



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Mellom trygghet og sikkerhet

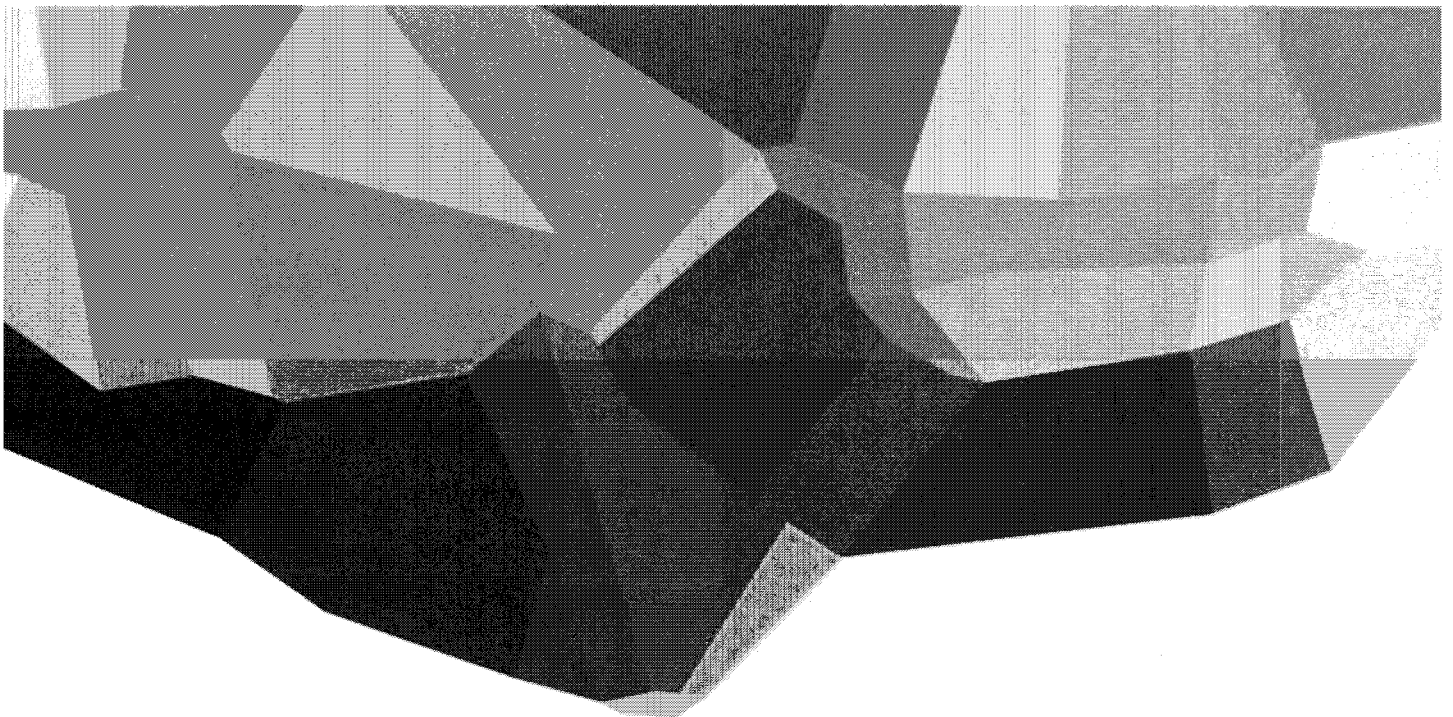
Jordmors erfaringer og refleksjoner fra langvarige fødsler

Kirsten Jørgensen

Masteroppgave i praktisk kunnskap

Eksamenskode MP 300P 004-1

[2013]



"The less we do- the more we give"

Mavis J. Kirkham

Innhold

| | |
|--|-----|
| Forord | 4 |
| Oppsummering | 5 |
| Abstract | 7 |
| Innledning | 9 |
| Fødselsfortellinger | 14 |
| Lines fødsel | 14 |
| Bentes fødsel | 17 |
| Fortellerens ettertanke | 20 |
| Fødsel ett i et historisk, kulturelt og medisinsk perspektiv | 27 |
| Fra hjelpekone til sykehus og nye trender | 27 |
| Å forstå en fødsel- ulike kunnskapssyn | 31 |
| Fødselsaktens utfordringer | 35 |
| Mottakelsens kunst | 40 |
| Om å våge seg fram | 42 |
| Vi er våre relasjoner | 52 |
| "Det tar så lang tid som det tar" | 61 |
| Håndverket i møte med teknologien | 67 |
| Ingen er selvforsynte | 75 |
| Veien jeg gikk - om metoden | 81 |
| Essay som sjanger | 82 |
| Erfaring uttrykkes i fortellingen | 83 |
| Om forforståelse og fordommer | 86 |
| Om roller, nærhet, distanse og feltblindhet | 88 |
| Samtalens rom - om informanter og gjennomføring | 89 |
| Fortellingene – fra tale til tekst | 90 |
| Etiske utfordringer | 91 |
| Mellom trygghet og sikkerhet, avsluttende refleksjoner | 93 |
| Litteratur: | 96 |
| Vedlegg 1 | 104 |
| Vedlegg 2 | 107 |

Forord

Denne masteroppgaven har vært en langvarig reise som jeg hele tiden har visst at jeg måtte begi meg ut på. Det har vært store sjelesettene opplevelser i mitt eget liv som har stanset prosessen og minnet meg om hvor sårbart og uforutsigelig livet er. Alt vi vet om er dagen i dag, timen her og nå. Terrorangrepene 22.juli viste oss hvor liten makt vi har over hendelsesløpende som oppstår. At min egen datter kom uskadd hjem fra Utøya gav ikke bare en enorm lykke- og letthetsfølelse, men også en erkjennelse over tilfeldighetenes spill denne sommerdagen. Sånn er det med fødsler. Vi kan aldri klare å ha det fulle overblikk, for livet har mange farger og nyanser, og naturen er ikke alltid en mild venn.

Gjennom hele skriveprosessen har min kjære Rolf sine ord vært ledestjernen i all famling og tvil på vei mot målet: *"du skal fullføre reisen"*. At han ikke ble med hele veien har gjort det desto viktigere å gjennomføre oppgaven, i det minste til ære for hans minne. Grøtavær har vært et viktig sted for å hente inspirasjon, og ikke minst få den nødvendige roen. Dette ble mitt bidrag.

Takk til alle som har støttet og trodd på meg når alt så som svartest ut.

Mine døtre: Synnøve, Ingvild, Marit og Frida som har gitt meg tid og rom.

Sigrun, Nina og Kirsten; Samtaler om livets utfordringer og faglige diskusjoner har vært utrolig verdifulle å ha i ryggsekken når fjellet har vært uoverstigelig.

Familie og venner; for all oppmuntring.

Jordmødre og gode kollegaer som delt sine erfaringer med meg.

Veileder Anders Lindseth for tålmodighet og kloke innspill

Lykke til med lesingen.

Harstad, mars 2013

Til Rolf

Oppsummering

Jeg er jordmor og har i nesten 30 år arbeidet ved et mindre sykehus kombinert med både funksjon innenfor svangerskap og barselomsorgen. Jeg er en erfaren yrkesutøver og kjenner landskapet som jeg fungerer i svært godt. Jeg vil hevde at jeg har et kyndig blikk og jeg ser i stor grad det som er å se innenfor denne virksomheten. Men selv om jeg er en erfaren praktiker i jordmorfaget, må jeg i denne studien fremstå som relativt fersk forsker. Jeg har forsket i kjent terreng og vil naturligvis bære med meg egne opplevelser og erfaringer fra yrkespraksis. Dette gir meg tilgang på erfaringer omkring fødselens utfordringer.

Denne masteroppgaven er en del av studiet i praktisk kunnskap. Her fokuseres på erfaringsetnografiske data i form av erfaringer og fortellinger fra praksis. Oppgaven bygger derfor på egne og andres erfaringer som jordmor i en føde-barselavdeling og fokuserer på jordmødres håndtering av fødsler som har et forlenget forløp

Norske jordmødre har en selvstendig rolle i fødselsomsorgen. Ønsket om å bevare fødsler så naturlige, og da normale som mulige, har alltid vært en sterk tradisjon i jordmordyrket. I et fødselsforløp som i utgangspunktet forgår normalt, er jeg opplært til å gripe inn minst mulig. Tålmodig venter på at naturen skal gå sin gang. Samtidig opplever jeg press fra mange hold. Fødselen skal gå fremover. Jeg gruer meg til å gi rapport til neste vaktskift og forsvare mine vurderinger av fødselen. I en situasjon hvor mor er sliten og far er utålmodig, kan presset for å gripe inn å stimulere fødselen kunstig ofte føles stort. Det kan fort bli et alibi som benyttes for å vise handlekraftighet i lange slitsomme fødsler. Dilemmaer som oppstår er hvordan bedømme hva som er normalt, og når skal en sette inn tiltak. Når begynner en fødsel å avvike fra et normalt forløp?

Jeg tenker at en stor utfordring er å øke forståelsen for hva som er normalt og hvordan en skal hindre og sykliggjøre en normal prosess. En fødsel defineres enten som normal eller komplisert, som synliggjør hvilke behov og kompetanse som kreves i håndteringen. Det er kompliserte fødsler som krever den største ressursbruken både menneskelig og teknologisk.

I dette ligger to ulike vitenskapelige tilnærminger. Jeg vil hevde så sterkt at den normale fødselen er truet av den moderne medisin. Et økende fokus på prosedyrer og retningslinjer gjenspeiler et behov for å overvåke med tanke på risiko og komplikasjoner. Jeg må skynde meg å legge til at aldri har det vært tryggere å føde barn i Norge i dag. Men et økende fokus

på risiko forskyves oppmerksomheten bort fra det som til alle tider har vært en normal livshendelse.

I mitt arbeid med gravide og fødende gjennom mange år på en liten kombinert føde/barselavdeling, har jeg møtt mange kvinner som har fødselsangst. Samtaler og gjennomgang av forrige fødsel sammen med kvinnene viser svært ofte at de har hatt mange timer med smertefulle rier og flere bomturer til fødeavdelingen før fødselen endelig var i gang, etterfulgt av ett langvarig forløp med en komplisert fødsel som resultat. Kvinnene var tappet for krefter både mentalt og fysisk av den langvarige fødselen som ingen ende ville ta.

Langsom fremgang hos fødende er en av de største utfordringer i fødselshjelpen i det moderne samfunn. Alle som jobber med fødselshjelp, vet at langvarige fødsler kan være farlig for mor og barn. Men kvinner er imidlertid forskjellige når det gjelder fødselslengde. Derfor er det ikke alltid så enkelt å vite når og hvor vi skulle ha reagert. Noen ganger har jeg erfart at tiltak faktisk har klusset til hele fødselen. Stadig flere akutte keisersnitt har sin årsak i langsom fremgang i et fødselsforløp. Vi blir sjelden anklaget for å ha handlet, men noen ganger kunne vi kanskje gitt kvinnen mer tid. Den moderne jordmor utøver sine handlinger knyttet opp til medisinske retningslinjer og prosedyrer i redsel for å gjøre feil. Rammer definert som forsvarlig fødselsomsorg, men som også begrenser selvstendigheten. Handlingsrommet avgrenses i tid og rom. De fleste av oss tilpasser og fungerer innenfor rammene. Noen ganger er det fornuftig og utgjør ingen begrensninger.

Gjennom samtaler med jordmødre ønsket jeg å få fram fortellinger og erfaringer omkring temaet langvarige fødsler. Hvilke skjønsmessige vurderinger gjør jordmødre og kan deres erfaringer bidra til økt kunnskap ved at de bli hentet fram og delt med andre. Metoden er kvalitativ og oppgaven er skrevet i essaystil. Det har gitt meg en større frihet å bruke personlige erfaringer i teksten, samtidig som stilen fremmer refleksjon. Målet med oppgaven er å få en dypere forståelse for de dilemmaer og utfordringer jordmødre opplever i langsomme fødselsforløp. Jeg ønsker å forske fram den praktiske kunnskapen som jordmødre utøver i spenningsrommet mellom den normale og potensielle kompliserte, langvarige fødsel.

Abstract

I am a midwife with nearly 30 year experience working in a smaller hospital specialising in both pregnancy and maternity care. I am an experienced professional and I know my working environment very well. I would argue that I have an expert knowledge and I see immediately what has to be done in each relative situation. But even though I'm experienced in the practical side of midwifery, this research is new to me. In addition to this research I will also use knowledge I have gained from my practical work experience as a midwife relating to the challenges of child birth.

This thesis is a part of the study of practical knowledge. The focus on ethnographic data in the form of experiences and stories of practice. This task is therefore based on my own experience and that of other midwives in a birth/maternity department and focuses on midwives handling of births that have a prolonged course.

Norwegian midwives have an independent role in maternity care. The desire to conserve natural births has always been a strong tradition in midwifery here in Norway. In a childbirth sequence that progresses normally, I am trained to intervene as little as possible, patiently waiting for nature to take its course. At the same time, I feel pressure from many quarters to ensure the birth is progressing normally. I dread to give report to the next midwife on shift, in case I have to defend my evaluation of birth. I can often feel the pressure from an exhausted mother and an impatient father to intervene and stimulate an artificial birth, this could easily be used as a reason to intervene and show the ability to act in long arduous births. Dilemmas that arise are how to judge what is normal and when should action be taken. When does a birth to begin to deviate from a normal course?

I think a major challenge is to increase the understanding of what is normal and how to prevent a normal process becoming an unnecessarily difficult situation. A birth is defined as either normal or complicated that reflects the needs and skills required in handling. Complicated births require the largest resources, using both human and technological resources.

These are different scientific approaches. I would strongly argue that the normal birth is threatened by modern medicine. An increasing focus on procedures and guide lines reflects a need to monitor in terms of risk and complications. I must also add that there has never been safer time than to give birth in Norway today. But an increasing focus on risk is shifting attention away from the natural process of life.

Working with pregnant women and mothers for many years in a small and maternity and birthing department, I have met many women who suffer from tokophobia (a fear of giving birth). Conversations and review of previous birth with these women very often reveal that they have had many hours of painful contractions and many wasted journeys to the maternity ward before birth was finally started, followed by a long sequence with a complicated birth as a result. Women were drained both mentally and physically by the prolonged events leading up to childbirth.

Slow progress in pregnancy is one of the biggest challenges in maternity care in modern society. Everybody working in obstetrics know that long-term births can be dangerous for mother and child. However, women are different in terms of birth length. Therefore, it is not always easy to know when and how we would have react. Sometimes I have found that interfering has actually messed up the whole birth. More and more emergency caesarean section is due to the slow process in a natal birth. We are rarely accused for taking actions at the time, but sometimes we might have given the situation more time. The modern midwife exerts its actions related to medical guide lines and procedures for fear of making mistakes. Rules defined as proper maternity care, but also restricts independence of action limited in time and space. Most of us adapt to work within this framework. Sometimes it is reasonable and correct to pose no restrictions.

Through conversations with midwives, I wanted to present stories and experiences about the theme of long-term births. As a rule of thumb midwives previous judgments and their experiences can help increase knowledge in that they can be retrieved and shared with others. The method is qualitative and the task is written in essay style. It has given me a greater freedom to use personal experiences in the text, at the same time the style promotes reflection. The aim of the task is to get a deeper understanding of the dilemmas and challenges midwives experiencing in slow labours. I want to investigate the practical knowledge that midwives practice in the tension period between the normal and potential complicated prolonged birth

Innledning

Jeg har verdens beste jobb, å være jordmor er et privilegium. Jeg er heldig som får være tilstede i ett av livets største under. Barnet som glir ut av morens kropp, blikket som ser undrene ut i verden og det første skriket som fyller fødestuen. Gleden og lettelsen over at det gikk bra. Å delta under en fødsel er unikt og vakkert.

Men det er ikke alltid slik som skildret ovenfor. Jeg opplever ofte at det er en utfordring å møte fødekvinne som har langvarige forløp, spesielt i fødselens første fase som denne oppgaven vil fokusere på. Langsom fremgang i fødsel eller dystoci er en tilstand, hvor fødselen skrider for langsomt frem. Ordet dystocia (forlenget fødsel) har sin opprinnelse i gamle greske språk, dys som betyr "vanskelig, unormal" og tokos fødsel. Det motsatte av dystocia er eutocia som betyr normal fødsel. Begrepene langsom fremgang, protrahtert forløp og dystocia ser ut til å brukes om hverandre i forhold til langsom fremgang gjennom hele fødselen. (Kjærgaard 2002)

Langvarige fødsler er et globalt problem der manglende tilgang til moderne fødselshjelp innebærer stor risiko for sykdom og død for mor og barn. Åtte prosent av dødsfall i forbindelse med fødsel på verdensbasis beregnes å ha forbindelse med et langvarig forløp. I Etiopia dør en tredjedel av barna til førstegangs fødende der fødselen pågår mer enn 24 timer (Nystedt 2005). Bekymring over langvarige fødsler er ikke nytt. Historisk, før den moderne fødselsomsorgen, var langvarige fødsler en viktig årsak til barne- og mødredødelighet i Norge. Disse gode rådene er beskrevet i 1797 av presten Eirik Olsen fra Stord:

"Til at oppvække Veerne pleier man at give Barselqindene Bævergæl at holde i Munden, krille dem i Næsen, stikke Fingrene i halsen og deslige Haandgref, og naar saadant Ikke gaver den forønskede Virkning, bliver Konen sat paa Hovedet, Man løfter hende 3 gange med Hovedet mot Gulvet for at støte Fosteret Løs, eller man veier Salt med hende, d.e. en sterk Karl setter sin Ryg mot Kvindens Ryg, tager hendes Arme baklængs over sine Skuldre, hvorpå han Krummer sig saaledes fremad at Konen kommer til at ligge paa hans Ryg, Og i denne Stilling ryster han hende brav." (Wyller 1966)

Forlenget fødsel er den vanligste årsaken til akutte keisersnitt i den moderne fødselsverden. I USA anslår man at ca 60 % av alle keisersnitt henger sammen med diagnosen langsom fremgang (Simkin og Ancheta 2005). En fødsel kan gå langsomt fremover, eller stoppe opp av ulike årsaker. Forebygging av langsom fremgang i fødsel kan redusere kostbare og ikke helt ufarlige keisersnitt. Det kan også spare kvinnen for en opplevelse av mislykkethet som ofte følger etter denne type fødsler.

Forutsetningene for fremgang i fødsel beskrives i engelsk litteratur gjennom tre P-er: "*Passage*" bekkenets utforming, "*the Passenger*" fosterets hodeomfang, posisjon og bevegelser gjennom fødselskanalen og "*Power*" rier / sammentrekninger i livmor (Simkin og Ancheta 2005). Gaskin (2003) trekker frem faktorer som trygghet, opplevelse av egen kropp, relasjon til partner og andre støttespillere under fødselen som viktige for fremgangen i fødselen. Kvinnen må være i et miljø og med mennesker som ikke virker forstyrrende på kroppens behov for å slippe instinktene løs.

En fødsel kan være lang eller kort, med ulik grad av opplevd smerte og normalitet. Den kan være et resultat av et positivt eller et vanskelig svangerskap. Barnet kan være stort eller lite. Hvorfor er det slik ar naturen har gjort det lettere for enkelte å føde enn andre? I hvilken grad spiller miljø og kultur inn? Kan kvinnens innstilling påvirke fødselens forløp? I Vesten har kvinnen et valg. Hun kan ønske seg en fødsel uten medikamentell smertelindring, eller "full pakke" der hun tar i bruk alt fra lystgass til epidural. Hvor stor betydning har vi som hjelpere? Det er ikke enighet i fagmiljøet hvor grensene for diagnosen dystoci går. Ulike prosedyrer og praksis viser at det er opp til hver enkelt fødeinstitusjon eller lege/jordmor å bestemme når tiltak og behandling iverksettes (Blix m.fl 2008). Noen fødselshjelpere er kanskje mindre tålmodige og gir diagnosen langsom fremgang raskere enn andre.

Å bli mor er den største opplevelsen i mitt liv, og jeg har et detaljert minne av hver og en fødsel. Jeg var heldig som opplevde fire helt normale fødsler. Jeg husker at det var mange ulike følelser som glede, spenning, stolthet, engstelse, forvirring og frustrasjon knyttet til fødselen og tiden etterpå. Å bli en familie innebar en personlig forandring og en forandring for oss begge fra å være kjærester til å bli foreldre. Jeg tror at opplevelsen av å bli mor, og hvordan man tilpasser seg denne rollen, kan påvirkes av hvordan fødselen opplevdes.

