

**Fødsler på godt og ondt: En komparativ analyse af hvordan fødselshjælpen præger kvindens fødselsoplevelse**





# Fødsler på godt og ondt: En komparativ analyse af hvordan fødselshjælpen præger kvindens fødselsoplevelse

Navn: Ann From Okholm Kielo

Vejleder: Lisbeth B. Knudsen

Antal ord: 34.969

*"We have a secret in our culture,  
and it is not that birth is painful.*

*It's that women are strong."*

Laura Stavoe Harm

## Prolog

---

Dette speciale har dets rod i mine personlige oplevelser med emnet både *her* og *der*. Jeg vil derfor indlede med et oprids af min egen beretning. Historien, som gav mig motivationen til dette speciale.

Jeg fødte i 2008 min søn. Han kom til verden på et dansk hospital ved en ukompliceret fødsel med akupunktur som eneste smertelindring. Fødslen endte, for mig, med at være en fantastisk oplevelse. Men jeg var bange, angst helt ind i knoglerne fra før jeg blev gravid. Jeg troede det ganske enkelt ikke rigtig muligt, at jeg kunne føde et barn, at et sådant mirakel kunne tage bo i min krop, og at det kunne ende godt. Med graviditeten blev det abstrakte konkret, og den udefinerbare angst for det fremmede blev til en konkret frygt, dels for at noget skulle gå galt, og dels for at jeg ikke ville kunne kontrollere min egen krop, at jeg ville ende som en skrigende hystade omgivet af hvide kitler alla de bedste Hollywood film- ude af stand til at håndtere smerterne. Smerterne, disse fremmede ukendte smerter, oplevede jeg i situationen som ganske naturlige. Jeg oplevede endda, at de hjalp mig, efterhånden som smerterne tog over, så forsvandt min angst. Udover at jeg efter mange timers hårdt arbejde fik et barn i mine arme, så er det for mig, den dag i dag, den største bekræftelse på mit eget værd, jeg nogensinde har fået.

Jeg har både før og efter min egen indtrædelse i klubben af mødre lagt ører til utallige fortællinger om fødsler. Selvom smerterne stort set altid er i fokus, så er historierne, der florerer derude blandt mødre og eventuelt kommende mødre, meget forskellige. Der er forskel på den ukomplicerede fødsel, og så den hvor intet går som det helst skal. For nogen er det den bedste dag i deres liv, for andre den værste. Men et hyppigt emne er fødsler altid.

Da jeg, med mit afkom i armene, rejste vestpå og slog mig ned i Saskatchewan, Canada var fødsler stadig et hyppigt emne blandt kvinder i alle aldre. Men historierne ændrede karakter. Jeg hørte nu eksempelvis om paralleller mellem fødsler og rodbehandlinger hos tandlægen, hvilket er et billede meget langt fra,

hvordan jeg oplevede min søns fødsel. Jeg opdagede, at der ikke skulle mere til, end et enkelt pip om, at man altså godt kan føde uden en epiduralblokade, før jeg havde en kreds af kvinder omkring mig med vantro øjne, og jeg blev gang på gang udnævnt som hende "hippie-freaken". I deres øjne så jeg først og fremmest vantro, for hvorfor dog udsætte sig selv for unødvendige smerter. De må til gengæld have set vantro i mine øjne, når de jokede med, at det bliver dejligt den dag, man kan "lægge sit æg i en rugekasse" og hverken behøver at være gravid eller at skulle føde. Til fælles havde vi imidlertid kærligheden til børnene, og vi kunne alle blive enige om, at vi hver især havde verdens dejligste børn.

Jeg opdagede altså, at tilgangen til fødslen er langt fra ensrettet, og min nysgerrighed var vakt, især fordi jeg ellers ikke følte mig kulturelt specielt anderledes end mine saskatchewananske medsøstre. Vi havde det til fælles, at fødslen af vores børn var en af livets absolut vigtigste begivenheder, og det på både godt og ondt. Men forskellighederne forekommer mindst lige så store som fællestrækkene. Men hvad skyldes forskellene? Det er et spørgsmål jeg har funderet meget over, og mine lomme filosofiske betragtninger danner grobund for specialet, der følger på de næste sider.

## Forord

---

Dette speciale havde ikke været muligt uden alle de kvinder, som har delt fortællingen om deres børns fødsler med mig. Tusind tak til alle jer. Jeg har grint og grædt med jer og er oprigtigt taknemmelig for, at I lod mig få et indblik i jeres tanker og oplevelser.

Jeg vil også rette en stor tak til min vejleder, Lisbeth B. Knudsen for fleksibel og indlevende vejledning. Da dette speciale sætter et punktum for min tid som sociologistuderende, vil jeg også takke alle de undervisere og vejledere, som igennem min studietid har indviet mig i sociologiens forunderlige univers.

Endelig skylder jeg min familie tak, fordi de tålmodigt har ventet på, at jeg skulle vende tilbage til deres verden.

Aalborg foråret 2011

---

Ann From Okholm Kielo

# Projektets indholdsfortegnelse

---

Prolog .....	4
Forord .....	6
1. Introduktion .....	9
1.1 Formål .....	10
1.2 Den sociologiske relevans .....	11
2. Metodologi.....	13
2.1 Det komparative design .....	13
2.2 Afgrænsning.....	14
2.3 Præsentation af de to udvalgte cases.....	16
2.4 Kvinders generelle tilfredshed med fødselshjælpen.....	18
2.5 Beretninger som empirisk grundlag.....	21
3. Historisk analyse.....	23
3.1 Fødselshjælpen bliver en videnskab.....	23
3.2 Fødsler bliver et samfundsanliggende .....	25
3.2.1 Hospitaliseringen som en del af samfundsudviklingen.....	28
3.3 Jordemødrenes skæbne .....	32
3.3.1 The Alternative Birth movement.....	36
3.3.2 Jordemødrene vender tilbage til Saskatchewan.....	38
4. Fødselshjælpen anno 2011 .....	42
4.1 Jordemoderuddannelserne.....	42
4.2 Ansvarsfordelingen mellem de professionelle fødselshjælpere .....	45
4.3 Tryghed og kontinuitet i fødselshjælpen .....	47
4.3.1 Hjemmet vs. hospitalet.....	48
4.4 Anvendelsen af epiduralblokader .....	50
4.5 De to konteksters fødselshjælp i tal.....	54

5.	Teoretisering af fødselshjælpen .....	55
5.1	Foucaults magtbegreber .....	56
5.2	Kuhns paradigmeteori.....	60
5.3	Schutz' idealtyper .....	64
6.	Empirisk Analyse.....	67
6.1	Den indsamlede empiri .....	67
6.1.1	Analysens temaer .....	70
6.2	Relationen mellem den fødende og den professionelle.....	71
6.2.1	De saskatchewananske sygeplejersker og læger.....	71
6.2.2	De danske jordemødre og læger .....	75
6.2.3	Sammenligning af relationen til fødselshjælperen .....	77
6.3	Opfattelsen af risici .....	80
6.4	Smerten .....	83
6.4.1	Pressefasen .....	89
6.5	Opfattelsen af kroppen.....	91
6.6	Proces- og resultatorienterede fødsler.....	95
6.7	Opsummering .....	102
7.	Konklusion.....	108
8.	Litteratur .....	111
8.1	Sekundær Litteratur.....	115
	English summary.....	116
	Bilag 1 .....	117
	Bilag 2 .....	120

# 1. Introduktion

---

*"Birth is not about babies.*

*Babies get born.*

*But women give birth."*

(Rothman 2007A:xvii)

Fødsler er livgivende, de er et af hverdagens mirakler. En fødsel er kulminationen på individets, familiens og samfundets videreførelse. Det er processen, hvorved et barn bliver en del af vores fælles virkelighed. Det sker hele tiden og igen, men er alligevel, hver gang det går godt, et lille mirakel. Det er imidlertid ikke slutproduktet, det lille barn som kvinden får i armene, men derimod den proces, der fører hende derhen, der danner fokus for denne undersøgelse.

På en fødegang er en fødsel et hverdagsfænomen, mens oplevelsen for den fødende kvinde er alt andet end hverdag. Dertil kommer, at der er fællestræk mellem alle fødsler, men der er mindst lige så mange variationer. En fødsel er således på en og samme tid et universelt fænomen og en individuel oplevelse (Halldorsdottir og Karlsdottir 1996:49).

En fødsel er en ekstremoplevelse for den kvinde, der lægger krop til. Smerterne kan forekomme overvældende og uoverkommelige, og for mange af vestens fødende kvinder, betyder smerterne, at det at føde et barn bliver det kropsligt mest udfordrende, de præsterer i deres liv (Cassidy 2002:80-81). En fødsel er dermed en ekstremoplevelse, der på godt og ondt bliver siddende i os og præger vores liv som mødre, og som mennesker, og dermed sætter fødsler også spor i hele samfundet (Rothman 2007A:xtii).

Udover at være en ekstremoplevelse for langt de fleste kvinder, er fødsler også både individets og kollektivets videreførelse. Det er derfor ikke overraskende, at fødsler tillægges stor- omend meget forskellig- mening gennem kulturer over alt og gennem alle tider (David-Floyd 2001:viii ; Vallgård 1996:189-190). Som individer er vi forskellige, og rundt omkring på jorden er der gennem tiderne opstået forskellige

traditioner, ritualer og praksisser omkring fødsler, hvilket afspejles i de forskellige praksisser omkring- og tilbud til fødende.

En fødsel er kulminationen på en biologisk proces, hvorved et barn skabes som del af en kvinde, for så ved fødslen at blive et selvstændigt individ. Den biologiske proces sker som et resultat af vores handlinger, men uafhængigt af kvindens bevidsthed og uden for hendes kontrol. Kroppen agerer ud fra biologien og de kropslige behov uanset kvindens med- eller modvilje, hvorfor den biologiske proces forplanter sig i kroppen. Individet tilskriver handlinger og begivenheder forskellig mening, og vi er alle bærere af forskellig kulturarv, som influerer den vægt og værdi fødslen i dens helhed såvel som dens delelementer tilskrives. Kroppen gør med andre ord, hvad den gør i forbindelse med en fødsel, og kvinden føler, forstår og fortolker dette på forskellig vis. Smerterne i forbindelse med veerne tilskrives eksempelvis mere eller mindre vægt, fordi smerterne i sig selv opleves forskelligt, og fordi det varierer, hvor meget smerten fylder i den samlede oplevelse af fødslen. Disse meningstilskrivninger reflekterer både den individuelle kvinde, den kultur og det system, kvinden er en del af og føder sit barn ind i.

Som før nævnt er fødsler på en og samme tid universelle fænomener og individuelle oplevelser. Der findes derfor også konvergerende opfattelser af, hvordan der tages bedst muligt vare på det ufødte barn og dets mor. Disse opfattelser kan baseres på en *erfaringsbaseret viden*, eller de kan have rod i en *holdning* til, hvad de væsentligste elementer i fødselsoplevelsen er og bør være. De praksisser, der danner grobund for det sundhedssystem den fødende møder, må således reflektere både viden og holdninger, og der er derfor store forskelle mellem de sundhedssystemer, som kvinder føder deres børn i, såvel som mellem kvinderne selv.

## 1.1 Formål

*Med dette speciale ønsker jeg, med udgangspunkt i en komparation af to udvalgte cases at forstå, hvad der har skabt den organiserede fødselshjælp kvinder i dag modtager, og i hvilket omfang den influerer på kvindens oplevelse af at være i fødsel.*

*Jeg vil dels analysere udviklingen af den organiserede fødselshjælp i de to kontekster fra den blev et offentligt anliggende og frem til i dag. Dels vil jeg kvalitativt undersøge, hvilken mening kvinder i dag tilskriver fødslen i de to kontekster.*

*Formålet med den historiske analyse af fødselshjælpen er at skabe en ramme for forståelsen af, hvorfor fødselshjælpen har udviklet sig som den har, og hvilke motiver der ligger bag nutidens praksisser. Formålet med den kvalitative undersøgelse er at analysere hvilke omstændigheder i den organiserede fødselshjælp, der influerer kvindens oplevelse af at være i fødsel.*

*Jeg vil således gennem specialet undersøge de kvalitative konsekvenser af de kvantitative forskelle, som ved hjælp af en historisk analyse kan identificeres fra en kontekst til en anden, og jeg vil derved koble system og individ sammen.*

## **1.2 Den sociologiske relevans**

Jeg vil i det følgende afsnit redegøre for relevansen af en undersøgelse af kvinders fødselsoplevelser i et sociologisk lys.

En fødsel er en proces, hvor smerte og glæde såvel som krop og sind smelter sammen. En fødsel er et produkt af den fødende kvindes fortid såvel som nutid. Hendes erfaringer, tanker og forventninger smelter sammen med de omstændigheder under hvilke hun føder. Individets fortid såvel som kollektivets fortid præger på godt og ondt nutiden, og nutiden, fødslen i dens ekstreme natur præger fremtiden, kvindens liv. Dermed smitter fødselsoplevelsen også efterfølgende af på kollektivet. Rothman, en amerikansk professor i sociologi, som har beskæftiget sig meget med jordemoderviden, beskriver det således:

*“Every birth teaches us about the woman who is birthing – her life, her community, her society. We learn from births at the level of the individual, but we also learn from birth as a society. We shape our births, and our births shape us.” (Rothman 2007A:xv)*

En fødsel er en helt særlig begivenhed i individers liv, som ligger langt uden for rammerne af de flestes hverdagsliv. En fødsel er en oplevelse, som kvinden efterfølgende bærer med sig resten af livet, og som på godt og ondt kan præge hendes liv helt derhen, hvor hun ikke kan finde tilbage til hverdagslivet.

Fødsler er desuden gradvist gået fra at være et individuelt foretagende til at blive et samfundsanliggende, som i dag er en inkarneret del af sundhedssystemet og som samfundet dermed tager del i og ansvar for. Fødsler er derfor sociologisk relevante, som et fænomen, der på en og samme tid er individuelt og kollektivt.

Endelig berører specialet meget andet end fødsler som en isoleret hændelse, fordi fødselshjælpen i et historisk lys også handler om, hvad vi *ved* om hvad, og *hvor* vores viden kommer fra (Rothman 2007B:5). Specialet handler således også om, hvordan systemer opstår i samfundet og ud fra hvilke motiver.

## 2. Metodologi

---

Jeg vil i dette kapitel gennemgå de væsentligste metodiske overvejelser i relation til specialet. Specialets operationelle design er illustreret i bilag 2.

### 2.1 Det komparative design

Som tidligere beskrevet vil jeg anvende to cases i operationaliseringen af undersøgelsen. Disse to er Danmark og Saskatchewan, Canada. Jeg vil i dette afsnit gennemgå fordele og ulemper ved det komparative design.

En fødsel er en begivenhed, der kan analyseres på makro, meso- og mikroniveau. Det politiske system påvirker fødselskulturen på makroniveau, på mesoniveauet findes sundhedsvæsenets aktører og endelig er der face-to-face kontakten med hver enkelt kvinde (De Vries et al. 2001(A):xv). Der er to oplagte akser at anlægge en komparativ analyse af fødselsoplevelser ud fra. Dels er der tidsaksen, hvor det forekommer meget relevant i forhold til at identificere en forandring fra generation til generation at analysere tidligere tiders fødselshjælp med nutidens. Den anden akse er den geografiske, hvor man kan sammenligne systemer på tværs af nationale grænser. Jeg anvender i specialet primært den geografiske akse og sammenligner to forskellige kontekster. Jeg inddrager imidlertid, også tidsaksen, idet jeg redegør for den organiserede fødselshjælps udvikling. Formålet med den historiske udvikling er imidlertid ikke at sammenligne "før" og "nu", men derimod at skabe en forståelsesramme for de to konteksters organiserede fødselshjælp.

Det at sammenligne to cases i stedet for udelukkende at undersøge forholdene i én enkelt kontekst er en mulighed for at holde to forskellige perspektiver op imod hinanden, og det giver således nogle unikke muligheder for at frembringe perspektiver, som ellers ikke ville have været synlige (Mills et al. 2006:621). I relation til dette speciale giver det komparative design mig eksempelvis mulighed for at sammenligne jordemødre og lægers rolle i fødselshjælpen. Inddragelsen af de to kontekster giver en mulighed for at analysere faggruppernes vidt forskellige roller i de respektive kontekster.

Ulempen ved det komparative design er omvendt, at der altid vil være mulige bias i forhold til sammenligningen af de to cases, og der er en række usikkerhedsmomenter knyttet til, hvad jeg reelt sammenligner, når jeg analyserer fødselshjælpens indvirkning på fødselsoplevelsen, idet rigtig mange forhold spiller ind på kvindens samlede oplevelse af fødslen, eksempelvis kvindens psykiske situation, partnerens støtte, socioøkonomiske forhold m.m., hvorfor det altid vil være svært udelukkende at analysere de ønskede variable. Dette gælder imidlertid ved vurderingen af en hvilken som helst indsats, som eksempelvis fødselshjælpen, omend eksempelvis de socioøkonomiske forskelle typisk er større ved komparative analyser.

En af de mulige bias, der altid er ved komparative designs er de interne variationer, som i mange tilfælde kan være større end de eksterne forskelle (Declercq og Viisainen 2001:272 ; Nelson og Popenoe 2001:87). Et eksempel på en intern variation er Canadas Indianer befolkning, som eksempelvis har en væsentligt højere spædbarnsdødelighed, end tilfældet er blandt Canadas øvrige befolkning (Stout og Harp 2009:6ff). Der er således i Canada befolkningsgrupper, som trækker gennemsnittet op, omend den reelle dødelighed for Canadas brede flertal ikke nødvendigvis er højere end tilfældet er i Danmark.

## **2.2 Afgrænsning**

Fødselshjælpen som den har udspillet sig siden starten af 1900-tallet er et meget bredt emne, og det bliver ikke mindre af at inddrage to lande i undersøgelsen. Kvinders oplevelser af fødsler er ligeledes et emne, som der alene kunne skrives adskillige specialer om. Jeg har således snarere inddraget end afgrænset, og den styrende målestok for, hvilke perspektiver jeg har medtaget, har været muligheden for at sammenligne de to udvalgte cases.

Der er lagt en hovedvægt på jordemoderens rolle gennem den historiske udvikling i de to respektive cases. Obstetrikere og delvist sygeplejersker er ligeledes inddraget, men set i forhold til jordemoderens rolle snarere end som selvstændigt

praktiserende. Denne vægtning skyldes, at jordemødrene i dag i de to sammenlignede kontekster har meget forskellig andel i den organiserede fødselshjælp, og at denne udprægede forskel har historiske rødder.

Jeg har valgt at afgrænse Canada til udelukkende at se på provinsen Saskatchewan.<sup>1</sup> Jeg har således udelukkende indsamlet empiri fra Saskatchewan, og hvor det er muligt bruger jeg ligeledes statistiske oplysninger m.v. fra Saskatchewan. Hvor de givne informationer ikke findes for Saskatchewan alene, anvendes imidlertid de samlede tal for hele Canada. Grunden til at jeg har valgt at fokusere på Saskatchewan er, at Canada er et meget stort land med store interne forskelligheder. Desuden er sundhedssystemerne et provinsielt anliggende, hvorfor der ikke findes de samme tilbud, procedurer m.m. i alle provinser. Dette er også delvist gældende for Danmark, hvor regionerne også er styrende i forhold til sundhedsvæsenet.

Derudover har jeg valgt at fokusere på epiduralblokadaen<sup>2</sup> frem for andre former for smertelindring. Udover at se særskilt på epiduralblokadaen sondrer jeg også mellem medicinsk (bl.a. morfin, lattergas, pudendusblokade) og ikke-medicinsk smertelindring (bl.a. massage, akupunktur, varmt vand). Fokus er lagt på epiduralblokadaen, primært fordi den i Saskatchewan er den klart mest anvendte metode til medicinsk smertelindring. Derudover har der været en eksplicit stigning i brugen af epiduralblokadaen i de senere år i Danmark, hvorfor det er særligt aktuelt at se nærmere på netop denne metode til smertelindring. Endelig er epiduralblokadaen interessant, fordi der er bred enighed om, at det er langt den mest effektive metode til medicinsk smertelindring, som i mange tilfælde gør kvinden helt smertefri (Wadland, Sveigaard og Jensen 2003:4527). Det at kvinden i nogle tilfælde

---

<sup>1</sup> Canadas provinser svarer overordnet til delstater i USA, omend de har en højere grad af selvbestemmelse. Sundhedsvæsenet tilrettelægges principielt udelukkende af provinserne og er som sådan også provinsernes suveræne ansvar. Der er imidlertid også eksempler på, at den canadiske regering opnår indflydelse ved at øremærke økonomiske midler. (Rocher og Smith 2003)

<sup>2</sup> Jeg sondrer ikke mellem epiduralblokadaen og spinalblokadaen, ligesom der heller ikke sondres mellem forskellige typer af epiduralblokader.

er helt smertefri tilfører analysen en dimension i forhold til den rolle smerterne spiller i den samlede fødselsoplevelse.

Manden eller barnets far spiller naturligvis en vigtig rolle i forhold til oplevelsen af fødslen ligesom hans oplevelse af fødslen, og det at blive far, er relevant i forhold til problemstillingen. Som en pragmatisk afgrænsning er hans perspektiv imidlertid ikke inddraget i projektet. Det skyldes, at fokus er på den smerte, som kvinden oplever i forbindelse med fødslen. I det omfang manden indgår er det således udelukkende hans rolle set fra kvindens perspektiv.

### 2.3 Præsentation af de to udvalgte cases

Jeg har gennem processen forsøgt i videst muligt omfang at sondre mellem tro, viden og holdninger, og jeg har derved tilstræbt en objektiv tilgang til de to felter. Mine forudsætninger for at undersøge fødselshjælpen i henholdsvis Danmark og Saskatchewan er imidlertid meget forskellige.

Det danske sundhedssystem er "mit eget", jeg har selv født et barn indenfor dette systems mure. Jeg har således en forudfattet opfattelse af systemets virkemåde, dets styrker og svagheder. Det saskatchewaniske system er omvendt nyt for mig. Jeg *tror* ikke på forhånd, at jeg har en *viden* om det og dets historie. Det betyder dog ikke, at jeg går objektivt til det canadiske felt, for jeg ser intuitivt med "mine danske briller" og ud fra de styrker og svagheder, som jeg *mener* det danske system besidder.

Saskatchewan er valgt af den meget pragmatiske grund, at jeg er bosiddende der, og det derfor er en tilgængelig case. Der er imidlertid afgørende forskelle mellem sundhedssystemernes tilgange til fødsler de to steder, hvorfor det forekommer en meningsfuld sammenligning.

Omvendt er det en fordel, at der ligeledes er mange ligheder mellem de sammenlignede enheder, Danmark og Saskatchewan, da det derved begrænses, hvor mange forbehold, der skal tages for sammenligningen (De Vries et al. 2001(A):xiv). En afgørende lighed mellem de to enheder er, at både i Danmark og Saskatchewan

betragtes fødsler som et offentligt anliggende, 98%-99% af fødslerne foregår på hospitaler og de to kontekster har desuden principielt haft den samme adgang til teknologiske hjælpemidler i de to undersøgte lande (De Vries et al. 2001(A):xiv-xv ; Hjemmefødselsordning Sjælland ; Public Health Agency of Canada 2009). Der er således nogle fællespræmisser fra den ene kontekst til den anden. Der er imidlertid også en række forskelle landene imellem, som betyder, at fødselshjælpen på trods af lighederne har udviklet sig vidt forskelligt. Jeg vil igennem specialet rejse en række af disse interne forskelle. Formålet med undersøgelsen er dog primært at overveje konsekvenserne af forskellighederne, snarere end det er at analysere de brede samfundsmæssige og kulturelle årsager til forskellighederne, hvorfor jeg kun inddrager bredere samfundsmæssige aspekter, hvor det forekommer særligt relevant i forhold til at forstå udviklingen.

De kulturelle forskelle mellem konteksterne er ligeledes mange, og jeg behandler ikke i specialet den danske kultur versus den saskatchewananske kultur. Det kan ikke udelukkes, at der i de to kontekster findes afgørende kulturelle forskelligheder mellem den ene og den anden befolkning. Den organiserede fødselshjælp er imidlertid forankret i samfundet, og de kulturelle forskelle afspejles som sådan i selve organiseringen af fødselshjælpen.

Jeg vil afslutte dette afsnit med at overveje de kvantitative mål, skitseret i figur 1, for kvaliteten af de to konteksters fødselshjælp. I forhold til disse gængse mål for sammenligninger af fødselshjælp på tværs af nationale grænser, er der ikke de store statistiske forskelle landene imellem. Danmark har imidlertid en lavere risiko for neonatal dødelighed, spødbørnsdødelighed, lav fødselsvægt og maternel dødelighed. Specielt den materielle dødelighed afviger fra den canadiske, med relativt mere end dobbelt så mange dødsfald. I disse statistikker er det imidlertid væsentligt at tage højde for, at Canada er et land med store interne forskelle, og blandt andet Canadas Indianerbefolkning trækker gennemsnittet op (Stout og Harp 2009:6ff).

Tabel 1: Sammenligning af Danmark og Canadas fødselshjælp ud fra WHO's statistikker (World Health Organization 2010).

	Danmark	Canada
Maternel mortalitet pr. 100.000 levendefødte børn (2005)	3	7
Spædbarnsdødelighed <sup>1</sup> pr. 1000 levendefødte børn (2008)	4	5
Neonatal dødelighed <sup>2</sup> pr. 1000 levendefødte børn (2008)	3	4
Lav fødselsvægt i % (>2500g) (2000-2008)	5	6

<sup>1</sup>Dødsfald indenfor det første leveår.

<sup>2</sup>Dødsfald indenfor de første 28 dage

## 2.4 Kvinders generelle tilfredshed med fødselshjælpen

Jeg vil i dette afsnit overveje validiteten af tilfredshedsundersøgelser, hvor kvinder, typisk gennem surveys, spørges om, hvordan de mener svangreomsorgen skal organiseres og prioriteres. Det er imidlertid ikke et let spørgsmål at besvare. Først og fremmest kræver det, at kvinden har et tilstrækkeligt vidensgrundlag at træffe sine valg ud fra. Den typiske kvindes viden kommer på den ene eller den anden vis fra det system, hun er en del af. Det kan være direkte fra systemet, eller det kan være indirekte fra familie og venner, som tidligere har født i det samme system. Det kan ligeledes være mere generaliseret viden fra eksempelvis bøger om emnet. Men her er den viden, der tilbydes oftest tilpasset de ydelser, der faktisk ydes. Dertil kommer, at det "man" kender oftest virker som det mest tiltalende. Man kan med andre ord anse kvinders ønsker for afhængige variabler snarere end uafhængige (DeVries et al. 2001 (B):244).

I forhold til tilfredsheden med en fødselsoplevelse vil der ligeledes altid være flere komponenter, der spiller ind på vurderingen af fødslen. Det er med andre ord ikke fødselshjælpen alene, som reelt vurderes. Partnerens rolle spiller også ind, ligeledes kan tidligere behandling indenfor sundhedssystemet påvirke vurderingen. Et andet forhold, der altid vil spille ind, er kvindens psykiske tilstand, hendes forberedelse og forventninger til fødslen (Teijlingen et al. 2003:76).

Studier har vist, at kvinder generelt er utilbøjelige til at kritisere den fødselshjælp, de har modtaget. Det kan hænge sammen med, at kvinderne ikke ønsker at kritisere de professionelle, som i forbindelse med fødslen personificeres (Teijlingen et al. 2003:79). En anden vigtig faktor er den, at kvinden typisk foretrækker det system, hun kender, og derfor eksempelvis ikke værdsætter nye tiltag, hun endnu ikke har prøvet ud fra en tro på, at den pleje hun modtager er den bedst mulige (Teijlingen et al. 2003:80 ; Porter og Macintyre 1984:1197). Et studie fra Skotland undersøgte i starten af 1980'erne, hvordan nye tiltag i svangreomsorgen blev modtaget og vurderet før og efter deres implementering. Studiet viste, at de gravide kvinder generelt var ukritiske over for deres system, og at de antog, at den hjælp, de modtog, var gennemtænkt, og den bedst mulige hjælp de kunne få: *These women tended to accept and be satisfied with whatever care arrangements they experienced and to prefer them to alternative possibilities. They were conservative in the sense of saying that 'what is, must be best'.*" (Porter og Macintyre 1984:1198) Et eksempel på et nyt tiltag i det skotske system, som blev undersøgt, var besøg hos en jordemoder. Af de som ikke havde besøgt en jordemoder var det kun 11%, som mente, at de ville sætte pris på en konsultation med en jordemoder frem for en læge. Af de som havde haft en konsultation med en jordemoder var det 44%, der satte pris på dette (Porter og Macintyre 1984:1199).

Den primære lære der kan drages fra undersøgelsen er ifølge forfatterne selv, at det ikke er muligt at foretage objektive surveys af ydelser og tilbud, som kvinder ikke kender til i praksis, da gravide kvinder (såvel som andre) har en tendens til at favorisere det velkendte frem for det nye og fremmede (Porter og Macintyre 1984:1200). Det betyder også, at tilfredshedsundersøgelser kan være et godt bidrag til den eksisterende viden, men står de alene, kommer tilfredshedsundersøgelser nemt til at favorisere praksis frem for nye tiltag (Teijlingen et al. 2003:80).

Med forbehold for den begrænsede validitet af tilfredshedsundersøgelser vil jeg nu kort redegøre for resultatet fra tilfredshedsundersøgelser for de to udvalgte cases; Danmark og Saskatchewan.

Den canadiske MES-survey (Maternity Experiences Survey)<sup>3</sup> fra 2009 viser at 47% af Saskatchewan kvinder vurderer deres samlede fødselsoplevelse som 'meget positiv'. 27% vurderer oplevelsen som 'overvejende positiv'. 10% vurderer oplevelsen som 'hverken positiv eller negativ', og 16% fandt at oplevelsen var 'noget eller meget negativ' (Public Health Agency of Canada 2009:164).

I Danmark er en survey foretaget i henholdsvis Region Nordjylland (RN) og Region Midtjylland (RM) netop færdiggjort. Data er indsamlet pr. spørgeskema i løbet af 2010. 823 kvinder er spurgt i RN og 2451 kvinder i RM. Det samme data er indsamlet i de to regioner, men resultaterne er opgjort for hver region.

Undersøgelsen viser, at 64% i RN alt i alt oplevede fødslen som 'virkelig god'. I RM gjaldt det for 61%. 30 % i RN og 33 % i RM oplevede fødslen som god, og der var således i begge regioner 94 % af deltagerne, som havde en positiv oplevelse af fødslen (Center for kvalitetsudvikling 2010).

I Saskatchewan var det samlet set 74% af deltagerne, der var positivt stemte overfor deres fødselsoplevelse. Det er imidlertid væsentligt, at der i den canadiske survey var muligheden for at forholde sig neutralt til spørgsmålet, mens de danske svarkategorier fordrer en enten positiv eller negativ tilkendegivelse. Der var således i Saskatchewan 16%, der havde en negativ oplevelse, mens der i Danmark var 6%. Overordnet viser undersøgelserne, at kvinderne i begge kontekster er positivt stemte overfor den fødselshjælp, de modtager. Undersøgelserne tyder desuden på, at de danske kvinder er mere positive i forhold til deres fødselsoplevelse. Som tidligere beskrevet kan det imidlertid hænge sammen med mange andre forhold end den professionelle fødselshjælp.

---

<sup>3</sup> I 2006/2007 blev der i Canada af 'Public Health Agency of Canada' foretaget en stor national telefonsurvey; Maternity Experience Survey (MES) omhandlende kvinders oplevelse af et fødselsforløb, som lå 5-7 måneder forud for dataindsamlingen<sup>3</sup>. Over 6000 kvinder blev interviewet, hvoraf 341 var fra Saskatchewan. I Saskatchewan var svarraten 81% mens den samlede svarrate for Canada på 78%. Jeg har anvendt disse data, som er baseret på kvinders egne ytringer og ikke registrerede data. Det skyldes, at resultaterne af surveyen i mange tilfælde er opdelt på provinser, og derfor giver mulighed for at se på Saskatchewan frem for hele Canada.

