjengedal (red.). *Omsorgstenkning. En innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Kjærgaard, H. Olsen, J. Ottesen, B. og Dykes, A. K. (2009). Incidence and outcomes of dystocia in the active phase of labor in term nulliparous women with spontaneous labor onset. *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 88: 402 – 407.
- Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *InterViews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. California: SAGE Publications.
- Lavender, T. Alfirevic, Z. og Walkinshaw, S. (1998). Partogram action Line Study – a randomised trial. *British Journal obstet Gynaecol*, 105, 976 - 980.
- Lavender, T. Hofmeyr, G. J. Neilson, J. P. Kingdon, C. og Gyte, G. M. (2006). Caeseraen section for non – medical reasons at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. issue 3. Art. NO.: CD 004660.
- Lavender, T. og Hart, A. S. (2009). Effect of partograms use on outcome for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. issue 3. <http://www.thecochranelibrary.com>.
- Lian, O. (2007). *Når helse blir en vare*. Høyskole Forlaget.
- Lopez-Zeno, J. A. Peaceman, A. M. Adalshak, J. A. og Socol, M. L. A (1992). A controlled trial of a program for the active management of labour. *N Engl Journal Med*, 1;326 (7): 450 - 454.
- Lukasse, M, Schei, B. Vangen, S og Øian, P. (2009). Childhood abuse and fear of childbirth. A population – based study. *Birth* 37:4
- Lupton, D. (1999). *Risk*. London : Routledge.
- Martinsen, K. (1990). *Moderne omsorgsbilder*. Oslo: Gyldendal.

- Martinsen, K. (1996). *Fra Marx til Løgstrup*. Oslo: TANO.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønn og evidensen*. Oslo: Akribe AS.
- Merleau-Ponty, M. (1945/2005). *Phenomenology of Perception*. London & New York: Routledge.
- Moen, M. S. Holmen, M. Tollefsrud, S. og Rolland, R. (2005). Lavrisikofødende ved en kvinneklinikk – hvordan føder de? *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, nr. 19. 125: 2635 – 2637.
- Nortvedt, P. (2001). ”Er sinnelag og skjønn det hele? En kritisk analyse av Kari Martinsens etikk”. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning* (2) ss. 1 - 28.
- Nortvedt, Per & Grimen, Harald (2004) *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag* Oslo: Gyldendal akademisk.
- O`Driscoll, K. og Meagher, D. (1984). *Active management of labour*. London: Saunders.
- O`Driscoll, K. Meagher, D. og Boylan, P. (1993). *Active Management of labour*, 3rd ed. Mosby: London.
- O`Driscoll, K. Meagher, D. og Robson, M. (2003). *Active Management of Labour*. USA: Elsevier Limited.
- Omery, A. og Mack, C. (1995). Phenomenology and Science. I: A. Omery, C. E. Kasper, og G. G. Page (red.). *In search of nursing science*. Sage Publications, Inc.
- Oscarsson, M. Amer – Wåhlin, I. Rydstrøm, H. og Kallèn, K. (2006). Outcome in obstetric

- care related to oxytocin use. A population – based study. *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 85 : 1094 – 1098.
- Polit, D.F. og Beck C.T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Repstad, P. (1998). *Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rogers, C. (1980). *A Way of Being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Ruyter, K. Førde, R. og Solbakk, J.H. (2008). *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Safe Motherhood (1994). *Å ivareta den normale fødselen: en praktisk veiledning*. Maternal and newborn health. Safe Motherhood unit. Family and reproductive health. World Health Organization Geneva.
- Sandvik, G. B. (1997). *Moderskap og fødselsarbeid. Diskurser i reproduktivt arbeid*. Fagbokforlaget.
- Selin, L. Almstrøm, E. Wallin, G. og Berg, M. (2009). Use and abuse of oxytocin for augmentation of labor. *Acta Obstetricia et Gynecologica*. 88: 1352 – 1357.
- Selin, L. Wallin, G. og Berg, M. (2008). Dystocia in labour – risk factors, management and outcome: a retrospective observational study in a Swedish setting. *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 87: 216 – 221.
- Staff, A. (2008). Keisersnitt til nytte eller skade? *Tidsskrift for Norsk Legerforening*, 129, 1321.
- Solvang, Per (2006), ”Problematisering, utdefinering eller omfavning? Om normalitet” I:

Normalitet. Thomas Hylland Eriksen & Jan-Kåre Breivik (red.) Oslo:
Universitetsforlaget.

Sosial – og helsedirektoratet (2010). *Et trygt fødetilbud*. Forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner.

Steer, P. (1999). ABC of labour care: assessment of mother and fetus in labour. *British Medical Journal*, 320, 858-861. Stortingsmelding nr. 43 (1999 – 2000): om akuttmedisinsk beredskap.