Jeg har alltid betraktet en fødsel som en naturlig del av livet. Men gjennom et langt yrkesliv som jordmor har jeg erfart at det stadig oftere forekommer langvarige og kompliserte fødsler. Under slike omstendigheter, hvor den fødende erfarer alt fra smerte, fortvilelse og utmattelse, har jeg selv kjent på frustrasjonen som kommer av den fysiske og psykiske anstrengelsen det er å stå sammen med kvinnen i situasjonen. Langvarige fødsler øker risikoen for negativ opplevelse for kvinnen, og jeg har ofte undret meg på hva jeg kan gjøre for å hjelpe dem. Det ble derfor viktig for meg, i denne oppgaven, å undersøke hvilke erfaringer andre jordmødre har fra lignende situasjoner. Hensikten, ble for meg, å belyse og få en dypere forståelse av de utfordringene jordmor står i når fødsler drar ut i tid. Hva er det som står på spill i møtet mellom jordmor og fødekvinnen i langvarige fødsler?

Tiden rundt fødselen medfører usikkerhet, både for fødende kvinner, partnere og jordmødre. Kvinnene er ofte spent på selve fødselen, i tillegg til hvem de møter på fødeavdelingen. Jordmødrene skal raskt lære en kvinne å kjenne, ivareta hennes behov og identifisere hvordan hun som hjelper kan bidra til en god og trygg fødselsopplevelse for en hel familie. Historiene om Line og Bente gir et bilde av min praktiske hverdag som jordmor på en liten fødeavdeling langt nord i landet. Gjennom skriving og refleksjon har det åpnet seg gradvis en ny forståelse for hvilken utfordring langvarige fødsler er for både kvinnen, familien og oss jordmødre.

Å være jordmor er mottakelsen kunst. Filosofen og teologen Knud Ejler Løgstrups etikk gir etter min mening god hjelp til å utforske hva som står på spill i møtet mellom fødekvinnen og jordmoren. Derfor har jeg valgt å løfte temaet teoretisk ved å belyse det i lys av Løgstrups hovedverk *"Den etiske fordring"*. Løgstrup (2010) er i verket opptatt av hvordan vi tar vare på hverandre og utvikler gode relasjoner. Tillit er et sentralt begrep i hans etikk. Løgstrup tilhører den fenomenologiske tradisjon og var en tenker som var opptatt av møter mellom mennesker. Begrepet *"livsverden"* knyttes til fenomenologiens grunnlegger Edmund Husserl Studier av sosiale og historiske sammenhenger mennesket inngår i, står sentralt. (Aadland 2002) I min tilnærming har jeg valgt å hente elementer fra denne tradisjonen når jeg nå vil gi et innblikk i jordmorsverden gjennom egne øyne og kollegaers forståelse av den.

Jordmors livsverden kan synliggjøres både på et individuelt og et samfunnsmessig nivå. Den kan ses gjennom en innenfra og utenfra forståelse. (Olsen og Finnstad 2003) En innenfra forståelse er mine og andre jordmødres erfaringer, mens en utenfra forståelse synliggjør at det å føde, organiseringen av fødselsomsorgen og hvor fødselen finner sted, er helse- og fagpolitiske temaer. Fødsel fortellingene kan således forstås som to fortellinger, om det praktiske jordmor arbeidet og om de rammene som styrere våre valg; modernisering og sentralisering av fødselsomsorgen. Gjennom å belyse fødselen i et historisk, kulturelt og medisinsk perspektiv prøver jeg å synliggjøre hvordan strukturer i føderommet kan påvirke jordmorens handlingsrom.

Formidling av erfaring gjennom fortelling har lange tradisjoner i jordmorfaget. Mine egne fortellinger har i denne oppgaven vært gjenstand for refleksjon og ettertanke. Det har derfor vært naturlig for meg å velge en essayistisk form på masteroppgaven. Beck-Karlsen (2003) beskriver essayet som personlig der refleksjon er bærende i teksten. Dette har gitt meg en frihet til å fortelle fra egen praksis med eget språk og frie betraktninger. Å lytte til kollegaers fortellinger om dilemmaer i vår praksis er med på å skape en refleksjon over egne erfaringer. Hva er god eller mindre god praksis? Kunne jeg ha gjort noe annerledes? Erfaringer fra yrkeshverdagen er et naturlig utgangspunkt for samtale og refleksjon. Ved å sette ord på ulike handlinger, synliggjøres erfaringene til jordmødrene.

Jeg er opptatt av å beskrive og forstå menneskelige handlinger i denne masteroppgaven. Ikke å tallfeste eller finne bevis. Det har derfor vært naturlig å velge en metode med kvalitativ tilnærming. Det kvalitative intervju åpner opp for at den som intervjues gis mulighet til å formidle kunnskap og opplevelser fra hverdagen. (Kvale 2007)

Mitt forskningsfelt har vært egen arbeidsplass. Jeg har kunnskap om jordmødres praksis, slik kan jeg rette oppmerksomheten mot det som er sentralt i problemstillingen. Samtidig må jeg være bevisst at for stor grad av nærhet kan gjøre meg både seende og blind samtidig. (Repstad 1998) Min erfaring kan gi adgang til noen former for innsikt, men også skygge for andre. Rom for refleksjon og kritisk blikk på praksis er viktige forutsetninger for å bevare kunnskapen som allerede er det, utvikle og styrke den. Men da må jordmødre på banen og

være villige til ta et dybdedykk ned i egen praksis. Ellers kan jordmorens erfaringskunnskap gå tapt i tallenes verden.

Fødselsfortellinger

Lines fødsel

En lang nattevakt var over. Kristian nyter sønnens første timer alene på avdelingen. Det var jo ikke slik fødselen skulle ende- mor og barn adskilt. Jeg var skuffet og lei meg. Jeg følte meg mislykket som jordmor.

Jeg møtte Line første gang på tampen av en nattevakt. Line og hennes mann Kristian ventet sitt første barn. De var begge overbevist om at fødselen var i gang, men riene var uregelmessige og fødselsåpningen var lukket. Jeg så at Line var lei seg. Hun hadde hatt smertefulle rier hele natten og var sliten. Jeg anbefalte henne å dra hjem fordi det kunne tid før fødselen startet. Tårene stod i øyene, da Line forlot avdelingen.

Noen dager senere tok Line kontakt med oss igjen. Hennes øyne lyste av smerte og fortvilelse. Hun hadde ikke sovet på flere døgn. Jeg kjente på magen til Line og fant ut at hodet var godt festet i bekkeninngangen og at barnet hadde en normal hjerterytme, men fødselsåpningen var fremdeles lukket. Hvorfor ville i fødselen starte undret jeg meg.

Line var en flott jente, en riktig fødekvinn. Tenkte jeg. Jeg registrerte at Lines rier var litt uregelmessige og at de ikke varte så lenge. Gode rier er viktig i fødselsarbeidet, men Line var veldig smertepåvirket. Jeg bestemte meg derfor å tilby dem å være natten over på avdelingen. Det til tross for at man fører en konsekvent praksis som sier at kvinner burde være hjemme i denne tidlige modningsfase. Neste morgenen kom, og de dro fra avdelingen uten noen tegn på at fødselen var startet.

Da jeg kom på vakt neste natt var Line og Kristian tilbake. Fødselsåpningen var blitt 4 cm. Jeg kjente jeg ble utrolig glad. Flere døgn med lite søvn og smertefulle "maserier" var over. "Så godt at det var du som kom igjen, så jeg slapp å møte enda flere jordmødre" sukket Line da jeg kom inn på fødestua den natten. Jeg møtte blikket til Line som smilte til meg, mens hun pustet tungt over en ri. Endelig var fødselen i gang.

Line støttet seg på en gåstol, mens Kristian masserte forsiktig ryggen da riene herjet som verst. Kristian var flink til å støtte og oppmuntre Line. Jeg så mye ømhet og varme mellom dem.

Jeg registrerte at riene kom regelmessig og styrken økte på som forventet. Hjerteslagene til barnet tikket regelmessig og jeg hørte at den lille inne i magen hadde det fint hele tiden. Jeg lyttet med jevne mellomrom for eventuelt å fange opp uregelmessigheter. Det var en fin

atmosfære på fødestua og stemningen bar preg av ro og stillhet. Line pustet rolige, dype åndedrag- mens hun gikk omkring i rommet. Hun var så dyktig.

Natten var svart og klar på samme tid. Månen lyste på hvitkledd fjell. Men en fødsel er som naturen uregjerlig og uforutsigbar. Jeg satte meg i gyngestolen og leste avisen. Ord er ikke alltid nødvendig.

Line pustet lystgass innimellom for å dempe den verste smerten gjennom riene. Hun hadde tidligere fått tilbud om prøve badekar som smertelindring. Jeg fortrekker de naturlige metoder for smertelindring før de medisinske. Foruten vann og massasje, er akupunktur blitt veldig godt mottatt hos fødekvinne, men det kreves et kurs og det er det bare enkelte jordmødre som har.

Jeg merket at riene virket litt svakere og ikke kom så hyppig. Line virket sliten og motløs. Jeg undersøkte fødselsåpningen, som det viste seg var uforandret. Jeg tittet på dataskjermen som tegnet fødselens fremgang. Imot meg lyste alarmlinjen, og ga beskjed om at fremgangen var for sakte. "Tilkall lege" blinket mot meg idet jeg skrev inn mine funn. Et snev av usikkerhet snek seg inn i tankene mine. Hva gjør jeg nå? Det var midt på natten. Hva kan en lege bidra med? Men det forventes at jeg må foreta meg noe og jeg var redd for å gjøre for lite. For lite av det som forventes av meg, både av kollegaer og fødekvinne. Jeg bestemte meg for å ta hull på fostervannsposen. Kanskje kunne det bidra til hyppigere og sterkere rier.

Line ga etterhvert uttrykk for sterkere smerter og riene kom hyppigere. Fødselsåpningen var nå 5 cm, men det var fremdeles utenfor forventet fremgang. Line trengte åpenbart også mer smertelindring for å klare siste delen av fødselen. Alternativet er ryggbedøvelse. Det er et fantastisk hjelpemiddel og en velsignelse i langvarige og slitsomme fødselsforløp. Fødekvinne, ledsager og jordmoren får en "pause" til å ta seg inn. Jeg kjente at jeg var sliten etter mange timer på fødestua.

Jeg festet en elektrode på barnets hode for å følge med hjertelyden kontinuerlig. Epiduralbedøvelse vet jeg kan gi forandringer i barnets hjerterytme. Fødselen ble fra nå av et teknologisk "prosjekt". Jeg ble opptatt av å følge med at det medisinske utstyret fungerte riktig.

Bedøvelsen ga god smertelindring. Line slappet av. Atmosfæren i rommet forandres. Kristian tok fram matpakken, og jeg rakk å ta en tur på vaktrommet for å få meg litt mat.

Det var så stille. Line har lukket øyene og puster rolig. Jeg observerte riens rytme og styrke, siden jeg tidligere har erfart at de kan avta ved ryggbedøvelse. Min erfaring er at det ofte trengs å gi medikament for å øke på riene igjen.

Sola var i ferd med å stige opp fra havet. Det nærmet seg dag og Line hadde ikke født enda. Fødselsåpningen var fremdeles bare 5cm og helt uforandret. Maskinen overvåket barnets hjerteslag, som viste regelmessig rytme på kurven. Barnets hode var midt i bekkenkanalen og kjentes ut til å stå riktig. Hodet skal jo på en måte snurre seg gjennom bekkenkanalen. Spørsmålet var om barnet sitt hode var for stort eller om bekkenet for smalt, som hindret fødselen i å gå fremover? Line var ikke spesielt stor i magen og jeg hadde kjent med hendene mine at barnets hode virker også normalt stort. Det er alltid en stor utfordring å forholde seg til kravet om fremgang i fødselen. Kurven til Lines fødsel var utenfor det akseptable av forventet progresjon i fødselen.

”Alarm, alarm, fremgangen var for sakte.” Jeg likte ikke den røde linjen på dataskjermen og at beskjeden igjen lyste mot meg. Jeg vet at en fødsel kan stagnere eller stoppe opp, spesielt etter en ryggbedøvelse, men jeg ble urolig. Jeg måtte varsle legen nå. Barnets hjerterytme var heldigvis normal. Vi ble derfor enige om å vente litt og gi fødselen enda litt mer tid. Legen var en ukjent vikarlege. Det er stor mangel på fødselsleger på min arbeidsplass og vi har i stafetter med leger fra ulike skandinaviske land og ofte kommer de fra store sykehus med en helt annen beredskap og spesialisering.

Etter hvert virket det som om fødselen helt hadde stoppet opp. Line fikk ristimulerende medisin uten særlig effekt. Fødselens fremgang var langt utenfor normaldiagrammet på skjermen. Jeg så at Kristian var veldig sliten, at hans tålmodighet var nå helt på grensen.

”Nå må du gjøre noe for å hjelpe Line” sier han og hans blick lyste av engstelse og fortvilelse. Hvor lenge skal Line ligge her uten at du fortar deg noe, sa blikket hans. Jeg kjente på et press fra han. Avisoverskrifter om fødselsskader hvor jordmoren er den ansvarlig, faret gjennom hodet mitt.

Det hadde vært mange og lange timer på fødestue. Jeg følte at det begynner å tære på mine egne krefter. Lysten og viljen, heller ikke min innsatsvilje for at fødselen skulle få den tiden den trengte, likevel følte jeg nå at det jeg hadde gjort ikke hadde vært tilstrekkelig. Hva vil de som kommer på morgenvakt tenke om min håndtering av Lines fødsel. Det er aldri en god følelse å overlate en utslitt fødekvinne til et nytt vaktskifte.

Jeg kontaktet doktoren. Det nærmet seg morgen og helt på tampen av nattevakten ble det bestemt keisersnitt, siden det var manglende fremgang i fødselen og en sliten mor. Barnet var en frisk fin gutt som lå riktig innstilt og veide 3,5 kg. Han skreik med en gang og en ny familie var født!

Alt synes å være til rette for en normal fødsel, men hva gikk feil? I etterkant kom det fram at Line og Kristian synes at dette hadde vært en utrolig tøff og slitsom opplevelse. Tiden før selve fødselen har vært preget av engstelse og usikkerhet. De følte seg overlatt til seg selv.

De var naturligvis takknemlige for at det gikk bra tilslutt og at gutten var frisk, men keisersnitt hadde de overhodet ikke tenkt på som et alternativ. Line opplevde at hun "mistet" fødselen sin. Hun hadde kjent seg så trøtt og sliten at hun ikke kunne glede seg riktig over barnet, når det vel kom ut. Begge tenkte mye på "tapet" av fødselsopplevelsen i etterkant.

Bentes fødsel

Ingen fødsel er lik og utfallet kan være overraskende og uventet. Det var Bentes fødsel et godt eksempel på.

Bente ventet sitt første barn. Hun var engstelig fordi alle sa at hun var så stor i magen og barnet veide nok over gjennomsnittet. Jeg delte derfor Bentes bekymring allerede første gang jeg møtte henne. Hun kom til fødeavdelingen i slutten av kveldsvakten min. Jeg så den store magen og kjente at barnets hode enda ikke var kommet ned i bekkeninngangen. Bente var engstelig og veldig sliten. Modningsriene var hyppige og smertefulle. Hun klarte ikke å finne ro og hvile hjemme. Jordmoren som kom på nattevakt gav henne akupunktur og et varmt bad. Bente og Tore fikk sove på miljøstua den natten Jeg hørte i etterhånd at de dro fornøyd hjem.

Neste dag meldte de første tegnene på at fødselen var startet. Bente fortalte at det lekket fostervann, men riene var enda litt svake. Jeg ba henne avvente en stund hjemme frem til riene ble litt sterkere.

Bente og hennes mann Tore kom til fødeavdelingen i løpet av kvelden. Da jeg kom inn til dem på fødestuen om morgenen, var enda fødselen i tidlige åpningsfasen. Fødselsåpningen var bare 4cm og det hadde ikke vært forandring på flere timer. Dataskjermen varslet at fremgangen var akseptabel enda, men det det burde bli en progresjon om ikke lenge.

Riene kom ikke regelmessig, innimellom var det lange opphold. En fødsels progresjon er helt avhengig av effektive rier. Gode rier er avhengig av at kroppen får tilstrekkelig hvile og energi. Barnets hjerteslag fortalte at barnet hadde det bra inne i mors mage. Bente trengte å

hente seg inn for å klare resten av fødselen. Jeg ordet frokost inne på miljøstua til dem begge. Denne stua har et hjemmekoselig preg og en stor seng som de kunne slappe av i.

Etter noen timer økte riene på i styrke. Bente ble tydelig smertepåvirket, men det virket som at hun hadde full kontroll over situasjonen. Det syntes som om kreftene hadde kommet tilbake og Bente var med godt mot. Hun jobbet seg gjennom ri etter ri, utnyttet pausene godt. Tore ga henne drikke og massasje på ryggen. Det var rolig og harmonisk stemning på fødestua. Bente pustet lystgass for å dempe den tøffeste smertetoppen.

Om lag 3 timer senere undersøkte jeg henne igjen, men fant at fødselsåpningen bare var blitt 5 cm. Barnets hode var også fremdeles høyt i bekkeninngangen. Jeg tittet på fødselsdiagrammet på skjermen. Imot meg lyste nå alarmlinjen, og ga beskjed om at fremgangen var for sakte. Jeg brukte en stund til å tenke over hva situasjonen hadde å fortelle meg. Bente hadde ikke særlig effektive rier, selv om de har blitt sterkere, en jeg burde gjøre noe for at fødselen skulle ha en progresjon. Jeg bestemte meg for å gi henne medisin for å øke riens hyppighet. Samtidig koblet jeg en elektrode på barnets hode for å overvåke barnets hjerteslag regelmessig. Jeg tok i bruk det nyeste overvåkningsapparatet vårt.

Etter noen ytterligere timer syntes ikke Bente at lystgassen hadde effekt på riene som nå kom hyppigere. Det hadde åpnet seg kun 6 cm ved lunsjtid. Jeg foreslo for Bente at hun det ville være lurt med ryggbedøvelse. Jeg hadde en følelse på at dette ville bli en langvarig fødsel. Bente ventet et stort barn som kanskje ville trenge hjelp til å komme ut. Jeg så at barnet hjertelyd innimellom ble litt lavere i forbindelse med riene, men den moderne teknologien varslet at barnet allikevel hadde det fint. Jeg senket skuldrene litt, men jeg likte ikke beskjeden på datamaskinen. Jeg opplevde det ubehagelig at målene ikke passet inn. Alarm, alarm blinker det på skjermen- fremgangen er for sakte. Idet jeg skriver inn mine funn kom varselet "Tilkall Lege".

Jeg kontaktet en erfaren lege fra vår faste stab. Tross alle varsler gjorde vi ikke flere inngrep i fødselen. Barnet som enda stod høyt i bekkenet ville trenge tid for å rotere seg ferdig og Bente ville så gjerne føde normalt. Barnets hjerteslag ble overvåket kontinuerlig og viste etterhvert en regelmessig rytme. Det var dag og all ekspertise var tilgjengelig om det ble nødvendig med rask hjelp. Legen stakk ofte inn i døren for å forsikre seg om at det stod bra til. Det følte godt å dele ansvaret. Jeg var trygg på legens vurderinger.

Endelig fikk fødselen en progresjon. Bente var så dyktig- Tore støttet henne hele tiden. De kjempet sammen. Jeg så mye ømhet og varme mellom dem. Det påvirket og oss som hjelpere.

Jeg tenkte at Bente var så sterk og vakker, der hun kjempet for å føde sitt etterlengte barn. Hun var så innstilt på å føde og hun fikk sin belønning. Etter nesten et døgn, fødte Bente en stor flott gutt som skrek straks. Fullkommen lykke for den nye familie. Tore strålte av stolthet, av sin tapre kvinne og det lille "under" som sugde begjærlig på Bentes brystknopp.

Jeg tror nok denne fødsel hadde blitt keisersnitt i gamle dager. Det hadde blitt grepet inn fordi fødselen gikk for sakte, men ny teknologi fortalte at barnet hadde det fint. Det var ikke press fra Bente eller Tore om at fødselen måtte avsluttes. Bente var utrolig sliten på slutten, men Tore oppmuntret henne på en fantastisk måte. De var innforstått med at det ville ta tid for barnet å komme seg ut. I ettertid sa de at de følte seg trygge på at barnet hadde det bra. Jeg hadde god støtte av legen og jeg ønsket at Bente skulle føde normalt. Alle jobbet sammen. Det var en stor glede idet jeg hørte barnets første skrik og to undrende øyne så ut i rommet. Å være jordmor er verdens beste jobb.