## 2.5 Beretninger som empirisk grundlag

Det empiriske grundlag for analysen er kvalitativt. Jeg har valgt at anvende empiriske skriftlige beretninger skrevet af kvinden selv. Jeg har, som det fremgår af bilag 4, (kopi af de opslag jeg har brugt til at rekruttere informanter, vedlagt på cd-rom) valgt en meget åben tilgang til indsamlingen af empirien. Jeg har i opslag fortalt kvinderne, at jeg sammenligner den hjælp, man modtager i det danske og det canadiske (saskatchewaniske) sundhedssystem, og har derudover 'blot' bedt kvinderne om at beskrive de tanker de gjorde sig før fødslen, deres oplevelse af fødslen og hvad oplevelsen efterfølgende har betydet for dem. Jeg har derved opnået, at hver kvinde har haft mulighed for at fokusere på lige præcis de aspekter af fødselsoplevelsen, der var vigtige for hende.

Alle typer af kvinder er desuden principielt inddraget uden skelen til eksempelvis socioøkonomiske forhold. Det er imidlertid vigtigt i det perspektiv at tage højde for, at det givet ikke appellerer lige meget til alle selv at nedfælde sin fødselsberetning, da ikke alle kvinder er lige fortrolige med det skrevne ord. Mit reelle kendskab til kvindernes sociale forhold er begrænsede, da jeg ikke har bedt dem om at oplyse eksempelvis deres alder eller uddannelsesniveau. Det fremgår af beretningerne, at alle, med undtagelse af en enkelt dansk kvinde, er i faste parforhold på fødselstidspunktet, og faderen deltager i fødslen. I Danmark har jeg desuden fået kontakt til en række af kvinderne gennem foreningen 'Forældre og Fødsel'. Det typiske medlem af 'Forældre og Fødsel' må antages at være mere optaget af fødsler i en samfundsmæssig kontekst end flertallet af danskere er, en interesse der for mange formentlig er startet med fødslen af deres eget barn.

Empirien rummer ligeledes alle typer af fødsler. Der er således stor forskel på beretningerne. Der er forskel på, hvor meget kvinderne fortæller, og på hvad de fokuserer på. I forhold til at lave kvalitative interviews er det en fordel, at kvinden så at sige kommer mere til orde, og jeg undgår i vid udstrækning at påvirke hendes egen oplevelse af fødslen ved eksempelvis at stille spørgsmål omkring forhold hun ikke selv har lagt vægt på eller ved ubevidst at pådutte hende mine forudindtagne holdninger. Jeg har derfor også ladet ordlyden i mit opslag være så åben som muligt. I forhold til analysen betyder denne tilgang, at det i nogen tilfælde er mindst lige så

vigtigt, hvad kvinden ikke beskriver, som hvad hun faktisk skriver om. Fordelen ved i stedet at have lavet kvalitative interviews havde været muligheden for at stille uddybende spørgsmål og derved "komme tættere på" informantens oplevelse. Omvendt er der også den pragmatiske betragtning, at det i en komparativ analyse af to systemer på to forskellige kontinenter ville være meget ressourcekrævende at foretage kvalitative interviews i begge kontekster.

Skriveformen er vidt forskellig fra beretning til beretning. Nogle kvinder skriver direkte til mig, og nogle sætter også deres fødselsoplevelse i relation til den måde, de oplever det omkringværende samfund på, og distancerer sig derved fra det, de opfatter som den gængse opfattelse af eller tilgang til fødslen. Andre kvinder har skrevet en beretning til deres barn, som de har ladet mig læse med på. Flere kvinder skifter også form flere gange i løbet af beretningen, således at en del af beretningen er adresseret til deres barn, mens en anden del er skrevet enten til mig eller til en ukendt læser. Jeg mener ikke nødvendigvis det ene perspektiv er bedre end det andet. De forskellige perspektiver og vægtninger afspejler kvinder, der forholder sig forskelligt til det at føde et barn og giver forskellige muligheder for at analysere på kvindens oplevelse. Det er imidlertid udfordrende at samle disse mange forskellige perspektiver i én analyse, og det er da også langt fra alle perspektiver, der kommer til udtryk i analysen.

### 3. Historisk analyse

---

Ærindet med dette kapitel er at give et rids af den historiske udvikling i begge lande fra hospitaliseringen af fødsler og frem til nutiden. I skitseringen af de to systemers tilblivelse og udvikling er hovedvægten lagt på at analysere sammenligningen af de to, og hvordan de to lande har udviklet sig forskelligt. Dernæst følger en skitsering af de nuværende ligheder og forskelle mellem de to konteksters fødselshjælp. Jeg indleder kapitlet med et rids af de to mest markante professioner indenfor fødselshjælpen; jordemødre og læger. Derefter vender jeg blikket mod de specifikke kontekster.

#### 3.1 Fødselshjælpen bliver en videnskab

Jordemødre har eksisteret i en form eller en anden, lige så længe som vi mennesker har delt livet med hinanden, og jordemoderfaget er således et af verdens ældste fag. Begrebet jordemoder stammer fra den tid, hvor fødsler foregik på jorden, hvorfra jordemoderen løftede barnet op. Jordemoderen var desuden en kvinde, som selv havde født, og dermed var moder. Det engelske begreb "*midwife*" betyder "with woman" eller *hos kvinde*. Det franske "*sage-femme*" betyder *vis kvinde*. Mange steder betegnes en jordemoder simpelthen som bedstemor. Samlet set fortæller begreberne om jordemødre, der er i kontakt med naturens pagter, er hos den fødende kvinde og byder på nærhed og visdom (Cassidy 2006:29 ; Osler 2002:42).

Begrebet jordemoder dækker i dag over mangt og meget. Den ene modpol er hende eller ham, der hjælper en fødende kvinde efter bedste evne, fordi der ikke er andre til det. Den anden modpol er den formelt trænede jordemoder, der har en universitetsgrad bag sig foruden års erfaring med arbejdet som jordemoder (Mitchinson 2002:71). I praksis er det at *være* jordemoder også et vidt begreb, og selv mellem nutidens vestlige lande er der et vidt spænd mellem, hvad jordemoderprofessionen dækker over i ét land sammenlignet med et andet. En afgørende forskel er, at jordemødre nogle steder arbejder inden for det etablerede system i samarbejde med lægevidenskaben omringet af hospitalsmurene, mens jordemødre andre steder kun findes udenfor sundhedssystemet og måske endda er

et ulovligt bekendtskab (De Vries et al. 2001(A):xvii). I Danmark har jordemødrene således været en del af fødselshjælpen, så længe som den har været at betragte som et samfundsanliggende (Osler 2002 ; Cliff 2002). I Canada er situationen en ganske anden. I nogle provinser anerkendes jordemoderfaget slet ikke, i andre provinser er jordemødrene i disse år ved at blive en anerkendt og integreret del af sundhedssystemets svangreomsorg og fødselshjælp. I Saskatchewan har jordemødrene været en del af den offentligt finansierede fødselshjælp siden 2008 (Canadian Midwifery Regulators Consortium). Jordemødrene har således haft vidt forskellige vilkår i Danmark og Saskatchewan. Årsagerne hertil vil jeg vende tilbage til, men først vender jeg blikket mod jordemoderens pendant i fødselshjælpen.

Da mændene først gjorde deres indtog på fødselsscenen, gjorde de det uden en betegnelse for deres erhverv. Det var en engelsk læge, der i 1828 kom op med navnet 'obstetrician', som er latinsk og betyder 'to stand before' (Cassidy 2002:131). Obstetrikere havde, som faggrupper har flest, en række startvanskeligheder og er i dag et fag, der kun minder meget lidt om dets udgangspunkt. Den første store opfindelse obstetrikere gjorde var *tangen*. Et instrument der kan redde liv, men også et instrument der kan gøre mere skade end gavn, hvis det bruges i situationer, hvor det reelt ikke er nødvendigt (Cassidy 2002:130). Tangen var imidlertid et stort fremskridt, da den kom frem i starten af 1700-tallet og erstattede tidligere tiders instrumenter, hvis funktion udelukkende var at destruere fosteret (Osler 2002:102). Lægerne kunne således agere, og i nogle tilfælde redde liv med tangen og siden med mange andre instrumenter. Lægens ærinde var således i udgangspunktet den instrumentelle forløsning. Lægen handlede og agerede, og det var givet svært for lægen at møde op uden at anvende sit værktøj og derved handle, hvorfor der også generelt var en overdrevet brug af eksempelvis tangen, som derfor endte med at koste liv (Cassidy 2002:130ff).

Det at intervenere er imidlertid ikke forbeholdt obstetrikere og andre repræsentanter for den medicinske viden. Jordemødre har verden over forsøgt at intervenere længe før der var læger til. De har eksempelvis forsøgt at vende fosteret, udvide fødselskanalen eller sætte fødslen i gang ved at give kvinden castor olie

(Mitchinson 2002:191,228). Jordemødre har således også gennem historien forsøgt at intervenere, omend ikke i samme grad som blandt lægevidenskabens repræsentanter: *"The equipment that midwives brought with them could vary, and generally it increased over time. Nevertheless, in all periods it was minimal compared with that carried by physicians."* (Mitchinson 2002:81)

### **3.2 Fødsler bliver et samfundsanliggende**

Jeg vil nu vende blikket mod de to kontekster. Indledningsvist vil jeg kort skitsere udviklingen i Danmark frem til 1900-tallets start. Saskatchewan's historie starter i 1905, hvor Saskatchewan blev født.

I Danmark blev de første forelæsninger i fødselsvidenskab afholdt allerede i 1721 ved Københavns Universitet (Osler 2002:51). Fødselsstiftelsen blev oprettet som jordemoderhus i 1750, og en formel uddannelse for jordemødre blev iværksat. Undervisningen blev varetaget af overlæger, som også var professorer ved det medicinske fakultet (Osler 2002:51). Lægerne var aktive i oprettelsen af både jordemoderuddannelsen og organiseringen af jordemødre. Læger har endda i Danmark stået bag udgivelser af jordemodertidsskrifter. Jordemødrene selv begyndte først senere at tage aktiv del i fagets udvikling og organisering. Der var således tidligt i Danmark, på lægers initiativ et samarbejde mellem læger og jordemødre (Cliff 2002:23-24,45-47 ; Vallgård 1996:183-18). Lægen Leopald Meyer blev formand for Den Almindelige Danske Jordemoderforening (DADJ) ved stiftelsen i 1902. Meyer havde ellers tilbage i 1880'erne været fortaler for, at fødselshjælpen skulle overtages af lægevidenskaben, primært ud fra et antiseptisk synspunkt. Den almindelige opfattelse blandt lægerne var imidlertid, at der i stedet skulle sættes ind med en bedre uddannelse af jordemødrene og bedre arbejds- og leveforhold for dem. Meyer var ikke alene om sine kritiske rystelser, men kritikerne af jordemødrene var relativt få, og lægestanden bakkede generelt op om jordemødrene, og var hovedarkitekterne bag DADJ, som Meyer efter at have ændret standpunkt i forhold til jordemødrene blev leder af (Cliff 2002:34-36,57 ; Osler 2002:54).

De danske jordemødre var således veletablerede før Saskatchewan blev en realitet. De steder, hvor jordemødrene mistede fodslag var det typisk på grund af en ringe organisering jordemødrene imellem, der betød, at de blev presset ud af systemet, før det overhovedet var etableret (Declercq et al. 2001:11 ; Rothman 2007B:14).

I både Danmark og Saskatchewan opstod der en række fødselsklinikker eller 'maternity homes' i starten af 1900-tallet. De var begge steder ledet af både faglærte jordemødre/sygeplejersker og ufaglærte kvinder og virkede først og fremmest som et hvilested, hvor den fødende fik hjælp til at komme til kræfter efter fødslen foruden hjælp under selve fødslen. Der var i Danmark to typer af fødselsklinikker, henholdsvis de private for de bedre stillede og så dem for de dårligt stillede, som havde organisationer som fx Røde Kors bag sig (Mitchinson 2002:73 ; Vallgård 1996:174-175).

I Saskatchewan var klinikkerne udbredte i de tyndt befolkede områder, hvor det særligt i vintermånederne kunne være svært at skulle rejse langt i forbindelse med fødslen. I byerne blev hospitaler oprettet i den samme periode, hvorfor man ikke der fandt et behov for klinikkerne. De canadiske læger, som typisk blev tilkaldt i den sidste del af fødslen var generelt fortalere for klinikkerne og samarbejdede med lederne (Mitchinson 2002:174).

I den samme periode opstod der desuden lægepraksisser de fleste steder i Canada. Hele denne udvikling, hvor lægehjælpen blev flyttet ud af de private hjem, ændrede det personlige forhold mellem læger og patienter. Lægerne skulle ikke længere virke i deres eget hjem og altså ikke længere invitere patienterne indenfor deres egne døre, når de behandlede dem, ligesom de heller ikke længere besøgte patienterne hjemme hos dem selv (Mitchinson 2002:42). Klinikker, lægepraksisser og hospitaler udgjorde i Canada en tidlig centralisering af fødselshjælpen. Lægerne var fortalere for centraliseringen, da deres arbejde derved blev lettere. De behøvede ikke længere at rejse rundt til de respektive kvinders hjem, men havde deres klienter samlet. Lægerne argumenterede desuden for at centraliseringen betød, at lægens muligheder for at intervenere i fødslen blev bedre (Mitchinson 2002:174-176).

Der var imidlertid også modstandere af centraliseringen, og de to hovedargumenter imod centraliseringen var dels det stigende antal interventioner, som ikke i alle tilfælde reelt var nødvendige, og dels den infektionsfare som både kvinde og barn blev udsat for på hospitalerne. Kritikken var i Canada imidlertid fokuseret omkring at forbedre hospitalsforholdene, snarere end det var et forsøg på at modarbejde hospitaliseringen af de fødende (Mitchinson 2002:177). Infektionsfaren blev således bekæmpet ved at systematisere renligheden: *“Everything had to be clean – the woman, her dress, her bedding, the person who attended her, and any instrument used.”* (Mitchinson 2002:181)

Flytningen fra hjem til klinik og siden hospital betød i Canada, at lægerne fik øget indflydelse og jordemødrene i stigende grad blev sat på sidelinjen. De var ikke organiserede og deres erhverv blev ikke inkorporeret i det nye sundhedssystem (Declercq et al. 2001:9). Hospitalsfødslerne vandt hurtigt frem i Canada. I 1916 foregik 17,8% af fødslerne på hospitaler, mens tallet i 1940 var steget til 45,3% (Mitchinson 2002:173). Udviklingen fortsatte, og Canada var også et af de første lande til at have specialiserede fødselslæger med formelt trænedede sygeplejersker under sig som assistenter (Wrede et al. 2001:42). Hospitaliseringen medførte i Canada i løbet af den første halvdel af 1900-tallet, at arbejdet gradvist blev mere splittet op mellem den normale fødsel og den komplicerede instrumentelle fødsel. Familielægen var varetager af det normale forløb, mens obstetrikeren blev tilkaldt i tilfælde af komplikationer (Mitchinson 2002:60).

Kvinderne måtte betale for den specialiserede hjælp af egen lomme, og det betød en voldsom prisstigning i sammenligning med salæret til en ufaglært jordemoder ved en hjemmefødsel (Wrede et al. 2001:41). Fra 1957 og frem var nogle udgifter i forbindelse med graviditet og fødsel dækket, men først i 1972 blev egentlig gratis fødselshjælp implementeret (Wrede et al. 2001:42). Den gratis fødselshjælp kan også ses som lægevidenskabens endelige monopolisering af fødselshjælpen, da det betød gratis lægehjælp imod betalt jordemoderhjælp fra jordemødre, som tilmed ikke havde licens til at arbejde (Wrede et al. 2001:42).

### 3.2.1 Hospitaliseringen som en del af samfundsudviklingen

I Danmark var situationen en ganske anden. Med undtagelse af Holland, som den dag i dag har en væsentlig andel hjemmefødsler, var Danmark det sidste europæiske land til i stor stil at flytte fødsler til hospitaler. Hjemmefødsler har i Danmark været et omdiskuteret emne siden 1940'erne. Jordemødrene agiterede dengang for at bibeholde fødslerne i hjemmet med argumenter om, at kvinderne var roligere og tryggere i deres eget hjem. Jordemødrene var imod centraliseringen på klinikker og hospitaler. De argumenterede i stedet for tilbud om husmoderafløsning, som blev vedtaget ved lov i 1949. I midten af 1940'erne foregik 60% af alle danske fødsler fortsat hjemme, mens de resterende 40% foregik på klinikker og hospitaler. Den store flytning af fødselshjælpen til hospitalerne skete først i 1960'erne, og i 1970 var det kun 13% som fødte hjemme (Knudsen og Wielandt 1996:67). I 1972 blev centerordningen indført og lov om svangerskabshygiejne og fødselshjælp trådte i kraft. Retten til hjemmefødsel forblev principielt en ret, men i 1980'erne var der, tilsyneladende med jordemødrenes accept, meget langt mellem hjemmefødslerne. Cliff (2002:231) tilskriver en del af forklaringen på jordemødrenes tilsyneladende holdningsskift med, at jordemødrene, der tidligere havde kæmpet for hjemmefødslerne, gik på pension, og en ny generation af jordemødre tog over (Cliff 2002:228-232).

Fødselshjælpen i Sverige (som var et af de første europæiske lande) flyttede allerede i 1920'erne og 1930'erne til hospitalerne (Vallgård 1996:173). Da det er to lande, der ellers ligner hinanden meget, også hvad angår sundhedssystemet, har Vallgård lavet et studie af årsagerne hertil. Hun fandt, at den langsommere udvikling i Danmark skyldtes den generelle samfundsmæssige og økonomiske udvikling, en mere negativ tilgang til den nye teknologi og en generelt lavere grad af statslig intervention (Vallgård 1996:174ff). En del af forklaringen på den sene udvikling i Danmark skal givet også tilskrives, at der i Danmark var et veletableret system med distriktsjordemødre. Jordemoderuddannelsen var veletableret og jordemødrene var organiserede (Cliff 2002). Fra omkring år 1900 blev stort set alle fødende kvinder bistået af en jordemoder i Danmark. Danmark adskilte sig således

fra Sverige (såvel som Saskatchewan) ved allerede før hospitalernes opblomstring i forbindelse med moderniteten at have en systematiseret og veletableret fødselshjælp (Vallgård 1996:177) .

Der var foruden jordemødrene også et relativt højt antal praktiserende læger i Danmark, som også kunne bistå ved hjemmefødsler. I princippet kunne en læge varetage en fødsel alene, men i praksis var det meget sjældent, at der ikke også var en jordemoder til stede. Lægerne var også i Danmark, i modsætning til i Saskatchewan og mange andre steder, fordelt over hele landet og ikke koncentreret i de store byer, hvorfra ikke alle havde adgang til deres services (Vallgård 1996:177f).

I Danmark skete den tidligste stigning i hospitalsfødsler primært i og omkring København, og det var altså ikke et spørgsmål om, at de der havde længst til hospitalet benyttede muligheden for hospitalsfødsler for at være sikre på at kunne få den hjælp de måtte få brug for. Vallgård mener, at en del af forklaringen herpå skal findes i modernitetens ændrede levevis, hvor bybefolkningens liv først blev præget af industrialiseringen. Hun mener derfor med henvisning til antropologer, at kvindens ændrede sociale liv skabte et behov for nye ritualer omkring livets overgangsperioder- og hændelser som eksempelvis fødsler (Vallgård 1996:180, 184-185).

I Saskatchewan var de tidlige år af 1900-tallet præget af meget store samfundsmæssige ændringer. Den samlede befolkning i Saskatchewan var i år 1901 ca. 90.000 mens den ti år senere var vokset til ca. 490.000, for så i 1931 at have rundet de 900.000. Den store befolkningstilvækst medførte store samfundsmæssige ændringer, hvor bl.a. helt nye byer opstod i provinsen (The Canadian Plains Research Center). Vallgårds teori om, at store samfundsmæssige ændringer også medfører ændringer i ritualer og praksis omkring fødsler, stemmer således godt overens med, at de store samfundsmæssige ændringer førte hospitaliseringen af fødsler med sig. Saskatchewan's indvandring og deraf mangedobling af befolkningen er så stor en samfundsændring, at man i vid udstrækning kan tale om, at en nyt samfund opstod snarere end, at samfundet ændrede karakter.

I lyset af Vallgårdas teori bliver fødselshjælpen en kulturel afspejling af det samfund, den finder sted i. Det betyder også, at fødselshjælpen, og de kvinder den betjener, påvirker hinanden i en interdependent relation. Dertil kommer imidlertid også, at systemer udvikler sig indenfor en væsentlig tidshorisont, og at udbud og efterspørgsel gradvist regulerer hinanden, hvorfor kvinder i befolkningstætte områder ofte vil have andre valgmuligheder end kvinder i tyndt befolkede områder (Vallgård 1996:189-190).

I Canada var hospitaliseringen af fødsler en generel del af en samfundsudvikling, hvor individets sundhed blev et samfundsanliggende med hospitalerne i centrum (Declercq et al. 2001:24). Udviklingen blev ansporet af læger, som aktivt argumenterede og annoncerede for deres ydelser. Der blev i starten af 1900-tallet i Canada ført succesfulde skræmmekampagner fra lægernes side mod de såkaldte "granny-midwives", som indtil da nød stor respekt i lokalsamfundene, men som begyndte gradvist at forsvinde. Samtidig med at der blev advaret imod jordemødrene gjorde lægerne også reklame for sig selv og annoncerede, hvor vigtigt det var at se en læge i forbindelse med både graviditet og fødsel. Nedenstående er et uddrag fra en Canadisk annonce fra 1937:

*"This woman is going to have a baby. Hopes for that baby fill her heart. Life, for her has taken on an added importance, and her whole existence glows with a new resolve and a new purpose. Will her hopes be fulfilled? Will things turn out as she dreams they will? That, to a great extent, depends on her. Ninety-eight out of every 100 births are safe and normal – if the proper care is taken during pregnancy. And the most important step toward proper care is to consult the doctor as soon as you suspect a baby is coming, and to keep in touch with him."*  
(Mitchinson 2002:104)

Lægerne italesatte således sig selv som garanter for den sikre fødsel, og med lægernes opblomstring på hospitalerne så risikobegrebet også dagens lys. Lægerne stod værn om diverse risici, og så længe den gravide kvinde fulgte lægens instrukser kunne hun således føle sig tryk. Den gravide kvindes informationer kom traditionelt fra jordemoderen og personer i hendes eget netværk, som eksempelvis hendes egen mor. Lægerne anbefalede dem selv som vejledere og advarede mødre m.m. om at videregive deres gode råd med argumenter om, at tiderne havde skiftet. Denne

afvisning af kulturel erfaring i den gravide kvindes omgivelser øgede afhængigheden af lægen (Mitchinson 2002:110).

Det at varetage fødsler brød med lægens øvrige arbejde og var afgørende nyt, fordi han her i udgangspunkt ikke skulle kurere noget. Han skulle derimod vente og kun bryde ind, hvis noget gik galt (Mitchinson 2002:51). Det var imidlertid en tid, hvor læger forsøgte at tage *gætværket* ud af fødsler og erstatte det med videnskabeligt beviste regler. Der var megen viden og information om fødsler allerede, men lægerne forsøgte at systematisere og efterprøve denne viden (Mitchinson 2002:49). Det skete i takt med, at fødsler i stigende grad blev opfattet som risikofyldte. Den fødende kvinde blev i den optik også *sygeliggjort* og et behov for *specialiseret behandling* opstod dermed- og blev i stigende grad muligt. Flytningen fra hjem til hospital blev desuden fordelagtig på grund af den stigende brug af medicinsk smertelindring mange steder (Declercq et al. 2001:9).

Udover at medicinens repræsentanter kunne tilbyde medicinsk smertelindring, så blev tests gennem graviditeten langsomt mere almindelige, eksempelvis tests der kunne be- eller afkræfte graviditeten. Disse tests kunne være med til at give lægens ord legitimitet. Kvindens egen oplevelse af sin krop blev på den måde underdanig i forhold til lægens bedømmelse af kroppens symptomer (Mitchinson 2002:124). En del af lægens professionalisering var således knyttet til risikoberegninger, tests og diagnoser. Lægerne kunne ved hjælp af tests og risikovurderinger sætte diagnoser på det, der skete i kroppen, hvor kvinden *kun* kunne føle, hvad der skete inde i hende: "*The diagnosis was between the physician and the woman's body; of less interest was the woman's experience of her body.*" (Mitchinson 2002:123)

Lægevidenskaben påkaldte sig objektiviteten og forsøgte at eliminere tidligere tiders kulturelle tilgang til fødsler og mente ikke, at de fødende kvinder eksempelvis valgte bestemte positioner ud fra instinkter, men ud fra vane og kultur, hvorfor lægevidenskaben ikke tilskrev de gængse praksisser værdi, og mente sig i sin gode ret til at ændre praksis omkring fødslerne. Ironisk nok uden at anerkende, at de var skabere af en ny *fødselskultur* (Mitchinson 2002:185-186).

### 3.3 Jordemødrenes skæbne

Jordemødre har i Danmark altid været de primære aktører i svangreomsorgen<sup>4</sup> såvel som fødselshjælpen, så længe tilbage som en sådan har eksisteret, mens lægernes rolle i Danmark er og altid har været at tage hånd om dels komplikationer og dels smertestillende medicin (Vallgård 1996:178). Modstanden mod jordemødrene har alle dage været meget begrænset, og har ikke på noget tidspunkt truet jordemødrenes eksistens. Lægerne anså det generelt ikke for ønskværdigt at skulle være hos de fødende i timevis under fødslerne (Cliff 2002:37-38), og de har ikke forsøgt at trænge sig ind på jordemoderens erhverv, som tilfældet var i Canada. De danske læger har tværtimod været fortalere for bedre forhold for jordemødrene og argumenteret for at bedre uddannelse samt bedre leveforhold var nødvendige for at højne standarden (Cliff 2002:36).

De danske jordemødre var imod standardiseringen af hospitalsfødsler, hvilket var med til at udskyde udviklingen. En væsentlig årsag var utvivlsomt, at hospitaliseringen betød, at der var behov for færre jordemødre, og deres arbejdsvilkår var derfor truede. Desuden kom jordemødrene på hospitalerne til at arbejde under lægerne. Lægerne satte normer og standarder for jordemødrenes arbejde på hospitalerne, og jordemødrenes autonomitet blev dermed reduceret (Vallgård 1996:187).

De praktiserende læger i Danmark var også negative overfor hospitalsfødsler, formentlig først og fremmest fordi de derved mistede en væsentlig del af deres indkomst. I Danmark stod de praktiserende læger stærkt. I begyndelsen af 1930'erne udgjorde de halvdelen af den samlede lægestand, og de havde derfor også indflydelse på den sene udvikling i hospitalsfødsler. Spædbarnsdødeligheden i Danmark var imidlertid højere end i de andre skandinaviske lande i den første halvdel af 1900-tallet, hvorfor der var et udbredt ønske om at forbedre svangreomsorgen og derved redde flere liv (Vallgård 1996:193). Mange

---

<sup>4</sup> Svangreomsorg i form af henholdsvis 3 lægebesøg og 7 jordemoderkonsultationer under graviditeten blev indført i 1945 som et tilbud betalt af det offentlige, og jordemødrenes arbejde blev således udvidet til også at inkludere graviditeten, hvor de tidligere, med mindre der opstod komplikationer, først havde mødt kvinden når fødslen var gået igang. (Cliff 2002:236ff)

obstetrikere var derimod, som Leopold Meyer tidligere havde været det, fortalere for hospitalsfødsler. Argumenterne var, at både kvinder og læger følte sig i sikkerhed på hospitalet, og at det der var muligt at redde liv, som ellers ville gå tabt (Vallgård 1996:187). Hovedårsagen til hospitaliseringen af fødslerne var således at nedbringe spædbarnsdødeligheden, men i første omgang medførte hospitaliseringen reelt en stigning i dødeligheden, og der var således i 1950-1955 en lille stigning i spædbarnsdødeligheden efter, at den var faldet gennem 1940'erne, og den begyndte igen fra 1955 og frem at falde. Stigningen kan ses som del af en tilvænningsperiode, hvor forandringerne har omkostninger indtil de er velimplementerede (Vallgård 1996:193). Fra slutningen af 1950'erne og frem faldt spædbørnsdødeligheden, og den fortsatte med at falde, hvilket kritikere af hospitalsfødsler betegner et tidsmæssigt sammenfald mellem faldet i spædbarnsdødeligheden og hospitaliseringen af fødsler (Olsen 1994:45).

I Canada skete der også det, at spædbarnsdødeligheden steg i starten af 1900-tallet i takt med, at lægerne i stigende grad overtog fødselshjælpen (Cassidy 2002:40). Ikke nok med at spædbarnsdødeligheden steg op gennem 1900-tallets første årtier havde Canada også en maternal mortalitetsrate, som lå i toppen af den kedelige statistik blandt de vestlige lande (som førte statistikker). En del af forklaringen på dette er givet, at det ikke kun var logistikken omkring fødslerne, som ændrede sig, men det var også fagpersonen, som blev skiftet ud, og som over en årrække måtte oparbejde en praktisk erfaring. Det fyldte meget i litteraturen og var naturligvis enhver læges mareridt at *miste* en patient (Mitchinson 2002:260).

En professor i obstetrik i Baltimore, USA ved navn J. Whitridge Williams foretog i 1912 en survey og fandt til sin egen overraskelse, at lægerne følte sig meget usikre og selv mente, at de ofte gjorde mere skade end gavn. Flertallet mente desuden at: "*doctors where more likely than a midwife to kill a mother of child*" (Cassidy 2002:40). Han fandt desuden, at de der underviste de kommende obstetrikere var tilsvarende usikre og oftest ingen praktisk erfaring havde. De underviste f.eks. i hvordan man syer en livmoder sammen, selvom de aldrig selv havde prøvet det (Cassidy 2002:40). Lægevidenskabens overtagelse af fødselshjælpen var altså præget af nogle opstartsvanskeligheder. Williams undersøgelse ville måske have afskrækket nogen,

men han nøjedes med at konkludere at: "... *he may be educated in time, while the midwife can eventually be abolished, if necessary.*" (Cassidy 2002:41)

Jordemødrene forsvandt mange steder helt i Canada i takt med, at lægerne overtog fødselshjælpen (Mitchinson 2002:298). Jordemødrene fortsatte dog med at være udbredte blandt Indianerbefolkningen, som i vid udstrækning levede og fortsat lever relativt isoleret i tyndt befolkede områder, foruden at de oftest ville have svært ved at betale for lægens salær. Jordemødrene bistod således fortsat ved fødsler blandt Indianerbefolkningen, og det var en udbredt holdning, at den moderne civiliserede kvinde havde sværere ved at føde, og derfor et andet behov for specialiseret lægehjælp end Indianerkvinderne, som mentes dels at have et bredere bækken og dels at føde børn med mindre hoveder (Mitchinson 2002:160). Det at jordemødrene var udbredte blandt Indianerbefolkningen har givet medvirket til, at deres status i det canadiske samfund smuldrede, og at lægevidenskabens prestige steg.

Den moderne kvinde med det smalle bækken og det store barn, havde omvendt brug for smertelindring, og allerede i de tidlige år af 1900-tallet kom der stor fokus på smertelindring til de fødende. Der blev argumenteret for, at kvinder ville føde flere børn, hvis de var smertefrie. Den smertefrie fødsel skulle således sikre en ende på det, der blev kaldt *racial suicide*.<sup>5</sup> (Mitchinson 2002:206-207) De jordemødre som blev tilbage i Canada var således ikke egentlige konkurrenter til lægerne. I praksis var uoverensstemmelserne mellem læger og jordemødre begrænsede. Der var med andre ord en pragmatisk tilgang til virkelighedens realiteter, og det var eksempelvis muligt for sygeplejersker, der havde taget et særligt kursus i obstetrik at få en særlig licens til at varetage fødsler i de tyndt befolkede områder, hvor der ikke fandtes læger (Cassidy 2006:39 ; Mitchinson 2002:74). Der har således på trods af en skarp kontrast mellem de to fag også hersket et pragmatisk forhold mellem lægevidenskaben og jordemødrene. I praksis har den enkelte jordemoder og den enkelte læge i de små byer i mange tilfælde samarbejdet og delt deres respektive

---

<sup>5</sup> Det blev betragtet som et stort problem, at nykommernes fødselsrate var stærkt faldende, mens det oprindelige folks fødselsstrate var mange gange højere.

viden med hinanden. For mange jordemødre var deres hverv heller ikke et job, de for så vidt havde ønsket sig, men et kald de følte sig nødsaget til at påtage sig, hvorfor de også hilste lægen velkommen og gerne lod ham overtage hvervet, og mange jordemødre så endda udviklingen som positiv. Ligeledes var det ofte sådan for de, der fortsatte, at de gjorde det, fordi der ikke var andre til det (Mitchinson 2002:103). Den manglende faglige identitet kan formentlig tilskrives den manglende organisering jordemødre imellem. Jordemødrene var således ikke alle steder i opposition til den stigende brug af læger, men lærte ofte af lægerne og begyndte også at agere efter lægens anvisninger (Mitchinson 2002:102). Eksempelvis begyndte jordemødrene at begrænse antallet af personer tilstede ved en fødsel for at mindske smitterisikoen. I den akademiske debat var jordemødrene imidlertid meget udsatte for kritik og lægerne lagde stor afstand til jordemoderhvervet (Mitchinson 2002:81).