Stortingsmelding nr. 12 (2008). En *gledelig begivenhet*. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. http://www.regjeringen.no/pages/2152_512/PDFS/STM20082_0090_0120_0000_DP_DFS.pdf.

Surtees, R. (2010). "Everybody expects the perfect baby and so you have to protect yourself"; discourses of defence in midwifery practice in Aotearoa/New Zealand. *Nursing Inquiry*, 17 (1): 82- 92.

Svenaesus, F. (2005). *Sykdommens mening – og møte med det syke mennesket*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Sweet, B. Tiran, D. (2002): *Mayes`Midwifery*. Elsevier Science Limited.

Waldenstrøm, U. Hildingsson, I. Rubertsson, C. og Rådestad, I. (2004). A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* 31, 17 – 27.

Waldenstrøm, U. og Irestedt, L. (2006). Obstetric pain relief and its association with remembrance of labor pain at two months and one year after birth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(3): 147 – 156.

Wei, S. Wo, B. L. Qi, H. P. Xu, H. Luo, Z. C. Roy, C. og Fraser, W. D. (2012). Early

amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. issue, 9. Art. NO.: CD006794. DOI: 10. 1002/14651858. CD006794.pub.3.

Årsrapport for Medisinsk fødselsregister (2010). Folkehelseinstituttet. Utgitt av Nasjonalt folkehelseinstitutt. Divisjon for epidemiologi. Avdeling for Medisinsk fødselsregister. <http://www.fhi.no/89e8f6944.pdf>.

Vedlegg

Vedlegg 1 – Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vedlegg 2 – Kvittering på melding om behandling av personopplysninger (NSD)

Vedlegg 3 – Tillatelse fra klinikkssjef for å gjennomføre prosjekt

Vedlegg 4 - Tillatelse til å intervju jordmødre

Vedlegg 1

Informasjonsskriv og forespørsel til jordmor om deltagelse i studien:

”Hvordan erfarer og forstår jordmødre fødsel hos friske førstegangsfødende i en fødeavdeling?”

Jeg er masterstudent i Sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven.

Du er herved forespurt om å delta i en studie med hensikt å utforske og beskrive dilemmaer jordmødre står overfor ved ivaretagelse av fødsel hos friske førstegangsfødende i en fødeavdeling. Fødsel er en sentral jordmoroppgave, og hvordan jordmor ivaretar denne prosessen har derfor kritisk betydning for fødselsforløp og utfall. På tross av dette, er forskning på jordmødres erfaringer mangelfull. Jordmødre står nærmest fødekvinnen og følger fødselens forløp på nært hold. De har derfor unik kunnskap om ulike forhold rundt fødselen. Intervjusamtaler med jordmødre kan føre til ny og viktig kunnskap om emnet, og denne studien vil være et bidrag i så måte.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju 6 – 8 jordmødre. Intervjuet tar 1 – 1 1/2 time og blir tatt opp på bånd og skrevet ut. Samtykkeskjema vil oppbevares nedlåst, og skjema, lydbånd og utskrifter slettes etter studiens slutt (desember 2012). Hvis det skulle være nødvendig ønsker jeg å kontakte deg for oppklarende spørsmål.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli slettet. Du velger selv hva du vil dele av informasjon og du kan avstå fra å svare på spørsmål. Du har også rett til å lytte til opptaket og kreve at det blir slettet.

Dataene fra studien vil bli behandlet konfidensielt og anonymisert slik at ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjenne deg i den skriftlige fremstillingen av dataene. Jeg har taushetsplikt.

Dersom du har lyst til å være med på intervjuet, sender du mail til meg. Jeg tar kontakt og vi avtaler et møte. Skriv under på den vedlagte samtykkeerklæringen og lever den til meg når vi møtes for intervju.

Ansvarlig veileder for studien er førsteamanuensis Kari Nyheim Solbrække, Universitetet i Oslo, Avdeling for Sykepleievitenskap og helsefag, seksjon for helsefagvitenskap. Du kan kontakte henne på telefonnummer: 900 16 689 eller sende e-post til: k.n.solbrakke@medisin.uio.no.

Hvis du har spørsmål, kan du kontakte meg på telefonnummer: 450 36 798 eller sende e-post til: evamflaathen@gmail.com.

Studien er meldt til og godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

Eva Marie Engebakken Flaathen

Hyggeveien 14 A

1178 Oslo

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt muntlig og skriftlig informasjon om studien; ”Hvordan erfarer og forstår jordmødre fødsel hos friske førstegangsfødende i en fødeavdeling?” og er villig til å stille på intervju.

Dato:

Signatur.....

Telefonnummer.....