Fortellerens ettertanke

Jeg har mange ganger lurt på hva det var som gjorde at jeg valgte fortellingene om Line og Bente til min masteroppgave. Jeg har jo haugevis av erfaringer å øse av og langsomme fødsler er ikke akkurat et nytt fenomen. Fortellingene er ikke uvanlige og heller ikke spesielt dramatiske. Noe ved historiene satte i gang noen tankeprosesser omkring utfordringer i det som tilsynelatende er en del av hverdagen til oss jordmødre. Refleksjoner i det hverdagslige og dramatiske tror jeg skaper en undring over livet og jordmorfaget med alt det rommer i nytt lys. Det var noe i fortellingene som jeg ønsket å få fram og undre meg over. En søndagsmorgen i Stavanger, ble det plutselig klart for meg at en fødsel er en del av en helhet og hvor de enkelte deler er uløselig bundet og avhengig av hverandre mot et felles mål, et nyfødt barn. Det ble klart for meg at det var faktorer som forstyrret helheten og det åpnet opp for nye tanker omkring min rolle som jordmor. Dette får meg til å tenke over hvordan jeg ser på meg selv og ønsker å være som jordmor. Mine verdier og holdninger har konsekvenser for praksisen jeg utøver i hverdagen.

Mine bekymringr er ikke bare var rettet mot Bente og Line, men like mye mot regler og prosedyrer. Er det rett at jeg som hjelper kan bestemme om en kvinne er i fødsel eller ikke, eller i hvilken fart hun skal føde sitt barn? Balansegangen er ikke alltid enkel, fordi kompleksiteten og nyansene kan vise seg så forskjellige fra fødsel til fødsel. Standardiserte prosedyrer og regler kan komme til å innskrenke den unike fødselen og sette grenser for jordmorens handlingsrom.

Dette har fått meg til å tenke på den normale fødselen. For hva eller hvem er det som bestemmer om en fødsel er normal? Når starter en fødsel og hvor lenge kan den vare før den er unormal? Fødselsfortellingene har således skapt en oppmerksomhet rundt teknologiens inntog i fødselsomsorgen og hvilken påvirkning den har på de ulike fødeareneene på godt og vondt. Når jeg leser mine historier kommer det tydelig frem at var det dataskjermen som varslet at fødslene gikk for sakte framover. Kan de tekniske hjelpemidlene være med på at jeg ikke våger å stole på egne observasjoner? Har vi for mange prosedyrer å følge?

Hvorfor endte Lines fødsel med keisersnitt, mens Bente fødte normalt? De var begge friske kvinner som ventet sitt første barn. De hadde en slitsom modningsfase, etterfulgt av en langvarig åpningsfase. Hvilke vurderinger ble gjort i Lines fødsel som var annerledes enn for Bente? Det er forskjellige meninger blant oss jordmødre om når og om en skal gripe inn i den normale fødsel. Dette får meg til å reflektere over mulig andre faktorer som kan forstyrre fødselsprosessen. Jeg opplever helt andre krav og forventninger enn tidligere. Jeg må stå ansvarlig og faglig begrunne mine handlinger ovenfor kollegaer, leger og ikke minst fødekvinne og hennes ledsager. Samfunnet og rettssystemet er i tillegg også medvirkende faktorer som har innflytelse på mitt handlingsrom. Jeg opplever at min mulighet til å yte individuell omsorg påvirkes når jeg må forholde meg til ferdigstilte standarder.

Kvinnens svangerskap måles i dager og uker og blir satt inn i et tidssystem for å avdekke unormale variasjoner i den moderne fødselsomsorgen. Ultralyd er i dag den sikre terminbestemmelse og ofte er kvinnene veldig fokusert på denne dato. De fleste kvinner ser fram til termindagen og ofte leter de etter tegn på at fødselen starter. Ultralyd er i dag den sikre terminbestemmelse og ofte er kvinnene veldig fokusert på denne dato. Jo nærmere kvinnene kommer denne dato, desto høyere blir ønsket om å bli ferdig med svangerskapet. De går inn i en ventetilstand, hvor de minste tegn blir tolket som fødselsstart. Det er ikke uvanlig med hyppig kontakt med fødeavdelingen. For noen kvinner kan denne modningsfasen være utrolig slitsom og vare over flere døgn. For meg har det alltid vært en utfordring å møte disse kvinnene, fordi deres behov er så forskjellig. Samtidig har jeg erfart at hvordan kvinnene opplever denne fasen, fysisk og mentalt, har en konsekvens for det videre fødselsforløpet.

Fødekvinne søker jordmor i den forventning at jeg skal hjelpe henne. Er det rett å forstyrre naturens gang, og når bør jeg egentlig forstyrre? Jeg opplever at vi som jordmødre har forskjellige innfallsvinkler til denne startfasen. Noen ønsker å hjelpe kvinnen videre slik at hun har krefter til selve fødselen. Samtidig erfarer jeg at behovet etter å hjelpe fort kan ende opp med medisinske teknologiske hjelpemidler. Noen ganger opplever jeg at vi forstyrrer en tilsynelatende normal fødsel. Jeg har sett utallige ganger at jo mer man griper inn og styrer i en fødsel, jo mer komplikasjoner har det tendens til å bli. Jeg husker spesielt godt en fødsel der jeg ble for utålmodig og kom til å oppfordre fødekvinne å presse for tidlig. Resultatet ble at mor ble sliten, riene forsvant og barnet forløst med keisersnitt.

Dette bringer meg videre til hvem jeg er i møtet med Line. Jeg kommer ikke bort fra makten jeg har i kraft av min rolle. Hvordan er det å være Line og bli møtt på fødeavdelingen av jordmor som konkluderer at du ikke er i fødsel? Å bli møtt med kommentarer som *”Du bør dra hjem og vente på sterkere rier”*. For Line var riene reelle og smertefulle og hvordan kan jeg da vite at det er best for Line å være hjemme? Følelse av ikke å bli forstått kan fort gi en avmaktfølelse. Betyr det at kvinner i den tidlige startfasen av en fødsel ikke har behov for omsorg fra jordmor? Jeg tenker det er uheldig hvis kvinnens møte med jordmor på sykehuset fører til at hun må kjempe for å bli trodd. Selv om jeg vet at for tidlig innleggelse kan utsette kvinnen for inngripen i en normal prosess, må jeg på den andre siden erkjenne at kvinnens opplevelse er vel så viktig i vurderingen. Istedenfor å finne ut om riene er regelmessige nok eller åpningen stor nok til å slippe kvinnen inn på fødestuen, bør jeg ikke heller lytte til kvinnens egen opplevelse? Er det ikke mer omsorgsfullt at jordmoren møter henne med forståelse og kunnskap når en kvinne tar kontakt med en jordmor tidlig i et fødselsforløp? Ved at kvinnen blir møtt med forståelse og tillitt, vil dette gi kvinnen en god opplevelse, og viktigst av alt motivasjon og styrke til fødselen.

Hvem bør jeg være i møtet med fødekvinne? En jordmor som fremstår som eksperten med meninger om hva som er best for kvinnen, eller en støttespiller som tar del i en fantastisk begivenhet i en annen kvinnes liv. Fødekvinnes ressurser og tro på egne krefter skal stå i fokus som grunnlag for god samhandling. Bente møtte en jordmor som ville henne vel og stolte på sine egne observasjoner. Hun så at Bente trengte omsorg og hvile. Hvis den fødende er tappet for krefter er ikke det et godt utgangspunkt for det videre fødselsforløp. På min avdeling er langsom fremgang og sliten mor vanligste årsak til keisersnitt. Jeg opplever ofte i møte med gravide som har fødselsangst at de har hatt en tidligere fødsel som tok uforholdsmessig lang tid.

Dagens fødsel plasseres inn i en lineær aksjonslinje som hver time skal nå sitt mål på en dataskjerm. Jeg tenker at dette handler om dagens tidsstyrte samfunn og vårt behov for kontroll. Men er ikke en fødsel en reise inn i et ukjent farvann hvor kartet ikke alltid passer inn i landskapet du omgir deg med. Hva med å oppmuntre fødekvinne å slippe kontrollen og la seg seile med inn i det ukjente uten å ha forventninger hvor lenge reisen vil vare. Kanskje hun slapper av og lar kroppen få bestemme. Jeg tenker ofte at kroppen har en fantastisk evne

til å levere et bra resultat, om den får ordne opp selv. Noen ganger handler det om at naturen kanskje trenger mer tid på seg.

Fødselsskjemaet (partogrammet) på datamaskinen hjelper meg å holde tidskjema, samtidig alarmere når jeg skal reagere på avvik ut fra de faste standarder og prosedyrer. Men skal vi fødselshjelpere bestemme i hvilken takt eller fart kvinnen skal føde sitt barn? Er det da rett at en dataprogram skal bestemme hvilken skjematisk kurve kvinnen skal tegne under sitt fødselsarbeid? For eksempel kan store barn bruke lenger tid. Hvor lenge har vi tid til å vente på at barnet skal ta en litt lenger omdreining i bekkenet. Dette er en utfordring jeg som fødselshjelper står i dag. Bente hadde en forsvarlig langsom fremgang for barnet hadde det bra og hun var ikke utslitt. Det var forventet at denne fødselen kunne ta sin tid, siden barnet var stort og stod høyt i bekkeninngangen. Men slik jeg ser det, hadde Line en slitsom fremgang. Barnet synes normalvektig og fint plassert i fødselkanalen og det var ikke forventet et langvarig forløp. På dataskjermen lyste det flere ganger "*Alarm, alarm, fremgangen er for sakte*". Jeg opplevde det som ubehagelig at målene ikke passet inn, jeg likte ikke den røde linjen på dataskjermen. Jeg har mange ganger tenkt på om Line og Kristian fanget opp det bekymrede blikket mitt da dataskjermens alarm lyste mot meg. Jeg sa aldri noe høyt, men på den andre siden kan jeg heller ikke huske om jeg rynket på nesen, hadde et betenkt fjes eller på noen andre måter uttrykte med kroppsspråket at noe ikke var som det skulle. Jeg likte ikke at beskjeden om å tilkalle lege lyste mot meg. Et snev av usikkerhet snek seg inn i tankene mine. Er det rett at jeg skal tilkalle legen som sover hjemme og kanskje vekker han unødige, fordi jeg er usikker?

Personlig er jeg for redd for å gjøre for lite. For lite av hva som forventes av meg, kollegaer og fødekvinnen. På den andre side må jeg forholde meg til regler og prosedyrer. I dagens samfunn vil jeg hevde at vi er blitt mer og mer avhengig av teknologiske hjelpemidler og på mange måter kan det være positivt. Men i fødselssammenheng kan det både være forstyrrende og kanskje unødvendig til tider.

Jeg må uansett forholde meg til krav om hvor fort en fødsel skal gå fremover utfra en kurve på en dataskjerm. Jeg føler at andre faktorer som rier, barnets rotasjoner og kontakt med fødselsåpningen burde telle som viktige elementer i vurdering av fødselens fremgang. Hva

skjer om jeg ikke følger rutinene? Samtidig er det klart at jordmødre i dag har mer ressurser tilgjengelige og fødselshjelpen er mer teknologisk preget enn tidligere. Datamaskinen har blitt en like naturlig del av en fødsel, som det å ta imot barnet. Jeg husker da datamaskinene kom inn i fødestuen og det ble argumentert med at jordmoren skulle slippe å forlate fødekvinne i fødsel for å dokumentere. Kvalitetsikring er det nye moteordet innen helseverden og alt må dokumenteres elektronisk. Datamaskinen blir på en måte tveegget fordi den skaper både nærhet og distanse mellom jordmor og fødekvinne. Jeg må innrømme at å dokumentere elektronisk underveis og faktisk fullføre papirarbeidet allerede inne på fødestuen mens mor og barn har sine første minutter sammen, er både tidsbesparende og mer nøyaktig i en hektisk hverdag. Men på den annen side ser jeg at det å sitte i et hjørne og skrive på en datamaskin ikke fremmer kontakt og nærhet mellom jordmor og fødekvinne. Er det likevel noen forskjell når den fødende eller mannen sitter med sin bærbare PC på fødestua og kommuniserer på Facebook blant annet? Dagens kvinner er vokst opp med TV, mobiltelefoner, video, datamaskiner og internett. De er på en annen måte blitt vant til å få hjelp av teknologien enn tidligere generasjons fødekvinne. Et eksempel på nåtidens generasjon er en fødende som ringte og fortalte at "rier.com" anslo at hun var i fødsel for riene kom ofte og varte lenge. Selv kjente hun lite til dem.

Dette har fått meg igjen til å tenke på teknologiens inntog i jordmorverden og med hvilken kraft den utspiller seg på de forskjellige fødearenaene. Jeg ble usikker under Lines fødsel da alarmlinjen varslet at denne fødselen gikk for sakte fremover. Det var natt og legen har hjemmevakt. Jeg var alene om ansvaret. Hva betyr dette og hvordan påvirker det mine vurderinger? Hvorfor ble Bentes fødsel så annerledes når forløpet i utgangspunktet var likt. Har det betydning for hvilken tid på døgnet fødselen utspiller seg?

En naturlig fødsel uten inngrep eller medikamentell smertelindring kan innebære sterke smerteopplevelser. Line var sliten og trengte smertelindring. Jeg har nok en avventende holdning til ryggbedøvelse og prøver i det lengste andre smerte alternativer. Jeg opplever at fødselen blir et teknologisk prosjekt som krever streng overvåking av mor og barn. Men fødekvinne krever ofte ryggbedøvelse. Hvorfor skal de føde i smerte når det er hjelp å få? Det vanskelig å motivere en kvinne som har bestemt seg for ryggbedøvelse. Jeg vet også at sterk smerteopplevelse kan oppleves traumatisk og ikke sjelden gi fødselsangst med ønske om keisersnitt ved neste fødsel Jeg føler meg fanget. Hva er min omsorg opp mot en smertefri

fødsel? Jeg skal heller ikke være blind for at ryggbedøvelsen gav meg kjærkommet pusterom midt på natten. Det er ikke alltid enkelt å forholde seg til smerten uten å kunne gjøre noe. En positiv effekt av epidural jeg erfarer jeg en vond smertesirkel brytes og kvinnen slapper av. Ikke sjelden kortes åpningstiden ned og kvinner føder raskere etter litt tid. Teknologien kan derfor virke positivt på et ellers langvarig forløp. Bente fikk også epiduralbedøvelse og det tror jeg nok gav henne krefter til å klare siste biten av fødselen.

Smerten er jo den naturlige konsekvens av å føde barn, men er mannen forberedt på kvinnens smerter? I Lines fortelling skriker Kristians blikk "*Du må gjøre noe*". Jeg forstår at mannen synes det er vanskelig å se at hans kvinne har mye smerte uten å kunne gjøre noe. Mange menn har sagt til meg at de følte seg veldig hjelpeløse i en fødsel. Hvilken betydning har barnefarens inntreden på fødearenaen? Er menn mer utålmodige og ønsker at noe må skje? Er de forberedt på at en fødsel kan ta lang tid, kanskje opptil flere døgn? Jeg kan ikke si med sikkerhet, men tror nok at Kristians tilstedeværelse til en viss grad påvirket mine vurderinger. Det er vanskelig å motivere Line til å stå i smerten og strevsomheten når Kristian ber meg hjelpe. På den andre siden opplever jeg som ofte at partneren er en viktig motivator for fødekvinnen. Selv om fødselen kan være smertefull og slitsom erfarer jeg at mannens støtte er av største betydning. Tore var en utrolig viktig støttespiller for Bente, og for oss fødselshjelpere. Hans engasjement og pågangsmot førte til at vi jobbet entusiastisk sammen mot et felles mål.

Jeg opplever det er fint å søke råd og støtte hos kollegaer når en står i krevende fødsler over tid. En som er upåvirket av lyd og ord som er frisk og opplagt og kan komme nye kreative løsninger. Det skjer ofte at når ny jordmor overtar en fødsel så føder kvinnen raskt etterpå. Tenk om vi kunne vært flere jordmødre til å avlaste hverandre? Kontinuitet og omsorgsfull tilstedeværelse, kan komme til å lide fordi jordmoren er sliten og tom for ideer. Det er vanskelig å være motivator spesielt midt i natta og en kjenner at motløsheten også påvirker meg som jordmor. Da er det ikke så enkelt å støtte og oppmuntre i gjennom lange mørke timer.

Lines fødsel ville ikke gå fremover. Jeg mistet troen på at Line ville klare å føde selv. Det var behagelig at det ble et keisersnitt. Kunne jeg vært litt mer tålmodig og latt naturen få styre seg selv? Barnet hadde det jo fint. Er det slik at angsten for rettslig etterspill påvirker mine vurderinger? Hva med min egen engstelse og forventning om at noe må gjøres. Jeg vet at en langvarig fødsel kan være stressende for barnet og i verste fall få alvorlige konsekvenser. Jeg kjente i Lines fødsel at alle krefter og kreativitet var brukt opp. Jeg var sliten og ønsket å dele ansvaret med legen. Jeg tror nok at jeg øvet et press på å avslutte Lines fødsel med keisersnitt. Legen var ny vikar og jeg var usikker på hans vurderinger. Det nærmet det seg vaktskifte og jeg kjente på forventning fra mine kollegaer om at Line må være forløst før vaktskiftet. Det er ikke noen god følelse å overlate en utslitt kvinne til en ny jordmor.

Fødselen tegnet et avvikende forløp og det forventes at fødselshjelperen skal sette i gang tiltak. Å være jordmor innebærer et stort personlig ansvar. Man har ikke bare ansvar for ett liv, men to. Advokater og rettslig etterspill influerer på mine avgjørelser i stadig større grad. Jeg gjør oftere beslutninger for sikkerhetsskyld. Var det denne engstelsen som også bevirket til at Lines fødsel endte i akutt keisersnitt? Eller var det kollegaers, Kristians forventninger?

Vi skriver 2013, verdens nest eldste yrke har hatt en enorm utvikling hvor både forskning og teknologi har bidratt til økt kvalitet og nedsatt dødelighet. Jeg opplever at tiden har forandret seg fra naturlige til høyteknologiske fødsler. Nettopp den realitet at fødselens progresjon styres fra dataskjermer på alle fødestuer får meg til å undre meg hvilken påvirkning det har på jordmoren og fødekvinnen. På en annen måte enn tidligere erfarer jeg at dagens kvinner og partnere har mer krav og forventninger til fødselen. Fokus på risiko og farer er stadig oftere med å bestemme et fødselsforløp. Men målet er kanskje viktigere enn veien, å forløse et friskt barn.

Fødsel ett i et historisk, kulturelt og medisinsk perspektiv.

Fra hjelpekone til sykehus og nye trender

”I det vindskjeve, grå huset, som mest er for ei hytte å regne, står døra og slår i vinden. Ei stor kvinne, framoverbøyd av vekten av den barntunge magen, kommer ut. Sakte snur hun seg mot steinhella foran døra og svinger sopelimen over den med kraftige tak. Et øyeblikk må hun støtte seg mot dørkarmen, så retter hun ryggen forsiktig og går inn. ”Ho mor” venter sitt åttende barn og vet hva som kommer. Huset er vasket og ryddet, og hjelpekona er budsendt. Det er bare å gi seg over i Guds hender og håpe det går bra denne gangen og.”(Haug 1997: 32)

Til alle tider har fødselsarbeid vært kvinnearbeid. Kvinner har alltid gitt hverandre hjelp og assistanse ved fødsel. Hjelpekona var en kvinne i lokalsamfunnet, uten formell utdanning, men med lang erfaring fra barnefødsler. Fram mot andre verdenskrig fødte mange hjemme med hjelp av hjelpekone. Dette til tross for at fagutdanning for jordmødre har eksistert i nesten 200 år. At jordmødrene ikke tidligere overtok for hjelpekonene har flere forklaringer. Ofte var det langt mellom dem, samtidig som kvinnene helst ville ha en de kjente og hadde tillit til når de stod foran den smertefulle og ofte ikke helt ufarlige prøvelse som en fødsel ofte kunne være. Jordmorskolen i Kristiania startet i 1818, i Bergen i 1861 og utdanningen var på ett år (Haug 1997).

Jordmorutdanning har alltid tiltrukket kvinner og regnes som en krevende utdanning til et ansvarsfullt arbeid. En autorisert jordmor skal kunne stå ansvarlig for enhver spontant forløpende fødsel. Fra starten av forrige århundre skjer det store endringer i samfunnet. På slutten av 1800 tallet oppdages årsaken til barsel-feber av Pasteur og Semmelweis. Jordmors tilstedeværelse i fødsel fikk større betydning for utfall både for mor og barnet. Vitenskapen gjorde enorme framskritt utover 1900 tallet, ikke minst innenfor medisin. Det er spesielt i forhold til sykdommer i svangerskap og fødsel at medisinen framskritt reduserer risiko og plager ved fødsler. En dramatisk forbedring av mor og barns helse i forbindelse med barnefødsler skyldes i stor grad utvikling av medisinske tiltak som blodtransfusjon, keisersnitt eller forløsning ved hjelp av tang, i tillegg til generell levekårsforbedring, utdanning av jordmødre og leger, bedre hygiene og oppdagelsen av penicillin.