Situationen var en ganske anden i Danmark, hvor lægerne dels støttede op om jordemødrene, og hvor jordemødrene også kom til at stå sammen om en faglig identitet. De danske jordemødres forhold og arbejdsbetingelser er gradvist blevet forandret med adskillige lovændringer gennem 1900-tallet. Jordemødrene har fået stadig bedre arbejdsforhold i form af ferier, pensionsordninger m.m. De faglige kriterier er sideløbende blevet udvidet, og arbejdsforhold og faglighed har således udviklet sig hånd i hånd gennem 1900-tallet (Cliff 2002:42,73).

Hvorvidt forholdene for de fødende er blevet forbedret med diverse lovændringer og hospitaliseringen af fødsler er der ikke entydig enighed om blandt jordemødrene, som især har kæmpet for at holde muligheden for hjemmefødsler åben (Cliff 2002:208ff).

De canadiske læger havde medicinsk smertelindring med i tasken, allerede da de først trådte ind på fødselsscenen. Medicinsk smertelindring blev således symbolsk for en fødsel ledet af lægen, hvad enten den fandt sted hjemme eller på et hospital (Mitchinson 2002:229). Arkiver fra canadiske hospitaler viser, at hele 75-85% af de fødende kvinder allerede i årene 1910-1920 modtog smertelindring i form af

kloroform eller æter. Et tal der var støt stigende og over 95% i 1940'erne (Mitchinson 2002: 208, 213)<sup>6</sup>.

### 3.3.1 The Alternative Birth movement

Efter et halvt århundrede med kloroform, æter og "twilight sleep"<sup>7</sup> overalt i Nordamerika skete der et holdningsmæssigt skred i form af *The alternative birth movement* (ABM) fra starten af 1960'erne og frem. ABM må forstås i den kontekst det opstod ud fra. I over 50 år havde nordamerikanske hospitalsfødsler været domineret af mødre, der var bedøvede og bevidstløse, når deres børn kom til verden. Fra at fødsler blev betragtet og behandlet som operationer, blev praksis omkring fødsler nu "humaniseret". Kvinder lå ikke længere fastspændte til steriliserede brikse og fødte deres børn uden selv at være klar over det (Rothman 2007C:55-56). Sociologen Raymond De Vries, som selv var en aktiv part i ABM skrev i 1996 om ABM:

*"Collectively, we were referred to as "the alternative birth movement" giving us a home among the many movements that populated the American social landscape in the sixties and seventies. The better-known movement of that era – the civil rights movement, the women's liberation movement, the antiwar movement – were in fact our inspiration. Compared with the task of overturning centuries-old- discriminatory laws or taking on the military-industrial complex, our mission seemed easy. We were confident we could "de-medicalize pregnancy and childbirth, making a place for birth at home and for midwife-assisted birth"* (De Vries, Raymond; citeret af Daviss 2001:72)

I 1970'erne tog udviklingen rigtig fart (Rothman 2007C:55), og jordemødrene vendte langsomt tilbage. Lay-midwives i Canada arbejdede ud fra personlige kontrakter jordemoder og gravid imellem. Veluddannede *hippier* ønskede nu en

---

<sup>6</sup> Der findes imidlertid ikke arkiver fra alle hospitaler og tallene er således estimeret. Det er sandsynligt, at der på nogle hospitaler var lavere rater.

<sup>7</sup> Twilight sleep opnåes ved at kombinere morfin og scopolamine, som bevirker en semi-narkotisk tilstand, der gør at kvinden oplever fødslen som smertefri og ikke efterfølgende husker den.

anden slags oplevelse og benyttede derfor i stigende grad jordemødre. Der opstod langsomt men sikkert interesseorganisationer, som siden 1970'erne har advokeret for at reformere svangreomsorgen og tillade jordemødre at praktisere (Bourgeault et al. 2001:51ff).

For interesseorganisationerne var det vigtigt også at gøre hjemmefødsler til en mulighed igen, mens læger forsøgte at sætte sig imod dette og i stedet ønskede, at jordemødre udelukkende skulle kunne arbejde som specialiserede sygeplejersker på hospitalerne (Bourgeault et al. 2001:55). Interesseorganisationernes kamp var imidlertid succesfuld, og de har siddet med ved de politiske rundborde i blandt andet Canada, efterhånden som jordemødrene har fået mulighed for at få licens til deres erhverv (Bourgeault et al. 2001:65). Jordemødrene kom ikke dengang i 1970'erne, og er fortsat ikke i flertal, men de startede dengang deres vej ind i det etablerede sundhedssystem, og den måske væsentligste forskel fra de *nye* jordemødre i forhold til tidligere tiders jordemødre er det politiske motiv. Jordemødre før og nu ønsker at gøre en forskel for den fødende kvinde, men jordemødre med rod i ABM-bevægelsen vil også noget politisk, de vil forandre systemet. Udviklingen af fødselshjælpen kan således forstås i et bredere samfundsperspektiv, hvor ABM var en lille del af en større samfundsmæssig forandring med fokus på individets rettigheder. ABM har dets rod i USA, men det er tankevækkende, at ABM opstod sideløbende på lokalt plan mange steder, også i Canada, hvor enkeltindivider og små grupper lokalt forsøgte at ændre praksis omkring fødsler, og en fælles organisering kom først adskillige år senere med organisationer som NAPSAC (National Association of Parents and Professionals for Safe Alternatives in Childbirth) (Daviss 2001:72).

ABM var således efterspurgt mange steder omend tankegangen langt fra tiltrak den brede majoritet. ABM appellerede især til middelklassens kvinder, som i ABM så en mulighed for at flytte magt i sundhedssystemet fra mandlige til kvindelige hænder, og ABM blev således også et symbol på ikke blot en anden tilgang til fødselshjælpen men også på kvinder, der genvandt kontrollen, blandt andet ved at tage afstand fra den mandsdominerede teknologi (Nelson og Popenoe 2001:100). Det brede flertal fandt imidlertid ABM uansvarligt og risikofuldt, og mindretallets

entusiasme smittede ikke af på flertallet, som foretrak obstetrikernes model (DeVries et al. 2001 (B):246 ; Daviss 2001:77).

1970'erne bød også på forandringer i Danmark, hvor jordemødrene blev tilknyttet centre, og således ikke længere arbejdede direkte for deres klienter. Jordemødrene blev offentligt ansatte med pension, ferie, fast løn og ikke mindst faste vagter. De fødende oplevede til gengæld ikke længere den samme kontinuitet i fødselshjælpen. Tidligere fødte de med den jordemoder de havde set under graviditeten, og hun blev til barnet var født, hvor jordemødrene nu begyndte at arbejde efter fastlagte mødetider (Cliff 2002:304ff).

Jordemødrenes har siden kæmpet med et stort tidspres, og dermed også en stor angst for at fejle, og jordemødrenes egen organisation mener i dag, at normeringerne bør sættes op, så der igen bliver tid til at være hos den fødende under hele fødslen (Cliff 2002:316-318).

### **3.3.2 Jordemødrene vender tilbage til Saskatchewan**

Siden slutningen af 1990'erne og frem har flere og flere canadiske provinser tilladt jordemødre foruden obstetrikere og medicinere at få licens til fødselshjælp, og jordemødre og doulaer er således reelt en del af systemet i dag, omend de udgør en meget begrænset andel af fødselshjælpen (Wrede et al. 2001:41,43). Jordemødre har således været ikke-eksisterende i en lang-årrække med de meget nordlige og tyndtbefolkede områder som undtagelse, da det ikke er muligt at skaffe læger til disse egne (Wrede et al. 2001:43). Allerede i 1987 blev der i Saskatchewan dannet en forening, MAS<sup>8</sup> med det formål at gøre det muligt for jordemødre at praktisere lovligt og som en del af det etablerede system. I 1999 blev jordemoderfaget anerkendt som fag i Saskatchewan med *The Midwifery Act*, som principielt gjorde det muligt for jordemødre at praktisere i Saskatchewan. I 2008 var MAS' kamp principielt fuldendt. Jordemoderens rolle blev defineret i *The Midwifery Regulations*, og jordemødrene blev en del af den offentligt finansierede fødselshjælp

---

<sup>8</sup> The Midwifery Association of Saskatchewan, en NGO med jordemødre og andre interesserede som medlemmer.

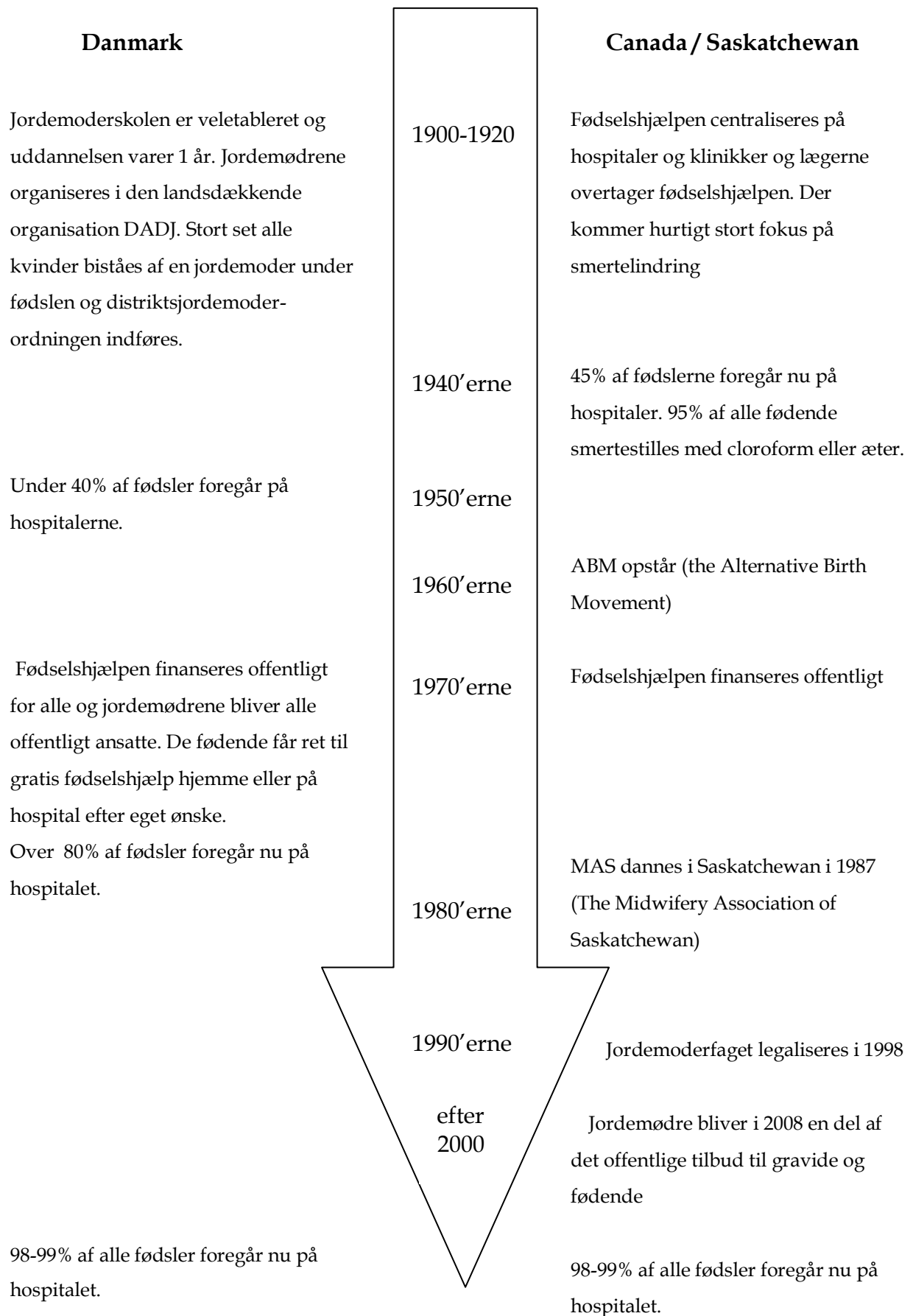
(Government of Saskatchewan 2010). Der er pt. 2 offentligt ansatte jordemødre i Saskatchewan, og planer om at ansatte flere i fremtiden (Government of Saskatchewan 2010 ; MAS 2010).

Mange canadiske kvinder er i dag i en situation, hvor de pga. lægemangel ikke kan finde en læge, der vil påtage sig dem som klienter, og det gælder særligt i de tyndt befolkede områder (Wrede et al. 2001:44). Den nylige tilbagevenden til jordemødre er således mindst ligeså meget opstået af pragmatiske årsager som af ideologiske, og jordemødrenes vej ind i systemet støttes i dag af "Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada". I 2008 udviklede organisationen "*A National Birthing Initiative for Canada*", hvor de anbefaler udvikling af jordemoderuddannelserne og en større implementering af inter-professionelle modeller for fødselshjælpen med blandt andet udbredelse af jordemødrene som del af det offentlige tilbud til gravide og fødende kvinder i alle provinser og territorier. Anbefalingerne begrundes med udbredt lægemangel, som gør det nødvendigt at have faggrupper som jordemødre og specialuddannede sygeplejersker, der kan udfylde de huller manglen på obstetrikere, gynækologer og familielæger efterlader (SOGC 2008:9-10 ; Public Health Agency of Canada 2009:47,114). Jordemødrene er således nu ønskede som en del af fødselshjælpen, omend det er *i mangel af bedre*, snarere end det er fordi obstetrikere mener, at jordemødrene har noget fagligt at tilbyde, som lægevidenskaben ikke besidder. Implementeringen af jordemødre i Saskatchewan er endnu så ny, at virkningerne heraf ikke er undersøgt. I British Columbia provinsen er jordemødrene imidlertid mere velimplementerede. En survey har der vist, at samarbejdet jordemødre og sygeplejersker imellem er udfordrende:

*"However, collaboration can be challenging, and it may take time to establish. For example, a survey conducted after the introduction of midwives into the British Columbia health care system found that maternal and newborn nurses and midwives generally provided care to women in parallel rather than by collaborating, and that tension existed between the two groups of professionals."* (CIHI 2004A:14)

Jeg vil runde dette afsnit af med en tidslinje som ses nedenfor, Figur 1. Tidslinjen illustrerer de tidsmæssige forskydninger i udviklingen mellem Danmark og Saskatchewan. Tidslinjen fremhæver desuden de væsentligste begivenheder. Betydningen af jordemødrene og lægernes vidt forskellige roller igennem historien vil jeg tage op igen i det følgende afsnit, hvor jeg vil fokusere på Danmarks og Saskatchewans organiserede fødselshjælp, som den ser ud i dag.

**Figur 1: Den historiske udvikling i de to kontekster på en tidslinje**



## 4. Fødselshjælpen anno 2011

---

Jeg vil i dette kapitel forsøge at sammenligne de to konteksters organiserede fødselshjælp, som den ser ud i dag. Det er imidlertid langt fra alle oplysninger der er offentligt tilgængelige i begge kontekster, hvorfor jeg kun inkluderer de aspekter, hvor en sammenligning er mulig.<sup>9</sup>

Jeg vil indlede med at skitsere jordemoderuddannelserne i Danmark og Canada for at se på forskelle og uligheder mellem de to kontekster i forhold til den akademiske tradition. Dernæst vil jeg ved hjælp af statistiske oplysninger forsøge at tegne et billede af den typiske fødselshjælp, som ydes i de to kontekster. Endelig vil jeg redegøre for anvendelsen af epiduralblokader, fordi den dels er afgørende forskellig i de to kontekster og dels også behandles i den efterfølgende empiriske analyse.

### 4.1 Jordemoderuddannelserne

Den traditionelle læringsproces adskiller sig fra den teoretiske universitetsbaserede læring, idet den er fokuseret på den normale fødsel, de fødsler der er flest af, snarere end de fødsler, der ikke går som forventet. De få fødsler, hvor interventioner er nødvendige, er omvendt fokus for den teoretiske forelæsende uddannelse, hvor risikoparametre i højere grad er i fokus (Benoit et al. 2001:151f). Fordelen ved den formaliserede uddannelse er en større sikkerhed omkring den viden, jordemoderen opnår, og muligheden for at opstille minimumstandarder og kontrollere, at disse efterleves. Det sikrer, at alle jordemødre besidder en

---

<sup>9</sup> Jeg har søgt efter anvendelig information fra sundhedsministerierne i Danmark og Canada/Saskatchewan samt de forskellige organer, der hører under dem. Jeg har desuden også set på specifikke regioner i Danmark omend, jeg ikke har foretaget en fuldstændig søgning heraf. Jeg har desuden anvendt 'Danmarks Statistik' og 'Statistics Canada'. Derudover har jeg søgt informationer fra 'Jordemoderforeningen', 'Saskatchewan College og Midwives', 'Canadian Association of Midwives', 'Midwives Association of Saskatchewan' m.fl. Jeg har også anvendt jordemoderuddannelser i både Canada og Danmark i informationssøgningen. Derudover har jeg søgt efter information gennem 'The society of Obstetricians and Gynaecologists in Canada' og 'Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi'. Endelig har jeg anvendt informationer fra den akademiske litteratur. Jeg har ikke anvendt informationer fra de enkelte hospitaler, primært fordi de saskatchewaniske hospitaler er meget sparsomme med oplysninger.

fundamental viden om fysiologi, biologi med mere. Den viden jordemoderen opnår er desuden ikke afhængig af en enkelt mentor (Benoit et al. 2001:146).

I Saskatchewan er der ikke mulighed for at uddanne sig til jordemoder, men der er andre steder i Canada jordemoderuddannelser, hvor studerende fra Saskatchewan har mulighed for at blive optaget. Jordemødre som ønsker at arbejde i Saskatchewan skal imidlertid søge særskilt tilladelse til at praktisere i Saskatchewan. I Danmark er der tre jordemoderuddannelsessteder, som i de store træk ligner hinanden. Jeg refererer derfor i det nedenstående udelukkende til uddannelsen i Aalborg (UCN) og sammenligner denne med jordemoderuddannelsen i British Columbia, Canada (UBC), som er det uddannelsessted nærmest Saskatchewan. For at få tilladelse af "Saskatchewan College of Midwives" til at praktisere skal man have en uddannelse svarende til den UBC tilbyder, men det kan være fra andre steder i Canada eller internationalt. Nurse-Midwives<sup>10</sup> kan principielt også få tilladelse til at praktisere i Saskatchewan. 'Lay-midwives' (uden en formel uddannelse) kan også få lov at praktisere såfremt de praktiserede i Saskatchewan før 1998, hvor legalisering blev muligt (Saskatchewan College of Midwives).

Både i Danmark og Canada er jordemoderfaget populært, og der er flere ansøgere, end der er plads til på uddannelsen. I Canada er det under 10% af ansøgerne, der optages. Optagelsesfrekvensen er imidlertid meget begrænset, med 10 pladser årligt. De kandidater, der optages, har således også typisk både erhvervserfaring indenfor området og en anden mellemlang videregående uddannelse (UBC). Det er altså ikke på grund af manglende interesse, at der ikke optages flere på uddannelsen. I Danmark optages halvdelen på kvote 1, altså udelukkende på baggrund af karakterer, mens den anden halvdel optages på kvote 2 (UCN). I 2010 var der 455 ansøgere, som havde en af de tre jordemoderuddannelser som deres 1. prioritet. 180 blev optaget, hvilket svarer til næsten 40% af ansøgerne (Uddannelsesguiden 2010). I Danmark varer uddannelsen 3½ år, hvilket svarer til standardlængden på en professionsbachelor (Uddannelsesguiden 2010), mens

---

<sup>10</sup> Nurse-Midwives er certificerede sygeplejersker, der har taget en specialisering i jordemoderfaget. Uddannelsen er udbredt i USA, men findes ikke i Canada. (All Nursing Schools)

uddannelsen i Canada er en fireårig bacheloruddannelse, hvilket svarer til længden på andre bacheloruddannelser i Canada.

Den teoretiske uddannelse i Aalborg er koncentreret omkring sundhedsvidenskab, naturvidenskab, humanvidenskab og samfundsvidenskab. UBC

Jordemoderuddannelsen lægger ligeledes vægt på at være en interdisciplinær uddannelse, der dækker over tilsvarende fag. På UBC tager de studerende imidlertid mange af de teoretiske fag sammen med studerende fra andre fag. Det kliniske forløb er i Canada kendetegnet ved, at der sideløbende med praktikken også er fjernundervisning og løbende opgaver af teoretisk karakter. I Danmark modtager de studerende halvdelen af tiden teoretisk undervisning og halvdelen af tiden klinisk undervisning. Der er således begge steder en relativt ligelig fordeling mellem teori og praktik.

Fokus for den medicinske viden er utvivlsomt det patologiske, og det kan hævdes, at jordemødrene med de formaliserede uddannelser nærmer sig den medicinske viden med dets fokus på det patologiske gennem det teoretiske forløb de studerende gennemgår. I og med jordemødrene bruger ca. halvdelen af deres studietid i praktik vil jordemødrene imidlertid også gennem uddannelsen fokusere på den *normale* fødsel. Hvordan den normale fødsel er, er imidlertid et vidt begreb, men i både Danmark og Saskatchewan foregår langt størstedelen af fødslerne på hospitaler indenfor *medicinens rammer*. Der er imidlertid i den akademiske diskussion bred enighed om, at jordemødre og læger fortsat kan distinktiveres mellem deres fokus på henholdsvis den normale og den patologiske fødsel (Benoit et al. 2001:148).

Ud fra en 'woman-centered philosophy of care' er det problematisk, at jordemødre i stigende grad uddannes indenfor medicinens medikaliserede rammer, da det gør det meget svært for jordemoderen at bevare opfattelsen af fødsler som "normale" sunde fysiske processer. En komparativ analyse med blandt andet Canada som case konkluderede at: "*the university training of midwives is carried out in institutions that are highly medicalized, patriarchal, and technocratic. Midwives in these*

*institutions are often required to intervene in birth in ways contrary to both scientific evidence and the noninterventive principles of midwifery care in order to successfully graduate.” (Benoit et al. 2001:153)*

Jordemoderuddannelsen på UBC og UCN er langt fra ens, men der er alligevel umiddelbart flere lighedstræk, end der er forskelligheder mellem vægtningen i uddannelserne. Der kan således ikke påpeges store kontraster mellem den canadiske og den danske jordemoder ud fra denne lille undersøgelse af uddannelserne. Uddannelserne har imidlertid også det til fælles, at halvdelen af uddannelsen er praktik, hvor den studerende befinder sig i den faktiske fødselshjælp og dermed præges af denne.

## **4.2 Ansvarsfordelingen mellem de professionelle fødselshjælpere**

I Saskatchewan bistår næsten 40% af familielægerne ved fødsler. På landsplan er det under 20% af familielægerne, der deltager i fødsler. Der er stor forskel på land- og byområder, og på landsplan er det 12% af familielægerne i de tætbefolkede områder, som bistår ved fødsler mod 27% af familielægerne i de tyndt befolkede områder (tal fra 1999/2000). De øvrige fødsler varetages af obstetrikere, og i Saskatchewan er det, trods de relativt mange familielæger, flertallet af fødsler, som varetages af specialuddannede læger. De fleste canadiske obstetrikere varetager mellem 100 og 300 fødsler om året, mens familielægerne gennemsnitligt varetager 41 fødsler om året (CIHI 2004A:6-8).

I 1993 var der 96 registrerede jordemødre i Canada. I 2002 var tallet steget til 413, hvilket svarer til en forøgelse på 330%. En del af denne stigning skal givet tilskrives, at jordemødre er blevet registeret, efterhånden som det er blevet muligt for dem at lade sig registrere, og den egentlige stigning i antallet af jordemødre er derfor muligvis mindre (CIHI 2004A:11). På landsplan varetager jordemødrene ca. 6% af fødslerne. I Saskatchewan er deres andel imidlertid fortsat endnu lavere, omend deres andel er stigende. I forhold til Danmark, hvor alle vaginale fødsler varetages af jordemødre eventuelt, i tilfælde af forøget risici eller opståede komplikationer, i samråd med en specialuddannet læge, er Saskatchewan's jordemødrenes begrænsede

andel i fødselshjælpen slående, og selvom der forventes en stigning vil det tage en årrække at forandre praksis, fordi der ikke er uddannede jordemødre til rådighed, og som tidligere beskrevet uddannes der pt. kun meget få jordemødre.

'The Midwifery Regulations' er en detaljeret beskrivelse af de aktiviteter som jordemødrene må udføre i Saskatchewan. Reguleringerne er udarbejdet i forbindelse med indførelsen af jordemødre som en del af det offentlige tilbud til gravide og fødende i 2008 (Government of Saskatchewan 2010). Jordemødrene i Saskatchewan har bemyndigelse til både at bistå ved hospitalsfødsler og hjemmefødsler, så fremt der er tale om en forventet normal fødsel. Jordemødrene varetager lav-risiko fødsler og samarbejder med eller henviser ved komplikationer til obstetrikere. Jordemødrene har bemyndigelse til at henvise til ultralydsundersøgelser m.m. og selv varetage en lang række undersøgelser af den gravide såvel som fødende og barnet. De kan foretage elektronisk overvågning, epistomi<sup>11</sup>, syning af bristninger, anlægge venflon mv. De kan ligeledes udskrive recepter og ordinere medicin som eksempelvis antibiotika. De kan desuden ordinere medicinsk smertelindring under fødslen, eksempelvis epiduralblokader (The Midwifery Regulations 2009; Saskatchewan Ministry of Health 2008).

I Sundhedsloven er arbejdsrelationen mellem jordemødre og læger ikke defineret, men lagt ud til Regioner og hospitaler. Der er således forskel fra fødested til fødested på, ved hvilke komplikationer jordemoderen tilkalder afdelingsjordemoder og/eller vagthavende obstetrikere. Medicinsk smertelindring som eksempelvis både morfin og epiduralblokader kan mange steder ordineres direkte af jordemoderen (Region Hovedstaden Rigshospitalet). I praksis er der således ikke nødvendigvis store forskelle mellem de danske og saskatchewaniske jordemødres beføjelser. Formelt set bærer de saskatchewaniske imidlertid et større ansvar.

---

<sup>11</sup> Klip i mellemkødet

### 4.3 Tryghed og kontinuitet i fødselshjælpen

I Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen fra 2009 opsummeres sundhedsvæsenets rolle således:

*"Formålet med sundhedsvæsenets indsats under fødslen er:*

- *at sikre trygge forløb, uanset hvor og hvordan kvinden vælger at føde*
- *at mor og barn kommer igennem fødslen med bedst mulig sundhedstilstand*
- *at minimere komplikationer under og efter fødslen*
- *at bidrage til en god fødselsoplevelse for kvinden og hendes partner."*

(Sundhedsstyrelsen 2009:151)

Der er således i anbefalingerne lagt vægt på både et godt udkomme og en god tryk oplevelse, idet der lægges vægt på de mulige langvarige konsekvenser af en traumatisk fødselsoplevelse. Det defineres imidlertid ikke, *hvordan* den gode tryk fødselsoplevelse skal sikres. I Canada er der ligeledes i anbefalingerne lagt stor vægt på at sikre den gode oplevelse, og at kvinden skal føle, at hun har støtte under fødslen. De canadiske anbefalinger lægger imidlertid vægt på at sikre den *gode* oplevelse ved hjælp af kontinuerlig støtte samt kontinuitet i form af kendte fødselshjælpere (CIHI 2004A:15).

Ifølge MES-surveyen, som tidligere er beskrevet i afsnit 2.4, føder 50% af de saskatchewananske kvinder med den fødselshjælper, som de har set gennem graviditeten (Public Health Agency of Canada 2009). Lægen er imidlertid kun tilstede under pressefasen med mindre der opstår komplikationer. Under udvidelsesfasen bliver kvinden tilset af sygeplejersker og medicinstuderende.

Den canadiske reintegration af jordemødre bygger, udover den udbredte mangel på fødselshjælpere, på et ønske om øget kontinuitet i relation til den gravide og fødende. De canadiske jordemødre i dag arbejder således ikke nødvendigvis 8 timer af gangen. De har hver deres klienter, og arbejder derfor når disse kvinder føder deres børn. Jordemodererhvervet er på den vis et udfordrende professionelt liv at få til at smelte sammen med et personligt familieliv (Sandall et al. 2001:117, 134). Kontinuiteten i fødselshjælpen er således langt mere udpræget i Saskatchewan end i Danmark, hvor kontinuiteten kan være svær at få øje på, som situationen er i dag.

Nogle regioner har hjemmefødselsordninger med kendte jordemødre, og det er i offentligt regi den eneste mulighed for at sikre sig en kendt jordemoder.

#### **4.3.1 Hjemmet vs. hospitalet**

I Danmark har de senere år været præget af stadigt mere centraliserede fødesteder. I starten af 2003 var der således 48 fødesteder, mens tallet i 2006 var faldet til 34 fødesteder (Kjeldset 2007). Der har ligeledes været modsatrettede tendenser, og der er nogle steder i landet en tendens til stadigt flere hjemmefødsler. Jeg vil fremhæve Hjemmefødselsordning Sjælland, som varetager ca. 250 fødsler om året og er Danmarks største ordning for hjemmefødsler. Ordningen blev startet i 1991 af en enkelt jordemoder. I dag arbejder 8 jordemødre inden for ordningen. De arbejder sammen to og to i teams, hvilket betyder, at den gravide under graviditeten lærer to jordemødre at kende og ved, at hun skal føde med en af de to. Ordningen startede som et tilbud under det daværende Vestsjællands Amt, mens ordningen nu hører under hele Region Sjælland. Kun gravide med en forventet lav-risiko fødsel kan føde hjemme, og ca. 12% bliver overflyttet til hospitalet under fødslen inden barnet er født. 3-4% overflyttes desuden efter barnets fødsel (Hjemmefødselsordning Sjælland).

Der er, som tabel 2 viser, blandt hjemmefødslerne i Region Sjælland markant færre indgreb end tilfældet er for landsgennemsnittet.

**Tabel 2: Hjemmefødselsordning Sjællands procentvise indgreb i fødsler sammenlignet med landsgennemsnittet fordelt på første- og flergangsfødende**

	Førstegangsfødende		Flergangsfødende	
	Hjemmefødsler	Landsgennemsnit	Hjemmefødsler	Landsgennemsnit
<b>Ve-drop</b>	22 %	45 %	2,5 %	12 %
<b>Sugekop</b>	10 %	17 %	1%	2 %
<b>Kejsersnit</b>	10,5 %	12 %	1,8 %	2,4 %
<b>Epistomi</b>	7,5 %	11 %	1 %	2,2 %
<b>Alvorlig brist</b>	5 %	11 %	0,5 %	1,2 %

\*Hjemmefødselsordning Sjællands opgørelse baseret på egne tal og udtræk fra Statistikbanken. Hjemmefødselsordning Sjællands opgørelse er et gennemsnit for perioden 1991-2009 (i alt 1427 fødsler). Landsgennemsnittet er en opgørelse over perioden 2004-2009 og er baseret på alle spontant startende sygehusfødsler til termin. Det er således en bias i tallene at overflyttede hjemmefødsler tæller med i landsgennemsnittet, omend den praktiske betydning er begrænset, da under 2% planlægger en hjemmefødsel.