Vedlegg 2

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Herald Hørfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Kari Nyheim Solbrække
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Universitetet i Oslo
Postboks 1153 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 25.11.2010

Vår ref: 25530 / 3 / KS

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.11.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

25530	Fødsel i en fødeavdeling
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens overste leder
Daglig ansvarlig	Kari Nyheim Solbrække
Student	Eva Marie Engebakken Flaathen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

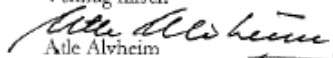
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Atle Alvhheim


Katrine Utaaker Segadal

Kontaktperson: Katrine Utaaker Segadal tlf: 55 58 35 42

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Eva Marie Engebakken Flaathen, Skogholtveien 4, 1178 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TROMSØ: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kjyre.parsa@vt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVT, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 25530

Det gis skriftlig informasjon og innhentes et skriftlig samtykke. Personvernombudet finner at behandlingen av personopplysninger i prosjektet kan hjemles i personopplysningsloven § 8 (samtykke).

Prosjektslutt er angitt til 31.12.2012. Senest ved prosjektslutt vil datamaterialet være anonymisert, det vil si at verken direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger lenger foreligger i materialet. Lydopptakene og navneliste (koblingsnøkkel) slettes. Indirekte personidentifiserende opplysninger i det øvrige materialet slettes eller grovkategoriseres på en slik måte at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes.

Vedlegg 3

Eva Marie Engebakken Flaathen

Fra: Eva Marie Flaathen [REDACTED]
Sendt: 26. april 2012 00:18
Til: 'evamflaathen@gmail.com'
Emne: VS: Vedr søknad

Fra: [REDACTED]
Sendt: 7. mars 2011 09:45
Til: [REDACTED]
Kopi: Flaathen Eva Marie
Emne: VS: Vedr søknad

Hei.
Kan du vennligst vurdere tidligere tilsendt søknad, gjennomføring av intervju på Master jm Eva Marie Flaathen.
[REDACTED]

Fra: Flaathen Eva Marie
Sendt: 5. mars 2011 12:21
Til: [REDACTED]
Emne: SV: Vedr søknad

Hei [REDACTED],

Jeg venter fortsatt på svar fra [REDACTED] i forhold til å gjennomføre intervjustudien. Skal jeg passivt avvente videre eller gjøre noe aktivt slik at jeg får fortlgang i rekrutteringsprosessen?

Mvh
Eva Marie Flaathen

Fra: [REDACTED]
Sendt: 2. februar 2011 09:34
Til: Flaathen Eva Marie
Kopi: [REDACTED]
Emne: Vedr søknad

Hei Eva.
Din søknad om å gjennomføre ditt prosjekt har nå vært vurdert av forskningsrådgiver [REDACTED] og er sendt videre til [REDACTED].
Vi vil sikker raskt få et raskt og positivt svar da vi andre er veldig positive til dette.
Håper du har satt deg inn i den nye prosedyren vedr forskning [REDACTED], da dette er den formelle oppskriften.
Når du har fått ja og sendt forenklet søknadsskjemaet til [REDACTED] personvernombud vil vi gjerne ha kopi av denne samt svaret.
God vakt.
mvh [REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Eva Marie Engebakken Flaathen

Fra: Eva Marie Flaathen [REDACTED]
Sendt: 26. april 2012 00:19
Til: 'evamflaathen@gmail.com'
Emne: VS: Master

[REDACTED]
Sendt: 9. mars 2011 11:04
Til: Flaathen Eva Marie
Emne: SV: Master

OK.

[REDACTED]
Sendt: 8. mars 2011 12:49
Kopi: Eva Marie Flaathen
Emne: Master

Hei.

Da sender jeg dette på nytt.

Godkjent av [REDACTED] OK personvernombud [REDACTED]

Vennligst svar direkte så går det fortere.

[REDACTED]
IKKE SENSITIVT INNHOLD

Vedlegg 4



Eva Marie Engebakken Flaathen
Heggeveien 14 A

1178 Oslo



Vår ref.:

Oppgils ved all henvendelse

Deres ref.:

Saksbeh.:

[Redacted]

Dato:

8.3.2011

Godkjenning av søknad om å gjennomføre en studie blant jordmødre ved fødeavdelingen

I brev av 24.01.11 søker du om tillatelse til å foreta en datainnsamling i form av intervju med 6 – 8 jordmødre ved [Redacted] i forbindelse med din masteroppgave som student ved Universitetet i Oslo, Det Medisinske fakultet, Avdeling for sykepleievitenskap og Helsefag, seksjon for Sykepleievitenskap.

Din søknad godkjennes herved av meg, under forutsetning av følgende: Intervjuene gjennomføres når de jordmødre som ønsker å være med er på vakt, og da fortrinnsvis dagvakt i uken. Dette må avklares med ansvarshavende jordmor eller koordinator, og ikke gå ut over driften i avdelingen. Jordmødrene som inkluderes i studien kan ikke legge inn timer til avspasering/overtid i forbindelse med dette.

Med vennlig hilsen

[Redacted signature and name]

[Redacted footer information]