Denne endringen gav legen en viktigere rolle i fødselsomsorgen fordi det var han som målbar kunnskapen og teknologien som gjorde fødselen mindre smerte og risikofylt. Fødselen ble flyttet fra hjemmet til sykehuset for å tilfredsstille de medisinske kravene. I sykehuset var jordmor underordnet lege, og mistet dermed sin autonome rolle (Haug 1997). Strukturen i fødselsomsorgen var i endring. Fra hjemmefødsel ble det etter hvert vanlig å føde på fødestue fram til 1970. Etter dette har det vært en markert sentralisering av fødsler fra små enheter til store sykehus. Antall fødeinstitusjoner i Norge ble redusert fra ca 150 til 66 i løpet av en 30-års periode fram til rundt 2000-tallet. Det var stort sett de jordmordrevne fødestuene uten medisinsk beredskap som forsvant (Blix 2006: 15). Hovedargumentet var at det var vanskelig å forutsi utfallet av en fødsel og derfor tryggest å føde på sykehus hvor det er mulighet for å gripe inn med keisersnitt eller annen hjelp. En fødsel ble sett på som en medisinsk risiko, som krevde full beredskap for å håndtere de komplikasjoner som kan oppstå. Holdning til at "ingen fødsel er normal før den er over" fikk Kjølrsrud (1985) til å lansere begrepet verstefallstenkning midt på 80-tallet. Det eneste forsvarlige er, i denne tradisjonen, å sikre mor og barn mot det verste som kan skje gjennom sentralisering til store fødeinstitusjoner med tilgang på jordmor, gynekolog, barnelege og anestesipersonell døgnet rundt. Sentralisering har som konsekvens at kvinnene får lang reisevei, kanskje må oppholde seg på sykehuset i påvente av fødsel, familiens mulighet til å delta begrenses av avstand og familien opplever fremmedgjøring i store institusjoner. Professor og overlege Kåre Molne (1999) hevdet på konferansen "Hvor skal kvinner føde" at barnets sikkerhet måtte være viktigere enn ulempene mor kan oppleve ved sentralisering. Ullevål sykehus har i dag ca 7000 fødsler hvert år. Det er ingen tvil om at medisinsens inngripen i fødselen har hatt positive konsekvenser både for samfunnet og kvinnene. Ny teknologi for å overvåke barnets tilstand i mors liv (CTG og ultralyd) blir tatt i bruk utover 1980 tallet. Samtidig forbedres teknikken ved keisersnitt slik at komplikasjoner ved inngrepet reduseres.

Jeg har jobbet som jordmor i nesten 30 år. I de årene har det skjedd en stor utvikling i holdning og omsorg for de gravide og fødende. Fødekvinne ble på 70-tallet underlagt fødeavdelingens medisinske krav, regler og rutiner og ble plassert i fødeseng i ryggleie med beina plassert i bøylor. Jeg husker godt de sterile fødestuene. Vi hadde full påkledning med hette og munnbind. Ingen pårørende hadde adgang til å overvære fødselen, heller ikke barnefaren. Det kunne føre til infeksjoner og i verste fall kunne mannen besvime. I 1974 kom

boka ” Fødsel uten vold” av den franske fødselslegen Fredrik Leboyer. Han mener at fødselen bør være en myk overgang fra livet i mors mage ut i verden. Lyset skal være dempet og rolig musikk skal ta imot barnet på fødestua. Barnet legges til mors bryst rett etter forløsningen før det av navles. Boka blir et viktig bidrag i oppgjøret med den medisinske forståelsen av fødselen. Debatten argumenterte i retning av mer hjemmekoselig miljø, økt foreldreinnflytelse og såkalte alternative fødeenheter. Fra midten av 80-tallet endres synet på fødselen og en beveger seg bort fra 60-70 tallets sterile fødestuer og høyteknologiske fødsel. Målet ble fødsel i hjemlige og koselige omgivelser inne i sykehuset. Barnefar inviteres inn i fødselen. Holdning til fødsel snur fra en medisinsk begivenhet til familiebegivenhet.

Den franske legen Michel Odent var Leboyers elev. Han har hatt stor innflytelse med sine ideer om den naturlige fødsel og hvordan et fødested bør utformes. I følge Odent (1984) skal en fødestue skal ligne mer på et elskovsrede enn en operasjonsasal. Når kvinnen føler seg trygg i sine omgivelser kan hun hente fram sine naturlige forutsetninger for å føde uten inngripen. Det ble satt fokus på fødeglede og den positive smerte. Kvinnene ble anbefalt fødsel uten bruk av medikamentell behandling under fødselen, som en motreaksjon til 70-årenes krav om smertefri fødsel. Jordmoren posisjon skulle være tilbakeholden og la kvinnen føde i fred på sin måte, med mindre det oppstod komplikasjoner. Trygghet og sikkerhet ut fra den naturlige fødsels tenkningsgrunnlag knyttes til en god og støttende relasjon til jordmor.

Interesseorganisasjonen Fødsel i Fokus var i Norge en aktiv pådriver for at kvinnene skulle få større medbestemmelse gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Jeg husker godt de første ønskebrevene fra kvinnene der de presenterte egne ønsker og tanker rundt fødselen. Jeg husker også godt de eldre jordmødres negative reaksjoner. Heldigvis var mange av oss unge den gang og støttet kvinnenenes ”kamp” for individuell omsorg og medbestemmelse.

Et ønske om å demedikalisere fødsler fikk WHO (1996) til å innføre 10 prinsipper for omsorg i den normale fødselen hvor det blant annet det heter:

”Målet for omsorgen er å få friske mødre og barn med lavest mulige inngrepsnivå som er forenlig med sikkerhet. Denne tilnærmingen innebærer at ved en normal fødsel bør det være en gyldig grunn til å gripe inn i den naturlige prosessen” (WHO 1996). Aktivt inngrep i fødselen betegnes ofte som intervensjon. De vanligste inngrepene underveis i fødselen er å ta hull på fostervannshinnene, stimulering av rier med det kunstige hormonet oxytocin, bruk av epidural som smertelindring eller en kombinasjon av disse. Overvåkning av fosteret med elektrode på barnets hode er annet eksempel på inngrep under fødsel. I begrepet demedikalisering ligger et ønske om bevisstgjøring der man unngår unødvendig bruk av teknologi i den normale fødselen.

Med Stortingsmelding 43 (1999-2000) *Om akuttmedisinsk beredskap* vedtok Stortinget i 2001 at fødsler ikke skulle sentraliseres ytterligere og at fødekvinnen skulle få et tilbud lokalt tilpasset sitt individuelle behov. Fødselsomsorgen i Norge ble definert i 3 nivåer med kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue som inndeling. Det vektlegges en omsorg som er desentralisert og differensiert. Kvinnene skal selekteres til korrekt omsorgsnivå avhengi av forventet utfall av fødselen. Meldingen anbefalte jordmordrevet fødestue uten akutt medisinsk beredskap til friske kvinner som forventet normal fødsel. Dersom det er nødvendig med medisinsk behandling skal fødekvinnen flyttes til et høyere omsorgsnivå, enten fødeavdeling eller kvinneklinikk. På fødeavdelingen er det gynekolog, narkose og operasjonsberedskap slik at det kan utføres operative forløsninger med sugekopp, tang eller keisersnitt. Medisinsk sett kan de fleste kvinner føde på fødeavdeling på sitt lokale sykehus. Et universitetssykehus eller kvinneklinikk har full beredskap for fødsel og nyfødttmedisin slik at alle fødekvinne med spesielle eller kompliserte svangerskap skal kunne føde der.

Mange støttet reformen, men den har også ført til protestaksjoner fra leger, jordmødre og lekfolk. Politisk ble det stilt krav til kvantitet for å kunne definere hvilket nivå fødeinstitusjonen ble definert som. Spesielt omstridt har det vært at en del små lokale fødeavdelinger med mindre enn 400 fødsler er blitt omorganisert eller står i fare for å bli omgjort til jordmorstyrte fødestuer. Jeg husker godt Lærdal i 2004. Fødeavdelingen ble vedtatt omgjort til fødestue uten akutt medisinsk beredskap. Jordmødre sa opp sine stillinger fordi de mente det var uforsvarlig. Gjennom St.meld. nr 12 (2008-2009) ”*En gledelig*

begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels og barselomsorg” og kvalitetskrav fra Helsedirektoratet (2010) ble fokuset flyttet fra kvantitet til kvalitet. Krav om at det må være minst fire gynekologer tilknyttet avdelingen for å sikre et godt fagmiljø, har gjort at små fødeavdelinger også i denne runden er anbefalt å legge om drift til jordmorstyrt fødestue.

Seleksjon av fødende er bærende prinsipp i desentralisert fødselsomsorg. Schmidt mfl (1997) har vist i sin forskning fra Alta fødestue at det er trygt å føde på fødestuer når den fødende kategoriseres som lavrisiko innenfor gitte kriterier. Tradisjonelt har jordmødre alltid hatt stor autonomi og ansvar for den normale fødsel (Ohnstad 2004). Med grunnlag i utdanning og kompetanse er jordmødre gitt rettigheter og plikter til utøve en bestemt praksis og løse problem av ulike slag. Profesjonalisering vokser fram ved at et kunnskapsfelt blir kolonialisert til de som kan det og de som ikke kan det. De profesjonelle har innen visse rammer hatt stor autonomi bygd på faglig kunnskap som ikke uten videre kan overprøves av andre (Ekeland 2004:2). En jordmorstyrt fødestue ivaretar jordmors kjerneområde og autonome arbeidsfelt. En fødestue vil ha mindre påvirkning av det medisinske kunnskapssynet i den normale fødselens livsverden. På denne måten tror jeg kan jordmødre ivareta den jordmorfagelige kunnskapssyn i sin fagutøvelse. Jeg er derfor svært forundret over jordmødrenes kamp for å hindre opprettelse av fødestuer. Det siste eksempelet vi har er fødeavdelingen ved Nordfjord sykehus som ble nedlagt i 2012. Politisk var det ønske om å videreføre avdelingen som fødestue. Jordmødrene ved avdelingen nektet dette og foretrakk nedlegging av fødetilbudet som helhet. Hvilket bilde gir vi av vår faglige autonomi når jordmødre motsetter seg fødestuas eksistens? På den ene side argumenterer vi for et autonomt ansvar for den normale fødsel, samtidig som vi ikke vil ha dette ansvaret uten medisinsk beredskap og lege i vakt 24 timer i døgnet.

Å forstå en fødsel- ulike kunnskapssyn

Fødselsprosessen kan forstås og håndteres på mange ulike måter. I Dublin ble det i 1968 innført ”Active management” innenfor fødselshjelpen. Dette ble etter hvert også en modell for moderne fødselsomsorg i vestlige verden. Hensikten var å forhindre lange fødselsforløp og senke keisersnittfrekvensen. Stramme rammer for forventet fremgang ble innført. For å lykkes

i forventet progresjon ble inngrep som å ta hull på fostervannshinnene og medikamentstimulering regelen mer enn unntaket (McCourt 2009). Fødselen styres etter medisinske prosedyrer og krever beredskap for å håndtere ulike uforutsigbare komplikasjoner som når som helst kan oppstå. Fødselen behandles som en medisinsk tilstand som krever overvåking, kontroll og behandling. Blåka (2002) definerer dette som en biomedisinsk forklaringsmodell på fødsel. I den biomedisinske tenkemåten blir naturen i større grad betraktet som en maskin som mennesket kan gripe inn i beherske ved hjelp av teknologi. Fødsel blir en medisinsk hendelse, noe som blir betraktet som noe avvikende og satt inn i et sykdomsperspektiv.

Davis-Floyd (2001) hevder at fødselen kan forstås ut fra ett teknokratisk, humanistisk og holistisk syn. Hun beskriver at den teknokratiske modell ser på kroppen som en maskin, hvor kropp og sinn er adskilte. Fødselen kontrolleres gjennom strenge tidsgrenser som ikke tillater særlig individuelle variasjoner. Det teknokratiske perspektivet er i dag så vanlig i vår del av verden at vi nesten ikke legger merke til det. Kritikken av dette synet på fødsel er at den domineres av hode-kropp adskillelse hvor kroppen blir sett på som en fødemaskin. Som en motvekt til det medisinske perspektivet tar det holistiske syn utgangspunkt i en respekt og tro på at kvinnen kan føde uten teknologi. Fødselen blir betraktet som en helhetlig, psykologisk og sosial begivenhet. Den helhetlige modell ser at alt påvirker hverandre, kropp, sinn, og ånd og det er umulig å behandle en del uten å ta hensyn til den andre.

Disse to perspektivene synes å stå i kontrast til hverandre og det er dette Blåka (2002) prøver å synliggjøre når hun beskriver et fagfelt fullt av dilemmaer. Teknologien er blitt en del av jordmorens hverdag, tenkemåte og handlingsrom. Samtidig skal hun være opptatt av fødselen som en naturlig og eksistensiell hendelse. Blåka (2002) hevder videre at påvirkning av de ulike perspektivene i jordmors handlingsrom vil nødvendigvis avhenge av jordmors arbeidssted, store fødefabrikker kontra små fødeavdelinger.

Davis-Floyd (2001) tar opp tråden i dette dilemmaet for jordmødre som jobber i sykehus, å finne et grunnsyn som tar vare på begge perspektiv i en hektisk hverdag. Dagens jordmor må

utøve faget i spenningsfeltet mellom den tålmodige og avventende og inngripende. Kvinnenes ønske om at fødselen skal være en personlig opplevelse, samtidig som det er stort fokus på at ingenting må gå galt. Det legges et stort press på den enkelte jordmor om å treffe rette beslutninger. Den positive effekten av den medisinske teknologi har hatt for kvinner og barn, ikke må glemmes. Å føde barn er ikke lenger et spørsmål om liv eller død på samme måte som i tidligere generasjoner heldigvis.

Haug (1997) beskriver i sin hovedoppgave i sosiologi ulike oppfatninger om fødselsprosessen blant jordmødre. Hun identifiserte to ulike typer jordmødre ut fra deres holdning til fødsel. Hun bruker begreper som den *"ansvartagende"* og *"ansvarsgivende"* jordmor. Den ansvartagende jordmor tar ansvar for, og kontrollerer fødselen, basert på en profesjonell vurdering av hva som er forsvarlig. Hun vil i langt større grad gripe inn i fødselsprosessen mens den ansvarsgivende jordmor vil holde seg mer i bakgrunnen. Den ansvarsgivende jordmor støtter seg til en forståelse av fødsel som en naturlig fysiologisk prosess som enhver normal sunn kvinne er i stand til å beherske. Kvinnen er selv ekspert på sin fødsel og jordmor skal bare gripe inn når er nødvendig eller kvinnen ber om det. (Haug 1997)

I lys av dette har det vokst frem det Davis-Floyd kaller et humanistisk perspektiv på fødselen. I dette synet ligger en respekt for naturens under og lunefulle ofte gåtefulle logikk. Å la kvinnene stole på kroppen, lytte til den og gi seg hen i fred og ro ligger i dette kunnskapssyn. Kropp og sjel påvirker hverandre og kvinnens psyke influerer på det som skjer med kroppen under fødselen. *"Gi naturen hjelp når den trenger det, men la den ellers klare seg selv!"* Slik husker jeg et av de første råd jeg fikk av eldre kollegaer og omtrent slik lyder også oppfordringer til fødselshjelpere i mange land også i dag.

En humanistisk tilnærming innebærer en folkeliggjøring av den medisintekniske fødselen til å gjøre den familiær, medfølende, individuell og partnerskaps orientert. Jordmor skal gå med kvinnen på hennes reise fram til å bli mor. I dette ligger en tenkning at det er et likeverdig forhold mellom jordmor og kvinnen. Jordmor deler sine kunnskaper med kvinnen slik at hun forstår sin egen situasjon og gis mulighet til å ta egne valg (Davis-Floyd 2001).

Gunnhild Blåka Sandvik (1997) utdyper de ulike perspektivene i det hun kaller den jordmor faglige diskursen og den fødselsvitenskapelige eller biomedisinske tankegang. Hennes doktorgradsarbeid belyser hva som skjer i kjølvannet av moderniseringen og viser til at jordmor i dag står mellom en tradisjonsbundet kvinnekultur og fødselsvitenskapelig medisin. Den jordmorfaglige diskursen innebærer at jordmor tar i mot kunnskap fra kvinnen, er avventende og oppmerksom og har et godt overblikk. Jordmor er forberedt på de situasjoner som kan komme og vet at man aldri kan ha full kontroll. "Partnership" er et begrep som er fremtredende i diskusjon rundt hva som kjennetegner jordmorfaget. Kirkham (2000) legger vekt på at det skal være et likeverdig samarbeid mellom fødekvinne og jordmor. Hver part skal ta sin kunnskap og kompetanse inn forholdet og makt skal fordeles.

I etterkant ser jeg at det var den biomedisinske tankegang som preget mitt første møte med Line. I den biomedisinske kunnskapskulturen er symptom og funn viktig for å forklare endringer i kroppen sier Malterud i Blåka (2002) Jeg var opptatt av å stille en diagnose med bakgrunn i de objektive funn. Mormunns åpning underbygget at Line ikke var i fødsel. Lines kroppsspråk og hvordan hun uttrykte opplevelsen, ville blitt regnet som subjektivt og med begrenset troverdighet, noe som kjennetegner biomedisinen i følge Blåka (2002).

Ulike syn på fødsel er ikke nødvendigvis to adskilte skoler. Jordmødre liker ofte å tenke at legegruppen står for den biomedisinske tankegang. Men sannheten er nok betydelig nyansert og personlig er jeg nok preget av begge kunnskapskulturer. Jeg opplever at jeg handler innenfor en medisinteknisk kultur pakket inn i partnerskap, omsorg og medfølelse. I stor grad opplever jeg at min hverdag på en liten lokal fødeavdeling nettopp handler overvåkning og observasjoner, regler og rutiner for det meste. Jeg formes og påvirkes av kulturen og holdningen på min arbeidsplass. Datamaskin på fødestuen og elektronisk dokumentasjon er blitt selvsagt. Data og medisinsk/teknisk utstyr styrer mine handlings valg og avgjørelser. Jordmødre er blitt flinke til å ta seg av kvinner med kompliserte svangerskap og fødsler og håndtere avansert teknologi. Er dette etter hvert blitt den normale fødsel uten at jeg har reflektert over det? For kort tid siden var ikke ryggbedøvelse/ epidural (EDA) en del av den normale fødselen, men ses i dag på som et vanlig smertestillende tilbud til alle kvinner. Jeg opplever at det har skjedd en økende bruk av epidural i løpet av siste årtier. Har dette med

arbeidspress å gjøre? Eller tåler kvinner mindre smerte i dag? Det spøkes ofte med begrepet ”*paracetgenerasjonen*”, ungdom som er vant til å forbruke smertelindring ved normale plager. Et annet aspekt en av mine informanter påpekte, er at også vi jordmødre tåler mindre ”å stå i kvinnes smerter”. Vi er redde for kritikk etterpå dersom kvinnen ikke får tilbud om epidural. Noen kvinner har bestemt seg på forhånd og er urokkelig uansett. Jeg husker en av jordmødrene fortalte at hun fikk kritikk for å ha ødelagt fødselen, fordi hun ikke hadde gitt epidural. Selv om jordmoren forklarte at det ikke var tid, var kvinnen fastlåst i sine forstillinger. Barnet ble født 30 min etter innkomst.

Dette får meg til å tenke på hvem jeg er i føderommet og hvordan jeg ønsker å bli oppfattet på fødestuen. Gunnhild Blåka (2002) mener at tekningsgrunnlaget jordmødre har vil ha konsekvenser for yrkesgruppen og det bildet vi gir av oss selv, hvordan vi begrunner arbeidet vårt og hvilket bilde vi gir av fødselsakten og fødekvinne. Jeg opplever det som essensielt i jordmorfaget at min grunnlagstenkning har betydning for hvordan jeg møter fødekvinne og hvem jeg er i møtet med kvinnen. Er jeg den ansvarstakende eller ansvargivende, eksperten eller samarbeidspartneren? Kanskje er jeg begge deler? Uansett mitt menneskesyn, verdier og holdninger har det konsekvenser for praksis og samhandling med kvinnen og hennes partner.