Der blev i 2009 foretaget en Cochrane Review (Olsen og Jewell) af hjemmefødsler vs. hospitalsfødsler. Undersøgelsen fandt først og fremmest, at der mangler forskning på området, og kun et enkelt studie (med 11 deltagere) blev fundet egnet til at deltage i den endelige udvælgelse af studier. Derudover finder forfatterne, at der ikke ud fra det nuværende data er vægtige grunde til at anbefale hospitalsfødsler over hjemmefødsler eller omvendt, men konkluderer, at: *“With the data currently available one could argue that for low-risk pregnancies both home and hospital births are sufficiently safe for safety no longer to be of overriding importance.”* (Olsen og Jewell 2009:5)

Hjemmefødsler er symbolsk for en jordemoderfødsel uden interventioner, da der i den fødendes hjem ganske enkelt ikke er mulighed for teknologiske interventioner og medicinsk smertelindring (Pasveer og Akrich 2001:237). En hjemmefødsel kræver derfor også ifølge Pasveer og Akrich mental forberedelse, fordi den fødende (og jordemoderen) må stole på, at de kan aflæse kroppens signaler og agere ud fra dem uden hjælp fra teknologiske hjælpemidler. Det er en tankegang, der ligger fjernt fra den virkelighed, hvor de teknologiske hjælpemidler er til stede i alle situationer og giver information om, hvad der sker inde i kroppen. Forudsætningen for en

vellykket hjemmefødsel er derfor, at kvinden danner en kropslig bevidsthed, hvor kroppen agerer og lærer uden om hjernen (Pasveer og Akrich 2001:236). I Danmark er det absolut de færreste jordemødre, som tilbagevendende varetager hjemmefødsler, og sådan har det været i årtier. Jordemødrene er med andre ord en fuldt integreret del af hospitalsvæsenet i Danmark. Hjemmefødselsordningerne kan imidlertid ses som en modstand mod den stadigt større brug af teknologien i forbindelse med fødslen, og et ønske om at vende tilbage til fødsler, der i højere grad er styret af kroppen end af teknologien. I Saskatchewan er det kun et par år siden, jordemødrene for første gang trådte ind på hospitalerne, og hjemmefødsler er en langt større del af deres daglige arbejde end tilfældet er for de danske jordemødre, omend der relativt ikke er flere hjemmefødsler i Saskatchewan end i Danmark. I Danmark er jordemødrenes gang på hospitalerne imidlertid at betragte som en selvfølge, mens de saskatchewananske jordemødre kun lige har taget deres første skridt på hospitalsgangene.

#### **4.4 Anvendelsen af epiduralblokader**

Oplevelsen af smerterne forbundet med veer varierer fra kvinde til kvinde. Kvinder føler derfor et meget forskelligt behov for smertelindring i forbindelse med en fødsel. For nogen kan det at føde uden smertelindring være en betydelig følelsesmæssig belastning, mens det for andre kan betyde et styrket selvværd (Sundhedsstyrelsen 2009:154). Hvorvidt det er det ene eller andet hænger givet delvist sammen med træning og forberedelse før fødslen, men det kommer givet nemmere til nogen end til andre, og det forekommer naturligt at forsøge at begrænse og bekæmpe smerterne.

Epiduralblokaden regnes for den mest effektive smertelindring en kvinde i fødsel kan tilbydes (Lægehåndbogen). I de danske anbefalinger for Svangreomsorgen fremhæves mulige bivirkninger dog i modsætning til i de officielle canadiske profiler (Sundhedsstyrelsen 2009:156 ; CIHI 2004B).

Der findes mange undersøgelser af epiduralblokaders positive og negative effekter, og der er således også mange divergerende konklusioner omkring det fordelagtige i brugen af epiduralblokader. "The Cochrane Collaboration" har i 2010

opdateret deres sekundære analyse om betydningen af epiduralblokader i forbindelse med vaginale fødsler. Analysen samler resultaterne fra 21 undersøgelser fra en lang række lande og rummer data på i alt 6664 kvinder. Undersøgelserne er kategoriseret i to grupper; med og uden epiduralblokade. Der sondres altså ikke mellem de, der slet ikke får medicinsk smertelindring, og de der får lattergas, morfin eller anden form for medicinsk smertelindring, hvilket må betragtes som en væsentlig bias (Anim-Somuah m.fl. 2010:11).

Hovedfokus for Cochrane analysen er de mulige fysiske bivirkninger, og den samlede undersøgelse fandt en øget risiko for en instrumentel fødsel blandt kvinder med epiduralblokader (Anim-Somuah m.fl. 2010:1). Risikoen for uregelmæssig hovedrepræsentation er højere, og risikoen for, at kvinden skal have vestibulerende drop, er ligeledes større. Presseperioden er desuden ofte længere hos kvinder med epiduralblokade og risikoen for instrumentel forløsning er større (Anim-Somuah m.fl. 2010:8-9). Der kan til gengæld ikke påvises en statistisk signifikant forøget risiko for kejsersnit, og risikoen for en apgar score på under 7 efter 5 minutter var ikke højere blandt "epiduralfødsler", tværtimod viste nogle undersøgelser den modsatte tendens, uden at der dog kan påvises statistisk signifikante sammenhænge (Anim-Somuah m.fl. 2010:8). For kvinden giver brugen af en epiduralblokade en øget tendens til hypotension<sup>12</sup>, midlertidig lammelse i underkroppen, problemer med vandladning og feber (Anim-Somuah m.fl. 2010:9). Desuden er en epiduralblokade forbundet med en risiko for "post-dural" hovedpine, som skyldes at dura'en i rygmærven punkteres i forbindelse med at blokaden lægges. Risikoen er ca. 1%. I langt de fleste tilfælde går det over af sig selv igen, i andre tilfælde forsøges der med behandling, som dog kun i nogle tilfælde er succesfuld (Anim-Somuah m.fl. 2010:3).

Cochraneanalysen konkluderer imidlertid samlet set, at risikoen for bivirkninger i forbindelse med en epiduralblokade er begrænsede, omend særligt risikoen for instrumentel forløsning er relativt højere ved anvendelsen af epiduralblokade, så tyder analysen ikke på, at risikoen for kejsersnit er højere og barnets apgarscore

---

<sup>12</sup> Akut blodtryksfald

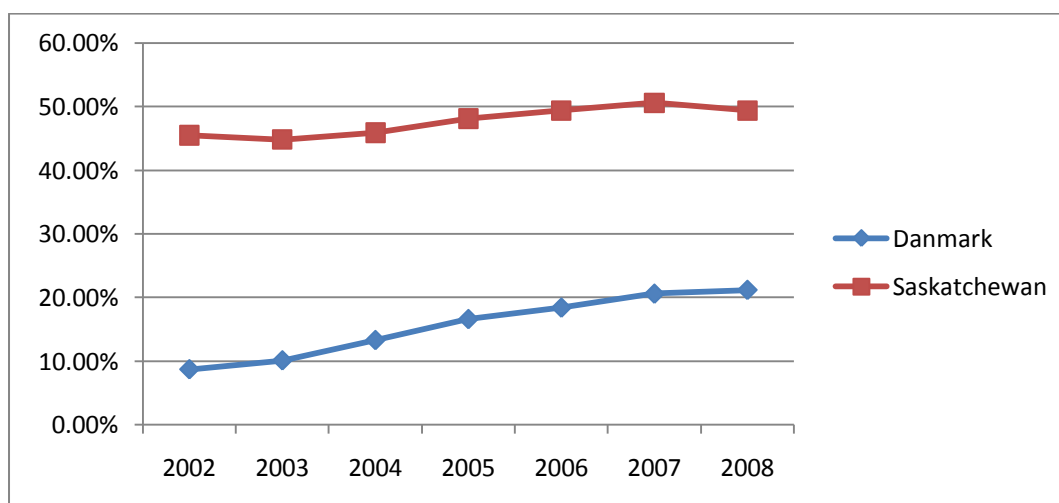
påvirkes ikke af en epiduralblokada. Der er således risici forbundet med anvendelsen af epiduralblokaden, men de er i praksis så begrænsede, at epiduralblokaden regnes for en sikker metode til medicinsk smertelindring i forbindelse med fødsler (Anim-Somuah m.fl. 2010:11).

Validiteten af undersøgelserne af bivirkninger ved epiduralblokada er desuden omdiskuteret. Kritikere af de eksisterende undersøgelser mener, at epiduralblokader typisk gives ved langtrukne smertefulde fødsler, og det derfor ikke er muligt at sammenligne retrospektivt (Lægehåndbogen). Fem af Cochrane analysens inkluderede studier undersøger foruden fysiske bivirkninger også kvindens tilfredshed med den smertelindring, hun har fået. De fem studier rummer i alt 1940 kvinder. Den overordnede konklusion er, at epiduralblokaden ikke påvirker kvindens tilfredshed med fødslen (Anim-Somuah m.fl. 2010:8). Det er interessant i forhold til de forskelle, som identificeres i dette speciale omkring kvindens oplevelse, og det tyder således på, at de forskelle som identificeres mellem Saskatchewan og Danmark ikke kan tilskrives den højere anvendelse af epiduralblokaden i Saskatchewan.

I Canada er epiduralblokader mere anvendte end tilfældet er i Danmark, og i årene 2008-2009 blev der i Canada lagt en epiduralblokada ved 55,2% af alle vaginale fødsler. Der er meget store regionale forskelle mellem provinser og territorier med den laveste andel på 6,7% og den højeste på 69,0%. De lavere andele kan for en stor del tilskrives begrænset adgang til epiduralblokader i tyndt befolkede områder, hvor der ikke nødvendigvis er en anestesilæge til rådighed (CIHI 2010). I Saskatchewan var andelen af epiduralblokader 49,4 % og dermed lidt lavere end landsgennemsnittet. Der er imidlertid også store forskelle mellem Saskatchewans hospitaler med rater spændende fra 19,1% til 68,3%. Det er i den sammenhæng interessant, at der også i Saskatchewan er en klar sammenhæng mellem dels de større byer med universitetshospitaler og høje rater, og dels er der de tyndt befolkede områder, hvor der bliver lagt væsentligt færre epiduralblokader (CIHI 2010).

Der har i Canada såvel som Saskatchewan været en lille stigning de seneste år i anvendelsen af epiduralblokader. I Saskatchewan var anvendelsen af epiduralblokader i 2002-2003 således 'kun' 45,5 % og altså ca. 4 procentpoint lavere end i 2008-2009. Der er imidlertid ikke tale om en lineær stigning og i 2007-2008 var den gennemsnitlige anvendelse af epiduralblokader i Saskatchewan 50,6%. Det er således svært at afgøre, hvorvidt der er tale om en stigning eller om udsving, og de officielle statistikker er ikke tilgængelige længere tilbage end 2002 (CIHI 2010). Der er imidlertid tale om en markant større andel af de fødende, som får en epiduralblokada i Saskatchewan end tilfældet er i Danmark. I Danmark har der imidlertid været en markant stigning i anvendelsen af epiduralblokaden. For ti år siden var det således under 10% af de fødende, der fik en epiduralblokada, mens det i dag er over 20% (Sundhedsstyrelsen).

**Figur 2: Anvendelsen af epiduralblokaden blandt alle fødsler i Danmark og Saskatchewan i perioden 2002-2008**



Kilde: Baseret på tal fra CIHI og Sundhedsstyrelsen

Danmark og Saskatchewan er ikke ekstremer i en statistisk sammenligning af anvendelsen af epiduralblokader, men der er imidlertid en markant forskel mellem de to geografiske kontekster, og det er relativt mere end dobbelt så mange, der får en epiduralblokada i forbindelse med en fødsel i Saskatchewan sammenlignet med Danmark.

## 4.5 De to konteksters fødselshjælp i tal

Jeg vil afslutte dette kapitel med en statistisk sammenligning af de tilgængelige opgørelser over indgreb og komplikationer. Oplysningerne er skitseret i tabel 3. I Saskatchewan udføres relativt flere kejsersnit end tilfældet er i Danmark, og der er ligeledes markant flere instrumentelle forløsninger i Saskatchewan end i Danmark, hvilket jævnfør ovenstående afsnit kan skyldes den øgede brug af epiduralblokadene i Saskatchewan.

Der er desuden færre kvinder, som får barnet op på brystet umiddelbart efter fødslen. Det kan delvist hænge sammen med flere instrumentelle forløsninger og deraf et større behov for at tilse barnet umiddelbart efter fødslen, men det vidner muligvis om en holdningsmæssig forskel, hvor den umiddelbare kontakt mellem mor og barn ikke vægtes så højt i Saskatchewan som tilfældet er i Danmark.

Tabel 3: Den procentvise andel af de tilgængelige opgørelser over indgreb og komplikationer.

	Danmark	Saskatchewan
Kejsersnit	20% (2008)	25% (2006/2007)
Instrumentel forløsning	10% (2008)	16,7 % (2008/2009)*
Bristninger	60% (2008)	60% (2008/2009)*
Klip	7,4% (2009)	20% (2008/2009)*
Barnet på brystet**	82% (2010)*	65% (2008/2008)*

Kilder: Sundhedsstyrelsen 2009, Public Health Agency of Canada 2009, CIHI 2009, Center for kvalitetsudvikling 2010.

\*Baseret på survey resultat

\*\*Begge disse undersøgelser er baseret på en survey, og sammenligneligheden er begrænset. Den danske undersøgelse dækker udelukkende Region Midtjylland (82%) og Region Nordjylland (87%), og spørgsmålet er desuden formuleret ud fra, om kvinden fik barnet op på brystet umiddelbart efter fødslen og havde hud-til-hud kontakt (Center for kvalitetsudvikling 2010). Den saskatchewananske survey har spurgt kvinderne, hvorvidt de holdt deres barn inden for de første 5 minutter. Kvinderne er desuden spurgt om de havde direkte hudkontakt ved det første møde. Det har 15% svaret bekræftende på i Saskatchewan (Public Health Agency of Canada 2009:159).

## 5. Teoretisering af fødselshjælpen

---

Efter gennemgangen af både Saskatchewan og Danmarks fødselshjælp fra starten af 1900-tallet og frem til i dag, står det klart, at jordemødre og læger historisk har haft meget forskellige tilgange til fødselshjælpen, og at der den dag i dag er store variationer mellem de to faggrupper. Historisk har der mellem jordemødre og læger i begge kontekster hersket stor uenighed mellem de to professioner. I Saskatchewan har lægerne domineret i en grad, så jordemødrene først i 1970'erne så småt begyndte at påkalde sig indflydelse og magt. I Danmark har situationen været en ganske anden med to stærke professioner, der på pragmatisk vis til stadighed har udvekslet uenigheder. De to kontekster eksemplificerer begge på hver deres facon forskellene imellem de to faggrupper, og hvordan magtstrukturerne mellem læger og jordemødre til stadighed står til genforhandling.

Jeg vil igennem dette afsnit bevæge mig væk fra de specifikke kontekster og anlægge en teoretisk vinkel på relationen mellem to faggrupper. Først vil jeg overveje relationen mellem læge- og jordemoderprofessionen ud fra Foucaults magtbegreber. Dernæst vil jeg anvende Kuhns paradigmateteori, som en forståelsesramme for den historiske udvikling og den stadige kamp mellem de to professioner, og derunder situationen som den er i dag. Endelig vil jeg med hjælp fra Schutz' begreb om idealtyper danne en idealtypisk jordemoder og læge ud fra den paradigmatisk forståelsesramme. Idealtyperne vil jeg anvende i specialets efterfølgende empiriske analyse, hvor jeg igen vender blikket mod de to specifikke kontekster. Jeg vil sammenligne kvinders oplevelse af at være i fødsel i henholdsvis Danmark og Saskatchewan. Kvinderne møder imidlertid ikke idealtypiske fødselshjælpere i hverken Danmark eller Saskatchewan. De møder mennesker af kød og blod, men jeg vil anvende idealtyperne som et analytisk redskab i fortolkningen af kvindernes oplevelse af at være i fødsel.

Derudover vil jeg inddrage teoretiske vinkler gennem den empiriske analyse i relation til de empiriske fund. Udover fødselshjælpens forskelligheder er der imidlertid også samfundsmæssige- såvel som individuelle forskelligheder, som gør,

at langt fra alle de empiriske fund kan forklares ud fra de anvendte teoretiske perspektiver.

## 5.1 Foucaults magtbegreber

En mellemmenneskelig relation er blandt meget andet en magtrelation. I forholdet mellem den fødende og den professionelle findes en magtbalance, og professionelle imellem findes der ligeledes en magtbalance. Magten er aldrig entydig, da hver part har sin force, idet individet bærer sit kulturelle ophav og hele sin fortid med sig, og magtrelationer påvirkes heraf. Det gælder for både læger og jordemødre, at de kan påkalde sig en professionalitet som den fødende kvinde ikke besidder. Til gengæld har den fødende den force, at hendes krop er fokus for selve relationen. Magten er således til stadig forhandling og kan anskues som en serie af fortællinger, hvor parterne fremlægger hver deres historie om det samme objekt, indtil de bliver enige om en version af *fortællingen* (Mitchinson 2002:41). I relation til den historiske udvikling kan det med denne metafor hævdes, at man i Danmark meget tidligt blev enige om, at både jordemødre og læger skulle have andel i fødselshjælpen, mens der fortsat findes divergerende fortællinger om, hvilken rolle de to professioner skal spille. Dertil kommer de jordemødre, som gør oprør mod deres egen profession, som eksempelvis jordemødrene bag Hjemmefødselsordning Sjælland, som redefinerer fortællingen om deres egen profession ved at tage fødslerne ud af de medicinske rammer og bringe dem tilbage til hjemmet. I Saskatchewan sker der i disse år det, at jordemødrene på ny bliver en del af fortællingen om fødselshjælpen. Med baggrund i manglen på læger er der en stigende accept af jordemødre som en del af fortællingen om den saskatchewaniske fødselshjælp, men de specifikke roller i fortællingen om fødselshjælpen er endnu langt fra definerede. Eftersom de reelt udgør en minimal andel af fødselshjælpen i Saskatchewan er der alene af denne kvantitative grund en skæv magtbalance læger og jordemødre imellem. Omvendt har jordemødrene i deres arbejde mindst lige så frie beføjelser som de danske jordemødre, og de besidder i det lys en væsentlig magt i relationen til lægestanden.

Medicinen som disciplin har skabt (og skaber fortsat) en helt ny og enestående viden om kroppen, og der er dermed noget udenfor individet selv, der ved noget om, hvad der sker inde i kroppen, noget som individet ikke nødvendigvis selv kan mærke. Den medicinske videnskabs evne til at diagnosticere, hvad der sker inde i individets krop, giver lægen en magtfuld position. Diagnosen er imidlertid en objektivering af det hele menneske, idet diagnosen netop ikke sætter fokus på det hele menneske, men den del der identificeres som den problematiske. Dermed står diagnosticeringen idealtypisk i kontrast til jordemoderens fokus på det hele menneske. Foucault benytter begrebet "det kliniske blik" til at beskrive den måde, medicinen gennem 1900-tallet skabte et nyt rationale omkring kroppen gennem observationer og overvågning, og ifølge Foucault også med anvendelsen af magt:

*"Central to Foucaults argument is the claim that the "clinical gaze" as it emerged in the hospitals of nineteenth-century France, did not simply reveal an objective physiological reality which had previously lain undiscovered, but that it simply created a new way of making sense of the body based on the techniques of surveillance and observation, but also bound up in the exercise of power."* (Wainwright 2008:12)

Retten til kroppen er central i forhold til opfattelsen af den fødende kvinde, og hvad der lægges vægt på i relationen til hende. Den medicinske viden påkalder sig ifølge Foucault en viden om kroppen, som kvinden ikke selv besidder og opnår dermed også en magt over kroppen. En magt som alt andet lige sker på bekostning af kvindens ret til at kontrollere sin egen krop. Feministerne har i tråd med Foucault hævdet, at hospitaliseringen af fødslerne har medført en sygeliggørelse af gravide og fødende, og at sygeliggørelsen har givet lægerne kontrollen over kvindens krop på bekostning af kvindens kontrol over sin egen krop (Lee og Frayn 2008:118).

Jeg vil i brugen af Foucaults magtbegreber læne mig op af Kathleen Fahy, en australsk professor i jordemodervidenskab. Hun har anvendt Foucaults begreber i en analyse af relationen mellem lægen og den gravide patient i en australsk kontekst. Den australske kontekst er langt fra både den danske og saskatchewaniske, men da jeg udelukkende anvender de begreber, hun henter fra Foucault, er det ikke et problem i denne sammenhæng.

Fahy anser lægens magt for værende den dominerende, og hun mener, at sygeplejersker og jordemødre i høj grad er underlagt lægevidenskabens *medicinske magt*, primært fordi de skoles indenfor den medicinske magts rammer. Desuden har det den implicite fordel for sygeplejersker og jordemødre, at de fritages for ansvar, såfremt de lader sig underlægge den medicinske magt (Fahy 2002:8).

Sygeplejersken, som i Saskatchewan spiller en væsentlig rolle under fødslen, arbejder formelt direkte under lægen. Fahy mener, at sygeplejersker tilføjer en ekstra dimension til magtbalancen mellem fødende og professionel, da de typisk virker som advokater for lægen. De opfordrer med andre ord kvinden til at underlægge sig lægens *disciplinære magt*. Fahy sammenligner sygeplejerskens rolle i forhold til magtrelationen med en mor, der tager sit barn med til lægen og tilslutter sig lægen samt opfordrer barnet til at følge lægens anvisninger (Fahy 2002:10).

Jordemødrene arbejder imidlertid i vid udstrækning autonomt inden for deres felt i dag i både Danmark og Saskatchewan. Jordemoderens felt er imidlertid den ukomplicerede fødsel, hvorimod den komplicerede fødsel overdrages til lægen. Jordemoderuddannelserne er begge steder selvstændige uddannelser, men de er også praktisk anlagte, og den virkelighed, der møder den jordemoderstuderende i Danmark er, at 98-99% af alle fødsler foregår på hospitalerne, hvor jordemødrene formelt arbejder under lægen. Den saskatchewaniske jordemoders arbejde er i højere grad centreret om hjemmefødsler, og hun arbejder ikke formelt under lægen, omend hun i praksis, som de danske jordemødre, skal henvise til lægen i tilfælde af komplikationer.

Det at epiduralblokader, instrumentelle forløsninger m.m. er relativt mere udbredte i Saskatchewan end i Danmark kan hænge sammen med den store disciplinære magt, lægerne der, i kraft af deres majoritetsstatus, er i besiddelse af. Der kan imidlertid også være andre årsager hertil. Ikke desto mindre fremstår det tydeligt gennem den danske udvikling af fødselshjælpen, at jordemødrene som samlet gruppe, i de kampe der har været mellem læger og jordemødre, har trukket udviklingen i retningen af færre indblandinger i det naturlige fødselsforløb. Jordemødrenes tilgang til magtkampene har imidlertid historisk været meget pragmatisk, formentlig fordi deres erhverv ikke har været egentligt truet.

Jordemødrene i Saskatchewan udgør, som tidligere nævnt, en minoritet, men det betyder ikke nødvendigvis, at de er mere tilbøjelige til at lade sig underlægge lægens magt. Det at jordemødrene for ganske få år siden stod i direkte kontrast til den etablerede fødselshjælp kan også tænkes at betyde, at de saskatchewananske jordemødre vil være mindre tilbøjelige til at underlægge sig den medicinske magt.

Fælles for jordemoderstanden og lægestanden i begge kontekster er, at de i relationen til den fødende besidder en *disciplinær magt*. En magt som *kan* misbruges (Fahy 2002:8). Foucault mener, at den disciplinære magt kun bliver eksplicit, når den møder modstand (Fahy 2002:9): "*Modern disciplines, Foucault says, induce submission by promising people rewards for compliance and punishments for non-compliance; this is normally done implicitly.*" (Fahy 2002:8) Magten holdes med andre ord i hævd ved hjælp af henholdsvis gulerods- og piskeeffekten. Piskeeffekten i form af trusselscenarier er dog som regel ikke synlig. Så længe den fødende kvinde ikke udfordrer den disciplinære magt, forbliver magten nemlig usynlig, og trusselscenarierne forbliver usynlige.

I det medicinske paradigme er pishen truslen om smerte, invaliditet eller endda døden. Guleroden er lovningen på den sikre og i nogle tilfælde endda smertefrie fødsel (Fahy 2002:8). Hverken Foucault eller Fahy gør sig overvejelser om, hvordan jordemoderparadigmets strafsanktioner og lovede belønninger adskiller sig fra det medicinske paradigmes. Man kunne forestille sig en belønning, der handler om, at jordemoderen er hos den fødende, støtter den fødende og giver hende den fødselsoplevelse, hun ønsker. Omvendt vil trusselscenariet så være en fødsel, hvor kvinden udsættes for unødvendige interventioner med forøgede risici til følge.

Hvor læger opererer med trusselscenarier, der handler om liv og død, betyder jordemoderens insistensen på fødslen som en normalproces til gengæld, at kvindens oplevelse af fødslen bliver fokus for jordemoderens indsats, snarere end elimineringen af risici. Dermed ikke sagt, at der ikke i praksis er store overlap mellem fokus på henholdsvis fødselsoplevelsen og risici. De to discipliner tilbyder ikke desto mindre to forskellige *fortællinger*, som kan sættes til stadig

genforhandling, hvor det springende punkt er, hvorvidt fødslen primært er en normal hændelse eller en risikofuld affære.

I Danmark er det ikke op til kvinden selv at til- og fravælge jordemødre og læger. Jordemoderen er den professionelle, som kvinden møder, og jordemoderen kan så eventuelt henvise til en læge. I Saskatchewan kan kvinden omvendt vælge, om hun ønsker en læge eller en jordemoder som fødselshjælper, hvorfor det bliver afgørende for Saskatchewan's fødselshjælpere, hvorvidt kvinden selv opfatter sig som sygeliggjort og dermed behandlingskrævende eller som sund og rask. Bortset fra jordemødrenes begrænsede kapacitet, giver det også en ekstra magtdimension til den fødende, at hun vælger sin egen fødselshjælper, hvorimod hun i Danmark får en tildelt.

Der er ifølge Fahy en stor sandsynlighed for, at en kvinde i fødsel ikke udfordrer den disciplinære magt uanset sin magtposition, fordi hun befinder sig i en fysisk svækket, som tilmed er fysisk smertefuld. Fahy mener derfor også, at der er en stor risiko for, at hun dels ikke udfordrer den disciplinære magt, og såfremt hun alligevel gør det, så ikke er succesfuld hermed (Fahy 2002:12). Andre undersøgelser viser også, som redegjort for i afsnit 2.4, at kvinden generelt er relativt ukritisk overfor den fødselshjælp, hun tilbydes. Det forekommer derfor sandsynligt, at kampen om magten primært udspilles de to faggrupper imellem uden en nævneværdig indflydelse fra kvinden.

## 5.2 Kuhns paradigmeteori

Jordemødre og fødselslæger møder i deres arbejde de samme objekter: foster, termin, veer, fødsler m.m. Der er imidlertid stor forskel på, hvordan de to grupper af professionelle fødselshjælpere forstår og konceptualiserer fødsler og diverse forhold heromkring (Rothman 2007B:6). Læger og jordemødre kan således have præcis det samme objekt i fokus og alligevel forstå en given situation forskelligt, fordi deres udgangspunkt og referenceramme er vidt forskellig. De danner med andre ord forskellig viden om det samme objekt. Den stadige magtkamp mellem professionerne gennem den historiske udvikling og frem til i dag illustrerer dette.

Eksempelvis bundet tilgangen til minimering af risici hos den fødende også i forskellige forståelser af, hvad risiko er, og hvordan den bedst minimeres.

Jordemødre og læger har med andre ord forskellige referencerammer og agerer derfor forskelligt i relation til de samme objekter. Denne referenceramme kan betegnes som *paradigmet*, som udgør individets forståelse af den objektiverede virkelighed. Et paradigme er ifølge Kuhn: "*predispositions to certain sorts of explanations*" (Marcum 2005:33). Paradigmer er med andre ord rammer, inden for hvilke bestemte forhold problematiseres med bestemte metoder og ud fra bestemte validitetskriterier. Enhver af disse rammer eller paradigmer udgør en cirkulær proces med en konstant vekselvirkning mellem teori og fakta (Marcum 2005:33). Denne vekselvirkning udtrykkes gennem den forskning, der foretages, og den viden der skabes (Marcum 2005:33). Jordemødre og læger har således i et paradigme perspektiv skabt forskellig viden om det samme objekt, fødsler. Referencerammen, indenfor hvilken vi som individer forstår vores omgivelser, er imidlertid ikke i sig selv en forhindring, men derimod en forudsætning for, at vi kan agere, hvad enten vi agerer i vores hverdag eller som forskere. Prækonstruktionerne er nødvendige i produktionen af videnskab for, at videnskaben kan blive frugtbar: "*Rather Kuhn maintained that "prejudice and preconceptions are inextricably woven into the pattern of scientific research, and that any attempt to eliminate them would inevitably deprive this research of its fruitfulness."*" (Marcum 2005:30)

Kuhn operer med paradigmet som det, der går forud for dannelsen af viden, hvorfor individet ikke sætter spørgsmålstegn ved validiteten af den viden, hun fremskaffer indenfor paradigmet (Kuhn 1962:46). Kuhn refererer imidlertid til paradigmer, som i individets samtid kan være så altdominerende, at de udgør individets hele virkelighed. I forhold til læger og jordemødres paradigmer, så eksisterer de imidlertid ikke i praksis uafhængigt af hinanden, men i en konstant vekselvirkning, hvor magten som før beskrevet ikke er entydig. Den enkelte læge eller jordemoder er således også vidende om det andet paradigmes eksistens, omend individet ikke nødvendigvis er vidende om den viden, der eksisterer indenfor det konkurrerende paradigme. Dette gælder særligt for lægestanden i Saskatchewan, som fortsat er så dominerende i den saskatchewaniske kontekst, at

jordemoderparadigmet ikke nødvendigvis virker som en trussel og derfor heller ikke nødvendigvis ofres megen opmærksomhed blandt alle læger. På systemniveau er lægerne bevidste om jordemødre, og de har som tidligere beskrevet deltaget i implementeringen af jordemødre. Men fordi antallet af jordemødre fortsat er yderst begrænset, er der givet langt mellem, at lægen faktisk møder en jordemoder, og han konfronteres således ikke nødvendigvis med det konkurrerende paradigme. I Saskatchewan er magtfordelingen mellem paradigmerne tydelig med lægestanden som det dominerende paradigme og jordemødrene som et underparadigme. Der er imidlertid muligheden for, at jordemødrene vil tilegne sig stadigt mere magt, og dermed også vinde stadigt større grund i paradigmekampen. I Danmark er situationen en anden, idet der ikke på samme måde er et dominerende paradigme men derimod to paradigmer, som eksisterer side om side, og som tilmed formår at samarbejde om de samme objekter. Der kæmpes i Danmark om fordelingen af magten, som før eksemplificeret med Hjemmefødselsordning Sjælland. Det kan imidlertid diskuteres, hvorvidt det er en egentlig paradigmekamp, da læger såvel som jordemødre anerkender berettigelsen af begge discipliners eksistens. Det er på den vis også diskutabelt, hvorvidt de to discipliner i den danske kontekst kan betegnes som paradigmer, der kæmper imod hinanden. Det kan også hævdes, at lægestanden og jordemoderstanden fagligt er så integrerede, at de reelt eksisterer indenfor ét paradigme. Det kan i så fald skyldes, at både jordemoder- og lægestand har rod i en disciplin, som ikke er teoretisk funderet. Derimod arbejder både læger og jordemødre ud fra kliniske praksisser, hvilket de har gjort fra før de var fagligt organiserede og stod sammen om én faglig identitet. I dette lys skal den vidt forskellige udvikling af magtforholdende mellem paradigmerne forklares af udenforstående forhold i samfundet, der ikke direkte afspejles i paradigmet. Vallgårdas teoretiske bud på, hvorfor udviklingen ikke har været den samme i forskellige kontekster, står således ikke i kontrast til paradigmepektivet på udviklingen.