Fødselsaktens utfordringer

Å føde barn er en viktig begivenhet i menneskers liv. Begrepet ”*normal fødsel*” er grunnlag for skjønsmessig vurdering. Normal fødsel er hva som defineres som normalt, hvor mye smerte, blødning som aksepteres som normalt. Det avhenger blant annet av hvilke hjelpemidler og ressurser fødselshjelpen har. Fødselens ulike faser med rier, barnet som roterer gjennom en kronglet fødselskanal og inn i verden. Morkaken og fosterhinner som skal løsne med fare for store blødninger, regnes som den mest risikofulle perioden for mor og barn og det krever et våkent blikk (Blix 2006). I Norge er dødsfall i forbindelse med fødsel regnet som unormalt mens i enkelte land i Afrika og områder i Afganistan er mødredødligheten så høy at det dessverre blir regnet som normalt. I for eksempel Brasil er keisersnitt så utbredt (40%) at det antagelig blir oppfattet som en normal måte å få barn på. Dette er med på å forme oppfatningen av hva som er normalt både hos fødselshjelperen og befolkning for

øvrige. (Blix 2010) En måte å forstå en normal fødsel på er hentet WHO's veileder

”Ivaretagelse av den normale fødsel”:

”spontan i sin start, lavrisiko når riene begynner, og fortsatt lavrisiko frem til etter barnets fødsel. Barnet fødes spontant i bakhodestilling mellom 37 og 42 fullgatte svangerskapsuker. Etter fødsel er både morens og barnets tilstand god.” (WHO 2000: 6)

En fødsel kan starte på forskjellige måter. De aller fleste opplever begynnende sammentrekninger/rier som starten på fødselen, men det er like normalt at fødselen starter med fostervannsavgang før riene begynner. I denne tidlige åpningsfase (latentfasen) er riene gjerne uregelmessige og vanligvis ikke så sterke. Livmorfalsen avflates og begynner å åpne seg litt. På 1950-tallet var Friedman den første som delte fødselen inn i ulike faser og han viste i sin forskning at det var vanlig i nesten alle fødsler med en langvarig oppstart som han kalte latensfasen. (Simkin og Ancheta 2005)

Hensikten med denne oppgaven har som jeg tidligere har nevnt, vært å belyse de utfordringer jordmor står når hun møter kvinner som har en forlenget åpningsfase, med spesielt vekt også på den tidlige startfasen eller latensfasen som den kalles på fagspråket. Som jordmorstudent lærte jeg at dette var en modningsfase som var viktig forberedelse mot den aktive fødselen. Den kan vare over flere dager og oppleves ulikt av kvinnene med tanke på varighet, hvor smertefulle sammentrekningene oppleves og hvor sliten fødekvinne blir.

Kvinnen regnes for å være i aktiv fødsel når det er regelmessige rier og livmormunnen er åpen 3-4 cm. Fødselens utdrivings eller pressefase starter når livmormunnen er helt åpen og barnet skal ned gjennom fødselskanalen. Etterbyrdsfasen er tiden etter barnet er født til morkake er forløst og blødning er under kontroll. Ut fra den medisinske forståelse forventes det at hver fase skal ha en viss varighet. Eksempelvis forventes det at fødselens aktive åpningsfase varer gjennomsnittlig 12-14 timer, utdrivningstiden 1 time og forløsning av morkaken 20-30 min. Friedman definerte latensfasen som langvarig når den varte gjennomsnittlig over 20 timer. Her er variasjonene individuelle og avhengig om kvinnen har født før. (McCourt, 2009) Hvilket tidspunkt i latensfasen kvinnen søker jordmor, kan være av betydning for den videre progresjon i fødselen. Observasjonsstudier har visst at kvinner som

blir innlagt på sykehus i denne tidlige fase av fødselen opplever oftere inngrep i fødselsforløpet. Det er også assosiert med høyere andel av operative inngrep i fødselen. (Blix mfl. 2006)

En fødsel er et hardt fysisk og psykisk arbeid og det er viktig at fødekvinnen samler krefter og hviler hjemme til fødselen virkelig starter. Det gis råd til kvinnen om å være lengst mulig hjemme i denne fasen. Noen kvinner, som i fortellingene mine, opplever latensfasen veldig krevende og smertefullt til ”ingen nytte”. De blir fysisk og psykisk utslitt før fødselen egentlig har startet. Forlenget latensfase kan være en emosjonell og mental utfordring både for fødekvinnen, hennes støttespillere og jordmor.

Jeg opplever at en av de store utfordringer i langsomme fødselsforløp handler om å forebygge, slik at kvinnen har krefter igjen til fødselens aktive fase. Det er da grunnlaget legges for en god fødselsopplevelse. Jeg må kunne lese hvor fødekvinnen befinner seg i forløpet, støtte og berolige kvinnen om noe ikke føles normalt. Samtidig opplever jeg at latensfasen er vanskelig å forholde seg til, og det er ikke gitt hvilke tiltak og behandling som er mest hensiktsmessig. Som jordmor på et sykehus er jeg pålagt å følge prosedyrer og føringer som finnes der og som har sitt utspring i en medisinsk forståelse. Samtidig opplever jeg det er vanskelig å vite hva som er det ”beste” for kvinnen. Utfordringen i å forene den naturvitenskapelige tenkning med en humanistisk tilnærming kan oppleves som en hverdag fylt av kontraster. Den moderne naturvitenskapen styrer i stadig sterkere grad fødselsarenaen og påvirker jordmors handlingsrom. Blåka (2002) belyser at det er de rammene jordmødre arbeider innenfor som påvirker hva vi kan eller ikke kan gjøre. Teknologien utvikler teorier og systemer for å forstå den reproduktive kvinnekroppen. Innenfor denne grunnlagstenkning brukes et logisk, entydig, klassifiserende språk. Regler og prosedyrer krever at jeg skal overvåke, kontrollere og reagere på avvik som det skal gripes inn ovenfor. Fødselen deles inn i faser og fasene har på forhånd et definert tidsskjema. I dag er det elektroniske fødselspartogrammet standard på de fleste norske fødestuer. Partogrammet er en grafisk fremstilling av fødselens forløp og et godt eksempel på at en normal livshendelse struktureres etter fastlagte skjema. Fødselen kategoriseres, telles, diagnostiseres slik at tidsskjemaet ikke sprekker.

I dagens Norge opplever nesten 30 % av dagens fødekvinne at fødselen går for langsomt fremover. Den vanligste årsaken skyldes risvekkelse og 27-29 % av alle fødende ble stimulert med det kunstig fremstilte ristimulerende hormonet oxytocin (Blix mfl 2006). I Danmark ble 43 % av alle førstegangsfødende i 2005 gitt ristimulerende medikament. Dette var en gruppe fødende som med forventet fødsel uten inngrep. I gruppen kvinner som fikk ristimulerende middel var sugekoppforløsning var fire ganger hyppigere og akutt keisersnitt var også tre ganger hyppigere enn blant kvinnene som fødte uten medikamentell stimulering (Kjærgaard 2007). Jeg har merket meg at gjennom de siste 10-15 år har det vært en økning i fødsler med diagnose langsom fremgang. I USA er langsom fremgang i fødsel den hyppigste årsak til akutt keisersnitt og det anslås at ca 50-60 % av alle keisersnitt har sammenheng med denne problematikken (Kjærgaard 2007: 13). Også i Norge er langsom fremgang under fødselen den vanligste fødselskomplikasjonen og den hyppigste årsak til keisersnitt. Samtidig øker denne type fødsler risikoen for forløsning ved hjelp av tang eller sugekopp (Blix m.fl 2006).

Langsom fødselsfremgang kan skyldes flere faktorer i følge Nystedt (2005). Et trangt bekken kan hindre barnet å trengne ned i fødselskanalen. Store barn og feilinnstillinger av barnets hode kan også ha betydning. Det diskuteres i dag om økende alder og vekt hos førstegangsfødende er en risiko for langvarige fødsler. Angst og uro for barnets helse kan være viktige faktorer som influerer på fødselsforløpet. I følge Kjærgaard (2007) er det er sparsom evidens på om livstilsfaktorer som lavt aktivitetsnivå eller dårlig fysiske form har en negativ innflytelse på fødselen. Det er også usikker kunnskap om hvilken påvirkning ryggbedøvelse som smertelindring har på fødselsforløpet. En annen faktor hun trekker frem som kan tenkes å ha betydning er personalets utålmodighet eller angst for å bli anklaget rettslig kan føre til unødvendige inngrep i fødselen.

Blåka (2002) har vært opptatt av å fremstille jordmoryrket så nært opp til den hverdagslige praksis som mulig. Hun understreker at jordmoridentiteten er forankret i det friskeste av det friske, samtidig som jordmoren i dag står med det ene benet i en tradisjonsbunden kvinnekultur og det andre i den fødselsvitenskapelige medisin (Blåka 2002). Er det da mulig å ivareta fødselens tidløshet, samtidig som jordmor skal forholde seg til kravet om at fødselen

skal gå framover. Hvilket tenkningsgrunnlag begrunner jeg mine handlingsvalg ut fra når jeg møter kvinner i den langsomme fødsel, enten det er tidlig eller seinere i et forløp. Det hele må ses i en sammenheng, noe fødselsfortellingene mine viser. Å reflektere over Lines og Bentes fødsler har skapt en bevisstgjøring hos meg. Noen spørsmål har dukket opp i fortsettelsen. Hvorfor gjør jeg dette, og er det slik jeg ønsker å utøve faget? Hva har denne praksisen å si for kvinnen og jordmorfaget? Hva er det jordmor erfarer i de langsomme fødsler? Hva er det som står på spill mellom fødekvinne og jordmor og hvilke overveielser gjør jordmor i håndteringen av denne type fødsler?

I gråsonen mellom et normalt forløp og det potensielt kompliserte forløp. Langsom framgang i fødselen har vært, og er fortsatt, en utfordring for både fødselshjelpere og fødekvinne. Dersom en ikke opplever en forventet framgang må fødselshjelperne vurdere årsakene til dette, og de må på dette grunnlag vurdere om, og når, tiltak skal iverettes. Å tilkalle hjelp i tide, men ikke for tidlig eller for seint er en av de mange dilemmaer dagens jordmødre står i, i en travel hverdag. Kunnskapen slik jeg ser det ligger i å vite når man skal informere, forslå, sette i gang tiltak, søke hjelp, men viktigst av alt, være stille eller trekke seg tilbake.

”Å være jordmor er mottakelsens kunst.

Det handler om å ta imot kvinnen og barnet, det er det som er fordringen”

Kirsten Jørgensen

Mottakelsens kunst

En jordmor er blitt beskrevet som ” vokteren ved livets port” (Blåka 2002). Jordmoren tar ikke bare imot et barn, men også den fødende og vordende foreldre. Å overvære et av livets store øyeblikk er både spesielt og eksistensielt, men samtidig komplekst og sammensatt. Det kreves faglig kunnskap, innsikt og følelser. Kari Martinsen (Norsk sykepleier og filosof) påpeker at det å være profesjonell ikke trenger å stå i motsetning til å være personlig, involvert og vise følelser (Austgard 2002).

Fødselen har sin egen rytme og utallige utfall som en ikke alltid kan forutse. Usikkerhet og mangel på full oversikt og kontroll preger derfor jordmorfaget, det er til tross for ny medisinsk kunnskap og teknologi. En fødsel har mange uttrykksformer. Den kan oppleves alt fra en mirakuløs og åndelig reise, til en traumatisk hendelse, full av uforglemmelige følelser. Noen øyeblikk er så sårbare og skjøre, at det danner permanente arr i følelseslivet til de berørte. En fødsel kan sette dype spor i kvinnelivet, og må derfor behandles med varsomhet.

Da jeg ventet mitt første barn ofret jeg ikke mange tanker til bekymring over eventuelle komplikasjoner som kunne oppstå. Jeg betraktet fødselen som en naturlig og personlig livshendelse. Senere har jeg erfart at det stadig oftere forekommer kompliserte og langvarige fødselsforløp, der medisinsk behandling ikke alltid strekker til, og keisersnitt blir den endelige løsningen. Jeg har ofte kjent på frustrasjonen som kommer av den fysiske og psykiske anstrengelsen som utspiller seg i føderommet når mine kunnskaper ikke er tilstrekkelige.

I min teoretiske tilnærming til temaet har jeg valgt å belyse mine hovedpunkter ved hjelp av den danske filosofen og teologen, Knud Ejler Løgstrup (1905-1981). I Løgstrups filosofi og etikk finner jeg god hjelp til å forstå hva som står på spill i møtet mellom fødekvinnen, barnefaren og jordmoren. Løgstrup tilhører den fenomenologiske tradisjonen, der studiet av

menneskets livsverden står sentralt. Edmund Husserl fenomenologens grunnlegger, introduserte begrepet livsverden, som en kritikk til vitenskapens fremmedgjøring og tingliggjøring av menneske. I denne livsverden tilegner mennesket sine erfaringer gjennom sansing og tilstedeværelse ovenfor hverandre og naturen. Fenomenologien oppgave er å løfte fram det vesentlige i denne verden.

”Fenomenologi er læren om hvordan noe framstår for en med det blotte øye” sier Blåka (2002). Intet menneske er en øy, hel og ubeskåret i seg selv. Vi er viklet inn i hverandres verden, hvert menneske er en stykke av fastlandet, andres liv angår derfor også mitt eget. Hvordan vi tar vare på og utvikler relasjoner er derfor essensielt. I følge Løgstrup finnes det alltid en etisk og moralsk utfordring i møter mellom mennesker. Derfor skal man med all sin fantasi og dømmekraft gjøre sitt ytterste for å forstå hva som er det beste for den andre, og handle i tråd deretter. Han påpeker at det etiske idealet kan vanskelig oppfylles, men ses på som livets etiske rettesnor. Den er taus og grunnleggende tilstede i menneskers søken etter det gode liv med hverandre. Han er opptatt av ”møtet med den annen” og de ulike forhold som kan påvirke våre relasjoner. Den enkelte stilles til ansvar i ethvert møte, fanget i valget mellom å ta vare på eller avvise den andre (Løgstrup 2010).

Løgstrup skriver ikke direkte om jordmoren i sin filosofi. Men kan likevel ses på som et nyttig verktøy i håndtering av langvarige fødselsforløp. Sitater fra hans hovedverk, ”Den etiske fordring”(2010), er derfor brukt som veiviser til erkjennelsen om hva som står på spill i den nære relasjonen, som en fødsel alltid inviterer til.

For jordmoren handler det også å finne ut hva situasjonen krever og hva som vil være best for den andre. Fødekinnens liv er utlevert i jordmorens varetekt. Jeg har i kraft av min faglige posisjon og autoritet, en makt som i forhold til fødekinnen, både kan øke og innsnevre hennes frihet(Løgstrup 2010). Jeg kan opptre invaderende og erobrende, slik at fødekinnen ikke får mulighet til å komme fram. På den måten vil jeg sykelliggjøre fødekinnen og ta kontrollen fra henne. Fødselen settes inn i et sykdomsperspektiv, og føde kroppen kan feile på hvilket som helst tidspunkt. I denne biomedisinske forståelse av fødselen er det fokus på mangler og feil som må kontrolleres og forutsees. Men jordmor kan også være en tilskuer og

vise tilbakeholdenhet, men likevel ikke passiv. Å være jordmor handler ofte om å stille seg avventende, men samtidig være nærværende i det å prøve å forstå fødekvinnes mangfoldige uttrykksmåter. Å stoppe opp av det jeg berøres av, er for meg som jordmor essensielt. For å forstå en situasjon på riktig måte, må jordmoren la seg berøre. Da dette kan være med på å skjerpe hennes oppmerksomhet i handlingen (Blåka 2002:39- 40).

Den fenomenologiske forståelsen, slik jeg forstår, ser på fødselen som en livshendelse, en utvikling og vendepunkt. Jordmoren må møte kvinnen der hun er i fødselen, og få en forståelse for situasjonen sett ut ifra kvinnens eget perspektiv. Den fødende er ekspert på egen kropp, men fødselen er en felles opplevelse mellom fødekvinne og jordmoren. Blåka poengterer at det å trekke seg tilbake og vise tilbakeholdenhet er viktig. Løgstrup sier at som sansende mennesker stiller vi oss mottakende, oppmerksomme og undrende overfor den andre (Blåka 2002).

Løgstrup (2010) framhever også betydningen av tillitt, åpenhet og kjærlighet i de nære relasjoner. Ut fra en fenomenologisk innfallsvinkel etterspørres derfor opplevelser og erfaringer slik de fremstår i hverdagslivet, som grunnlag for kritisk refleksjon. Kunne jeg som jordmor ha gjort noe annerledes? I det følgende vil jeg derfor gi leseren et innblikk i en jordmors livsverden, og hvordan det kan oppleves å stå i krevende situasjoner som ofte langvarige fødselsforløp er. Hva utfordrer relasjonen mellom jordmor og fødekvinne? Hvilke handlinger oppleves som gode?

Om å våge seg fram

Det hører vort menneskeliv til, at vi normalt mødes med en naturlig tillid til hinanden . Det er ikke blot tilfældet, når vi treffer et menneske, vi kender godt, men det gælder også, når vi møder en vildtfremmed. Der skal særlige omstændigheder til, for at vi på forhånd står ovenfor en fremmed med mistillid (Løgstrup 2010:17).

Å være jordmor er å bli invitert inn i den aller største begivenhet i andre menneskers liv. Fødekvinne og jordmoren – det dreier seg om noen av de mest intense møter mellom

mennesker. Løgstrup (2010) sier at tillit er grunnleggende i møtet mellom mennesker. Å vise tillit, er også å imøtekomme andre.

Men at vise tillid betyr at utlevere seg selv. Derfor reagerer vi så voldsomt, når vår tillid misbruges, som det hedder- selv om det ikke har været meget, der har stået på spill. Man har vovet sig frem for at blive imødekommet – og er ikke blevet det. Det giver konflikten, selv om ingen har begået uret” (Løgstrup 2010:19).

Tillit er å våge seg fram, i en tro og forventning, om å bli tatt imot. Håpet er å bli imøtekommet, men det vil alltid være en fare for at den vi åpner oss for slår hånden av oss. Å vise tillit betyr å utlevere seg selv, derfor reagere vi så voldsomt når vår tillit misbrukes. Tilliten kan brytes og åpne for mistillit hvis vi ikke blir møtt i vår åpenhet. Hva skjer når tillitten i møtet ikke blir tatt imot? Det verste med avvisningen i følge Løgstrup, er at man har utlevert seg selv til ingen nytte. Men det aller verste er at man har blottet sin sårbarhet. Avvisning, det være seg uberørhet, likegyldighet eller ydmykelse, er å misbruke blottstillelsen (Løgstrup 2010).

Opplevelsen av avvisning er alltid til stede når mennesker møtes. Men en krenkelse glemmes ikke så lett i følge Løgstrup. Det påhviler meg derfor et stort ansvar som medmenneske i hvordan jeg velger å ta imot den andres utleverthet. I Kari Martinsens filosofi er også tillit et av grunnvilkårene som hører livet til, og som vi er helt avhengig av. Jeg kan som jordmor legge til rette for at tillitten trer fram og utfolder seg i relasjonen (Austgard 2002). De tillitsfulle møtene er de som utfolder seg når ikke rommet stenges av mistillit, eller av ønske om kontroll eller av fraværenhet. Jeg kan med min væremåte gjøre omgivelsene trygge, slik at fødekvinne opplever frihet og muligheter i situasjonen. Jordmor har en viktig oppgave å styrke kvinnene i troen på at de kan håndtere det som venter dem. Jeg ønsker å lytte til hva fødekvinne forsøker å fortelle meg.

Fenomenologien handler nettopp om det å lytte, og samtidig høre etter hva den andre vil formidle gjennom mitt nærvær og engasjement. I følge Løgstrup må samtalen appellere til hode og hjerte(sitert hos Martinsen 1996/ Blåka 2002:40). Fortrolighet skapes i møtet ved at jeg er tilstede i dialog med kvinnen. Min åpenhet mot den andre er en forutsetning for at

mottakelsen skal bli god. I møtet med fødekvinne må jeg derfor lytte til hva hun prøver å formidle. Det handler om å være tilstede og gi noe av seg selv. Å møte et annet menneske er derfor å ta imot det som legges i min hånd av den andre sitt liv. Hva skjedde med tilliten i møtet med Line?

”Jeg så at Line var fortvilt når hun dro hjem, tårene stod i øyene - men ble jeg berørt av hennes uttrykk? Jeg så hennes tilstand, men møtte henne likevel ikke på det”.

Jeg ga Line råd om å dra hjem, fordi jeg ønsker å beskytte henne mot et unødige inngrep i en potensielt normal fødsel. Etter min mening var det best at hun var i hjemmelige omgivelser så lenge som mulig. Når en fødekvinne tar kontakt med fødestedet, defineres ofte fødselstart ettersom hvor mange cm det har åpnet seg Samtidig sier vi til fødekvinne at hun skal stole på kroppens signaler for når fødselen starter. Men stoler vi jordmødre på fødekroppen? Hva med fødekvinneens behov i denne fasen? Line uttrykte at det var vanskelig å håndtere usikkerheten og ha smerter til ingen nytte. Betyr dette at modningsfasen ikke skal inkluderes som del av fødselsforløpet? Har ikke fødekvinne behov for omsorg og støtte fra jordmor i denne tiden? Ursin (2004) forteller om Sissel som hadde en negativ opplevelse med en jordmor før fødselen, fordi hennes bekymringer for å reise hjem ble bagatellisert. Mangelen på diskresjon og varhet overfor hva som var betydningsfullt for Sissel, var det som skapte mistilliten

Å bli mor er en høyst personlig hendelse i kvinnelivet. Fødselen er høydepunktet med alle de forventninger, ønskene og kravene kvinnen har til denne begivenheten. Løgstrup skriver:

”Fordringen om at ta vare på det af den andens liv, der er udleveret een, er- uansett hvilke ord og handlinger den end måtte foranledige- altid samtidig en fordring om at give den anden al mulig tid, og gøre sit til, at hans verden bliver så rummelig som mulig” (Løgstrup 2010:37).