Kuhn anser ikke viden for værende kumulativ, hvorfor et paradigme heller ikke nødvendigvis kan påkalde sig en større grad af rationalitet end et andet paradigme. Værdien i brydninger mellem paradigmer skal imidlertid ikke underkendes, da

radikalt nye ideer netop opstår i bruddet med et paradigme, som fører til et nyt paradigmes opståen, og den stadige kamp mellem paradigmerne gør, at videnskaben bliver en dynamisk proces frem for udelukkende at bestå af statisk akkumulerede fakta. Ifølge Kuhn er der således ikke en rationalitet, som går ud over rationalet indenfor paradigmets rammer. Kampen mellem paradigmer er således ikke et udtryk for rationelle processer om den *bedste vej at gå*. Alt er i Kuhns optik relativt, og der er således ingen rationelle bevægegrunde for at vælge et paradigme over et andet (Kuhn 1962:76 ; Marcum 2005:30-31). Kuhn er imidlertid blevet kritiseret for at hævde, at rationaliteten kun eksisterer internt i paradigmer. Popper opererer også med rationalitetsbegrebet, men han mener i modsætning til Kuhn, at der kan findes rationaler i valget mellem videnskabelige begrundelser og de paradigmer, de hviler på. Med andre ord mente Popper, at paradigmer og teoretiske forståelser går til grunde, når de møder en blind vej og ikke kan klare sig i empiriske tests. Paradigmet består således kun så længe, det kan tilbyde tilstrækkeligt rationelle forklaringer på de undersøgte problemstillinger (Krausz 2000:10-11). I forhold til Poppers argumentation om, at det *bedste* paradigme vinder magten, er det interessant, at den danske fødselshjælp består af to meget forskelligt funderede fagdiscipliner, som fungerer side om side og har gjort det i mere end et århundrede. I Saskatchewan har jordemoderparadigmet været stort set forsvundet for nu at vende tilbage i en ny form, som afviger fra det paradigme, som så at sige gik til grunde i Saskatchewan i den tidlige del af 1900-tallet. En markant forskel er, at jordemoderparadigmet i dag hviler på en formaliseret uddannelse og dermed også er blevet en akademisk *videnskab*, hvilket betyder, at den enkelte jordemoder i Saskatchewan i dag har en faglig identitet, som tidligere tiders jordemødre ikke havde. Det kan på den vis også diskuteres om de jordemødre, der i sin tid tabte magtkampen til lægerne rent faktisk udgjorde et paradigme, eller om jordemoderparadigmet først nu er ved at opstå i Saskatchewan.

Formålet med dette speciale er imidlertid ikke at vurdere den egentlige kvalitet af det ene paradigme i forhold til andet. Formålet er derimod at se på, hvordan paradigmernes forskellige grader af indflydelse i de to kontekster påvirker den oplevelse, kvinden har som modtageren af fødselshjælpen.

Kampen mellem det medicinske- og jordemoderparadigmet er en ideologisk kamp. Kampen om magten i fødselshjælpen er imidlertid også kampen om en klinisk praksis. Det betyder ikke, at det er en kamp om den objektive sandhed. Tværtimod har kampen om fødselshjælpen ideologiske rødder. Kuhns teori er ikke desto mindre en måde at forstå, hvordan videnskabeligheden har udviklet sig og fortsat udvikler sig indenfor de to distinktive paradigmer.

Paradigmetankegangen repræsenterer således i dette speciale en mulig fortolkning af dels det magtspil, der historisk har udspillet sig mellem jordemødre og læger i de to kontekster, og dels den situation, der eksisterer i dag, hvor fødselshjælpen håndteres afgørende forskelligt i de to kontekster.

### 5.3 Schutz' idealtyper

Jeg vil nu vende blikket mod den fænomenologiske teoretiker Alfred Schutz og hente inspiration i hans anvendelse af teoretiske idealtypificeringer. Jeg vil med udgangspunkt i Schutz' idealtyper danne *den idealtypiske jordemoder og læge*. Disse idealtyper vil jeg anvende i den empiriske analyse, hvor jeg vil undersøge, hvorvidt de kan genfindes i empirien, og derunder i hvilket omfang paradigmerne afspejles i den enkelte kvindes fødselsoplevelse.

Schutz anvender en marionetdukke som metafor for den konstruerede idealtyp. Marionetdukken er skabt af samfundsforskeren. Den har ingen bevidsthed, og den kan kun handle ud fra de typiske motiver, som forskeren tilskriver den. "*Idealtypen er kort sagt ikke andet end en model af en bevidsthed uden evnen til at handle spontant og uden en egen vilje.*" (Schutz 2005:170-171)

Ved at anvende Schutz' typificeringer flytter jeg fokus fra systematiseringen af fødselshjælpen og sætter i stedet fokus på det individuelle menneskes aktivitet (Schutz 2005:174). De fødende kvinder, som jeg vil fokusere på igennem den følgende empiriske analyse, møder individuelle læger og jordemødre i kontakten med den organiserede fødselshjælp. Dannelsen af idealtypificeringerne er således en måde, hvorpå jeg bevæger mig fra system til individ, omend i en teoretisk konstrueret udgave.

Inspirationen til udformningen af både den idealtypiske jordemoder og den idealtypiske læge er hentet dels fra den allerede skitserede udvikling i konteksterne og dels fra forskere indenfor sundheds- og samfundsvidenskaberne; Rothman, Erikson og Hulst & Teijlingen.

Skitseringen af udviklingen i begge kontekster har vist, at risikotænkningen og deraf risikominimeringen er skabt af lægestanden. Lægerne systematiserede den foreliggende viden om fødsler og blev stadig klogere på de fysiologiske aspekter af en fødsel gennem forsøg og observationer. Rothman hævder, at det i en medicinsk forståelse af graviditet og fødsel er det altoverskyggende mål, at et velskabt og levedygtigt barn kommer til verden. Risikominimeringen er således det primære fokus for den idealtypiske læge (Rothman 2001:184). Den idealtypiske jordemoder står naturligvis ikke i modsætning til at bestræbe en sikker fødsel. Jordmoderen har imidlertid en ganske anden tilgang til dette mål. Hun betragter således idealtypisk fødslen som en normal begivenhed, der ikke i udgangspunktet opfattes som patologisk, omend en fødsel også i jordemoderens optik altid er forbundet med en hvis fare. Jordmoderen accepterer imidlertid denne fare som en del af den proces en fødsel er, og jordmoderen fokuserer mindst lige så meget på processen som på resultatet. Jordmoderen læner sig derfor også op af en intuitiv viden om kroppens evner og funktioner. Hun indgår derfor i modsætning til lægen i en interdependent relation med den fødende: *"Whether it emerges in the woman or in the midwife, intuition seems inextricably linked with the midwifery discipline."* (Hulst og Teijlingen 2001:171) Den intuitive viden om kroppens evner og funktioner er på mange måder kernen i jordmoderviden. Intuition er en form for viden, der ligger langt fra medicinens eksperimentelle viden. Jordemoderens fokusområde er ikke isoleret til den faktiske fødsel af barnet, men det handler også om at hjælpe kvinden til at komme styrket igennem moderskabets start: *"It is not just the making of babies, but the making of mothers that midwives see as the miracle of birth"* (Rothman 2001:184)

Den medicinske viden har en langt mere aktiv tilgang til elimineringen af risici, hvor den idealtypiske jordemoder accepterer, at en fødsel er forbundet med en vis usikkerhed, og at der altid er en fare for, at noget går galt. Med andre ord opererer jordmoderen med, at der er fare forbundet med en fødsel, mens læger opererer med

specifikke risici. Det kan imidlertid diskuteres, hvorvidt risikominimeringen gør op med det, at der er en fare forbundet med fødslen. Erikson argumenterer således for, at risikovurderingerne er socialt konstruerede i form af de valg, der træffes, omkring hvilke farer der gøres til risici. Erikson mener endvidere, at risikoelimineringen ofte er styret af den teknologi, som er til rådighed (Erikson 2001:218-219).

Den idealtypiske læge ser det som sin opgave i videst muligt omfang at smertedække den fødende under skelen til de risici medicinsk smertelindring kan medføre. Den idealtypiske jordemoder er omvendt ikke fokuseret på at eliminere smerterne. Derimod ser hun det som sin opgave at hjælpe kvinden til at håndtere smerterne. Jordemoderen fokuserer således på at indgå i en dialog med kvinden. Medmenneskelighed og omsorgsfuld støtte er derfor centralt for den gode fødselsoplevelse ud fra et jordemoderperspektiv (Halldorsdottir og Karlsdottir 1996:49).

Idealtyperne kan således overordnet kendetegnes ved deres vidt forskellige tilgange til risikominimering og smertelindring. Idealtyperne kan desuden ses som to modpoler, der er kendetegnet ved en række dikotomier:

<b>Medicinsk viden</b>	↔	<b>Jordemoderviden</b>
Medikalisering	↔	Naturalisering
Risikominimering	↔	Accept af fare som en grundpræmis
Mandlig dominans	↔	Kvindelig dominans
Patologisk fokus	↔	Den normale hændelse i fokus
Resultatorientering	↔	Procesorientering

## 6. Empirisk Analyse

---

Jeg vil nu vende blikket mod de kvinder, der ligger krop til de fødsler som fødselshjælpen handler om. Jeg vil således ved hjælp af kvindens perspektiv overveje konsekvenserne af de to føromtalte fødselsparadigmer og analysere, hvordan paradigmernes idealtyper påvirker kvindens oplevelse af fødslen.

### 6.1 Den indsamlede empiri<sup>13</sup>

Informanter fra både Danmark og Saskatchewan er hentet flere steder fra. Dels har jeg henvendt mig til venner og bekendte samt venners venner osv. Derudover har jeg hængt opslag op på biblioteker og andre offentlige steder. I Danmark fik jeg hængt opslag op i København og Århus og i Saskatchewan i Saskatoon, Regina og Prince Albert<sup>14</sup>. Desuden har jeg i Danmark været i kontakt med hjemmesider med chats for forældre. Endelig har foreningen 'Forældre og Fødsel' desuden sendt min forespørgsel til alle deres medlemmer. I Saskatchewan har jeg ligeledes været i kontakt med hjemmesider for mødre. Jeg har desuden været i kontakt med flere doulaer<sup>15</sup>, som har rundsendt min forespørgsel. Jeg har også forsøgt at tage kontakt til familielæger, som også varetager fødsler, det har dog ikke givet nogen reaktioner.

26 danske kvinder har deltaget med 34 fødselsberetninger, mens undersøgelsen rummer 8 canadiske kvinders historier om 11 fødsler.<sup>16</sup> Den store forskel i antallet af deltagere kan givet tilskrives flere forskellige ting. Det er dog væsentligt, at jeg pga. færre henvendelser fra saskatchewananske kvinder har gjort langt mere ud af at komme i kontakt med potentielle deltagere. Jeg har som sådan henvendt mig til langt flere kvinder i målgruppen i Saskatchewan end i Danmark. En mulig årsag kan være en anden fødselskultur, hvor fødslen mere betragtes som et middel til at få et

---

<sup>13</sup> Beretningerne findes i bilag (vedlagt på cd-rom).

<sup>14</sup> De tre største byer i Saskatchewan.

<sup>15</sup> En doula er en støtteperson, der er tilstede hos den fødende under fødslen. Der er forskellige doula-uddannelser, men doulaerne har intet formelt ansvar og erstatter således ikke jordemødre/læger.

<sup>16</sup> Tvillingefødsler er i denne sammenhæng betragtet som én fødsel, da det er oplevelsen af at være i fødsel, der i fokus og ikke den egentligt fødsel af et barn.

barn end som en særskilt oplevelse. Desuden kan der være en forskel i berøringsangsten i forhold til at deltage i forskningsprojekter, ligesom der også kan være en forskel i, hvor væsentlige forskningsprojekter anses for at være.

Jeg mener, det er væsentligt at sondre mellem de informanter, der har deltaget som en slags vennetjeneste, og så de informanter, som har set mit opslag, fundet det interessant og derfor har valgt at deltage. Nogle informanter er mere reflekterede omkring deres fødselsoplevelse end andre, og nogle havde også på forhånd nogle mere præcise forestillinger om, hvordan de gerne ville have deres fødsel skulle forløbe end andre. De kvinder, der har deltaget fordi, de har fundet emnet interessant, tillægger generelt fødslen en stor betydning, og de giver udtryk for en oplevelse af, at fødslen har påvirket deres forældreskab og liv i øvrigt. De kvinder, som jeg kender personligt, og som har deltaget, fordi de kender mig, er omvendt en mere blandet skare. Selvom deres beretninger ofte er kortere, mener jeg deres perspektiver er meget relevante i forhold til at opnå den videst mulige bredde i empirien.

Geografisk er informanterne fra alle egne af Danmark såvel som Saskatchewan, hvor de fleste dog er fra byen Saskatoon. Det skyldes, at der bor jeg, og jeg derfor har et personligt netværk, som jeg har kunnet trække på. Der er imidlertid en geografisk spredning indenfor de to kontekster. Der er ligeledes førstegangsfødende såvel som flergangsfødende. Uproblematiske såvel som meget problematiske fødsler. Hjemmefødsler og hospitalsfødsler, fødsler med og uden medicinsk smertelindring, enkeltbørnsfødsler såvel som tvillingefødsler. Der bliver således også rejst rigtig mange problemstillinger gennem beretningerne, og langt flere end jeg her har mulighed for at anvende. Der er i alt 45 beretninger, hvilket er meget i forhold til at foretage en dybtgående kvalitativ analyse. Omvendt er det langt fra nok til at kunne generalisere ud fra empirien. Det har derfor været en udfordring at anvende så mange aspekter som muligt fra empirien.

29 fødsler ud af de 45 omhandler førstegangsfødsler. Disse er relevante, fordi kvinden, når hun føder sit første barn træder ind i en helt ny verden, mens hun anden gang har et forhåndskendskab til, hvad det vil sige at være i fødsel, og hun har nogle forventninger til, hvad hun kan forvente af omgivelserne- hvad end de er

gode eller dårlige. Nogle har valgt ikke at skrive om alle deres fødsler, men 10 kvinder fortæller om 2 eller 3 fødsler, og det er interessant, at få et indblik i, hvordan kvinderne sammenligner oplevelserne, og hvad den første oplevelse på godt og ondt betyder for tilgangen til den næste fødsel.

Ud af de 45 fødsler er de 11 sket ved kejsersnit, hvoraf 5 var akutte og 6 var planlagte. Det er således ca. 25% af fødslerne, hvor forløsningen er sket ved kejsersnit. Der er to kvinder fra Saskatchewan som får et kejsersnit. I begge tilfælde er det et akut kejsersnit. I forhold til de planlagte kejsersnit er det særligt interessant at se på, hvordan de tanker, de gør sig før fødslen, og de følelser de har omkring det forestående afviger fra de, der forventer en vaginal fødsel. De akutte kejsersnit er illustrationer på, hvad der sker, når fødslen ikke går som den skal, og disse beretninger er således særligt interessante i forhold til, hvordan komplikationer påvirker kvindens oplevelse af fødslen, både mens den står på men i særdeleshed også efterfølgende.

Ud af det samlede antal fødsler, med undtagelse af de planlagte kejsersnit, er det 11 ud af 39, der har anvendt en epiduralblokade som smertelindring. Da der ligger andre bevægegrunde for valg af smertelindring ved et kejsersnit er beretningerne om planlagte kejsersnit ikke med i overvejelserne omkring det at anvende en epiduralblokade. De akutte kejsersnit er med i målgruppen for anlæggelse af epiduralblokader og tæller med, såfremt epiduralblokaden er anlagt inden beslutningen om kejsersnittet er foretaget. Ud af de 11 fødsler, hvor der er anvendt epiduralblokade, er der også flere, der har anvendt blokaden pga. anbefaling fra jordemoder, læge eller sygeplejerske.

En beretning er skrevet af en kvinde, som selv er jordemoder. Hun beskriver fødslen af sit eget barn, og hendes perspektiv er anvendt sammen med de øvrige beretninger, men derudover også ud fra et perspektiv om, at hun som jordemoder har et professionelt kendskab til fødsler, som gør, at hun kan reflektere over eksempelvis risici på en anden måde end en kvinde, for hvem "fødselsverdenen" er ukendt. Hun har således også et helt andet indblik i, hvor i processen hun er.

Ud af de 45 fødsler er 6 foregået i kvindens eget hjem.<sup>17</sup> Disse 6 fødsler fordeler sig på 4 kvinder, og alle kvinderne er danske. To af kvinderne beskriver altså to hjemmefødsler. Hjemmefødslerne er interessante i relationen mellem lægernes verden og jordemødrenes verden, og det er derfor relevant at se på, om disse kvinders oplevelser afviger fra, de oplevelser kvinder har, når de føder på et hospital. I bilag 1 findes en tabel over hver enkelt kvindens fødselsforløb. I nedenstående tabel 4 ses en oversigt over fødslerne fordelt på konteksterne.

**Tabel 4: Præsentation af den indsamlede empiri i tal**

	Danmark	Saskatchewan
<b>Fødsler</b>	34	11
<b>Kvinder</b>	26	8
<b>Førstegangsfødende</b>	22	7
<b>Epiduralblokada*</b>	3	8
<b>Planlagt kejsersnit</b>	6	0
<b>Akut kejsersnit</b>	3	2
<b>Tvillinger</b>	2	1
<b>Hjemmefødsler</b>	6	0

\*ud af de påbegyndte vaginale fødsler

### 6.1.1 Analysens temaer

Fødselsberetningerne er kodet i Nvivo. Der er både fordele og ulemper ved at anvende softwareprogrammer i analysen af kvalitativ empiri. Da det er en relativt stor datamængde, i og med jeg har anvendt 45 fødselsberetninger, har det været en stor hjælp til at systematisere og tematisere data. Jeg har ikke på forhånd lavet et færdigt kodetræ men har løbende gennem kodningen tilføjet flere temaer (og undertemaer) i form af nodes, hvorfor jeg også har gennemgået kodningen af beretningerne mere end en gang. Tilgangen minder således om en grounded-theory tilgang, omend jeg inddrager udefrakommende teoretiske vinkler i analysen.

<sup>17</sup> 1 af disse fødsler starter i hjemmet, men bliver så flyttet til hospitalet.

Ved at være åben i forhold til nye perspektiver løbende under kodningen sikres det, at analysen ikke bliver "mekanisk" eller fastlåst omkring de på forhånd valgte temaer, men derimod kommer til at afspejle den faktiske empiri. Omvendt har jeg dog også bevidst fravalgt temaer, som er gennemgående for beretningerne og yderst relevante i forhold til kvindens oplevelse af fødslen. Eksempelvis er partnerens rolle, som spiller en vigtig rolle i hovedparten af fødselsberetningerne, ikke analyseret som enkeltstående tema, da dette aspekt er fravalgt i afgrænsningen af problemstillingen. Jeg har efterfølgende, for at sætte det komparative aspekt i fokus, ud fra de i kodningen fremkomne temaer, foretaget mindre delanalyser af dele af empirien. Eksempelvis har jeg udvalgt de fødsler, hvor epiduralblokade er anvendt, og jeg har således identificeret fællestræk såvel som forskelligheder inden for denne mindre del af empirien.

## **6.2 Relationen mellem den fødende og den professionelle**

Jeg vil nu vende opmærksomheden mod analysens første tema. Jeg gennemgår først de saskatchewananske kvinders forhold til fødselshjælperen, for efterfølgende at se særskilt på de danske kvinders relation til deres fødselshjælpere. Endelig vil jeg sammenligne de to kontekster.

### **6.2.1 De saskatchewananske sygeplejersker og læger<sup>18</sup>**

Sygeplejerskerne spiller for Saskatchewan kvinder en vigtig rolle i de indledende faser af fødslen, og det ikke mindst som "gatekeepers" for adgangen til fødestuer, smertelindring og tilkaldelse af læger. Flere af kvinderne giver udtryk for, at sygeplejerskerne var småsure og langt fra omsorgsfulde i starten af fødslen, og at kvinderne i første omgang ikke får den smertelindring de ønsker, fordi sygeplejersken tilsyneladende ikke tror på graden af deres smerter, før kvinden giver højlydt udtryk for dem: "*... I asked with a smile on my face how soon I would be able*

---

<sup>18</sup> Jeg sonderer i den saskatchewananske del at empirien ikke mellem den praktiserende læge og den specialuddannede obstetriker som fødselshjælper, da ingen af kvinderne selv giver udtryk for at sondre mellem de to.

*to 'get some drugs.' I don't recall her response, but I was clearly not getting any drugs any time soon. When she left, I told myself not to ask for drugs again with a smile." (Donna)*

Omvendt giver kvinderne også i høj grad udtryk for, at de møder omsorgsfulde sygeplejersker, der er støttende og hjælpsomme senere i forløbet. Michelle venter på at få en epiduralblokade i flere timer og beskriver i nedenstående citat, hvordan hun føler, at tonen blandt sygeplejerskerne ændrer sig, da de ser hende 'kollapse' i smerte:

*"... Brandon [husband] helped me walk down the hall. He held me up when I had a contraction right in front of the nurses' station, and as he says, "they sure changed their tune when they saw you almost collapse!"(Michelle)*

Kvinderne kobler således den manglende omsorg sammen med den smertelindring, sygeplejersken ikke tildeler dem. Kvinderne beskriver imidlertid også omsorgsfulde sygeplejersker, som er nærværende og medfølelse. Anne skriver eksempelvis: *"The kind nurse held my hand or arm or whole body when my contractions were at their worst."* (Anne)

Sygeplejersken beskrives, i god tråd med Fahys opfattelse af dominerende medicinsk magt, som lægens advokat. Flere af kvinderne fra Saskatchewan fortæller således, at de får tilbudt medicinsk smertelindring af lægen men tøver, sygeplejersken bakker op om forslaget, eksempelvis med argumenter om, at det er nu eller aldrig, hvis de vil have smertelindring, hvorefter kvinderne takker ja.

*"Not long afterwards, the doctor came back in and noticed that my contractions were getting stronger and more painful. He kept saying, "You poor devil!" He offered to give me Demoral. I didn't want to at first but the nurse told me that I can't get one when I want it. It was now or never. So I decided I would take it."(Megan)*

Sygeplejersken taler således lægens sag og advokerer for lægens forslag. Den saskatchewaniske kvinde skal forholde sig til to fagpersoner, hvor den danske kvinde, med mindre der opstår komplikationer, kun skal forholde sig til en enkelt person. Det er ikke nødvendigvis dårligt at have to professionelle, med hver deres kompetencer til rådighed, men det gør det måske sværere at fastholde egne ønsker

til fødslen, hvis der er flere professionelle tilstede, som står sammen om ét synspunkt.

Sygeplejersken beskrives således i empirien primært som enten omsorgsfuld eller ikke-omsorgsfuld, sidstnævnte dog udelukkende i forbindelse med følelsen af manglende smertelindring. Empirien vidner således om, at Saskatchewan's kvinder først og fremmest vægter sygeplejersken som en omsorgsperson, og derudover som gatekeeperen, der tilkalder fødselslæger såvel som anestesilæger.

Fødselslægerne beskrives i andre termer. De beskrives først og fremmest i form af de handlinger, de foretager i relation til fødslen, eksempelvis 'han kom ind og tog vandet', eller 'han foreslog en epiduralblokade. Kun i meget få tilfælde giver kvinderne udtryk for at stille spørgsmålstejn ved lægens anbefalinger og handlinger, hvilket tyder på en stor tillid til lægens ekspertise. Ud af de 11 fødsler føder de 7 med den læge, de har set gennem graviditeten. 3 føder med en ukendt læge, og en enkelt føder med en jordemoder, som ligeledes er en kendt fødselshjælper.

Morgan knytter sig under graviditeten til sin læge, og hun giver udtryk for at have stor tillid til lægens kompetencer: *"I looked forward to each and every checkup with my doctor because I had developed a deep sense of trust in her ability to help me deliver my baby."* (Morgan)

Morgan fødte sit barn på et universitetshospital med mange medicinstuderende, og var imod hendes forventning uden hendes egen læge, hvilket hun fandt forvirrende og utrygt:

*"I was uncomfortable with the hospital staff because I didn't want a bunch of Med. Students watching all of the "vag" checks, though I didn't say so. I was sure I had recently served one of them in the restaurant I had worked in during pregnancy. It was really awkward being a guinea pig for all of them, and I didn't know who my doctor or nurse was, they kept changing."* (Morgan)

Morgans egen læge dukker først op dagen efter, hun har født sit barn ved akut kejsersnit. Utrygheden under fødslen er efter hendes eget udsagn en medvirkende årsag til, at hun siden får en depression.

Megan beskriver ligeledes, hvordan hun følte sig upersonligt behandlet. Lægerne foretager i hendes øjne udelukkende tests og fysiske undersøgelser. De *ser* hende ikke som person. Fødslen ændrer sig da, der endelig er en læge, som viser sympati for hende som person- og ikke *kun* ser hende som endnu en fødende:

*“There was finally a doctor that felt some kind of sympathy towards me. Some of the other doctors on call or even some of the residents didn't seem to care. I was just another woman coming to have her baby. I didn't like that at all. There was even a time when I would see a doctor or a resident walk in the room and I would just spread my legs.”* (Megan)

Megan og Morgan får begge en dårlig start på fødslen, hvor de er utrygge, fordi deres egen læge ikke er til stede, og de tilses af ukendte læger og studerende. Megans oplevelse bliver vendt til noget positivt, fordi der dukker en læge op, som hun føler sig hørt af, og som hun derfor er tryk ved. Morgan møder ikke en læge hun føler sig hørt af. Hun er i tvivl omkring beslutningen om kejsersnit, hun ved ikke hvor længe barnet kan klare sig efter vandafgang, men hun indvilger i kejsersnit 12 timer efter vandafgangen, da en sygeplejerske fortæller hende, at det er den normale procedure, uden at hun har fået sin tvivl vendt med nogen, og hun er ikke i dialog med en læge omkring beslutningen.

Det forekommer ligefremt, at det er vigtigt at føle sig hørt og have en dialog med de professionelle, når der opstår komplikationer. Det at Morgan mod sin forventning ikke føder med sin egen læge, men i stedet skiftende forbipasserende læger, gør det givet sværere at håndtere fødslen. Det er måske især *forventningen*, som ikke bliver indfriet, der gør det svært for Morgan. Mens det givet er godt for de kvinder, der føder med deres egen læge i det canadiske system, hvor kontinuitet vægtes højt, så er det muligvis til gengæld ekstra slemt for de, som mod forventningen ikke gør. I det danske system, hvor kvinden ikke forventer at møde et kendt ansigt, har det den fordel, at kvinden er forberedt på at skulle føde med den, der er på vagt.

Megan er den, der reflekterer mest over lægens rolle under fødslen. Som allerede beskrevet følte hun sig upersonligt behandlet i forbindelse med den første fødsel. Megan har også beskrevet sin anden fødsel, hvor hun føder med sin praktiserende læge og dennes praktikant. Megan er rigtig glad for sit andet barns fødsel og beskriver opsummerende oplevelsen således: *“ Having my doctors there for the birth of*

*my child was so relieving. I didn't have to explain myself and reexplain myself to every doctor that came in the room or even open up my legs to everyone."* (Megan)

## 6.2.2 De danske jordemødre og læger

Fødsler er forskellige og kvinder reagerer vidt forskelligt på det at være i fødsel. Blandt de danske informanter ses to tendenser, som dog ikke er gensidigt udelukkende. Nogen søger ind i sig selv, og de bruger eksempelvis hypnose og meditation. Andre rækker ud efter støtte og hjælp. For nogen spiller jordemoderen på den måde en *birolle* i historien om deres barns fødsel, mens jordemoderen for andre er *hovedrolleindehaveren*, og en person som de føler sig meget afhængige af.<sup>19</sup>

Flertallet af kvinder giver udtryk for en stor tiltro til de jordemødre de møder. Hvis jordemoderen foreslår akupunktur og en fødebold, så bruger kvinden det, og hvis jordemoderen foreslår en epiduralblokade, så tager kvinden imod det. Det er givet ikke tilfældigt, hvornår jordemoderen foreslår det ene og det andet, men beretningerne efterlader alligevel samlet set et indtryk af, at de fleste kvinder følger jordemoderens anvisninger uden forudgående kritisk stillingtagen.

Nogle af de danske kvinder lægger imidlertid omvendt stor vægt på *selv* at føde uden unødigt indblanding fra jordemoderen. Det er særligt andengangs fødende, som ikke havde en god førstegangsoplevelse. De har gjort meget ud af at forberede sig på fødslen, og har derfor også en klar ide om, hvordan de gerne vil, at deres fødsel skal forløbe. Udover andengangs fødende med en dårlig oplevelse i bagagen, gælder dette også for enkelte førstegangs fødende. Disse førstegangs fødende er meget angste for fødslen, men gennem graviditeten finder de en ro i tilrettelæggelsen af fødslen. De beslutter i flere tilfælde, at fødslen skal foregå hjemme, hvor de i højere grad føler, de får indflydelse på fødselens forløb.

Marikka er en af de kvinder, der havde en dårlig førstegangsoplevelse og efterfølgende har nogle klart definerede ønsker til sit andet barns fødsel: "*Heldigvis*

---

<sup>19</sup> Partneren kan ligeledes være til stor støtte og hans tilstedeværelse er for mange ligeledes afgørende. Det ændrer dog generelt ikke på vægningen af den professionelle støtte.

*var jordemoderen meget lydhør overfor mine ønsker, og jeg syntes, at det tegnede til at blive et ok samarbejde hende og jeg i mellem.” (Marikka)*

Det er imidlertid langt fra alle de danske kvinder, der betragter forholdet til jordemoderen som et *samarbejde*. Nogle af de danske kvinder føler sig meget *afhængige* af deres jordemoder, og mens Marikka var glad for at få lov til indimellem at være alene og selv arbejde med vernerne, så har andre brug for kontinuerlig støtte og bliver angste, hvis jordemoderen er fraværende. I forhold til den idealtypiske jordemoder er både birolle- og hovedrolleindehaveren for så vidt en del af jordemoderens opgave. Idealtypisk spiller hun en birolle i forhold til at lade kvinden føde på egne præmisser, mens hun samtidig spiller en hovedrolle ved at yde kontinuerlig støtte og nærvær til den fødende gennem hele forløbet. Det er imidlertid interessant, at de danske kvinder vægter disse aspekter af jordemoderens arbejde forskelligt. For de kvinder, som ikke følte, de fik den støtte, de havde behov for under deres første fødsel samt de kvinder, som generelt er utrygge ved fødslen er det desuden karakteristisk, at de vender behovet for tryghed til et behov for at føde på egne præmisser.

De danske læger beskrives i andre termer end jordemødrene. En stor del af forskellen kan givet tilskrives, at de fødende kun møder lægen, hvis komplikationer opstår, og situationen er derfor en anden end ved den *normale* fødsel. Det er givet vigtigt, at alle de professionelle, en kvinde møder, lytter. I den danske del af empirien beskrives det imidlertid især i forbindelse med kommunikationen med læger, at det betyder meget for den fødende at føle sig hørt. Bente beskriver det eksempelvis således: *”... hen på aftenen begyndte en fødselslæge at tale om kejsersnit. Det var jeg ikke meget for. Men jeg oplevede mig som hørt af denne læge. At vi respekterede hinanden og samarbejdede om det at føde min datter.”* (Bente) Bente lægger altså vægt på dialogen og samarbejdet med lægen, hvor hendes stemme bliver hørt. I de mere akutte situationer er en mere autoritær læge ikke nødvendigvis et dårligt møde. Der er flere kvinder, som i deres beretninger giver udtryk for, at det, hvis der opstår akutte komplikationer, er betryggende med en læge, der kommer ind og tager styringen. Det giver ro. Lise beretter eksempelvis om en læge, der kom ind og tog

hendes søn med en sugekop på et tidspunkt, hvor hun ellers følte, at der herskede uro omkring hende. Hun har presset i en time, uden at noget er sket, og jordemoderen tilkalder en læge. De taler om barnets dårlige hjertelyd og kejsersnit, og Lise fornemmer en panikstemning, indtil lægen tager styringen:

*" Derefter vendte lægen sig om, kiggede mig direkte i øjnene, sagde "Hej, jeg hedder Jan (eller hvad han nu hed), og jeg tager din søn med kop. Han er ude om to veer. Kan du klare det? På næste ve hev han Louis et stykke ned, og næste ve igen hev han ham ud." (Lise)*

Der er således de to spor, der går igen. Ved komplikationer, som ikke er mere akutte end der er tid til overvejelse, vægtes det meget højt, at kvindens perspektiv bliver hørt, og at lægen lytter. Ved komplikationer som er meget akutte sætter kvinden pris på en læge, som udviser autoritet og tager føringen, da det får dem til at føle sig trygge midt i det kaos, de ellers føler, de befinder sig i.

Endelig er der flere blandt de danske kvinder, som skriver, at lægen var omsorgsfuld, og at de føler han eller hun gjorde en ekstra indsats for dem. Sussi, som fik et planlagt kejsersnit, runder eksempelvis sin beretning af med disse ord:

*"En person som er værd at nævne en ekstra gang i min fødselsberetning er lægen, som bestemte, at svangerskabet skulle afbrydes. Han var utrolig sød og omsorgsfuld og dukkede op flere gange i løbet af den tid, vi var indlagt for lige at se, om alting gik godt. En opførsel langt ud over hvad jeg forventede af en læge." (Sussi)*

Det at kvinderne giver udtryk for at være overraskede over omsorg fra lægens side, kan tolkes som om, kvinderne har en forventning om snarere at møde den idealtypiske læge, som *kun* er resultatorienteret. Det virker derfor som en meget positiv oplevelse, når lægen udviser menneskelig omsorg.

### **6.2.3 Sammenligning af relationen til fødselshjælperen**

Både de danske og saskatchewananske kvinder lægger imidlertid stor vægt på fødselshjælperens omsorg, og de husker øjeblikket da de fik en hånd at holde i, en arm om skulderen eller et medfølelse blik fra den professionelle fødselshjælper:

*"Mette [jordemoder] sidder foran mig, tilbyder en hånd at holde i under en hård ve, og jeg slipper den ikke igen." (Kristina)* Anne beskriver ligeledes, hvordan sygeplejersken omsorgsfuldt tog sig af hende:

*"The kind nurse held my hand or arm or whole body when*

*my contractions were at their worst.*" (Anne) Kvinderne er på den vis fælles om at værdsætte den omsorg, de bliver tildelt.

De fødendes behov er langt fra ensrettede, og nogen har brug for mere eller mindre fysisk støtte og omsorg fra fødselshjælperen. Fælles for kvinderne er desuden, at den *gode* fødselsoplevelse forudsætter den *gode* fødselshjælper.

Det er kendetegnende for hele den danske empiri, at de ikke forventer omsorg fra lægen, hvorimod de forventer den fra jordemoderen. Det er den samme tendens som ses i Saskatchewan, hvor de heller ikke giver udtryk for at forvente omsorg fra lægen. De forventer til gengæld i høj grad omsorg fra sygeplejersken, hvor det vigtige i relationen til lægen først og fremmest er, at de føler empati fra lægen, og at han eller hun ser dem som individuelle mennesker. Det ville være forventeligt, at de danske kvinder i højere grad lagde vægt på at føle sig hørt af jordemoderen end tilfældet er. Det er de færreste danske kvinder, som møder en læge i forbindelse med en fødsel. Hvor den canadiske sygeplejerske vil tilkalde en læge ved den mindste mistanke om en komplikation, vil jordemoderen i langt flere tilfælde selv varetage forløbet, hvorfor dialogen med jordemoderen også forekommer vigtig. En mulig forklaring er, at jordemødrene er rigtig gode til at indgå i en dialog med den fødende og lytte til hende, hvorfor behovet for at føle sig hørt ikke opstår eksplicit, hvilket også stemmer godt overens med den idealtypiske version af jordemoderen, som fokuserer på *det hele menneske*. Der er dog også enkelte eksempler i empirien, hvor kommunikation mellem kvinden og jordemoderen slet ikke fungerer.

Der er imidlertid en differentiering at spore mellem de to kontekster i synet på lægens rolle. De saskatchewananske kvinder vil gerne *ses* som mennesker. De søger således empati og indlevelse fra lægens side. Det er der også danske kvinder, eksempelvis Sussi, som værdsætter. Kvinderne giver imidlertid i højere grad udtryk for et behov for at føle sig hørt. En del af de danske kvinder ønsker med andre ord indflydelse på den behandling, de modtager. De udtrykker således en *holdning* til lægens arbejde, og de anser ham ikke for værende den *suveræne ekspert*.

Et fællestræk, som går igen i både Danmark og Saskatchewan er, at såfremt kvinden giver udtryk for ikke at frygte fødslen, men derimod at glæde sig til den, da giver hun også udtryk for tillid til sine fødselshjælpere og det system, hun skal føde indenfor.

Tilliden til fødselshjælpen er vigtig. Det kan være tilliden til et system som det danske system, hvor kvinden ikke forventer en kendt fødselshjælper men har en grundlæggende tillid til systemet. De saskatchewananske kvinder knytter snarere tilliden til den respektive læge, de forventer at føde med, hvilket sætter dem i en sårbar position i de tilfælde, hvor lægen ikke er tilstedeværende ved fødslen.

Den disciplinære magt i relationen til fødselshjælperen beskrives indirekte i både Danmark og Saskatchewan gennem kvindernes passivitet i situationer, hvor fødselshjælperen går imod kvindens ønsker. Megan forholder sig eksempelvis passivt til, at hun ikke får sit barn op til sig, selvom der ikke ville være noget i vejen for det:

*"They asked my husband to cut the cord and they brought Juliana under the warmer. I guess with the fact that it was a different doctor that delivered the baby and not the doctor that was there earlier..... they forgot to put the baby on my chest."* (Megan)

Megan har på dette tidspunkt endnu ikke mødt sit barn. Hun ved, at barnet er sundt og rask, men lægen tænker ikke på at give hende til moderen og lægger hende i stedet under en varmelampe. Megan venter pænt.

Anne har ikke lyst til at ligge på ryggen og føde, men i stedet for at give udtryk for sit ønske bøjer hun sig uden indvendinger for lægens forslag: *"My doctor encouraged me to lie on my back once I was fully dilated. Although I was adamant from getting off my knees, I submitted."* (Anne)

Danske Charlotte starter fødslen hjemme, men da vandet går er det grønt, og fødslen flyttes til hospitalet:

*"Da vi ankom til hospitalet oplevede jeg at der skete et skift hos mig og hos min jordemoder, som var taget med hjemmefra. Jordemoderen var nyuddannet og det var hendes første hjemmefødsel. Jeg oplevede at hun skiftede fra at agere på mine/fødsels præmisser til at agere på procedurernes præmisser. Jeg blev også selv mere passiv i forhold til hvordan jeg*

*havde fungeret derhjemme. Jeg mistede min egen kreativitet og gjorde "hvad der blev sagt". Jeg havde hele tiden tænkt at jeg ikke ville føde liggende. Men da jeg så kom ind på hospitalet havde jeg ikke idé til at foreslå at jeg ikke skulle ligge ned, selvom jeg fysisk næsten ikke kunne overskue den stilling. Det var ligesom om, at jeg kom ind på autoriteternes område og dermed accepterede deres vejledning som mere kvalificeret end min egen fornemmelse for min egen krop." (Charlotte #1)*

Charlotte opfatter passiviteten som et resultat af de medicinske rammer, og beskriver hvordan hun føler at både hende selv og jordemoderen bliver mere passive ved ankomsten til hospitalet. Hun oplever altså, at både hun selv og jordemoderen underlægger sig den medicinske magt, da de træder ind på hospitalet.

### **6.3 Opfattelsen af risici**

Jeg vil i dette afsnit overveje kvindernes opfattelse af risici forbundet med fødslen, og hvordan de forholder sig til komplikationer, og herunder både planlagte og akutte kejsersnit. Jeg inddrager dette afsnit for at analysere, hvorvidt de meget forskellige idealtypiske tilgange til risikoelimineringen afspejler sig i kvindernes oplevelse i de to kontekster.

Der er en del kvinder i begge kontekster, som forholder sig til et ønske om en naturlig fødsel i modsætning til en medicinsk. Beskrivelsen af deres tanker før og under fødslen er primært koncentreret, dels om de forventede smerter og dels om det at få barnet i armene for første gang. Det er imidlertid kun meget få kvinder i empirien, som forholder sig til fødslen i risiko-termer. Der er stor forskel på tilgangen til den vaginale fødsel og kejsersnittet. Tankerne om den vaginale fødsel er primært centreret om smerterne. Blandt de danske kvinder handler det om evnen til at *håndtere* smerterne, mens det blandt de saskatchewaniske kvinder handler om et ønske om *lindring* af smerterne, hvilket vil blive uddybet i afsnit 6.4. Kvindernes overvejelser omkring kejsersnit deler sig i to grupper i begge kontekster; nogen forbinder kejsersnit med risici. De er bange for at overlade deres liv i lægens hænder, og kejsersnittet bliver en mental kamp med deres dødsangst. For andre er

kejsersnittet en betryggende mulighed i tilfælde af komplikationer. Det er primært de samme tanker og overvejelser kvinderne gør sig, hvad enten der er tale om planlagt eller akut kejsersnit. Forskellen ligger i hvornår tankerne opstår; de kvinder der får et planlagt kejsersnit, forbereder sig mentalt på forhånd og forliger sig med tanken om kejsersnittet. Omend nogen af dem stadig er nervøse og bekymrede, har de alle accepteret kejsersnittet, før det faktisk sker: Bente får et planlagt kejsersnit og har svært ved at forlige sig med tanken om at overlade sit liv i lægens hænder, men: *"I det øjeblik jeg lagde mig på operationslejet og rakte højre arm ud faldt jeg til ro. I det øjeblik forligede jeg mig med tanken og følte, at det vigtigste nu var at vi fik vores lille barn godt ud."* (Bente #1)

De kvinder der får et akut kejsersnit når imidlertid ikke på samme måde at forlige sig med tanken om det, der skal ske, før det sker, og kejsersnittet er således for de fleste en voldsom oplevelse, der er forbundet med stor angst, særligt, hvis de allerede før fødslen frygtede et kejsersnit.

Morgan bliver anbefalet et kejsersnit 12 timer efter, at vandet er gået, fordi hun er 4 cm åben og har været det i adskillige timer uden at åbne sig mere. Hun er usikker på, hvor længe barnet kan klare sig efter vandafgang og indvilliger derfor i kejsersnit, uden dog at tale med nogen om sine bekymringer. Morgan beskriver oplevelsen af det akutte kejsersnit således:

*"The surgeons seemed in control, very calm and collected. Too calm, they discussed last night's episode of Lost, talking as if they were having a cup of coffee. I was horrified. I wanted to say, "can you just focus on cutting me up please?" I feared they would make a mistake and something horrible would happen to me or my baby. Then I feared jinxing the whole thing by thinking about it too much. I couldn't believe how unprofessional it all seemed to me, and I could barely breathe. I just lay there, arms extended like wings, teeth chattering, crying. Why was it happening like this? Why couldn't I do it?"* (Morgan)

For Morgan, som er bange for den intervention et kejsersnit er, er lægernes normalisering af oplevelsen ikke betryggende. Andre kvinder, som er trygge ved at få foretaget et kejsersnit, beskriver, at der var en let og munter stemning på operationsstuen, og at det var med til at berolige dem.

Den voldsomme karakter af oplevelsen af et akut kejsersnit hænger givetvis i høj grad sammen med, at kejsersnittet implicit er ensbetydende med en akut opstået komplikation. Flere af de danske kvinder, der får akut kejsersnit, ligger imidlertid også på operationsbordet og *ryster som et espeløv*, mens de frygter for deres eget liv.

Der kan ikke ud fra empirien identificeres en forskellig tilgang til kejsersnittet mellem de to kontekster. Den forekommer derimod at være afhængig af individuelle forhold. Der er imidlertid kun to af kvinderne fra Saskatchewan, som får et kejsersnit, hvoraf den ene efterfølgende beskriver kejsersnittet som en god oplevelse, mens den anden oplever kejsersnittet som meget traumatisk.

I forhold til risikotilgangen tyder empirien imidlertid på en forskel mellem kvinderne i Saskatchewan og Danmark, når det kommer til hindeløsning før terminen og andre interventioner med det formål at fremskønne fødslen. Flertallet af kvinderne fra Saskatchewan anser disse indgreb for nærmest selvfølgelige, og de overvejer ikke eventuelle risici forbundet hermed. Megan får eksempelvis på eget initiativ løsnet hinder både 1½ uge før terminen og igen 4 dage før terminen, fordi hun er træt af at være gravid, og det vil passe godt ind i hendes kalender.

Morgans læge tilbyder at løsne hinder 6 dage før terminen. Morgan vil gerne føde naturligt, og hendes første tanke er, at det er en unødvendig intervention. Hun er en af de eneste saskatchewaniske kvinder, som sætter spørgsmålstegn ved lægens vurderinger og tilbud. På den anden side glæder hun sig til at møde barnet, og hendes mand har fri de næste dage, så det ville være belejligt at sætte fødslen i gang. Hun ender derfor med at sige ja tak til lægens tilbud og får løsnet hinder.

Der er ifølge empirien ingen af de danske kvinder, der overvejer at bede om en hindeløsning eller igangsættelse før terminen. Det står imidlertid åbent, hvorvidt det skyldes en egentlig forskel imellem kvinderne eller, om det er fordi det danske system forholder sig mere restriktivt til hindeløsning med mere, og de danske kvinder derfor ikke anser det for værende en mulighed.

Flere af de danske kvinder beskriver, at de i løbet af graviditeten, er nervøse på trods af jordemoder- og læge tjek samt scanninger. Der sidder stadigvæk en snert af

tvivl tilbage, og kvinderne er ikke helt overbeviste om, at det nu er rigtigt, at alt går som det skal. Sigrid skriver eksempelvis: *"Mine følelser som førstegangsgavid svingede mellem lykkelig forventningsglæde og bekymring for, om det hele nu var så fint og normalt, som scanninger og jordemoderbesøg forsikrede mig om."* (Sigrid) Der er også eksempler i empirien på, at de danske kvinder takker nej til interventioner, hvilket der ikke er i den saskatchewaniske del af empirien. Kvinderne i Saskatchewan giver indirekte udtryk for en stor tiltro til scanninger, tests og de professionelles vurderinger. Jane er således den eneste, der giver udtryk for at sætte spørgsmålstegn ved lægens ord. Hun mener selv, at hendes vand er gået. Det siver langsomt ud af hende. Lægens test er imidlertid negativ og hun bliver sendt hjem igen. Da hun i flere timer har haft vand løbende ned af benene tjekker hun ved hjælp af internettet tegn på vandafgang og hun finder ud af, at det faktisk er fostervand, der løber ned af hendes ben. Der er altså tale om en decideret fejl, som får hende til at betvivle teknologiens dom og lægens ord. Empirien tyder således på en stor grad af disciplinær magt i Saskatchewan, hvor kvinderne i høj grad anser lægen for værende eksperten.

Der findes i empirien udtryk for ønsker om den *naturlige* fødsel, primært som modpolen til en fødsel, hvor medicinsk smertelindring anvendes. Der findes kun meget få overvejelser omkring anvendelsen af teknologien, og bekymringerne for diverse risici bliver ifølge empirien først fremtrædende når komplikationer opstår. Eksempelvis hvor kejsersnittet bliver en realitet. Risikofænomenet og anvendelsen af teknologien i elimineringen af disse, må overordnet siges at være aspekter af fødslen, som kvinderne ikke bekymrer sig meget over, hvilket vidner om en stor tillid til den organiserede fødselshjælp og de fødselshjælpere, kvinderne møder.

## **6.4 Smerten**

Jeg vil på de følgende sider sammenligne fødsler, hvor der anvendes epiduralblokader med fødsler, hvor der ikke anvendes medicinsk smertelindring. Afsnittet er ikke opdelt i en egentlig sammenligning mellem Danmark og Saskatchewan. Som beskrevet i afsnit 4.4, så er der et vidt spænd i anvendelsen af epiduralblokaden fra Danmark til Saskatchewan, og som beskrevet i afsnit 6.1

afspejles denne forskel også i den indsamlede empiri. Sammenligningen af oplevelsen med og uden epiduralblokade er således en implicit sammenligning af Danmark og Saskatchewan, hvor jeg imidlertid løbende også analyserer på begge konteksters såkaldte undtagelser; de kvinder i Saskatchewan, som ikke anvender en epiduralblokade og de danske kvinder i empirien, som anvender en epiduralblokade. Endelig vil jeg sætte fokus på relationen mellem smertehåndteringen og følelsen af at være i kontrol.

Smerter er en uundgåelig del af livet. Mange fysiske smerter kan undgås og bekæmpes, men det er svært at komme uden om, at livet nogen gange gør ondt, hvis ikke på krop så på sind. Smerte er imidlertid ikke noget vi vanligvis tilstræber, og det at lindre en fødende kvindes smerter er langtfra et nyt fænomen. I dag har man imidlertid med epiduralblokaden fået en effektiv smertelindring, der i de fleste tilfælde gør kvinden smertefri. Det er derfor interessant at undersøge, hvorvidt den medicinsk smertefrie fødselsoplevelse varierer fra den naturligt smertefulde oplevelse.

Der bliver anlagt en epiduralblokade ved fire af de danske fødsler på fire forskellige kvinder. Ved 8 af de 11 canadiske fødsler bliver der ligeledes anlagt en epiduralblokade. 2 kvinder får epiduralblokeer ved 2 fødsler og empirien indeholder således 6 canadiske kvinders beskrivelser af fødsler med epiduralblokeer. Ved 2 af de 3 fødsler, hvor der ikke anvendes en epiduralblokade, har kvinderne på forhånd bestemt, at de ikke ønsker en epiduralblokade men ombestemmer sig så i forløbet, men da er der ikke en anestesilæge til stede. Melissa, som er den eneste, der ikke under fødslen beder om en epiduralblokade, har en jordemoder med til fødslen og altså ikke en læge, men også hun overvejer under fødslen at få en epiduralblokade:

*"I am not sure how long we were in there [in a tub], but I remember with each contraction I was thinking – epidural epidural epidural – and was not sure if I could keep going. But then the contraction would end and I would wait for the next one." (Melissa)*

Melissa finder altså smerterne tæt på uudholdelige, men *bliver* i øjeblikket, og i stedet for at tænke, at hun ikke kan klare at blive ved, tænker hun, at hun lige tager en ve mere.

Evnen til at forblive i nuet virker afgørende for, at kvinderne føler sig i stand til at håndtere smerterne uden medicinsk smertelindring. Morgan viser således i nedenstående citat, hvordan hun mister kontrollen, og ikke kan overskue at blive i situationen, og hun vælger derfor en epiduralblokade. Fødslen skrider langsomt frem, hun føler ikke, at hendes mand bakker op om hende, og hendes egen læge dukker imod forventningen ikke op.

*"I started to lose control. I started to feel like I never had control in the first place. I started to think, "I can't do this anymore, I want this to be done." I saw no other way out, I was exhausted and didn't want to be in so much pain. I ordered an epidural. About three hours later an anaesthesiologist showed up to administer it. I was weak, shaky and totally depressed. This was not what I wanted my birth to be like. It seemed like my body was not living up to its expectations, like it was incompetent." (Morgan)*

Morgan beskriver også, hvordan hun må vente i adskillige timer på at få epiduralblokaden anlagt efter, at beslutningen om blokaden er taget. Det er hun langt fra den eneste, der må. Ud af de 8 canadiske fødsler, hvor blokaden er anvendt, må halvdelen vente i flere timer, før de faktisk får smertelindringen ordineret. De beskriver samstemmende, hvordan smerterne forekommer uoverkommelige i ventetiden, hvor de *kun* venter på smertelindringen, og derfor oplever smerterne som nyttesløse. De oplever at sygeplejersken først reagerer og sender bud efter anestesilægen, når kvinden viser tydelige tegn på smerter. Michelle beskriver det således: *"Brandon helped me walk down the hall. He held me up when I had a contraction right in front of the nurses' station, and as he says, "they sure changed their tune when they saw you almost collapse!""* (Michelle)

Michelle føler altså først, at hun bliver taget alvorligt, da det er fysisk synligt for sygeplejerskerne, hvor ondt hun har. De kvinder der ikke må vente forgæves på smertelindring i timevis, bliver omvendt opfordret til at få en epiduralblokade tidligt

i forløbet, hvor de egentlig ikke selv føler et behov for smertelindring, men siger ja, fordi de får at vide, at de ikke kan regne med, at der vil være en anestesilæge til rådighed senere i forløbet.

*“... the nurse asked me if I wanted an epidural. I told her that I could handle my contractions at the moment, but might need one later. She told me that if I was going to want one, I should get it right away while the anesthesiologist was around and available [...] I said yes to the nurse to get an epidural sooner rather than later. The contractions were starting to get almost unbearable anyways.”* (Megan)

De tre canadiske kvinder, som føder uden en epiduralblokade, har meget forskellige oplevelser af, hvordan det var. For Candice er det hendes anden fødsel, og hun har på forhånd bestemt sig for at ville prøve uden en epiduralblokade. Hun ombestemmer sig under fødslen, men da er det for sent. Hun finder, at fødslen er hård, og at smerterne gør, at hun er for udmattet til at presse tilstrækkeligt, da hun når frem til pressefasen og barnet bliver taget med sugekop. Anne har som Candice besluttet sig for at ville føde uden en epiduralblokade, men ombestemmer sig så, og hun beder alligevel om en undervejs i udvidelsesfasen. Det kan imidlertid ikke lade sig gøre, og allerede da hun får at vide, at hun ikke kan få en epiduralblokade, er hun lettet, og efter fødslen er hun stolt af sig selv. Den tredje og sidste kvinde, som føder uden en epiduralblokade er Melissa, der som tidligere nævnt føder med en jordemoder. Hun overvejer en epiduralblokade, og hun finder smerterne overvældende, men formår alligevel at håndtere dem ved at blive i nuet og ved at tage en ve af gangen. Melissa har det til fælles med en række af de danske kvinder, at tiden under fødslen bliver sat ud af spil, og at kvinden ikke tænker frem men *kun* er i nuet og tager en ve af gangen. Rikke skriver eksempelvis:

*“Grønne bølger, grønne bølger. Jeg vidste at hvis jeg havde sagt det tre gange, så var veen ved at klinge af og jeg kunne holde en pause. (...) Jeg blev altid overrasket over hvor lang tid der var gået mellem hver gang jeg så på uret. Timerne fløj af sted uden jeg havde nogen tidsfornemmelse.”* (Rikke)

De fire danske kvinder, der får en epiduralblokade, får alle denne anlagt på grund af jordemoderens anbefalinger. De tre på grund af en forøget risiko for komplikationer og den sidste, Sara fordi hun efter en traumatisk førstegangsfødsel er meget angst for fødslen. Empirien efterlader, på trods af at den er langt fra repræsentativ, et klart indtryk af, at epiduralblokaden i Saskatchewan er et standardtilbud til de fødende, såfremt der er en anestesilæge tilstede. Empirien efterlader således også et indtryk af stor tilfældighed omkring ordinationen af epiduralblokader, idet ordinationen er afhængig af udbuddet af epiduralblokader. Kvinderne giver med andre ord udtryk for, at de kan få en epiduralblokade, hvis der er en anestesilæge tilstede, og hvis ikke der er en, så må de vente or måske undvære. Den til tider manglende vilje fra sygeplejerskens side kan imidlertid også hænge sammen med, at kvinderne ikke skønnes at være i aktiv fødsel og derfor "får en søforklaring". Kvinderne venter omvendt i nogle tilfælde i timevis, mens de i andre tilfælde kraftigt bliver opfordret til at få en epiduralblokade, og det virker derfor som om, der ikke foreligger klare rutiner omkring anvendelsen af epiduralblokaden. Der sættes således ikke sædvanligvis spørgsmålstejn ved det fordelagtige i anvendelsen. Omvendt så tilbydes epiduralblokaden i den danske empiri kun til kvinder, hvor det af særlige årsager skønnes at være givtigt med effektiv smertelindring, og der er ingen af kvinderne i den danske empiri, som selv beder om en epiduralblokade. Empirien er langt fra repræsentativ. Kontrasten til den saskatchewananske del af empirien er alligevel slående, hvor det er de færreste, som sætter spørgsmålstejn ved, hvorvidt de skal have en epiduralblokade eller ej.

Der er imidlertid også danske kvinder, der har stor glæde af medicinsk smertelindring, og hvis først de har fået smertelindring, så føler de generelt ikke, at de kan undvære det igen. Lattergassen er imidlertid langt mere anvendt end epiduralblokaden i den danske empiri. Camilla beskriver eksempelvis, hvordan hun ville gøre alt for at beholde masken med lattergas:

*"Jeg havde haft presseveer ca. halvanden time, og han var ikke på vej ud endnu. Så jeg kravlede op på briksen, først på hug. Jordemoderen sagde at det ikke var så godt at få lattergas under presseveerne, hvorfor ved jeg ikke, måske arbejder man lidt mindre målrettet;-) Men i*

*hvert fald fik jeg sagt, at jeg nok skulle gøre alt, hvad hun sagde, hvis jeg bare måtte beholde lattergassen, for jeg kunne slet ikke overskue at presse ham ud uden, det var nok egentlig det jeg var mest bange for. Så jeg beholdt lattergassen, og endte på ryggen på briksen med benene i vejret.” (Camilla)*

Camilla beskriver, hvordan hun føler sig afhængig af smertelindringen, og hun vil gøre alt for at beholde den. Hun tegner således et generelt billede for empirien, nemlig at de kvinder, der modtager smertelindring, er rigtig glade for det og ikke kunne forestille sig at skulle føde uden.

Smerterne kobles i kvindernes beretninger gentagne gange sammen med følelsen af kontrol:

*”Det var i den grad en mental udfordring at arbejde med vernerne, og undgå panik. For mig var det vigtigt at have følelsen af kontrol eller styring af situationen. Ikke fordi jeg mener man kan have kontrol, jeg tror netop man skal give slip på kontrollen, men man er stadig nødt til at være fuldt til stede. Man skal følge med i noget som man ikke selv har kontrol over, tilmed noget inde i ens egen krop som gør hammer nas. Det er også derfor der ikke skal så meget til udefra, for at bringe en ud af fatning.” (Maj)*

Følelsen af kontrol beskrives i relation til oplevelsen af smerten, og specielt de danske kvinder føler sig meget usikre på, om *de* kan leve op til det, deres krop vil fordre af dem. Så længe kvinden føler sig i stand til at håndtere smerten føler hun sig i de fleste tilfælde også i kontrol. Som Maj skriver er det på den ene side vigtigt at have følelsen af kontrol, og samtidig er man nødt til at give los og tage det hele som det kommer. Ønsket om kontrol handler således ikke nødvendigvis om at styre fødselens forløb, men derimod om at være i stand til at kontrollere kvindens egen rolle under fødslen. Det er således også naturligt, at håndteringen af smerten kommer i fokus og også bliver omdrejningspunktet for en eventuel angst for fødslen.

De saskatchewaniske kvinder giver ikke udtryk for at være bange for, hvordan de skal håndtere fødslen. Det kan skyldes det, at de anser epiduralblokadaen for værende en mulighed, hvis de ikke føler, de kan håndtere smerterne- og det uanset om de forventer at anvende en epiduralblokada eller ej. De føler således, at de har 'en udvej' ud af smertehåndteringen, hvis de får behov herfor. Det er måske årsagen

til, at de i langt mindre grad end de danske kvinder, udtrykker en angst overfor, hvordan de skal håndtere smerterne og fødselsforløbet.

#### 6.4.1 Pressefasen

Pressefasen opleves samstemmende af de kvinder, der ikke får medicinsk smertelindring, som en lettelse ovenpå udvidelsesfasen, som de generelt finder langt mere smertefuld. Pressefasen beskrives som hårdt arbejde, men de føler, at de i pressefasen virkelig kan handle, de kan *gøre noget*. Jo mere kvinden kan handle, jo mere bevæger hun sig væk fra den 'rene' smerteoplevelse til at opleve, at hun kæmper for noget og er på vej mod et mål. Den fysiske oplevelse af, at barnet bevæger sig ned gennem bækkenet, er uden tvivl også væsentlig for følelsen af at handle, udover at smerterne er anderledes.

Der er imidlertid stor forskel på, hvordan pressefasen opleves blandt kvinder med og uden medicinsk smertelindring og altså primært mellem danske og saskatchewaniske kvinder. Megan er et eksempel på en kvinde, der er smertefri og så rolig, at hun kan lave sudoku, da hun er ti centimeter åben og venter på at få lov til at presse:

*"The doctor came in and told me I was 10 cm dilated, but that her head hadn't quite descended. (...) I told the doctor that I could wait, so he took off. I turned to my mother and said, well, might as well pass me the Sudoku."* (Megan #1)

Epiduralblokadaen virker altså rigtig godt. Hun er smertefri og så rolig og afslappet, at hun kunne lave sudoku, da hun er 10 cm åben. Så er der de kvinder, som har fået smertelindring, men som ikke er fuldstændigt smertedækkede. Enten virker smertelindringen ikke helt efter hensigten, eller også holder den op med at virke, i nogle tilfælde fordi blokaden ikke virker efter hensigten. Blandt de danske kvinder sker det også med fuldt overlæg for at gøre presseveerne mere virksomme. Disse kvinder oplever pressefasen som meget smertefuld, og mange af dem har en følelse af at være ved at give op. Sigrid, som havde en epiduralblokade, der gradvist holdt op med at virke, beskriver pressefasen således: *"Denne del af fødslen var den mest frustrerende; jeg følte mig ufokuseret, svag og opgivende og tænkte kun på at komme ud af smerten."* (Sigrid)

Der er således stor forskel på, hvordan pressefasen opleves blandt de som har- og ikke har en epiduralblokade. Der er imidlertid også forskel på den følelsesmæssige betydning af overgangen fra udvidelsesfase til pressefase. Megan fortæller, at hun fandt pressefasen med sit andet barn *pinlig*, og at hun derfor ikke pressede rigtigt:

*"I started to push, forgetting how to do it. With two doctors that you respect so much, I was afraid of doing something dumb or embarrassing, so I wasn't pushing correctly for the first 15-20 minutes. When I would accidentally push like I was pushing out a big poop, the doctors would get all excited and say, "Yes, like that! Push like that! It's coming.....Push harder!!!" So finally, I said, Whatever!!! Whatever happens, happens! So then I pushed. I pushed like I was pushing out a big poop. It didn't take long after that."* (Megan #2)

Megan er altså på den ene side meget glad for sine læger, men på den anden side også tilbageholdende i forhold til dem, og har ikke mere tillid til dem end, at hun kropsligt holder igen. Det hænger muligvis sammen med, at hun har en epiduralblokade, og derfor fysisk kan holde tilbage. Hun føler ikke det samme instinktive behov for at presse, som en kvinde, der ikke er smertedækket, gør.

Det kan imidlertid også hænge sammen med, at lægen i Saskatchewan ankommer, ved pressefasens start. Det bliver derfor måske ekstra grænseoverskridende at sprede benene og 'presse livet ud af sig selv'. Det er i hvert fald kendetegnende for Saskatchewaners kvinder, at der sker et skift omkring pressefasens start, og at de "stopper op" og bliver eftertænksomme. Det står i modsætning til de danske kvinder, som kun tænker på en ting, når de når frem til pressefasen, nemlig at presse.

Selvom lægen i de fleste tilfælde er en kendt fødselshjælper og kvinden nærer stor tillid til dennes kompetencer, er hun ikke nødvendigvis tryk ved lægens tilstedeværelse i den meget kropslige situation pressefasen er. Den danske kvinde har omvendt, med mindre hun er så uheldig at nå et vagtskifte, været sammen med jordemoderen i flere timer på det tidspunkt hun når frem til pressefasen, og opnår måske derved en anden tryghed ved situationen.

Desuden giver selve skiftet fra den ene fødselshjælper til den anden i sig selv et opbrud, og overgangen mellem udvidelsesfase og pressefase føles muligvis derved

som større. Det betyder for nogle også, at kvinden føler, at det nu er alvor, nu kommer barnet. Donna beskriver det således: "... [the nurse] told me that I was ready to push! The sound of that made me extremely nervous...was I ready to become a Mom?"

(Donna) Nogle af de danske kvinder overvejer også det forestående moderskab i den tidlige del af fødslen, og i særdeleshed i månederne før fødslen. Men der er ingen af de danske kvinder, der giver udtryk for at reflektere over moderskabets betydning på det tidspunkt, hvor de er 10 cm åbne og begynder at presse. Denne tilsyneladende forskel kan tolkes på flere måder. En mulighed er, at den saskatchewaniske kvinde typisk har et mere distanceret forhold til sin krop under fødslen i kraft af epiduralblokadens og derfor ikke, på samme måde som den typiske danske kvinde er til stede i øjeblikkets kropslige oplevelse. En anden mulighed er, at fordi den typiske saskatchewaniske kvinde er bedre smertedækket, er hun også roligere og derfor i stand til at reflektere over fødselens følelsesmæssige betydning, mens den står på.

## 6.5 Opfattelsen af kroppen

*"The lessons we learn in birth are lessons about how to live – and to die – in, with, and through our bodies."* (Rothman 2007A:xvii)

Kroppen er centrum for fødslen, i den forstand, at kroppen presses til det yderste. Ifølge Rothman er kroppen dermed centrum for den lære, der kan drages fra fødsler; en lære om livet selv og døden med.

En fødsel, det at presse et lille menneske ud af sit skød er en kropslig handling, men der er stor forskel på, hvordan kvinderne opfatter kroppens andel i fødslen, og hvordan de oplever det, at kroppen arbejder *på højtryk*. Jeg vil indlede med de danske kvinders overvejelser omkring kroppens funktion under fødslen, for derefter at vende blikket mod Saskatchewan og sammenligne de to konteksters vægtning af fødslen som en kropslig oplevelse. Dernæst vil jeg sætte de to kontekster i forhold til Foucaults teoretiske begreber.