Å tenke med Løgstrup innebærer fordringen om å ta omsorg for hva av andre sitt liv, som er vårt ansvar. Omsorg er å handle til beste for den andre. Hva det konkret innebærer, avhenger av de ulike situasjoner. Utfordringene i jordmoryrket ligger i at jordmødre må kunne ta raske avgjørelser, være handlekraftige og samtidig gode omsorgsgivere. Omsorg beskrives av Fjell det å være var, men samtidig nær og snill (Fjell 1998). Kari Martinsen viser til at omsorg er noe vi er og gjør (Austgard 2002). Omsorg rommer således mange ulike uttrykksformer som å vise omtanke, hjelpe til, skape trygghet og nærhet (Alvsvåg 1997).

Fødekvinnens uttrykk er en henvendelse til jordmoren om mottakelse. Løgstrup sier at det handler om å ta imot det som utleveres. I utlevertheten synliggjør mennesket sin sårbarhet, og hvordan denne møtes er ikke likegyldig. Kari Martinsen uttrykker det slik: *"Utgangspunktet for omsorg er å ta den annen i mot"*. Det å ta den andre imot, betyr å møte den andre med uforbeholden åpenhet (Martinsen i Austgard 2002). Jeg må også være villig til å by på meg selv og være tilstede i situasjonen. Jeg må tømme hodet for alle tanker som kan forstyrre fødekvinnens muligheter til og tre frem med hele seg. Blåka sier at dette handler om at jordmoren må: *"Sette parenteser rundt egne ideer og perspektiver. Hjelperen må etablere en åpenhet for det umiddelbare i her- og nå-situasjonen, uten å ta noe for gitt"* (Blåka 2002:40). En av jordmødrene fra feltarbeidet til Marit Ursin sier det slik: *"Jeg tror de kan tåle mye smerter, men jeg tror ikke de kan tåle at det ikke er noen som går den veien i lag med dem"* (Ursin 2004: 85).

Mye står på spill og uttrykkene under fødselen er sterke. Roping, gråt, redsel og sinne i lag med glede, smil, latter og takksigelser. Utlevertheten og blottstillingen kan være total. Jeg har ofte hørt kvinner fortelle etter en fødsel at de følte seg skamfulle for at de hadde mistet kontrollen og overgitt seg helt til fødselsarbeidet. Ved at jeg møter fødekvinnen og tar vare på henne i utlevertheten, kan jeg kanskje forbygge eller minske skamfølelsen. Men den etiske fordring er ikke alltid innlysende, og heller ikke det den andre alltid gir uttrykk for. Den etiske fordringen i møtet med den andre er taus: *"Fordringen, der ligger i ethvert møte mellom mennesker, får altså slet ikke mund og mæle, men er og bliver tavs. Den enkelte, til hvem den er rettet, skal selv fra forhold til forhold afgjøre, hvad den går du på"* (Løgstrup 2010:32).

Slik jeg tolker Løgstrup betyr det at fordringen er taus, at det ikke alltid er innlysende hva som er til det beste for den andre. Her kommer fødekvinnens ønsker og krav, sammen med alt det situasjonen rommer av kompleksitet og mangfold. Jeg må derfor ha de faglige vurderinger i beredskap. Det er opp til meg å finne ut hva fordringen går ut på, ut fra min egen forståelse (Ursin 2004:15). Det er heller ikke slik at jeg alltid kan, eller skal forstå umiddelbart. Ursin skriver om forståelsens vilkår i sin avhandling: *"Vi må være villig til å ikke vite, til å utsette forståelsen. I det rommet som kan åpne seg da, er det en sjanse til å avdekke en ny verden."*

Trangen til å forstå for raskt stenger dette rommet. Vi handler etisk ved at vi lar oss berøre av den andres uttrykk'' (Ursin 2004:86)

Gjennom nærvær og engasjement må jeg prøve å forstå fødekvinnens mangfoldige uttrykksmåter. Jeg stiller meg mottakende, oppmerksom og lyttende til den andre. Blåka (2002) sier det slik; *'' I sansingen berøres jeg av den andre, og i denne berørtheten gror etikken fram''*. Det handler om hvordan jeg tar vare på det som utleveres fra fødekvinnen. Jeg tror det er viktig å se fødekvinnens behov i fødselsprosessen som en helhet og ikke som adskilte faser hvor alle deler påvirker hverandre. Lines og Bentes fødsler er gode eksempler på akkurat dette. I stedet for å finne ut om fødselsåpningen var stor nok eller riene regelmessige nok til å slippe inn på fødestuen, burde jeg ikke heller gitt Line en sjanse til å fortelle hvordan hun hadde det? I rollen som jordmor er det viktig å hjelpe fødekvinnen å holde ut i denne fasen, samtidig møte hennes smerte og sårbarhet. Strategien kan være forskjellig som de følgende refleksjoner fra intervjuer med jordmødrene viser:

''Jeg tenker at dette er det verste og vanskeligste fordi man er usikker på om hun er i fødsel. Vi får tuta øran fulle at du må for alt i verden ikke legge kvinnen inn før det er 3cm. De er ikke i fødsel før. Det er viktigere å definere klart ut fra medisinske kriterier fødselstart enn kvinnenes opplevelse. Og det er klart vi kan ri våres prinsipper her at du ikke er i fødsel. men det hjelpe jo ikke kvinnen som hverken får sove eller hvile ,kanskje i flere dager. Jeg synes det er kjempedårlig det vi gjør, helt feil uten å tenke menneske og individuelt.''

Jordmor Lise forsetter *'' Ja, jeg synes vi burde være mer aktive til å hjelpe dem å komme over pinekneiken, så jeg synes det kunne vurderes om det skulle settes i gang tiltak for å hjelpe dem i gang, når man erfare at dette kan komme til å hale ut og de blir slitne og motløse og kanskje redde så hverken spiser eller sover de, slik at dette motvirke de gode riene som de burde få. Vi er for snar med å sende dem hjem. Kanskje vi kunne lagt dem inn i avdelingen og gitt dem sovedose for å slå ut ''masriene'' en natt. Før kunne vi gi den sobril og Pethidin og på en måte knekke de ''masriene'' Jeg opplevde da at etter en natts søvn så livnet hun til og ofte våknet de i full fødsel. Men hales dette ut, så får man tilslutt sliten mor/dårlig fosterlyd og fødselen ende i keisersnitt .*

Jordmor Trine følger opp Lises tanker” *Jeg tror at hvis det er plass i avdelingen og hvis damene ønsker det sjøl, så synes jeg at de må få ligge inne i avdelingen. Vi har ikke rett til å sende dem hjem. Hvis damene ikke er i etablert fødsel, kan man bruke den tiden til å spare på energien og heller ha nytte av å sove, slappe av og roe ned kroppen. Jeg bruker akupunktur i den delen av fødselen, hvor jeg ser at de har ”masrier”. Jeg føler at akupunkturen opphever spenningen i kroppen, slik at de slapper av. Jeg føler dette er et hjelpemiddel og jeg tror damene føle de får hjelp. Jeg tror at det er viktig å møte dem med at vi prøver å hjelpe dem og ikke bare sier at du ikke er fødsel, så du kan dra hjem. Mange kan bli redde og da knytter de seg enda mer, Jeg tror vi skal lytte litt på damene om de har hatt en god natt eller om hun er utslitt før fødselen egentlig starter”*

Jordmor Ellen har en litt annen oppfatning ” *Jeg synes at vi gjør for lite for disse kvinnene i den tidlige fase og det er feil å sende dem hjem fordi de ikke har 3cm åpning. Tror at av og til må noe gjøres, men her er det stor uenighet mellom jordmødrene . Foreks skal vi pirke hull på fostervannet så tidlig for å starte fødselen- da gripes det inn tidlig. Det er en konflikt mellom naturlig fødsel jordmor og den aktive jordmor. ”*

Jeg kan med Løgstrup spørre: ” *hvordan bliver den enkelte klar over, hvad der tjener den anden bedst- især når det, der angiveligt skal tjene ham, skuffer ham eller fylder ham med uvilje?*”(Løgstrup 2010:33).

Jordmor Tine S. Eri har også vært opptatt av langvarige fødselsforløp i sin doktoravhandling. Hun viser her at når kvinner tar kontakt i fødselens tidlige fase, må de forhandle om sin troverdighet for å bli hørt av jordmødrene. Fødekvinnene er svært sårbare i sine bestrebelsers om å unngå å bli sendt hjem. Jordmødres strategi er at kvinnene, for sitt eget beste, skal være hjemme lengst mulig. Dette for å beskytte dem mot unødige intervensjoner og komplikasjoner. Kvinnene oppfattet på sin side jordmødrene som dørvakter til fødeavdelingen. Eri konkluderte med at det er et behov for refleksjon og diskusjon om jordmødrenes yrkesgrunnlag og utøvelse, og hvilken effekt det har på kvinnene de møter i praksis (Eri, 2011).

Jeg anbefalte Line å dra hjem fordi det er ”til beste” for henne, og for å forhindre at det ikke gjøres inngrep i fødselen. Jeg handlet ut fra en faglig vurdering og anbefalte retningslinjer.

Hvordan møte jeg hennes sårbarhet, og ga dette grunnlag for en tillitsfull relasjon?

Situasjoner hvor den fødende kjemper for å bli trodd i møte med jordmor på fødeavdelingen, er etter min mening, svært uheldige og lite tillitsbyggende. Bentes fortelling viser at det kan være alternative måter å møte en kvinne tidlig i fødselen. Hun hadde også en langvarig og smertefull modningsfase, og fikk derfor tilbud om overnatting i avdelingen. Eri viser i sin avhandling at fødekvinne, som ble innlagt på sykehuset, opplevde at de trengte å overføre ansvaret for seg selv og det ufødte barnet sitt til noen. Samtidig viser forskning at langvarige og smertefulle modningsfaser ofte føre til en forlengelse av den videre fødselen med fare for et komplisert forløp (Eri 2011).

Løgstrup sammenligner møter mellom mennesker med en bro.” *Broen kan slås på alle mulige måder. Den kan være af alle mulige slags materialer. Men i noget tredie, i en formidling, eller hvordan man nu vil udtrykke det, må mennesker mødes, om mødet skal virke forløsende og befriende på den enkeltes sind og krefter*” (Løgstrup 2010:51-52). Oppfordringen er at vi må være villige til å by på oss selv og engasjere oss om samværet skal oppleves forløsende. Tillit og omsorg må blomstre i det menneskelige møtet. Når fødekvinne tar kontakt med jordmor i starten av en fødsel, og vi finner en lukket fødselsåpning, er det lett å stille en diagnose ut fra det medisinske perspektivet: ”Du er ikke i fødsel”. Men hva med kvinnen sin egen opplevelse? Blir den humane behandlingen fanget av medisinske definisjoner? Jordmødre er sårbare ovenfor appellen til fødekvinne om å bli tatt vare på. De føler sterkt at det de gjør mot kvinnene, å sende dem hjem, strider mot omsorgsfull praksis.

Langvarig modningsfase fortjener oppmerksomhet, da det kan være en sammenheng mellom langvarig startfase og keisersnitt. Langsom fremgang i fødsel og utslitt mor, er en av den vanligste årsak til akutte keisersnitt. Keisersnitt kan utføres på to måter: Planlagt eller hastekeisersnitt, som i Lines tilfelle. Å bli forløst med keisersnitt, spesielt når en er uforberedt, kan oppleves som tap av fødselsopplevelsen, både for fødekvinne og støttespilleren. Line og Kristian utrykte i samtalen etterpå at de var veldig skuffet og totalt uforberedt. De sørget over ”tapet av fødselen”. En normal fødsel har en psykisk gevinst. Fødekvinne har som oftest sterke forventninger til å klare å føde av egen kraft. Keisersnitarret minner henne om det hun ikke mestret.

Så hvordan skal jordmor forholde seg når modningsfasen blir langvarig og smertefull for fødekvinne? Bør jeg ha en aktiv holdning og hjelpe henne med ulike inngrep videre eller vente og la fødselen ta den tiden den trenger? Det diskuteres derfor ofte blant jordmødre hvordan hjelpe kvinnene gjennom den tidlige fase av fødselen. Ellen viser til at når fødekvinne har smertefulle sammentrekninger, fingertupps åpning og avflatet livmorhals, kan en hjelpe dem videre ved for eksempel å pirke hull på fostervannet (Amniotomi). Inngrepet er en av de vanligste prosedyrer i vår praksis. Formålet er å øke farten og styrken på riene, og dermed korte ned lengden på fødselen. Metoden er første gang beskrevet av en engelsk fødselslege, Thomas Denman, i 1756. Det har siden vært mange ulike oppfatninger omkring bruken av den (TFJ 2007/1). Selv har jeg alltid vært skeptisk til å ta vannet for tidlig. Dette fordi "vann-posen" rundt barnets hode spiller en viktig rolle i utviding av fødselsåpningen.

I Nederland har de tatt problemet med langsomme fødselsforløp på alvor og skapt et prosjekt som kalles "Proaktive Support of Labour". Konseptet står for en slags 'føre var' tankegang. Det er viktig å diagnostisere fødselstart, fordi langsom fremgang viser seg ofte tidlig i fødselsforløpet, og må korrigeres fortst mulig. Livmoren blir i likhet med andre muskler etter lang tids arbeid mettet av melkesyre. Rir stimulering, som startes på en sliten livmor, fører ofte til korte ineffektive sammentrekninger. Ofte resulterer dette til at barnet blir stresset, og må forløses raskt. En av hovedårsakene til at kvinner i dag er misfornøyde med fødselsopplevelsen, er lange fødsler og forsinket behandling av ineffektive rier. Jordmor Lise C. Gaudernack redegjør for dette prosjektet i en artikkel i Jordmortidskriftet. Hun støtter tankegangen, fordi hun i flere år har sett at langvarige fødsler kan gi negativ fødselsopplevelse for kvinner. Hun viser til fødsler hvor kvinnen har hatt mange timer med smertefulle rier, og flere bomturer til sykehuset før fødselen endelig er i gang. Den kronglete starten blir så etterfulgt av ett langt forløp, ofte med en komplisert forløsning som resultat. Tankegangen bak prosjektet er videre at fødselen kan ha startet allerede fra 1cm åpning, forutsatt at livmorhalsen er helt avflatet og kvinnen har smertefulle sammentrekninger. Da er det forventet en fremgang på ca 1cm i timen, og fødselen bør være overstått innen 12 timer. Amniotomi og medikamentell behandling anvendes hvis fremgangen ikke følger retningslinjene for fremgang (TFJ 2010/5:25-26).

Inngripen eller ikke er et av de store dilemmaer i møte med fødekvinne tidlig i fødselsforløpet. Det er ikke så enkelt å vite i forkant om de tiltak vi forsøker, vil hjelpe fødekvinne videre, eller om det faktisk ”klusser” til hele fødselen. For meg representerer ”proaktiv support of labor” et teknokratisk syn på fødsel. Den skiller kropp og sinn. Kroppen er en maskin som kan feile når som helst. Fødsel er en uforutsigbar prosess som må overvåkes i sykehusets trygge rammer. Sykehuset er fabrikken, fødekvinne kropp maskinen og barnet er produktet. Med denne innfallsvinkel kan man rette opp eventuelle feil under fødselsforløpet med aggressiv inngripen. Jordmors rolle er å oppdage avvik så tidlig som mulig for å rette det opp.

Jordmor Ida er også usikker på om det er veien å gå ”*Jeg tror vi griper inn for ofte, tar vannet når vi heller burde la dem få fred. Jeg ser det ofte i hjemmefødsler, så kanskje begynne de å kjenne noe tidlig om kvelden, går der og trør natten gjennom, men de er rolige og trygge for de veit jeg er i nærheten. Kanskje vi skal la kvinnene være mer i fred i fødselens tidlige fase(modningsfasen/latensfasen). Jeg er usikker på om det er rett at vi sett akupunktur og ”strippe” tøy fødselsåpningen. Jeg husker en fødende som sa at hun aldri ville ha akupunktur eller stripping neste gang. Hun hadde vondt og ubehag i flere dager før fødselen kom i gang.*”

Jordmor Maren er skeptisk ” *Jeg har ikke lyst å ta vannet i latensfasen, da blir det med en gang en induksjon og har man først begynt å innervere en fødsel, må man følge opp, kan ikke bare vente litt ,men man må avslutte også.*”

Kanskje hadde veien vært bedre for Line om hennes første møte med jordmor hadde vært som jordmor Ida tenker. ”*Jeg tror at det er viktig å høre på dem, at de føler seg respektert og føle trygghet er grunnleggende. Da kan jo akupunktur og varme bad få dem til å slappe av. Jeg har opplevd at det roet dem ned og kvinnen dro hjem. Ofte opplever jeg også at bare jeg tar meg tid, prate med dem så drar de allikevel hjem for de har fått den omsorg de treng*”.

Lines fødsel startet i etterkant en refleksjon hos meg om hvordan vi møter fødekvinne i tidlig fase av fødselen. I etterkant ser jeg at min biomedisinske hjernehalvdel preget mitt

kunnskapssyn. Jeg aviste at Line var i fødsel sett ut ifra den medisinske forståelse av en fødselstart. Denne bevisstgjøringen har skapt mange tanker og refleksjoner om hva denne praksisen betyr for fødekvinnen og jordmors yrkesutøvelse. Jeg sendte Line hjem, for all forskning viser at tidlig innleggelse i fødsel, øker sjansene for inngrep(Blix mfl 2006). Men handler da ut fra en biomedisinsk tenkemåte- Er jeg sikker på at dette egentlig er det beste for Line?

Regler for hvordan bestemte prosedyrer skal gjennomføres og standardiseres er en stadig større del av den moderne fødselsomsorgen, fremfor å se fødekvinnens spesielle behov. *”Det hjelper ikke alltid med regler, det går aldri rutine i en fødsel og man blir sjelden utlært. Å bli en dyktig jordmor er et livslangt prosjekt, jeg ser noe nytt nesten hver dag”*(Blåka 2002:168).

I sin doktoravhandling skriver Eri (2011) at det å dra hjem etter kontakt med jordmor, ofte bare ga et kortvarig fravær av angst og usikkerhet. Mange fødekvinner ønsker å komme inn på sykehuset, mens jordmødre vil at de skal være hjemme. Paradoksalt kan det virke som at begge disse ulike handlingsstrategier bunner i en biomedisinsk tenkemåte. Kvinnene ønsker å komme til et trygt sted hvor det medisinske system kan ta hånd om deres fødsel, samtidig som det samme system produserer inngrep og komplikasjoner som jordmødre ønsker å beskytte dem mot. Men flere undersøkelser viser også at til tross jordmødres argumenter for at kvinnen skal være hjemme så lenge som mulig, reduserte det ikke inngrep i fødselen.

Tiden rundt fødselen er en sårbar periode. Dagens moderne menneske har gjennom teknologi blitt vant med å ha mye kontroll over det som før var usikre momenter i livet. En fødsel er intet unntak, mange vil derfor vite nøyaktig når fødselen inntreffer. Men en fødsel handler om å overgi seg til en fysiologisk prosess som involvere både instinkter og hormoner, følelser og tanker. Alt dette spiller en viktig rolle for hvordan fødselsforløpet fortøner seg videre.

Jordmors forhold til fødekvinnen må være basert på tillitt, og kvinnen må stole på at jordmoren vil henne vel. Hvem er jeg i relasjonen til fødekvinnen? Vet jeg som jordmor alltid hva som er best for fødekvinnen?

Vi er våre relasjoner

”Viljen til at blive klar over, hvad den anden er bedst hjulpet med, og tale, tie og handle du af den klarhed, må være sammenkoblet med viljen til at lade den anden være herre i hans verden” (Løgstrup2010:37).

I dette ligger at alle menneskemøter en selvutlevering, som innebærer innbyrdes makt og avhengighetsforhold. Den enes utlevering er den andres makt (Austgard 2002). Forholdet mellom meg og fødekvinnen er ikke likevektig. Jeg har de faglige kunnskapene og myndighet til å ta avgjørelser. Jeg har mest makt i forholdet. Derfor har jeg det bærende ansvaret for relasjonen. I Løgstrups tenking stilles det en fordring om å bruke makten til å handle ut fra hva situasjonen krever: ” *Den etiske fordring er at makten skal brukes til min nestes beste!*” (Løgstrup i Austgard 2002:144;35). Når den fødende kommer til fødeavdelingen, er forventningen og spenningen stor. Den første hun møter er jordmoren. Har hun tid til meg? Vil hun forstå hva jeg trenger? Ser hun min engstelse for det som kommer?

Ursin (2004) spør hvordan jordmoren kan forstå en kvinne som hun møter for første gang under en fødsel. En fødsel er en gjennomgripende prosess, der fødselssmerten kan oppleves skremmende i all sin kraft. Barnefaren skal også forholde seg til egne følelser, samtidig være til hjelp for sin kvinne. Det som skjer når et barn skal fødes får også betydning når mor, far og barn skal knyttes til hverandre. Tilknytningen som skal danne grunnlaget for livet videre til den nye familie. Fødselssmertene er sterke og kvinnen blir ofte utlevert både fysisk og psykisk. Kroppen i alle dens fasonger blir avkledd- følelser blir sterke og nakne. Roping, gråt, sinne, smil og latter er sinnstilstander som omfavner hverandre. Noen kvinner hengir seg helt til fødselsarbeidet, mens andre er mer opptatt av å beholde kontrollen, ” Ikke blottlegg meg for alt og alle”, husker jeg en fødekvinne ba om før fødselen. Et fellestrekk ved livet er at alle mennesker har krav på et helt personlig indre rom. Dette kaller Løgstrup (2010) ”urørlighetssonen”, og den setter grensen for nærhet og avstand til den andre. Mennesker er forskjellige og har ulike grenser og behov for hva som oppleves akseptabelt. Jeg må trå inn i andres verden med respekt og varsomhet, og være åpen for andres særegenhet

Fødekvinne har alle en livshistorie med seg. De kan være følsomme og sårbare, ha ulike behov og forventninger. De har alle sin selvfølelse og verdighet og ønsker, og drømmer for

fremtiden. I dette livets møte viser den fødende kvinnen meg tillit ved å utlevere seg selv og legge noe av sitt liv i mine hender. Jeg husker en fødsel for en tid siden hvor kvinnen var veldig redd og kom stadig tilbake til at det ikke måtte bli vondt i underlivet. Hun hadde for fem år siden hatt en traumatisk og langvarig fødsel som endte i keisersnitt, og det var således en god forklaring på hennes redsel. Jeg fikk likevel en følelse av at noe ikke stemte, og på ettersamtalen kom hennes historie fram. Tårene var ikke til å holde tilbake da hun berette om store overgrep mot henne som liten jente. Samtidig forteller historien at alt henger sammen i en helhet og virker inn på hverandre. Fødekvinnens liv og opplevde erfaringer kan ha betydning slik at det blir vanskelig å slippe fødekraftene til?

”Vi er hverandres daglige brød og brødet er somme tider muggent” sier Løgstrup (2010). Alle må vi forholde oss til våre medmennesker, også i situasjoner hvor man kanskje kunne ønske å velge dem bort. Å våge seg fram innebærer alltid en fare ved at den andre gis en makt som fritt kan brukes etter eget ønske. Makten kan brukes til beste for den som viser oss tillit, men den kan også skade den andre. (Austgard 2002). Det kan være skjebnesvangert i spesielle essensielle livshendelser, som en fødsel er.

Margrete Tangerud skrev sin masteroppgave om fødselsangst. I oppgaven forteller hun om Live som opplevde jordmoren ”kald, bisk og sur”. Live forteller:

”Når jeg hadde full åpning så sa jordmoren at når du kjenner neste ri og kjenner press, kan du bare begynne å presse. Men nå går jeg til lynch og tar meg en skive for jeg er både sliten og trøtt og det må du forstå.- og så begynte jeg å hylgrine og var livredd og sa bare at du må ikke gå. Jeg klarer ikke å være alene, jeg klarer ikke å være alene. Du må ikke gå fra meg og da så hun på meg, og var rett og slett sur.”
(Tangerud 2008:26)

Denne historien om jordmorens manglende varhet og innlevelsessevne for hva som betydningsfullt for Live, gjorde sterkt inntrykk på meg. En krenkelse glemmes ikke så lett. Det er alltid et gjensidig påvirkningsforhold i relasjoner, men det er jeg som jordmor som har det bærende ansvaret for relasjonen. En fødsel som ikke oppleves som bra, kan aldri gjøres om igjen. Kvinner glemmer aldri sine fødsler, og detaljene står fast i hukommelsen livet ut. Jeg har hørt kvinner på sykehjem, fortelle i detalj om sine opplevelser for 50-60 år tilbake. Min mor var selv fødende på 50-60 tallet. Hun fødte fire friske barn, og hadde normale raske fødsler. Dette er hennes opplevelse da hun skulle føde meg: *”Da ble jeg liggende alene på*

fødestua uten at jordmoren engang kom inn til meg, følte det så utrygt. Smertene var nesten ikke til å holde ut. Jordmoren viste ingen medfølelse og var sur og avvissende". Enda over 50 år etter, husker hun fortsatt klart den gjennomtrengende følelsen av angst, smerte og redsel. En hendelse av slik intensitet, setter sine spor i erindringen.

Min mors historie om min egen fødsel traff mitt "jordmorhjerter" midt i alt jeg anser som det viktigste for meg, som jordmor å ivareta på fødestuen – *omsorg og tilstedeværelse*. Graden av det som står på spill for den andre kan være ulik. Løgstrup sier i det slik:

"Den enkelte har aldri med et annet menneske at gjøre uden at han holder noget af dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forbigående stemning, en oplagthed, man får til at så det visne, eller som man vækker, en lede man uddyber eller hæver. Men det kan også være forfærdende meget, så det simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ei" (Løgstrup 2010:25).

"Å ha noen i sin hånd", er en metafor Løgstrup (2010) bruker for å synliggjøre maktens ansikt. Det er også et uttrykk for situasjoner der våre valg får betydning for andre, slik historien overfor viser tydelig. Makten gir meg mulighet til å påvirke et annet menneskets liv. Forholdet mellom meg og fødekvinnen er asymmetrisk. Asymmetrien tydeliggjør makten som finnes i møtet. Løgstrup sier videre at alle menneskelige relasjoner vil ha et innslag av makt. Den enes utlevering er den andres makt. Når fødekvinnen "våger seg fram for å bli imøtekommet" av jordmoren, ligger det alltid en risiko at den andre gis en makt som fritt kan brukes.

"At vort liv med og mod hinanden består i, at den ene er utlevert den anden, betyder, at vore indbyrdes forhold altid er magtforhold. Den ene har mer eller mindre af den andes liv i sin makt" (Løgstrup 2010:65).

Kari Martinsen understreker hvor viktig det er at helsepersonell er bevisst sin makt, og bruker den til å frigjøre den andres ressurser. Jordmoren må være varsom med å markere seg for sterkt, fordi hun har makt som autoritetsperson. Det er derfor viktig å være bevisst sine holdninger, for som en jordmor sa:

” Det mest fascinerende er at du er en viktig person for fødekvinnen i resten av hennes liv. Kvinnen glemmer aldri fødselen, husker ned til minste detalj, et skremmende viktig yrke, som kan få mange positive og negative virkninger ”(Blåka 2002:168).

Kvinner som sitter igjen med negative fødselsopplevelser har fortalt meg at de hverken ble hørt, trodd eller tatt på alvor. I stedet ble de mistenkeliggjort eller overstyrt. Kvinnens innsigelser ble ofte sett på som uvitenhet, samtidig som hun ikke visste sitt eget eller barnets beste. Jeg har hatt mange samtaler med kvinner som er redde for å gjennomgå en ny fødsel, nettopp fordi de har følt seg dårlig behandlet av fødselshjelperne.

Det er ikke alltid innlysende at de valgene vi gjør alltid er til det beste for hva fødekvinnen ønsker. Et lite barn blir født- ingenting er mer naturlig og normalt enn det. Men en fødsel er også underlagt naturens lover, og kan til tider både være farefull og uforutsigbar. Utfordringen i jordmoryrket ligger i at jordmødre må kunne ta raske avgjørelser, være handlekraftige når det er behov for det, og samtidig være gode omsorgsgivere. Hurtige avgjørelser kan for fødekvinnen i en situasjon oppleves som maktdemonstrasjon. De fleste jordmødre er åpne for fødekvinnens ønsker. Fødekvinnen har nedskrevne ønsker med forventninger og krav til fødselen. Gjennom brevene vil fødekvinnen være med å bestemme rammene rundt fødselen. Stort sett er dette uproblematisk å forholde seg til når ønskene handler om selve atmosfæren. Det kan være dempet belysning, egen musikk eller slippe å ha for mange hjelpere. Slike ønsker er sjelden forbundet med risiko, og derfor lett å imøtekomme. Men selv opplever jeg det vanskeligere å forholde meg til ønsker som direkte angår selve fødselen. Det kan være alt fra å slippe: Unødvendig undersøkelser i fødselsåpningen, kjemisk ri-stimulering, klipping i fødselsåpningen eller valg av fødestilling. Jeg opplever innimellom henvendelser fra fødekvinner som ikke ønsker livmorssammentrekkende middel etter fødselen. Livmoren skal trekke seg naturlig sammen ved at barnet suger på brystet. Jeg synes det er risikofylt, da det kjemisk livmorssammentrekkende middelet er ment å forebygge store blødninger etter fødsel, en tilstand som kan være livstruende. Et annet eksempel er at det kan være nødvendig å åpne opp fødselsåpningen for å hjelpe barnet ut, sjøl om fødekvinnen har et ønske om å slippe det. Det kan være for å forhindre store rifter i fødselsåpningen, eller at barnet trenger å bli forløst raskt fordi hjerteslagene er for langsomme. Makt kan være påkrevet i livets tjeneste. Den makten jeg har gjennom min faglige autoritet er heldigvis stort sett ønsket av alle parter. Jeg

sier med filosofen Hans Jonas at ” *kunnskapens makt blir til ansvarets bær*”(sitert i Blåka 2002:164).

Ønskebrevene, og da tenker jeg på dem som potensielt kan innebære en risiko, reiser en rekke dilemmaer. Hvem sitter med fødselsekspertisen? Kan den enkelte fødekvinne være ekspert på sin egen fødsel? Hva med sikkerheten når fødekvinnen skal få styre fødselen? Filosofen Birkler trekker fram i boka, ”*Filosofi og jordemoderkunst*”, at ansvarlighet og faglighet skal forstås i en sammenheng. At jeg er jordmor gjør nettopp at jeg kan, og vil bære et ansvar. Som jordmor er jeg profesjonell og må se verdien i å svare for kvinnen og ikke legge opp til svar fra kvinnen (Birkler 2010:44). For meg betyr det at jeg noen ganger ta en avgjørelse, uten kvinnens samtykke, men med ansvar som bakteppe. Som jordmor har jeg makt til å definere hva som er faglig uforsvarlig.

Jeg husker godt en fødsel for noen år tilbake som illustrerer nettopp dilemmaet mellom min oppfatning av sikkerhet og fødekvinnens ønsker. Jenny ventet sitt første barn og hadde store forventninger til fødselen. Ønskebrevet var langt og omfattende. Hun ville ikke undersøkes, ikke klippes, eller registrere hjerterytmene på maskin. Hun ville ta imot barnet selv, og det skulle kun være hun, mannen og jordmoren tilstede. Jeg brukte lang tid til å forklare henne at så langt det var mulig skulle jeg ikke gripe inn. Men hvis det ble nødvendig måtte hun rette seg etter våre rutiner hvis hun skulle føde på sykehus. Da er det mitt ansvar som jordmor. Dessverre gikk det ikke så bra for Jennys fødsel. Den endte opp med keisersnitt etter en veldig slitsom og langvarig åpningstid. Dessuten mistet hun mye blod i forbindelse med inngrepet og måtte få blodoverføring. Det ble en traumatisk opplevelse for Jenny og mannen, men de var fornøyd i etterhånd at vi gjorde det som måtte til. Jeg bruker derfor alltid å understreke til fødekvinnen at det er greit å ha ønsker og ideer på forhånd. Men de må ikke være så fastlåste at de ikke kan endres hvis situasjonen tilsier det. Der fødselen forløper normalt er det derimot enkelt for meg å gi fødekvinnen rollen som ekspert på egen kropp og fødsel.

Er jordmor gjest eller vert på fødestuen? Spør Fjell (1998) i sin doktoravhandling. Hun viser til endringen mot hjemmekoselige, private fødestuer har betydning for måter å oppfatte jordmor-profesjonen på. Forholdet mellom fødekvinnen og jordmoren kan således sees på som en vert-gjest relasjon i fødselssituasjonen. Dette kommer til uttrykk i holdningen til

fødekvinne og ens egen fødselsideologi. Jordmor har en avventende rolle eller gjesterolle. Jeg er på mange måter en gjest som er invitert til kvinnens fødsel. Kvinnen er ekspert på sin egen fødsel og jordmoren skal bare gripe inn i fødselsforløpet når det er nødvendig eller kvinnen ber om det. En hjemmefødsel-jordmor sa i et intervju: ”*Man er jo hjemme hos dem på deres premisser*”. I den private sfære føler jordmoren seg som en gjest, og må i større grad innrette seg etter familiens egne ritualer. Jeg tenker at gjesterollen bør være idealet også i det offentlige rom.

Men jeg er også en vert som skal hjelpe fødekvinne til å mestre sin egen fødsel slik at det blir en god opplevelse. Jordmor som maieutiker har derfor fått Birkler til å hente filosofen Sokratis inn i jordmorfaget. Maieuttikk betyr jordmorkunst eller fødselshjelp. På samme måte som Sokratis hjalp sine samtalepartnere til en ny forståelse gjennom refleksjon og ettertanke, kan jordmoren ”forløse” kvinnens egen mestringsstrategi (Birkler 2010). I sokratiske ånd betyr dette at jordmoren på fødestua må bruke sin faglige autoritet til å påvirke kvinnen om hva som er riktig valg ut fra hennes unike situasjon. Sagt med andre ord kan jeg hjelpe henne til å erkjenne sine behov ved å stille de rette spørsmål. Hun vil derfor få mulighet til å ta ansvar for sin fødsel. Min makt som fagperson blir delt med kvinnen. Det er hun som er eksperten på egen kropp.

Jeg synes jordmor Maren illustrerer dette veldig fint i møtet med en fødende:

” Hun var en flott førstegangsfødende til termin med et normalt stort barn. Da jeg kom på nattevakt var det 4 cm tynne kanter og hodet stod i bekkeninngangen med intakt vannblære. Hun hadde rier som var medium styrke, 2 stk på 10 min og vart 45 sek. I mine øyne tilsvarte det en latensfase pga riene. Jeg har tenkt i etterkant at hun kom for tidlig inn på fødestue. ”

Hun forteller videre: ”*Det er klart at hun hadde bare 2 rier på 10 min og de var svake og korte, da må man ikke definere det som aktiv fødsel. Det er et trassig utgangspunkt. Jeg diskuterte det med mor at hun ikke var i aktiv fødsel. Paret trodde det skulle gå veldig fort og at hun kom til å føde før midnatt. Det her var kl 23. Men jeg sa at det var lite sannsynlig for hun måtte først få sterkere rier. Jeg opplevde at når jeg forklarte hvordan det skal være så forstod de og ble ikke veldig skuffet. Vi pratet litt om metode en kunne ta i bruk for å få bedre rier. Hun hadde ikke hatt avføring så vi startet med et klyx. Hun hadde ikke spist særlig den dagen så jeg satte opp et glukosedrypp for å få litt mer energi. Hun fikk mer krefter og våknet*

litt mer opp. Dette ga mer motivasjon for at hun måtte jobbe for dette. Etter hvert økte riene på. Jeg hadde god tro på at dette skulle hjelpe henne videre.”

Jeg synes Marens fortelling viser hvordan hun bruker sin faglige tyngde kombinert med klokskap og kløkt, og det uten å overkjøre fødekvinnen. Hun motiverer den fødende til å ta i bruk egne fødekrefter. Samtidig som Maren foreslår tiltak som kan hjelpe fødekvinnen videre i forløpet.

Blant jordmødre og føde kvinner har tanken om en naturlig fødsel hatt stor oppslutning. Dette er inspirert av den franske legen Michel Odent, som en reaksjon på tradisjonelle sykehusfødselen. Han mener at kvinnene har naturlige instinkter, som gjør at de vet hvordan de skal føde om omgivelsene legges til rette for det. Det understrekes at stress virker forstyrrende, mens ro, trygghet og omsorg fremmer en god fødselsopplevelse og hindrer komplikasjoner (Ursin2004). Kroppen reagerer fysiologisk hormonelt på både trygghet og ro, redsel og smerte. Oxytocin er et viktig hormon i forbindelse med fødsel. Hormonet fremmer rier, og øker produksjonen av endorfiner, kroppens eget smertestillende. Trygghet og tillitt fremmer oxytocin-produksjonen og kalles ofte kjærlighetshormonet fordi det frigjøres ved nærkontakt mellom mennesker. Det senker blodtrykk og puls, reduserer stresshormonene som frigjøres når kroppen opplever stress. Adrenalin frigjøres ved stress og motvirker oxitocinets virkning, slik at fødselen stopper opp (Odent 1984). Samtidig dempes også endofinproduksjonen slik at kvinnen vil oppleve økt smerte under fødsel. Ulike stressfaktorer for en kvinne i fødsel kan være ensomhet, mangel på kontroll, fremmede omgivelser, mangel på tillitt, smerte og redsel.

Kirkham (2000) understreker at stress virker forstyrrende, mens tillit, omsorg og trygghet er en forutsetning for et ukomplisert forløp og god fødselsopplevelse. Den fødende trenger kontinuerlig støtte og tilstedeværelse av en fødselshjelper. Spesielt må omsorgen for førstegangsfødende i fødsel prioriteres høyt. Forskning viser at tilstedeværelse av en emosjonelt støttende hjelper både fremmer et normalt fødselsforløp, og reduserer behovet for smertestillende og bedrer totalopplevelse (Tidsskrift for jordmødre 2008-1). Under Perinataldagene på Lillehammer i 2011 la Jordmor Ellen Blix fram resultater som viste at med jordmor kontinuerlig tilstede, ble fødselen redusert gjennomsnittlig ½ time, ledsaget av redusert bruk av smertelindring og operative fødsler. Er det ikke nettopp det denne jordmoren også erfarer i praksis:

”Når jeg kjenner kvinnene fra før, blir de mer trygge og roligere. Jeg husker at jeg kom inn til en av mine damer fra svangerskapskontrollene, så begynte hun å gråte. Det ble en fin fødsel og det hjalp at det var en kjent jordmor (Ida)”.

Maren forteller om en langvarig fødsel som endte i keisersnitt. Mor var sliten og ingen fremgang i fødselforløpet. Men til tross dette utfallet av fødselen forteller Maren:

”Vi snakket mye underveis og hun sa i etterkant at hun hele tiden visste hva som skjedde og at hun egentlig ikke hadde opplevd det så traumatisk eller langvarig i hennes øyne”.

Jeg hadde forleden dag en kvinne inn til samtale som ba om å få føde med keisersnitt. Hun gråt gjennom hele samtalen. Den første fødselen ble et akutt keisersnitt. Hun hadde følt seg veldig alene under hele forløpet. Hun klarte ikke kommunisere med jordmoren, var utrygg og følte seg ikke ivaretatt. Jordmoren hadde hun ikke sett siden. På travle avdelinger, marginal bemanning og mange fødsler, kan kontinuerlig tilstedeværelse være en utfordring for jordmor. Ofte må hun ta ansvar for flere fødende samtidig.

Jordmor Ellen forteller at ved en stor avdeling hun kjenner til, har de startet et prosjekt for å få ned den høye keisersnittfrekvensen. Tiltaket er her at jordmor er kontinuerlig tilstede i siste del av fødselen. Jeg ble opplært til aldri å forlate en fødekvinne i aktiv fødsel, men det var før partneren kom inn for fullt på fødestuen. Kanskje har vi jordmødre overlatt for mye ansvar til mannen, har det blitt en hvilepute for oss? Barnefarens tilstedeværelse på fødestuen mener jeg er unik i den forstand at det er han som aller best kan gi fødekvinnen det hun trenger i akkurat denne situasjonen. Det er parene som skal klare den store jobben med å få barnet til verden. Han skal ikke bare være fysisk tilstede for å støtte kvinnen, men også mentalt tilstede, aller mest for sin egen del. Dette regnes som grunnleggende for å utvikle sterke emosjonelle bånd mellom far og barn. Mor, far og familien fødes sammen med barnet. I tillegg trenger de begge en jordmor som kan berolige og oppmuntre gjennom forløpet. Dette er i tråd med anbefalinger fra Verdens helseorganisasjon (WHO) at kvinnen skal ha mulighet for å ha jordmor kontinuerlig tilstede i forbindelse med fødselen.