Danske Sidsel har født to børn, og begge var hjemmefødsler uden medicinsk smertelindring. Den anden fødsel var længe undervejs, men da det så gik i gang gik

det rigtig hurtigt. Hun mener, at den langtrukne start med små veer, der ikke er virksomme skyldes det, at hun er forkølet, og hendes søn er ligeledes syg. Sidsel skriver: *"Jeg var nået til den konklusion at min krop ikke ville "tillade" mig at føde hjemme når jeg selv var syg og Valdemar [søn] var syg."* (Sidsel) Hun får derfor løsnet hinder og lagt et lavement. Den næste morgen vågner hun, fordi hun har små veer, der ikke rigtig gør ondt, og som hun antager er plukveer. Hun har små-veer i et par timer, for så pludselig at have presseveer, og hendes andet barn fødes i løbet af 20 minutter:

*"Jeg var stadig i trusser og t-shirt og følte pludselig en trang til at sætte mig til rette på knæ i min sofa. jeg var kun lige kommet på plads da en kæmpe gigantisk pressevee skyllede ind over hele min krop og jeg udstødte et smertebrøl fra urtiden og alle stemmer og lyde omkring mig forsvandt fuldstændigt. Hele min krop krampede sammen og jeg pressede med voldsom kraft. jeg mærkede væske langs mine ben. Lige med ét hørte jeg Randi [jordemoder] sige Pust UD!!!! og jeg pustede ud med stor lyd og mærkede babys hoved blive født. Jeg havde stadig trusser på og de kæmpede for at få dem af mig, men jeg kunne ikke rokke mig ud af stedet, for i det jeg trækker vejret ind kommer en ny og overvældende pressevee og i samme sekund føder jeg min søn. Kl. 07.15. Min mor krammer mig og jeg hører Mia [veninde] græde og jordemoder Randi som siger at baby er flot og at hun roser mig helt vildt. Jeg sad der på knæ, og følte mig tom, min krop rystede og jeg var meget forpustet. Jeg var låst og havde brug for at blive stående lige hvor jeg stod i et minuts tid. Så kunne jeg vende mig om og få min søn i armene for første gang. Jeg var overvældet af følelser og en larmende tomhed i min krop."* (Sidsel)

Sidsels oplevelse af fødslen, der sker i et langt højere tempo end de fleste fødsler, illustrerer i ekstrem grad, hvordan kroppen fungerer og agerer uden om sindet, og at det kan være svært for hovedet helt at følge med.

Flertallet af de danske førstegangsfødende beskriver, at de på forhånd bekymrer sig over at skulle lægge hovedet til side og lade kroppen råde:

*"Vi lærer så meget om prævention, fortrydelsespiller og abort, ting der hjælper os til at bestemme over vores egen krop. Men når vi så skal overlade til kroppen at bestemme og forlade os på at den godt kan, uden indgriben fra hovedet. Det er svært. Det er rigtig svært i vores tænke samfund, hvor livet leves med hovedet."* (Rikke)

Rikke beskriver videre, hvordan hovedet skal beskæftiges, for at kroppen kan få ”fred” til det, den skal gøre under fødslen. Med andre ord er det for hende nødvendigt, at hovedet ved, hvad der sker med kroppen, for at hovedet kan lade kroppen arbejde. Andre lægger vægt på det umulige i at bevare *kontrollen* under en fødsel, og de føler, at de er nødt til at give helt slip og simpelthen lade kroppen tage over. *”Kontrol tabet er jo totalt når man har veer. Man kan arbejde med kroppen, eller imod den, men den gør alligevel bare det den skal. Hvis man kan arbejde med den, gør det bare mindre ondt.”* (Camilla)

Kroppen skal på den ene eller anden måde have lov til at råde. Et aspekt af dette er også at være i stand til at opholde sig i nuet under fødslen- det der sker lige nu og her, og ikke det, der måske vil ske siden hen, hvilket kan betegnes som en anden måde at lægge hovedet fra sig: *”Der var nu tre minutter mellem veerne, og jordemoderen sagde, at der nok ville gå et par timer eller tre på den måde. Jeg var lige ved at regne ud hvor mange veer det ville blive til, men så huskede jeg det gode råd: Tag en ve ad gangen!”* (Maj)

Der er også bred enighed om, at det at nå derhen, hvor kroppen får lov at tage over, og hvor fødslen bliver en kropslig snarere end en intellektuel oplevelse, der bliver fødslen til en fantastisk oplevelse. *”Aldrig havde jeg forestillet mig min fødsel foregå sådan. Kroppen arbejde på højtryk og mig, som person var sat fuldstændig på sidelinjen. Jeg var og er stadigvæk total høj over den her fødsel.”* (Britt)

Omvendt er det også rigtig svært for kvinden i de tilfælde, hvor det, den fødende føler sker i kroppen, afvises af de professionelle, eksempelvis jordemoderen. Der er en del kvinder, for hvem fødslen er meget længe om, at komme rigtigt i gang. Disse kvinder giver udtryk for, at det er rigtig svært, når det de selv føler sker i kroppen ikke accepteres af de professionelle. Klara ringede til fødegangen, fordi hun havde smertefulde veer. Men veerne var ikke regelmæssige:

*”De mente, at jeg bare havde plukveer, selvom jeg ikke i løbet af graviditeten havde haft en eneste smertefuld plukve. Det var min terminsdag, hvilket jeg fortalte jordemoderen, og jeg kunne fornemme på hende, at hun nu mente, at hun havde at gøre med en pivot førstegangsfødende, der var flippet helt ud, bare fordi hun var nået til terminsdagen. Jeg fik derfor besked på, at jeg kunne ringe igen, når veerne var blevet regelmæssige.*

*Jeg blev meget, meget skuffet og ked af det, og lidt urolig over, hvad der skete med mig. Jeg har altid været meget godt i kontakt med min krop og vidste, at det ikke bare var plukveer. Jeg følte ikke, at de tog mig seriøst.” (Klara)*

Klara oplever med Foucaults ord, at jordemoderen anvender *sit kliniske blik*, og ikke fokuserer på Klara som et helt menneske, men derimod udelukkende stiller en diagnose baseret på veernes beskrevne rytme og tilsyneladende styrke. Klara har imidlertid på det tidspunkt brug for at blive set som det hele menneske hun er. Den jordemoder hun har kontakt med er med anvendelsen af den objektificerende diagnose også langt fra den idealtypiske jordemoder, som i langt højere grad ville lytte til kvindens egen fornemmelse af kroppen.

For andre kvinder der har en positiv oplevelse af fødslen, kan denne også betyde, at kvinden føler, at sind og krop kommer nærmere hinanden. Eva havde en relativt hurtig og ukompliceret fødsel, og hun skriver i efferationaliseringen af, hvad fødslen har betydet for hende, at hun er kommet sin krop nærmere: *”Jeg er stolt af min datters fødsel, og føler at den har gjort mig stærk på et plan. Jeg kender min krop på en anden måde end før, og er stolt af den, altså kroppen.” (Eva)*

Kristina er selv jordemoder og har beskrevet sit tredje barns fødsel. Kristina har en faglig viden om fødsler og den proces, hvorved barnet kommer til verden, og måske er det derfor, at hendes perspektiv er lidt anderledes. For hende er det ikke et spørgsmål om at give kroppen lov til at agere *”på egen hånd”*. Derimod lytter hun til kroppen, og det den fortæller hende: *”Jeg rækker hånden ned og mærker barnets lille varme hoved komme frem. Lytter til Mariannes stemme, puster og presser lige i det tempo hun siger, det stemmer perfekt overens med det min hånd mærker og kroppen fortæller mig.” (Kristina)*

Der er altså blandt de danske kvinder, der føder uden medicinsk smertelindring en oplevelse af fødslen, som først og fremmest er kropslig, hvilket er langt fra det liv de ellers lever- i hjernesamfundet, som Rikke betegner nutidens vestlige samfund, hvor hovedet oftest fylder mere end kroppen.

Samlet set gør de danske kvinder sig mange overvejelser omkring kroppens rolle under fødslen, og det at skulle slippe kontrollen med kroppen, fylder meget i mange

af kvindernes tanker før fødslen. Der er til gengæld ingen af de saskatchewananske kvinder, som omtaler fødslen som en kropslig oplevelse. De forholder sig til smerterne, som jo er kropslige, men de sonderer ikke i beretningerne mellem krop og sind, og de reflekterer ikke over fødslen som en *kamp* mellem disse to. En mulig forklaring på dette kunne være den udbredte brug af epiduralblokaden i Saskatchewan.

Rothman mener, at en fødende kvinde med en epiduralblokade, på mange måder får den samme oplevelse som faderen, der sidder på 'sidelinjen'. Idet smerterne forsvinder mindskes intensiteten af oplevelsen, og selvom fødslen sker i kvindens egen krop, kan hun ikke mærke det og bliver på den måde en observant til fødslen (Rothman 2007C:62). I forhold til Rothmans opfattelse af epiduralblokaden er det dog væsentligt, at epiduralblokaden virker forskelligt fra kvinde til kvinde, og alene i empirien er der således både eksempler på, at kvinden har smerter på trods af epiduralblokaden, og der er ligeledes kvinder, der vitterligt ikke kan mærke deres egne tæer. Men smerterne bliver jo ikke desto mindre svagere, og det er derfor interessant, hvordan det eventuelt påvirker oplevelsen af fødslen. Der er imidlertid ingen af de saskatchewananske kvinder, epiduralblokade eller ej, som forholder sig til relationen mellem krop og sind. Rothmans teori bekræftes altså ikke i empirien, omend der ses store forskelle mellem konteksterne, som kan hænge sammen med forskellen i anvendelsen af epiduralblokaden mellem konteksterne. Omvendt kan den bestemt heller ikke afvises. Fraværet af refleksioner over kroppens rolle i fødslen kan skyldes, at de canadiske kvinder generelt er mindre refleksive omkring fødslen. Årsagen kan også være, at det medicinske paradigme igennem generationer har været dominerende, hvorfor det kliniske blik og lægens disciplinære magt er så fremherskende, at det selv for den saskatchewananske kvinde, der fravælger epiduralblokaden i hendes bevidsthed er en intuitiv snarere end en refleksiv beslutning.

## 6.6 Proces- og resultatorienterede fødsler

Fælles for langt de fleste af de danske beretninger er, at det at være gravid fylder meget i deres bevidsthed, og de gør sig mange tanker om den forestående fødsel. I

nogen tilfælde er fødslen så stort et projekt i sig selv, at det fylder mere end det forestående moderskab. Lise er i modsætning til mange andre førstegangsfødende ikke bange for selve fødslen, men hun er alligevel meget optaget af, hvordan fødslen vil forløbe:

*"Da jeg blev gravid var jeg fuld af fortrøstning til fødslen. Jeg var selvfølgelig optaget af hvor ondt det ville gøre, og hvor længe fødslen ville vare, men på ingen måde bange. Jeg læste en bunke bøger om graviditet og fødsel (men ingen om børn! Det er så komisk her bagefter :)."*  
(Lise)

Den gode fødselsoplevelse er vigtig. I empirien ses det særligt gennem de dårlige oplevelser, som sætter negative spor langt ind i fremtiden. Sara, som i forbindelse med fødslen af sit første barn fik et meget akut kejsersnit beskriver eksempelvis tiden efter fødslen således: *"De første mange dage hjemme var svære. Nu kom reaktionen på den voldsomme fødsel, og jeg følte pludselig ikke, at jeg var din mor. Jeg følte en voldsom skyld hver gang jeg så på dig og kunne ikke forholde mig til, at jeg ikke havde set dig komme til verden. Alting kørte rundt i hovedet på mig hele tiden og jeg græd og græd og græd. Det var som om, at det der skulle have været det lykkeligste øjeblik i mit liv, var blevet forvandlet til mit absolut værste mareridt."* (Sara)

Der er i empirien primært to årsager til, at fødslen bliver til en dårlig oplevelse. Der er de akut opståede komplikationer, som i Saras tilfælde. Den anden årsag til en dårlig fødselsoplevelse er en dårlig kommunikation mellem kvinden og fødselshjælperen. Klaras fødsel er et eksempel på en sådan oplevelse:

*"Jeg vidste, at min krop var stået af. Jeg bad derfor gentagne gange om et kejsersnit, men blev afvist konstant med ordene: "Det er jo en operation" og "Vi kan jo ikke gøre for, du har fået en baby i maven". Det var som at tale til en dør. Til sidst var jeg så desperat, at jeg overvejede bare at lade mig glide ned på bunden af karet for at vise dem, hvor desperat jeg var."* (Klara)

Kvinderne tillægger oplevelsen stor betydning, og de føler sig påvirkede af oplevelsen i langt tid, for nogens vedkomne i årevis efterfølgende.

Det er imidlertid åbent, hvad den gode fødselsoplevelse skal rumme, og det er også individuelt fra kvinde til kvinde. Der tegner sig blandt de danske kvinder et billede af, at det handler om, at kvinden skal opretholde en følelse af at kunne håndtere

situationen, hvorfor det også er naturligt, at kommunikationen og akutte komplikationer er de primære negative udløsere. Kvinden skal med andre ord føle, at hun er med i hele processen.

For de saskatchewananske kvinder virker det omvendt som om, det afgørende for fødslen er resultatet. Kvinderne fra Saskatchewan bruger således ikke mange ord på at beskrive deres følelser før fødslen. De udtrykker generelt kun meget få bekymringer i forhold til fødslen, både hvad angår mulige komplikationer og smerter. De saskatchewananske kvinder giver med undtagelse af Anne og delvist Morgan ikke udtryk for fødslen som et projekt, der i sig selv er vigtigt for dem. Morgan skriver, at hun på forhånd ønskede en fødsel uden unødvendige interventioner, mens Anne ønsker en fødsel, der går i tråd med sin 'grønne' tilværelse. Anne var egentlig bange for fødslen og smerterne, men beslutter sig så for, at hun ikke vil lade sig styre af angsten. Hun bestemmer sig derimod for at byde fødslen velkommen som en naturlig del af livet:

*"Since I met Evan [husband], we've both enjoyed becoming more holistic, natural, or 'green' per se. We stopped using birth control pills and have actually come to despise them and the way they alter a person and the environment. We prefer a healthy lifestyle full of homemade healthy meals and regular exercise. We prefer natural house cleaners. We also ride our bikes over taking the car when possible and pay to have recycling picked up at our house. (Saskatoon Curb Side Recycling) We wanted the birth process to be as natural as possible too."* (Anne)

Det er interessant, at hun ved egentlig at ville normalisere fødslen, samtidig gør fødslen til et projekt, som går i tråd med hendes grønne tilværelse. Hun antager således en tilgang, som egentlig handler mere om livsstil end om smertehåndtering. Alligevel hjælper det Anne af med angsten for smerten.

Rikke er ligeledes bange for fødslen og smerterne, men beslutter sig, som Anne, for at tage sagen i egen hånd. Hun planlægger en hjemmefødsel og tilegner sig viden om, hvad der sker med både krop og hjerne under fødslen: *"Jeg greb de bøger der omhandler meditation og hypnose og åd dem! Det er jo utroligt hvordan vores hjerner kan*

*modarbejde kroppen hvis vi er skræmte og bange for det der skal ske, men også hvordan den kan styrke og guide kroppen til at yde sit bedste.” (Rikke)*

Rikke planlægger således rammerne for fødslen, og som Anne overvinder hun angsten for smerterne. Annes tilgang er ekstrovert. Hun distancerer sig i forhold til det omkringliggende samfund. Rikke, som i udgangspunktet har den samme angst som Anne, har en anden tilgang. Rikke distancerer sig ikke direkte i forhold til omgivelserne. Hun tager i stedet på en rejse ind i sig selv, og føler hun opnår en indre ro derved.

Både Anne og Rikke får en god fødselsoplevelse, og Rikke beskriver glæden over den vellykkede fødsel således: *”Alexander kommer ud, først hovedet og i et væk følger kroppen med. Færdig. Vupti. Sådan. Fra anstrengelser, smerter, forvirret hoved til jubel, glæde og et øjeblikks forening med livet selv. Hvor er det dejligt. Alexander ligger i mine arme. Varm og blød smutter lige ind i min favn. Jeg er ovenud lykkelig. Det endte jo godt. Hvorfor så alle de tanker og bekymringer. Føler jeg kan gå på vandet og at det hele har været ”a piece of cake”. Fødsler, det er da ikke noget at snakke om.” (Rikke)*

De kvinder for hvem fødslen ikke er et projekt i sig selv sparer meget energi på forhånd, og sandsynligheden for at de får et sundt og raskt barn i armene umiddelbart efter fødslen er ikke mindre end for de, der spilder søvnløse nætter på bekymringer over fødslen. Den følelse Rikke har af at kunne gå på vandet kobler hun imidlertid selv sammen med den angst der gik forud, og som hun overvandt. Rikke har det til fælles med de andre danske kvinder, at fødslen handler om meget og andet end det at bringe et barn til verden.

Nogle af de danske kvinder beskriver, at følelsen af at være lidt mere hårdfør end man egentlig gik og troede, man var, den bliver hængende. Maj beskriver fødslen som en mulighed for at afprøve sindet: *”Jeg føler at jeg siden hen har kunnet bruge denne ’kamp med sindet om at bevare roen’, i situationer fx hvor mine børn har været ved at drive mig til vanvid.” (Maj)* Mange af de vaginalt fødende, som føder uden medicinsk smertelindring, beskriver, at de føler sig mentalt stærkere efter fødslen. De er stolte af sig selv. Det er imidlertid en følelse, som *kun* beskrives af de kvinder, som føder

vaginalt uden medicinsk smertelindring. Det er dog omvendt ikke sådan, at de, der føder vaginalt med medicinsk smertelindring, føler, at de er gået glip af noget.

De kvinder der har skrevet beretninger om planlagte kejsersnit er alle danskere, så det er ikke muligt i denne undersøgelse at sammenligne de to kontekster. De har imidlertid det til fælles, at de forliger sig med tanken om kejsersnittet og føler, det er den rigtige beslutning. Kvinderne har en anden tilgang til fødslen i løbet af graviditeten end de, der forventer en vaginal fødsel. Lillian ved, at hun skal have et planlagt kejsersnit før hun bliver gravid, og gennem graviditeten fylder fødslen ikke så meget:

*" Igennem graviditeten tænkte jeg ikke meget over selve fødslen, men mere tiden derefter. Først da vi kom hen i 8.måned, begyndte selve fødslen at banke på min bevidsthed. Jeg var spændt og ville meget gerne have det overstået, men frygtede det ikke på nogen måde."*

(Lillian)

Lillians tanker er således mere centreret om barnet, forældreskabet og tiden efter fødslen. Forskellen kan formentlig tilskrives, at kvinden ved et planlagt kejsersnit ved, at hun vil spille en langt mere passiv rolle under fødslen. En kvinde der skal have planlagt kejsersnit skal forholde sig til en lang række faktorer, men i forhold til hendes egen ageren under selve fødslen er en kvinde, der får kejsersnit, tvunget ind i en langt mere passiv rolle end en kvinde, der føder vaginalt. Det har måske den fordel, at hun ikke på samme måde føler et behov for at skulle præstere under selve fødslen.

Nogle af de kvinder, som har født ved kejsersnit, beskriver alligevel, at de efterfølgende har en følelse af, at de ikke fødte *rigtigt*. Bente, som dog også er den, der har det sværest med det planlagte kejsersnit, beskriver det således:

*"Efterfølgende lagde jeg mærke til, at når jeg formulerede min fødsel for folk, så tog det mig nok i virkeligheden år inden jeg betegnede den som "fødsel". Det var jo et kejsersnit og dermed ikke nogen "rigtig" fødsel! Det har jeg måttet øve mig i at tænke om den, at det VAR en fødsel. Bare på en anden måde end jeg havde drømt om. "* (Bente)

Det akutte kejsersnit sætter hos alle spor, omend det er i varierende grad. Uanset hvor nødvendigt kejsersnittet var, så føler kvinderne, især i tilfælde af akut

kejsersnit, at de ikke slog til. Hvor irrationelt det end er, sidder der en følelse af at have fejlet i dem:

*"Selv kejsersnittet var en god, fredelig og udramatisk oplevelse, og selv om jeg i fødselens sidste fase blev overrumplet af veernes voldsomhed, følte jeg mig på intet tidspunkt utryk på mine egne eller Evas vegne. Alligevel efterlod min fødselsoplevelse mig med en sær følelse af uforløsthed. Jeg var skuffet over min egen indsats i pressefasen, over at jeg ikke havde haft kræfter og viljestyrke nok til selv føde mit barn – en følelse, som var irrationel og som kom bag på mig, da jeg netop ikke havde haft specifikke forventninger til fødslen."* (Sigrid)

Forskellen mellem oplevelsen af det planlagte og det akutte kejsersnit kan ses som en parallel til differentieringen af den procesorienterede- og den resultatorienterede fødsel. Omend det er med en god portion tilnærmelse, så er det måske sådan, at man ved den procesorienterede fødsel opnår muligheden for at komme styrket ud på den anden side af fødslen, og at fødslen, udover at være vejen til moderskabet, også i sig selv kan blive en fantastisk oplevelse. Empirien viser imidlertid også, at nogen gange, så går det galt, nogen gange sker der noget undervejs i fødslen, som så gør fødslen desto mere traumatisk. Da er den procesorienterede fødsel ikke vejen til et styrket selv. Empirien rummer således også historier om kvinder, for hvem fødslen er et selvstændigt projekt, en proces de glæder sig til at gå igennem. Men undervejs bliver fødslen til en traumatisk oplevelse, som kommer til at sætte sig dybe spor, også i relationen til barnet.

Kvinderne påvirkes givet af de professionelles tilgang til fødslen. De saskatchewaniske kvinder lægger stor vægt på tilliden til deres læge. Det gælder også for de få danske kvinder, som føder hjemme med en kendt jordemoder. Det er imidlertid de færreste danske kvinder, der forventer at føde med en kendt fødselshjælper. For dem handler forberedelsen, derfor ikke på samme måde om at opbygge en tillidsrelation. Det bliver derimod væsentligt for dem at kende procedurer og valgmuligheder. De bliver derfor på en anden måde nødsaget til at forholde sig til fødslen, og de bliver også opfordret til at tage stilling til, hvilke forventninger de har:

*"Under samtaler med jordemoder, blev jeg altid spurgt om mine forventninger til fødslen, hvordan jeg ville reagere, hvilken smertestillende jeg vil have, hvad jeg forventede af personalet og forventninger til min kæreste, det undrede jeg mig lidt over, idet det var en situation jeg aldrig havde oplevet." (Sabina)*

Denne forskel er muligvis også med til at præge de danske kvinder i retningen mod den procesorienterede fødsel, hvor de bliver mere bevidste om deres egne ønsker, og derfor også skaber nogle forventninger til forløbet.

Der er i empirien kvinder, der har fantastiske såvel som forfærdelige fødsler både med og uden medicinsk smertelindring. De saskatchewaniske kvinder har, med Morgan som eneste undtagelse, mindre fokus på den proces som fødslen opleves som blandt de danske kvinder. De reflekterer mindre over smerter og kontroltab. Der er færre superlativer i deres beretninger, end der er i de danske beretninger. Der er imidlertid ikke mindre glæde over det barn, de får i armene, og der er ikke en mindre tilfredshed med fødslen. Men der er et andet fokus, som mere handler om barn end om fødsel. Det handler om resultatet, ikke om processen. Det er ikke givet, at denne forskel har dens rod i anvendelsen af epiduralblokadaen, men det er nærliggende at koble Rothmans teori om, at kvinden der får lagt en epiduralblokada bliver observant til sin egen fødsel på, og empirien kunne således på den vis bekræfte, at fødslen er en mindre kropslig oplevelse med en epiduralblokada, fordi den i stedet for at være procesorienteret i højere grad bliver resultatorienteret. Såfremt det er tilfældet står det imidlertid fortsat åbent, hvorvidt de procesorienterede kvinder fravælger epiduralblokadaen, mens de resultatorienterede kvinder tilvælger den, eller om forskellen i oplevelsen sker på grund af effekten af en epiduralblokada. Jeg kan med andre ord ikke påvise et kausalt forhold ud fra empirien. Endelig gør det komparative aspekt det endnu mere usikkert, hvorvidt der reelt er tale om en forskel, der har rod i en kulturel forskel mellem de to kontekster, eller om forskellen ligger i anvendelsen af epiduralblokadaen. De undtagelser der er i form af de tre kvinder, som føder uden epiduralblokada i Saskatchewan, og de 4 som føder med en epiduralblokada i Danmark tyder på, at forskellen ikke alene er forankret i anvendelsen af epiduralblokadaen. De tre kvinder,

som føder uden epiduralblokade i Saskatchewan er ikke mere refleksive omkring fødslen som en proces, end tilfældet er for de øvrige saskatchewaniske kvinder. De danske kvinder er tilsvarende ikke mindre procesorienterede end de, der føder uden en epiduralblokade. Den eventuelle kulturelle forskel mellem de danske og de saskatchewaniske kvinder kan skyldes en generel samfundsmæssig kulturel forskel, men det forekommer mere sandsynligt, at forskellen skal findes i de to forskellige fødselskulturer, hvor danske og saskatchewaniske kvinder givet påvirkes gennem den fødselsforberedelse de modtager, den formelle fra henholdsvis jordemødre og læger men også den uformelle fra veninder, mødre og tanter.

## 6.7 Opsummering

Overordnet kan det ud fra den empiriske analyse konkluderes, at der ikke i specialet kan identificeres *én* hensigtsmæssig måde at indrette fødselshjælpen på, som umiddelbart vil være fordelagtig for *alle*. Kvinderne vægter med andre ord vidt forskellige aspekter af fødselshjælpen, ligesom de anlægger vidt forskellige perspektiver på fødselens følelsesmæssige betydning.

Specialet er ikke designet til at udrede kausaliteten mellem individet og systemet, og det er således ikke muligt for mig at konkludere i hvilket omfang kvinden påvirkes af det system, hun møder. Der er imidlertid langt mellem de kvinder, som distancerer sig selv fra den fødselshjælp systemet tilbyder i deres kontekst og langt de fleste kvinder i begge kontekster giver udtryk for en stor tillid til den fødselshjælp, de modtager.

Der er imidlertid forskel på, hvordan kvinden opfatter lægen og jordemoderens rolle som fødselshjælper. I Saskatchewan beskrives lægen i form af de handlinger han foretager, og kvinderne udtrykker samstemmende en stor tillid til lægens ekspertise. Omsorg forventer de til gengæld ikke fra lægen, hvorimod det fremstår som værende sygeplejerskens rolle at drage omsorg for den fødende. De danske kvinder har også en forventning om omsorg fra jordemoderens side, samtidig med at de også giver udtryk for tillid til hendes kompetencer. Saskatchewansk kvinder

giver desuden udtryk for sygeplejersken, som dels gatekeeper for lægen og dels advokat for lægen. Det er således sygeplejersken, der afgør, hvornår en læge tilkaldes og hvornår smertelindring ordineres. Efter at lægen er ankommet er sygeplejerskens rolle at assistere for lægen, og hun advokerer for, at kvinden følger lægens anvisninger.

De danske kvinder deler sig i to grupper, hvor hovedparten følger jordemoderens anvisninger ukritisk og læner sig meget op af hendes støtte og vejledning. I nogle tilfælde føler kvinderne sig også meget *afhængige* af jordemoderen, mens den anden gruppe af kvinder, lægger stor vægt på selv at føde på egne præmisser. Disse kvinder opfatter i højere grad jordemoderen som en *samarbejdspartner*. Disse kvinder er typisk kvinder, der er utrygge ved fødslen, og som derfor gennem graviditeten forbereder sig meget på fødslen og derfor også har klare forventninger til, hvordan de ønsker fødslen skal forløbe. Jordemoderen spiller således for nogle en birolle gennem fødselsforløbet, mens hun for andre snarere er hovedrolleindehaveren. To roller som imidlertid er forenelige med den idealtypiske jordemoder.

De danske kvinder møder kun lægen i tilfælde af forøgede risici og/eller komplikationer, hvorfor han også spiller en anden rolle for den fødende end jordemoderen. Generelt er det vigtigt for de danske kvinder at føle sig *hørt* af lægen, hvorimod de i meget akutte tilfælde føler det trygt, hvis lægen er mere autoritær og tager styringen, da de så i mindre grad oplever situationen som panisk. De danske kvinder forventer, som de saskatchewananske ikke egentlig omsorg fra lægen. De to kontekster adskiller sig dog i det de danske kvinder gerne vil *høres* af lægen, mens de saskatchewananske kvinder gerne vil *ses*. De søger empati, men de giver ikke udtryk for at betvivle, at lægen er eksperten og den der ved, hvad der skal ske. De danske kvinder vil omvendt gerne tages med på råd, hvilket tyder på, at de danske læger nyder mindre disciplinær magt end de saskatchewananske. Omvendt giver kvinderne i begge kontekster udtryk for i mange situationer at underlægge sig den disciplinære magt. Der er således situationer, hvor fødselshjælperen begår åbenlyse

fejl eller agerer imod deres egne ønsker, uden at kvinderne giver udtryk herfor. De følger i stedet fødselshjælperens anvisninger uden at forholde sig kritisk hertil.

Blandt de saskatchewananske kvinder er der en udbredt forventning om at føde med en kendt fødselshjælper. En forventning de danske kvinder ikke deler. De kvinder, som faktisk føder med deres egen læge er glade for forløbet og føler sig i trygge hænder. De som til gengæld imod forventningen føder med en ukendt læge føler sig til sårbare, og for dem er fødslen præget af utryghed. Det er kendetegnende for begge kontekster, at såfremt kvinden ikke på forhånd er bange for fødslen, da giver hun udtryk for stor tillid til fødselshjælpen. Igen er der imidlertid en forskel at spore i det, de saskatchewananske kvinder knytter tillid til den enkelte læge, mens de danske kvinder i langt højere grad giver udtryk for tillid til det system, de skal føde indenfor, hvilket givet hænger sammen med, at de ikke forventer at føde med "deres egen jordemoder".

Tilgangen til risikominimeringen fremstår som en afgørende forskel mellem den idealtypiske jordemoder og læge. For kvinderne i begge kontekster spiller diverse risici, som er tilstede ved enhver fødsel imidlertid en meget lille rolle, og risici bliver således for langt de fleste først en bekymring, som de giver udtryk for, hvis der opstår komplikationer. I de tilfælde hvor komplikationerne er meget akutte, er kvinderne imidlertid meget angste. De frygter i mange tilfælde for deres liv.

I forhold til hindeløsninger før terminen og andre forsøg på at fremme fødslen giver empirien indtryk af, at det er en standard i Saskatchewan, som hverken kvinder eller læger sætter i forhold til eventuelle risici. Det er et spørgsmål om, hvornår man finder det mest fordelagtigt at fejre sit barns fødselsdag. En hindeløsning er da også en meget lille begreb, men der er imidlertid ingen af de danske kvinder, som giver udtryk for overhovedet at overveje muligheden. Det er imidlertid muligvis en forskel mellem konteksterne, som handler mere om fødselshjælperen end den fødende kvinde, hvilket stemmer godt overens med, at jordemoderen idealtypisk er mindre tilbøjelig til at blande sig i fødslen naturlige gang end tilfældet er for den idealtypiske læge.

Hvor risici tilgangen fyldte overraskende lidt i forhold til dikotomierne mellem fødselshjælperne fylder tilgangen til smerterne til gengæld rigtig meget. Samtlige saskatchewaniske kvinder betragter på forhånd epiduralblokaden som en mulighed, hvis de ikke kan håndtere smerterne. De føler således, at der er en udvej ud af smerten, hvad end de forventer at benytte sig af den eller ej. I Saskatchewan fremstår epiduralblokaden som et standardtilbud, der er afhængigt af, hvorvidt der er en anestesilæge tilstede eller ej. I Danmark tilbydes enkelte fødende en epiduralblokade på grund af særlige forhold, mens der i empirien, som dog langt fra er repræsentativ, ikke er nogen der selv beder om en epiduralblokade. Kvinderne der føder med en epiduralblokade er glade for det, og de kan ikke forestille sig at skulle have født uden, ligesom at ventetiden fra beslutningen om epiduralblokaden er truffet, og så til de får den anlagt, føles som uendelig lang. I Saskatchewan venter flere kvinder da også adskillige timer på at få blokaden anlagt.

De saskatchewaniske kvinder føler imidlertid overordnet, at der er en udvej ud af smerten. De er- måske derfor- ikke på forhånd bekymrede over, hvordan de skal håndtere smerten. Situationen er en ganske anden for de danske kvinder, som i udpræget grad er angste for *smertehåndteringen*. De føler på en og samme tid, at de skal slippe kontrollen og fastholde den. De føler de skal bevare kontrollen over kroppen, mens de skal slippe kontrollen med fødselsforløbet. Det fremstår som en kamp mellem krop og sind, hvor kvinden er vant til at sindet, hjernen er den styrende part, skal de i forbindelse med fødslen lade kroppen overtage.

Pressefasen opleves vidt forskelligt fra den ene kontekst til den anden. For kvinderne, der føder uden medicinsk smertelindring, er det en lettelse at nå frem til pressefasen, og selvom det er hårdt arbejde, så opleves det som mindre smertefuldt, fordi det er en smerte kvinderne kan handle sig ud af. Der er nogle enkelte kvinder, som har en epiduralblokade, men som alligevel ikke er smertedækkede, da de når frem til pressefasen. For dem er pressefasen forbundet med meget store smerter og opleves som den værste del af fødslen, hvilket altså er i direkte modstrid til de kvinder, som føder uden medicinsk smertelindring.

Blandt de saskatchewaniske kvinder er det desuden kendetegnende, at overgangen til pressefasen føles som et stort skift. Nu er det pludselig nu, og flere af

de saskatchewananske kvinder stopper op og overvejer det forestående moderskab og bliver usikre på, om de nu kan klare det. Det står i direkte modstrid til de danske kvinder, som kun tænker på én ting; at presse. Der er også i den saskatchewananske del af empirien kvinder, som finder pressefasen grænseoverskridende, hvilket der heller ikke bliver givet udtryk for i den danske empiri. Det kan skyldes, at de saskatchewananske kvinder er smertefrie og derfor har overskud til at fokusere på andet end selve fødslen. De er ikke på samme måde som de kvinder, der føder uden smertelindring kun *tilstede i nuet*.

Derudover er det i Saskatchewan også tidspunktet, hvor lægen kommer ind og sygeplejersken træder i baggrunden. Der er således pludselig en ny person i forbindelse med pressefasen, som fysisk er en ekstrem situation. Selvom lægen er et kendt ansigt, og de har stor tillid til lægens kompetencer, er det ikke givet, at de i situationen føler sig trygge. De danske kvinder har, med mindre de løber ind i et vagtskifte, den fordel, at de på det tidspunkt i de fleste tilfælde allerede har tilbragt timer sammen med jordemoderen, når pressefasen starter, og de er måske derfor tryggere ved situationen.

Der er i den danske del af empirien bred enighed om, at kroppen og evnen til at blive i nuet er afgørende for kvinden, der føder uden medicinsk smertelindring. Det er da fødslen kan blive til en fantastisk oplevelse, som kvinderne selv giver udtryk for, at de bliver mentalt stærkere af. Der er ingen af de saskatchewananske kvinder, der betegner fødslen som en kropslig oplevelse, og de forholder sig ikke til relationen mellem kroppen og sindet under fødslen. En del af forklaringen herpå er givet den hyppigere anvendelse af epiduralblokader, som betyder, at kvinden i højere grad føler sig distanceret fra kroppen.

Forskellene er således mange mellem de to kontekster, og det gælder også for selve tilgangen til fødslen, hvor kvinderne deler sig mellem de proces- og de resultatorienterede. For langt de fleste af de danske kvinder fylder fødslen utrolig meget som et projekt i sig selv, mens de canadiske kvinder er langt mere fokuserede på, det produkt, som kommer ud af fødslen; barnet.

De danske kvinder investerer langt mere energi i selve fødslen, både på forhånd og mens den står på. I de fleste tilfælde går det godt og oplevelsen bliver en positiv

oplevelse. Der er imidlertid også eksempler på at dårlig kommunikation med fødselshjælperen og akutte komplikationer betyder, at fødslen som skulle have været fantastisk bliver forfærdelig. De procesorienterede kvinder har således langt mere på spil, hvis fødslen ikke forløber planmæssigt. De er sårbare, på den måde at fødslen, sætter sig spor hos kvinden, spor hvis fodaftryk varer ved.

Der er således de dårlige oplevelser, hvor fødslen kommer til at betyde et svækket selvværd. Der er imidlertid langt flere af de gode oplevelser, hvor kvinden føler hun kan gå på vandet, og hvor kvinden bliver stærkere af fødslen. De procesorienterede kvinder satser således sig selv i den proces, det er at få et barn. Der er imidlertid ikke ud fra empirien noget, der tyder på, at det, at kvinden har en procesorienteret tilgang til fødslen, gør øjeblikket, hvor de møder deres børn større. De resultatorienterede kvinder giver i lige så høj grad udtryk for glæden ved mødet med deres barn, og de føler ikke, at de er gået glip af noget på vejen dertil.

## 7. Konklusion

---

Gennem den empiriske analyse af fødselsberetninger fra både Danmark og Saskatchewan er mange forskellige perspektiver frembragt. Jeg vil nu afslutningsvist samle trådene til et samlet billede af fødselshjælpen, som den fremstår i dag i de to kontekster.

Jeg vil indlede med at fremhæve betydningen af begreberne jordemoder og obstetriker. Som tidligere beskrevet betyder obstetriker *'to stand before,'* mens jordemoder (midwife) betyder *hos kvinden*, hvilket i høj grad illustrerer de to dikotomiske idealtyper af paradigmets modpoler; jordemødre og læger.

Idealtyperne er dannet med baggrund i den historiske analyse. Gennemgangen af den historiske udvikling i begge kontekster fremhæver primært, hvordan fødselshjælpen i begge kontekster i løbet af 1900-tallet blev et offentligt anliggende koncentreret på hospitaler. Det er de overordnede fællestræk, mens der imidlertid også findes mange forskelligheder i udviklingen. Forskelligheder som også genspejles i de to meget forskelligt organiserede former for fødselshjælp, som tilbydes i de to kontekster. Den vidt forskellige udvikling kan med hjælp fra Vallgård delvist tilskrives de to forskellige samfund, som også gennem 1900-tallet udviklede sig forskelligt. Tilbage står imidlertid også en udvikling af fødselshjælpen, som i høj grad er *'tegnet'* af fødselshjælpens to dominerende professioner; jordemødre og læger.

Lægerne er arkitekterne bag hospitaliseringen af fødsler i begge kontekster. Lægerne har udviklet den medicinske smertelindring, der i dag kan tilbydes den fødende kvinde. Lægerne har udviklet teknologi til eliminering af risici. Lægevidenskaben er således *gået foran* og har revolutioneret fødselshjælpen. Både den materielle- og spædbarnsdødeligheden er faldet markant blandt andet på grund af lægevidenskabens udvikling. Jordemødrene har omvendt holdt igen. De er blevet *hos kvinden*, og har været kritiske fortalere for ikke at glemme kroppens utrolige kapaciteter. Jordemødre anvender den dag i dag idealtypisk færre interventioner end lægerne, og der er ikke evidens for, at jordemødrenes tilgang i dag øger risikoen forbundet med fødsler, om noget så tværtimod.

Paradigmekampen mellem jordemødre og læger har udspillet sig vidt forskelligt i de to kontekster. Særligt jordemødrenes rolle har været afgørende forskellig. I Saskatchewan har jordemoderen været tæt på ikke-eksisterende, mens lægerne til gengæld har domineret fødselshjælpen. Der er ændringer på vej, og jordemødrene tager i disse år deres første spæde skridt i Saskatchewan. I Danmark har der ikke på samme måde været en kamp mellem professionerne. Der har gennem hele udviklingen været en gensidig respekt mellem de to professioner, og de har begge sat hver deres spor i organiseringen af fødselshjælpen. Kampen mellem paradigmerne kan alligevel spores i deres forskellige tilgange til fødselshjælpen, og de har således kæmpet om, *hvordan* fødselshjælpen skal 'se ud'.

Den empiriske analyse fremhæver en lang række forskellige aspekter omkring- og perspektiver på fødselshjælpen i de to kontekster. Empirien rummer mange kvinder, som hver især har deres individuelle tilgang til det at skulle føde et barn, og til det at skulle gøre det indenfor den organiserede fødselshjælps rammer. De to primære tendenser er samlet i beskrivelsen af henholdsvis den *proces-* og *resultatorienterede tilgang* til fødslen. Empirien er ikke entydig, men begge tilgange genspejles klart i konteksterne, anvendelsen af smertelindring, opfattelsen af kroppen og fødselshjælperen. Den idealtypiske jordemoder og læge genfindes således i kvindernes oplevelser af fødslen med Danmark som konteksten, hvor jordemoderen leder fødslen, som i kvindens øjne er en processuel oplevelse, som i høj grad er fokuseret omkring smertehåndtering og fødslen som en kropslig oplevelse. Den anden kontekst, Saskatchewan er omvendt kendetegnet ved den resultatorienterede fødsel med lægen som fødselshjælper og oftest en epiduralblokade, hvorfor der er fokus på smerte-lindring frem for håndtering og hvor krop og sind ikke er at betragte som sammensmeltede.

Der er ulykkelige såvel som lykkelige fødsler indenfor begge kategoriseringer, og øjeblikket, hvor kvinden møder sit barn, er hverken større eller mindre for hverken de proces- eller de resultatorienterede kvinder. Forskellen ligger i efterrationaliseringen af fødslen. De resultatorienterede fik et barn. De procesorienterede fik skrammer på sjælen, hvis fødslen ikke gik som den skulle.

Hvis fødslen gik godt, så føler de procesorienterede kvinder sig til gengæld stærkere mentalt efter fødslen. I relation til idealtyperne er tendensen således, at kvinderne i vid udstrækning får den fødselshjælp, som de ønsker sig. Eller også er det sådan, at kvindernes forventninger afstemmes i forhold til den kontekst, de befinder sig i, og den fødselshjælp de modtager.

## 8. Litteratur

---

All Nursing Schools: <http://www.allnursingschools.com/faqs/cnm> (18. januar 2011)

Anim-Somuah M, Smyth RMD, Howell CJ (2010): "Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour (Review)". *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.: CD000331. DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub2. Opdateret 2010 udgave. The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.

Benoit, Cecilia, Robbie David-Floyd, Edwin R van Teijlingen, Jane Sandall og Janneli F. Miller (2001): "Designing Midwives. A comparison of Educational Models" i De Vries, Raymond, Cecilia Benoit, Edwin R. Van Teijlingen og Sirpa Wrede (2001): *Birth by Design. Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*. New York: Routledge.

Bourgeault, Ivy Lynn, Eugene Declercq og Jane Sandall (2001): "Changing Birth. Interest Groups and Maternity Care Policy" i De Vries, Raymond, Cecilia Benoit, Edwin R. Van Teijlingen og Sirpa Wrede (2001): *Birth by Design. Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*. New York: Routledge.

Canadian Midwifery Regulators Consortium (CMRC): <http://cmrc-ccosf.ca/node/19> (11. januar 2011)

Cassidy, Tina (2006): *Birth. The surprising history of how we are born*. New York: Atlantic Monthly Press.

Center for kvalitetsudvikling (2010): *Hvad siger de fødende kvinder? Oplevelser af graviditet, fødsel og barsel*. Region Nordjylland og Region Midtjylland.  
<http://www.rm.dk/sundhed/organisation/center+for+kvalitetsudvikling/kompetence-+og+vidensomr%C3%A5der/unders%C3%B8gelser/patient-+og+brugerunders%C3%B8gelser+i+sundhedsv%C3%A6senet/f%C3%B8dende+kvinder> (29. januar 2011)

CIHI: Childbirth Indicators by Place of Residence. Report ID: CB1. Canadian Institute for Health Information. <http://apps.cihi.ca> (29. januar 2011)

CIHI (2004A): Giving birth in Canada: Providers of Maternity and Infant Care. Canadian Institute for Health Information.

CIHI (2004B): Giving birth in Canada: A Regional Profile. Canadian Institute for Health Information.

Cliff, Helen (2002): Fast ansat ved mysteriet. Den Almindelige Danske Jordemoderforening 1902-2002. DADJ

Danmarks statistik: <http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1280> ;  
[http://arkiv.sst.dk/Informatik\\_og\\_sundhedsdata/Download\\_sundhedsstatistik/Foedsler\\_fertilitetsbehandling\\_og\\_abort/foedsler1.aspx?lang=da](http://arkiv.sst.dk/Informatik_og_sundhedsdata/Download_sundhedsstatistik/Foedsler_fertilitetsbehandling_og_abort/foedsler1.aspx?lang=da) (13. december 2010)

David-Floyd, Robbie (2001): "Foreword" i: De Vries, Raymond, Cecilia Benoit, Edwin R. Van Teijlingen og Sirpa Wrede (2001): *Birth by Design. Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*. New York: Routledge.

Daviss, Betty-Anne (2001): "Reforming Birth and (Re)making Midwifery in North America" i De Vries, Raymond, Cecilia Benoit, Edwin R. Van Teijlingen og Sirpa Wrede (2001): *Birth by Design. Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*. New York: Routledge.

Declercq, Eugene, Raymond De Vries, Kirsi Viisainen, Helga B. Salvesen, and Sirpa Wrede (2001): "Where to Give Birth? Politics and the Place of Birth" i De Vries, Raymond, Cecilia Benoit, Edwin R. Van Teijlingen og Sirpa Wrede (2001): *Birth by Design. Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*. New York: Routledge.

Declercq, Eugene og Kirsi Viisainen (2001): "The Politics of Numbers. The Promise and Frustration of Cross-National Analysis" i De Vries, Raymond, Cecilia Benoit, Edwin R. Van Teijlingen og Sirpa Wrede (2001): *Birth by Design. Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*. New York: Routledge.

De Vries, Raymond, Cecilia Benoit, Edwin R. Van Teijlingen og Sirpa Wrede (2001): *Birth by Design. Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*. New York: Routledge. (A)

De Vries, Raymond, Helga B. Salvesen, Therese A. Wieggers, and A. Susan Williams (2001): "What (and why) Do Women Want?. The desires of Women and the Design of Maternity Care" i De Vries, Raymond, Cecilia Benoit, Edwin R. Van Teijlingen og Sirpa Wrede (2001): *Birth by Design. Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*. New York: Routledge. (B)

Erikson, Susan L. (2001): "Maternity Care Policies and Maternity Care Practices" i De Vries, Raymond, Cecilia Benoit, Edwin R. Van Teijlingen og Sirpa Wrede (2001): *Birth by Design. Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*. New York: Routledge.

Fahy, Kathleen (2002): "Reflecting on Practice to Theorise Empowerment for Women: Using Foucault's Concepts" i *Australian College of Midwives Incorporated*. Vol. 15 No. 1 March 2002.

Halldorsdottir, Sigridur and Sigfridur Inga Karlsdottir (1996): "Journeying through labour and delivery: perceptions of women who have given birth". *Midwifery* 12, 48-61.

Government of Saskatchewan (2010): <http://www.health.gov.sk.ca/midwifery> (1. november 2010)

Hjemmefødselsordning Sjælland: <http://www.hjemmefoedsler.dk/> (3. februar 2011)

Hulst, Leonie van der og Edwin R. Van Teijlingen med bidrag fra Betty-Anne Davis, Myriam Haagmans-Cortenraad, Annie Heuts-Verstraten, Jillian Ireland og Marike Roos.Ploeger (2001): "Telling Stories of Midwives" i De Vries, Raymond, Cecilia Benoit, Edwin R. Van Teijlingen og Sirpa Wrede (2001): *Birth by Design. Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*. New York: Routledge.

Jepsen, Ingrid (2006): *Epiduralbedøvelse som smertelindring til vaginale fødsler - Udvikling, komplikationer, nytte og langsigtede omkostninger*. <http://www.jordemoderforeningen.dk/index.dsp?area=402> (11. april 2010)

Kjeldset, Anne-Marie (2007): "Fusionstradition" i *Tidsskrift for Jordemødre* nr. 5 2007.

Knudsen, Lisbeth B. og Hanne Wielandt (1996): *På vej mod ønskebarnet*. Frydenlund.

Krausz, Ernest (2000): *The Limits of Science*. New York. Peter Lang Publishing

Kuhn, Thomas Samuel (1962): *The structure of Scientific Revolutions*. The University of Chicago Press.

Lee, Ellie og Elizabeth Frayn (2008): "The "Feminisation" of Health" (s. 113-133) i Wainwright, David (red.): *A Sociology of Health*. Sage.

Lægehåndbogen: Sundhed dk. <http://www.laegehaandbogen.dk/default.aspx?document=7502> (25. januar 2011)

- Marcum, James A. (2005): *Thomas Kuhn's Revolution*. Continuum. London / New York.
- MAS (2010): <http://www.saskatchewanmidwives.com/> (19. November 2010)
- Mitchinson, Wendy (2002): *Giving birth in Canada 1900-1950*. University of Toronto Press.
- Nelson, Margaret K. og Rebecca Popenoe (2001): "Looking within. Race, Class, and Birth" i De Vries, Raymond, Cecilia Benoit, Edwin R. Van Teijlingen og Sirpa Wrede (2001): *Birth by Design. Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*. New York: Routledge.
- Olsen, Ole (1994): "Hjemmefødsler er mindst lige så sikre" i Petersson, Birgit (red.): *Børn, fødsler og fødselsteknologi*. Medicinsk Kvindeforskning. Københavns Unviersitet.
- Olsen, O. og D. Jewell (2009): *Home versus hospital birth (Review)*. The Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons, Ltd.
- Pasveer, Bernike og Madeleine Akrich (2001): "Obstetrical Trajectories. On Training Women/Bodies for (Home) birth" i De Vries, Raymond, Cecilia Benoit, Edwin R. Van Teijlingen og Sirpa Wrede (2001): *Birth by Design. Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*. New York: Routledge.
- Porter, Maureen and Sally Macintyre (1984): "What is, must be best: A research note on conservative or deferential responses to antenatal care provision" i *Social Science Medicine*. Vol. 19. No. I I. pp. I137-1200.
- Professionshøjskolen University College Nordjylland:  
<http://www.ucn.dk/Forside/Uddannelser/Jordemoder.aspx> (7. januar 2011)
- Public Health Agency of Canada (2009): *What Mothers Say: The Canadian Maternity Experiences Survey*. <http://www.publichealth.gc.ca/mes> (3. Januar 2011)
- Region Hovedstaden Rigshospitalet: <http://www.rigshospitalet.dk/menu/AFDELINGER/Juliane+Marie+Centret/Klinikker/Obstetrisk+Klinik/> (27. december 2011)
- Rocher, Francois and Miriam Smith (2003): *New Trends in Canadian Federalism*. Anden udgave. University of Toronto Press.
- Rothman, Barbara Katz (2007A): "Introduction: A lifetime's Labor: Women and Power in the Birthplace" i: Simonds, Wendy, Barbara Katz Rothman and Bari Meltzer Norman (2007): *Laboring On: Birth in Transition in the United States*. Routledge. New York
- Rothman, Barbara Katz (2007B): "Laboring Then: The Political History of Maternity Care in the United States" i: Simonds, Wendy, Barbara Katz Rothman and Bari Meltzer Norman (2007): *Laboring On: Birth in Transition in the United States*. Routledge. New York
- Rothman, Barbara Katz (2007C): "Laboring Now: Current Cultural Constructions of Pregnancy, Birth, and Mothering" i: Simonds, Wendy, Barbara Katz Rothman and Bari Meltzer Norman (2007): *Laboring On: Birth in Transition in the United States*. Routledge. New York
- Rothman, Barbara Katz (2001): "Spoiling the Pregnancy. Prenatal Diagnosis in the Netherlands" i De Vries, Raymond, Cecilia Benoit, Edwin R. Van Teijlingen og Sirpa Wrede (2001): *Birth by Design. Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*. New York: Routledge.

Sandall, Jane, Ivy Lynn Bourgeault, Wouter J. Meijer og Beate A. Schüecking (2001): "Deciding Who Cares. Winners and Losers in the Late Twentieth Century" i De Vries, Raymond, Cecilia Benoit, Edwin R. Van Teijlingen og Sirpa Wrede (2001): *Birth by Design. Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*. New York: Routledge.

Saskatchewan College of Midwives: <http://www.saskmidwives.ca/index> (7. juli 2010)

Schutz, Alfred (2005): *Hverdagslivets Sociologi*. Hans Reitzels Forlag.

SOGC (2008): "A National Birthing Initiative for Canada. An inclusive, integrated and comprehensive pan-Canadian framework for sustainable family-centered maternity and newborn care." The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

<http://www.sogc.org/projects/pdf/BirthingStrategyVersioncJan2008.pdf> (4. December 2010)

Statistics Canada: <http://www40.statcan.ca/l01/cst01/demo04b-eng.htm> (18. november 2010)

Stout, R. og R. Harp (2009): *Aboriginal Maternal And Infant Health In Canada:*

*Review Of On-Reserve Programming*. Prairie Women's Health Centre of Excellence / British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.

Sundhedsstyrelsen: Sundhedsstyrelsen. Sundhedsdata.sst.dk:

[http://arkiv.sst.dk/Informatik\\_og\\_sundhedsdata/Download\\_sundhedsstatistik/Foedsler\\_fertilitetsbehandling\\_og\\_abort/foedsler1.aspx?lang=da](http://arkiv.sst.dk/Informatik_og_sundhedsdata/Download_sundhedsstatistik/Foedsler_fertilitetsbehandling_og_abort/foedsler1.aspx?lang=da) (29. januar 2011)

Sundhedsstyrelsen (2009): *Anbefalinger for svangreomsorgen*. 1. udgave.

Teijlingen, Edwin R. van, Vanora Hundley, Ann-Marie Rennie, Wendy Graham og Ann Fitzmaurice (2003): "Maternity Satisfaction Studies and Their Limitations: "What Is, Must Still Be Best"" i *Birth* 30:2 Juni 2003.

The Canadian Plains Research Center: University of Regina.

[http://esask.uregina.ca/entry/population\\_trends.html](http://esask.uregina.ca/entry/population_trends.html). (5. februar 2011)

[http://esask.uregina.ca/entry/aboriginal\\_population\\_trends.html](http://esask.uregina.ca/entry/aboriginal_population_trends.html) (8. August 2010)

The Midwifery Regulations (2009): Chapter M-14.1 Reg 1 (effective March 14, 2008) as amended by Saskatchewan Regulations 105/2009. <http://www.qp.gov.sk.ca/documents/English/Regulations/Regulations/M14-1R1.pdf> (17. januar 2011)

The University of British Columbia: <http://www.midwifery.ubc.ca> (9. januar 2011)

Uddannelsesguiden 2010: <http://www.ug.dk> (9. januar 2011)

UN Data: A world of Information. The World Population Prospects: The 2008 Revision:

<http://data.un.org/Data.aspx?q=world+population&d=PopDiv&f=variableID%3A53%3BcrID%3A900> (30. januar 2011)

Vallgård, Signild (1996): *Hospitalization of Deliveries: the Change of Place of Birth in Denmark and Sweden from the Late Nineteenth Century to 1970*. *Medical History*, 1996, 40: 173-196

Wadland, Lene Ploug, Anne-Lene Schwartz Sveigaard og Anders Gadegaard Jensen (2003):

"Undersøgelse af fødendes smerteoplevelse, kendskab til epidural smertelindring og tilfredshed med smertelindringen" i *Ugeskrift for Læger* 165/47 17. November 2003.

Wainwright, David (2008): "The Changing face of Medical Sociology" (s.1-18) i Wainwright, David (red.): *A Sociology of Health*. Sage.

World Health Organization (2010): WHO: World Health Statistics.  
[http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS10\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf) (30. januar 2011)

Wrede, Sirpa, Cecilia Benoit og Jane Sandall (2001): "The State and Birth / The State of Birth" i : De Vries, Raymond, Cecilia Benoit, Edwin R. Van Teijlingen og Sirpa Wrede (2001): *Birth by Design. Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*. New York: Routledge.

## 8.1 Sekundær Litteratur

Forstholm, Malene Merete og Øjvind Lidegaard (2010): "Sectio på Maternal request" i *Ugeskrift for læger*. 171/7 9. Februar 2009.

Giddens, Anthony (1991): *Modernitet og Selvidentitet*. Hans Reitzels Forlag.

Hansen, Marie Brandhøj og Mette Nordahl Svendsen (2005): "Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse". Institut for Sundhedsvæsen. Sundhedsstyrelsen.

Hooker, C. A. (1987): *A Realistic Theory of Science*. State University of New York Press.

Jepsen, Ingrid (2006): *Epiduralbedøvelse som smertelindring til vaginale fødsler - Udvikling, komplikationer, nytte og langsigtede omkostninger*. <http://www.jordemoderforeningen.dk/index.dsp?area=402> (11. april 2010)

Katircioglu, Kaan, Levent Hasegeli, H. Fehmi Ibrahimhakkioglu, Berkay Ulusoy og Huseyin Damar (2008): "A Retrospective Review of 34,109 Epidural Anesthetics for Obstetric and Gynecologic Procedures at a Single Private Hospital in Turkey" i *Anesthesia & Analgesia*. November 2008 vol. 107 no. 5 1742-1745.

Kitzinger, Sheila (2006): *Birth Crisis*. Routledge.

Norr, Kathleen L., Carolyn R. Block, Allan Charles, Suzanne Meyering and Ellen Meyers (1977): *Explaining pain and enjoyment in childbirth*. *Journal of Health and Social Behavior* 1977, Vol, 18 (September): 260-275

Saskatchewan Ministry of Health (2008): *Midwifery brochure*.  
<http://www.health.gov.sk.ca/midwifery-brochure> (7.oktober 2010 )

Simonds, Wendy (2007A): "Introduction: Origin Stories" i: Simonds, Wendy, Barbara Katz Rothman and Bari Meltzer Norman (2007): *Laboring On: Birth in Transition in the United States*. Routledge. New York.

Simonds, Wendy (2007B): "Women in White. Obstetricians and Labor-and-Delivery Nurses" i: Simonds, Wendy, Barbara Katz Rothman and Bari Meltzer Norman (2007): *Laboring On: Birth in Transition in the United States*. Routledge. New York.

Teijlingen, Edwin R. Van, George W. Lowis og Peter McCaffery: *Midwifery and the medicalization of childbirth: comparative perspectives*.

Wrede, Sirpa (2001): "Introduction to part I" i : De Vries, Raymond, Cecilia Benoit, Edwin R. Van Teijlingen og Sirpa Wrede (2001): *Birth by Design. Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*. New York: Routledge.

## English summary

---

This MA thesis examines the maternity care and birth experiences of two distinct public health systems: Denmark and Saskatchewan, Canada.

Using an historical analysis of the development of publicly-funded maternity care system, as well as the hospitalization of birth, this paper traces and examines the way the two systems of maternity care are presently framed. To understand these frames, the impact of the two dominant professions within the maternity care systems is brought into context.

Using Michel Foucaults' power terms, Kuhn's paradigms and Schutz' ideal types, the relationship between doctors and midwives are further explored in the two contexts. It becomes clear that there are various distinctions between the two professions, and that these variations reflect and impact upon practices in each country's maternity care system.

Including birthing women's own perspectives, a qualitative analysis forms the second part of the thesis. Here, women's written birth stories are used to find qualitative differences in the perception of birth in each context.

Two primary tendencies stand out in the analysis. Firstly, some women value the *process* of giving birth and are very much focused on the way their child is born. The women with these tendencies invest a lot of energy and, often, concern into the birth. These women have a clear idea on how they want the process "to run". The other group of women are *result-orientated*. For them, the birth is a necessity in order to meet their child. This group has less specific ideas on how they wish their birth experience to proceed.

A significant majority women in Denmark are of the *process- orientated* type, who for the most part, give birth without the use of anaesthesia. Conversely, there is a clear majority of *result-orientated* women in Saskatchewan. In most cases, Saskatchewan births occur with the use of epidural anaesthesia. The two groupings of *process-* and *result-orientated* women reflect the distinctions found between midwives and doctors. These ideal-typifications – those of the two professions – are, in turn, reflected in the experiences of birthing women, depending on the context.

## Bilag 1

Pseudonym	DK/SK	Barn #	Kejsersnit	Indgreb udover kejsersnit	Epidural (M)ed / (Uden)	Medicinsk smertelindring udover epidural	Hjemmefødsel	Særlige forhold
Ane	DK	1	-	Vandet tages	U	-	-	
Anne	SK	1	-	Hindeløsning	U	Lattergas	-	
Bente #1	DK	1	Planlagt	-	-	-	-	
Bente#2	DK	2	-	Ballonkateder, ve-drop	U		-	Svær hjertefejl
Britt	DK	1	-	-	U	-	-	
Camilla	DK	1	-	Klip	U	Lattergas	-	
Candice #1	SK	2	-	Sugekop	U	Drop med Fentanyl	-	
Candice #2	SK	3	-	Vandet tages	M	-	-	
Charlotte #1	DK	1	-	-	U	-	Påbegyndt hjemme	
Charlotte #2	DK	2	-	-	U	-	Hjemme	
Charlotte #3	DK	3	-	-	U	Morfin	-	Dødfødt barn
Claudia	DK	1	Akut	Ve-drop, Sugekop forsøgt	M	-	-	-
Donna	SK	1	-	-	M	-	-	-
Elisabeth	DK	1	Planlagt	-	-	-	-	-

Pseudonym	DK/SK	Barn #	Kejsersnit	Indgreb udover kejsersnit	Epidural (Med)/(Uden)	Medicinsk smertelindring udover epidural	Hjemmefødsel	Særlige forhold
Eva	DK	1	-	Ve-drop	U	-	-	-
Helle	DK	2	Planlagt	-	-	-	-	-
Jane	SK	1	Akut	Ballonkateder, ve-drop, pictocin	M	-	-	-
Kathrine	DK	1	-	Vandet tages	-	Morfin, lokalbedøvelse i pressefasen	-	-
Katja	DK	4	-	-	U	-	Hjemmefødsel	-
Klara	DK	1	-	Vandet tages, ve-drop	U	Lattergas, pudendusblokada	-	Efterfølgende konstateres fødselsdepression
Kristina	DK	3	-	Vandet tages	U	-	Hjemmefødsel	Er selv Jordemoder
Laila	DK	2	-	Hindeløsning, klip	U	-	-	-
Lillian	DK	1	Planlagt	-	-	-	-	-
Lise	DK	1	-	Ve-drop, Sugekop	U	Lattergas	-	-
Maiken	DK	1+2	-	Vandet tages, klip	M	Lattergas	-	Tvillinger
Maj #1	DK	1	-	-	U	-	-	-
Maj #2	DK	2	-	Vandet tages	U	-	-	-
Marikka #1	DK	1	-	-	U	Lattergas	-	-
Marikka #2	DK	2	-	-	U	-	-	-
Megan #1	SK	1	-	Hindeløsning, ve-drop	M	Demoral	-	-
Megan #2	SK	2	-	-	M	-	-	-

Pseudonym	DK/SK	Kvindens barn #	Kejsersnit	Indgreb udover kejsersnit	Epidural (Med)/(Uden)	Medicinsk smertelindring udover epidural	Hjemmefødsel	Særlige forhold
Melissa	SK	1	-	-	U	-	-	Jordemoder som fødselshjælper
Michelle #1	SK	1	-	-	M	Morfin	-	-
Michelle #2	SK	2+3	-	Sættes igang med cervadil og Oxytocin	M	-	-	Tvillinger
Mona #1	DK	1+2	Planlagt	-	-	-	-	Tvillinger
Mona #2	DK	3	-	-	U	Cocktail, lattergas	-	-
Morgan	SK	1	Akut	Hindeløsning, ve-drop	M	-	-	Efterfølgende fødselsdepression
Rikke	DK	1	-	-	U	-	Hjemmefødsel	-
Sabina	DK	1	-	-	U	-	-	-
Sara #1	DK	1	Akut	Ve-drop	U	Cocktail, lattergas	-	Underkropsstilling, Efterfølgende fødselsdepression
Sara #2	DK	2	-	Hindeløsning, vendet tages, ve-drop	M	Cocktail	-	-
Sidsel #1	DK	1	-	-	U	-	Hjemmefødsel	-
Sidsel #2	DK	2	-	Hindeløsning	U	-	Hjemmefødsel	-
Sigrid	DK	1	Akut	Ve-drop	M	Lattergas	-	-
Sussi	DK	1	Planlagt	-	-	-	-	-

## Bilag 2

---

### Specialets samlede design