I 2010 kom helsedirektoratet med en rapport, ”Utviklingsstrategi for jordmortjenesten, tjenestekvalitet og kapasitet”. I rapporten står det:

”Det er viktig helsefremmende arbeid å sørge for at kvinnen får en positiv fødselsopplevelse med et godt utkomme. Det er jordmoras hovedoppgave å bidra til og overvåke slik at fødselen blir normal. Jordmødre rapporterer om stadig mindre tid til å være inne på fødestuen hos den fødende. Forslag til faglige krav omfatter derfor at det i fødselens aktive fase, eller så tidlig som mulig, skal være en jordmor tilgjengelig til hver kvinne i fødsel. Jordmor på vakt har to liv å overvåke og kan ha flere fødende på en gang.”

Helsedirektoratet har fulgt opp disse anbefalingene med veileder ”Et trygt fødetilbud – forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner”. De faglige krav styrer mine handlingsvalg, og avgjør hva det skal tas hensyn til eller ikke. Fødselsvitenskapen definerer normer for forsvarlighet og trygghet. Praksis som legger vekt på risiko styrer handlingsvalget og er således retningsgivende for håndtering av fødselen. Den medisinske modellen for fødselshjelp er blitt så vanlig at jeg nesten ikke legger merke til den. Vi jordmødre vil helst tro at det er bare leger som står for en medisinsk vitenskapelig tradisjon. Men er det ikke ofte at jeg tar over ansvaret for fødselen. Jeg kontrollerer og gir veiledning underveis. Jeg gir råd(og bestemmer) om fødekvinne skal ha mat og drikke, hvile og valg av smertestillende. Noen ganger er det helt nødvendig å være bestemt for å hjelpe fødekvinne gjennom fødselen. Mine biomedisinske briller kan også komme til å dominere mitt forhold til fødekvinne. Jeg har lang erfaring og vet hva som kreves av kvinnen. Jeg er eksperten som ser hennes behov.

Jeg leste en gang en oppgave fra jordmorhøgskolen om kvinners forventninger til jordmoren. Her kom det blant annet fram at kvinnene ønsket en ansvarlig jordmor som ikke er redd for å ta styringen og gir klare beskjeder. Dette er i tråd med erfaringen Ursin (2004) formidler: Kvinnen trenger en jordmor som er tydelig, for kvinnen har ikke forutsetninger for å kunne ta bestemmelser underveis i fødselen. En mann sier etter fødselen at han var fornøyd med at hun motiverte og informerte. Men hun var ”litt verdensmester”. Likevel fikk de en jordmor som oppmuntret og tok styringen slik at kvinnen kom seg gjennom fødselen.

Så hvem bør jeg være? En jordmor som fremstår som eksperten, med meninger om hvordan fødselen skal forløpe. Eller er jeg en støttespiller, som tar del i en fantastisk begivenhet i en

annen kvinnes liv? Er det mulig å tenke at den jordmorfaglige og medisinske verden utfyller hverandre? Gunnhild B Sandvik mener at jordmoren må kunne ivareta begge former for kunnskap i en moderne fødeavdeling. Jeg har hatt mange samtaler med kvinner etter fødsel. Tilbakemeldinger er ofte at de ønsker en jordmor viser respekt og omsorg, samtidig som hun er bestemt og autoritær når det trengs. Jeg liker å tenke på meg selv som en inspirator, en forløser som skal kunne trykke på de rette knappene både hos kvinnen og de som ledsager, slik at fødselen blir en best mulig opplevelse for dem. Jordmoren hjelper barnet til verden. Samtidig kan hun også hjelpe kvinnen til å forløse de følelsene som en fødsel utløser.

"Det tar så lang tid som det tar"

"Vi er i hverandres verden og hverandres skjebne" (Løgstrup 2010:25-26).

På fødestua utøver jeg trygg og forsvarlig fødselshjelp. Min yrkesutøvelse er i stor grad avgrenset av tid og rom. Innenfor visse grenser skal en fødsel være overstått, hvor føderommet lager rammer for mitt handlingsrom. Lenge før begrepet *"tid"* spilte praktisk rolle i menneskelivet, forholdt man seg til ulike tidsguder. Tidlig gresk hadde to ord for tid, Chronos og Kairos. Chronos representerte opphavstiden, tidsmessige rekkefølgen eller klokketiden. Kairos refererte til når noe spesielt inntreffer. Tiden ble slik forstått i forhold til når en handling etterfulgte en annen. Tidens gang ble sett i forhold til dagens og årstidens veksling. Det får meg til å tenke på tidligere ferier på hytta på fjellet uten strøm og mobil dekning. Vi la klokkene på hylla, og dagene ble innrettet etter naturens rytme. Jeg stod opp når jeg våknet og spiste når jeg var sulten. Døgnet ble ikke delt inn etter timer, men av naturlige gjøremål i en bestemt rekkefølge. Tiden opplevdes gjennom aktiviteter og kan sammenliknes med grekerenes kairos, eller handlingstid.

I vårt moderne samfunn har vi beveget oss bort bondesamfunnets sykliske tid hvor livets rytme og årstidene dannet rammen om dagliglivet til den moderne lineære klokketiden. Overgangen til industrisamfunnet ville være utenkelig uten klokketiden til å måle og regulere arbeidet (Bjerck 1998). Vi har vernet oss til en stadig mer nøyaktig og standardisering av tid som grekerne Chronos. I klokketiden stilles adskilte øyeblikk opp ved siden av hverandre. Mens den virkelige opplevde tid etterfølges av øyeblikk i forhold til det neste. Tiden må erfares og oppleves og kan derfor ikke samtidig brettes ut på en klokkeskive (Blåka 2002).

Truls Wyller (2011) forteller i boka "Hva er tid" om et møte med tiden i Afrika. Han skulle ta en buss og møte fram til en bestemt tid. Men det kom ingen buss, flere folk kom til og da det etterhvert ble riktig mange, kom bussen. Alle finner sine plasser, bussen er full og kjører. Mens fortelleren er frustrert, er stedets innbyggere helt upåvirket. De lever ikke etter klokken, men etter handlingsmønstre. Tiden bestemmes av når en handling naturlig avløser en annen, ikke av når klokken når et visst punkt " Alle må møte fram når bussen går, men den går når alle har møtt fram". Det er denne holdningen til tid kan gi det moderne menneske grå hår. Jeg tenker hvor irritert jeg ofte har vært på afrikanske kvinner som aldri kommer tidsnok til avtalte møter på fødeavdelingen.

En fødsel har på sitt vis noe tidløst over seg, hvis den får følge sitt eget handlingsmønster uten forstyrrelser. Arbeidsformen for de historiske distriktsjordmødrene var nettopp å forholde seg avventende, lyttende og følge naturens egen lovmessighet, samtidig som de var oppmerksomme på de farer som kunne oppstå. De visste av erfaring at i de aller fleste tilfeller gikk det bra bare de tok tiden til hjelp. Ved å bruke tid fikk de god kjennskap til fødekvinnen. I dag må jordmødre forholde seg til den standardiserte klokketiden, mer enn livskretsløpets egen tid. Vi tvinges til å tenke rasjonelt i forhold til tid. Den "normale fødsel" blir tilsynelatende kortere og kortere. Den lineære klokketiden er blitt en viktig definisjonsmakt for fødselens tillatte varighet. Svangerskapet måles i dager og uker, i stedet for livshendelser. Kvinner måles og testes og er egentlig ikke gravide før ekspertisen(legen/jordmoren) har diagnostisert det. Svangerskap og fødsel blir satt inn i et tidssystem og dermed lager vi rammer for å kunne avdekke det unormale. De fleste kvinner forholder seg i dag til termindatoen, og har den som mål for fødselstart. Selv om det kan være like vanlig å føde 14dager før eller etter termindato, blir ofte kvinnene veldig utålmodige og har et høyt ønske om å bli ferdig med svangerskapet. Ofte prøver vi jordmødre å hjelpe kvinnene ved å tilby modningsakupunktur. Dette for å få fødselen i gang nærmest mulig den fastsatte termindato. Personlig tenker jeg at dette er og en måte å styre svangerskapets lengde. På samme måte manipulerer vi kanskje den udefinerte lengden på modnings og åpningsfasen når vi griper inn for å hjelpe fødekvinnen videre. Kanskje blir lengden forkortet, men dermed vil også normale variasjoner bli borte. En langvarig åpningsfase, sett i perspektivet at fødselen er en livshendelse, kan derfor tolkes som en variasjon av den normale fødsel.

Når fødselen blir forstått som en lineær aksjonslinje hvor hver time må nå sitt mål, tror jeg dette handler om vårt tidsstyrte samfunn og behov for kontroll. Den erfarte tid som er selve opplevelsen, kan ikke måle fødselen i timer. Den har noe tidløst over seg. Det var denne tidsdimensjonen som de historiske distrikt jordmødrene forholdt seg til. I skjæringspunktet mellom de ulike tidsdimensjoner utfordres dagens jordmødre derfor av begrepene naturlig og normal fødsel.

Det er ikke nødvendigvis det normale som er det mest naturlig. Naturbegrepet viser til det opprinnelige, medfødte og uberørte. En naturlig fødsel i denne sammenheng betraktes som en fødsel uten inngrep. Blix (2009) viser til i sin avhandling at dersom man ønsker noe skal være naturlig, så må man også akseptere naturens lunefulle varianter. Birkler (2010) utdyper med å hevde atbegrepet normalt beveger en seg bort fra oppfatningen om det naturlige og uberørte. Det normale er ofte et uttrykk for hva som er gjeldene norm på gjeldene avdeling. Nesten halvparten av alle fødende får ryggbedøvelse som smertelindring. Det er mange steder en normal måte å føde på. Dessuten vil oppfatningen av hva som er normalt blant annet også avhenge av hvilke ressurser fødselshjelpen har. Noen steder i verden er keisersnitt så vanlig at det blir regnet som en normal måte å få barn på. I Brasil føder ca 40% med keisersnitt og på private sykehus der er den 75%

På 1950 tallet var Friedman den første til å dele fødselen inn i ulike faser Selv om Friedmans arbeid er gammelt, brukes hans grafiske fremstilling av en fødsels progresjon i nye varianter, og er ofte med på avgjøre hvorvidt det skal gripes inn eller ikke (DNJ 2007/2 : 16). For at fødselsforløpet skal betraktes som normalt må fasene være avsluttet innenfor en bestemt tid. Økt oppmerksomhet mot tidsdimensjonen fører til at en fødsel skal skje etter fastlagte kriterier. Kunstige inngrep brukes hvis naturen er for langsom. Davis Floyd har beskrevet kvinnekroppen som en maskin som kontrolleres gjennom strenge tidsbegrensinger. (Blåka 2002). Dette er i sterk kontrast til tittelen på dette kapittel ” det tar så lang tid som det tar”. Dette utsagnet hentet jeg fra gammel jordmor tradisjon. Men den moderne jordmor pendler i spenningsfeltet mellom det tålmodige, avventende og det travle, inngripende. I store effektive fødeavdelinger kan det være vanskelig ”å bare være tilstede”. Kari Bjerck påpeker dette i sin hovedoppgave om ” Jordmorliv i Nord”. Hun sier videre at selv når det er tid, kan det være vanskelig for jordmødrene å sette ned farten og gi seg anledning til ro og innlevelse (Bjerck 1998).

En av de store faglige utfordringene den moderne jordmor må forholde seg til er kravet om fremgang i fødselen. I Dublin i 1968 ble konseptet "Aktive management" innført i fødselshjelpen. Dette har hatt stor innflytelse på den medisinske praksis i fødsel. Formålet var å hindre lange fødselsforløp og senke keisersnittfrekvensen. Dersom det ikke var fremgang på mer enn 1 cm i timen skulle man aktiv gå til inngrep i fødselsprosessfødselen. Vanligste inngripen er da å ta hull på fostervannhinnene tidlig i fødselen. Videre var det lav terskel for å anvende livmor forsterkende medisin (oxytocin). Prosessen overvåkes i et partogram som er et kart over fødselens fremgang (Eri 2011). Forskning har vist at selv om den aktive styring av fødsel har gitt et kortere fødselsforløp, så har ikke behovet for operative inngrep eller keisersnitt blitt mindre (Nystedt 2005).

Jordmor Ellen kjenner ofte på presset om å avslutte en fødsel som drar ut i tid fordi *"lang erfaring gjør at en ikke lar det gå for lenge av redsel for at barnet kan skades"*. Jeg har selv vært for aktiv i å gripe inn i fødeprosessen. Jeg oppfordret mor til aktiv trykking før tiden var inne. Barnet trengte tid å komme seg gjennom bekkenkanalen. Mor ble sliten og riene forsvant. Jeg burde ventet til fødekvinnen kjente at tiden var inne til å presse barnet ut. Hun hadde brukt opp kreftene på forhånd. Jeg lot meg styre av chronos- den moderne klokketid. Tiden var ikke inne, jeg ble for utålmodig i å få fødselen overstått. Det ble et akutt keisersnitt. Jeg lot ikke fødselen få tiden. Hva styrte mine vurderinger? Rett tid i forhold til hva? På fødestua utøver jeg mine handlinger ut fra det som er definert som forsvarlig og god fødselshjelp. Men regler og prosedyrer må følges og styres ut fra medisinske anbefalinger. Min praksis er avgrenset av tid og rom.

Jordmor Ida forteller fra en hjemmefødsel om nettopp det å la tiden få sitt rom *"Du styrer ikke etter klokka og du har ingen som stikk hodet inn og spør hvordan det går"*. Ida har tid til å vente fordi hun er i et annet føderom, hvor ikke den medisinske vitenskap har samme påvirkning. Det er også årsaken til at mange kvinner foretrekker å føde i rolige og hjemlige omgivelser. Jordmor Ida opplever også at hun kan tillate mer langsomhet i hjemmefødsler. *"Jeg tillater mer at det stopper opp underveis for at kroppen treng hvile. Jeg husker godt en kvinne som la seg til å sove når hun var åpen 8cm. Riene bare stoppet opp, så spiste hun litt, sov i 2 timer. Våknet med rier og fødte like etterpå. Hvis jeg hadde vært på sykehus ville jeg*

nok stimulert riene, kanskje rett og slett for at jeg er redd for at noen kan si at jeg ikke gjorde noe.”

Som jordmor på en fødeavdeling skal jeg ha gode argumenter for ikke gjøre tiltak hvis fødselen går for langsomt framover. Stimulering av rier med medisin som kanskje fremskynder fødselen, kan spare tid for personalet og kan fort bli et alibi for at vi faktisk har gjort noe. Min erfaring sier at det kan være klokt å vente på at riene spontant tar seg opp i stedet for å stimulere med medisin. Tålmodighet, tålmodighet og atter tålmodighet har alltid vært en grunnleggende ledesnor i min håndtering av fødselsprosessen gjennom årelang erfaring- Likevel opplever jeg at det i dag er mye vanskeligere å forsvare at jeg ikke har gjort noe for at fødselen skal gå framover.

” Vi er nok blitt ivrige med syntocinondryppet, for å få litt fortgang på fødselen og vi tillate ikke at åpningstiden skal bli så lang”(Trine). Er det ikke viktig å reflektere over egen praksis for å se om den duger i virkeligheten? NRK hadde i 2008 et innslag om mangel på retningslinjer og ukritisk bruk av oxytocin-stimulering for å fremskynde fødselen. Det ble fortalt at i Norge skades 50 barn årlig, som følge av at mor har fått for mye av dette medikamentet. En svensk undersøkelse er referert til i samme innslag, som viste at feil bruk av oxytocin var årsak til skade(grunnet oksygenmangel) på barnet i 70% av tilfellene (URL: <http://www1.nrk.no/nett-tv/distrikt/nordnorge/verdi>).

Innslaget var en tankevekker og gir alvorlige signaler. Det har ofte slått meg hvor fort og enkelt det er å henge opp et drypp for å få kvinnen forere gjennom fødselsforløpet. Vi sier det er for hennes eget beste. Er det ikke også til jordmorens beste? Er det bare moderne medisin som styrer våre handlingsrom, eller har det også sneket seg inn en utålmodighet og effektivitet i utøvelsen av verdens eldste yrke? Jeg tenker at jordmødre må være villige til å rette et kritisk blikk til egen praksis.

Fødselsforløpet deles inn i faser, som hver må være av sluttet innen for bestemte tidsskjemaer. Økt oppmerksomhet mot tidsdimensjonen fører ofte til at en fødsel må skje innenfor fastlagte kriterier, ellers må en ta i bruk kunstige inngrep. Spørsmålet er om det er plass for langsomhet

i et rom preget av hurtighet og effektivitet. Det er i alle fall ikke plass for individuelle variasjoner som jordmor Maren her også påpeker: ” *Vi er jo mennesker og kan ikke plassere oss inn i et tidsskjema og forvente at kroppen skal oppføre seg deretter. Vi er jo forskjellige og noen bruker lenger tid og er det en stor unge så er det helt naturlig at det tar lenger tid å komme ned i bekkenet. Er mor sliten så må det kanskje få ta litt lenger tid. Det er jo mange forhold som må vurderes*”. Å dele fødselen inn i kortere presise faser tillater i mindre grad en individuell tilnærming. Det tas og lite hensyn til at mormunnen åpner seg saktere i starten av fødselen enn mot slutten. Denne moderne medisinteknologiske modell tar lite hensyn til at fremgangen i fødselen også er et produkt av sammenhengen mellom hormonell og psykologisk binding mellom mor og barn (Davis-Floyd 2001).

Hvilke forventninger overføres da til fødekvinnen? Jeg har tidlige vært inne på prosjektet fra Nederland. Dette er en videreføring av Dublin modellen, der det gis en forventning og lovnad til fødekvinnen om at fødselen skal være overstått innen en viss tid (12t). Denne aktive holdning til fødsel utfordrer min jordmorfaglige og fenomenologiske forståelse av fødselen. For meg representerer prosjektet et teknokratisk syn på fødsel hvor kroppen er en maskin som til enhver tid må kontrolleres. Feil i maskineriet(fødekroppen) repareres av jordmoren gjennom aggressiv inngripen. Hva med troen på at kvinnen er ekspert på egen kropp og viktigheten av å fremme fødekvinnens mestringsevne? Kanskje har vi jordmødre urealistiske forventninger om hvor fort en fødsel skal overstås? Prosjektet i Nederland er et godt eksempel på at fødselen i et modere samfunn gis visse rammer som styrer handlingsrommet.

I forhold til fødselens faser tenker jeg at det er viktig å se hver fødsel som en helhetlig prosess. Fasene må ikke bli til rigide ”regler” som bare handler om hvor lang tid fødselen kan få vare. Så lenge mor og barn har det fint, kan ikke fødselen få ta sin tid?

Det er mitt ansvar å ivareta sikkerheten omkring fødsel slik at den gjennomføres i trygge rammer. Men en fødsel kan være en langsom prosess, som i de fleste tilfeller forløper normalt hvis den får være i fred. Mitt ansvar som jordmor, er å bevare det normale normalt, overvåke forløpet og reagere på det som avviker fra det normale. Målet er en frisk mor og et friskt barn, samt en positiv opplevelse av fødselen. Disse mål bør etterstrebtes med minst mulig inngrep i fødselen slik jeg ser det.

Nå har det seg slik at jordmødre og leger ofte har ulikt syn på hvordan forholde seg til fødselens fremgang. Det har ofte blitt hevdet at leger er mer ivrige på å styre fødselen ut fra et sikkerhets hensyn. Jordmødre derimot har en mer ventende holdning. Jeg tror nok virkeligheten er mer nyansert. Den moderne fødsel er diktert av både en teknokratisk, mekanisk, risiko og sikkerhetskultur. Under disse rammene lærer både jordmødre og leger å se fødselen som en lineær prosess, med klar begynnelse og avslutning. Jeg har sett at jeg er en del av denne naturvitenskapelige tradisjon og at den påvirker mitt handlingsrom mer enn jeg kanskje trodde. Dette medfører at vår praksis i stor grad baseres på kunnskap fra såkalt evidensbasert forskning. Den sikreste viten er matematikkens språk, og blir ofte en garantist for at vi utfører vår praksis på vitenskapelig grunnlag. Men hva er det Ida baserer sin kunnskap på i hjemmefødsler. Hun gir tiden til fødselen, for hun har erfart at hvis fødekvinne får hvile, vil riene ofte komme tilbake. Dette er ikke evidensbasert kunnskap, men erfarings basert. Det finnes ingen målbare fakta, kun jordmorens erfaringsrom. Det er i krysningspunktet mellom tall og erfaring jordmoren utfordres i selvstendig utøvelse av faget. Refleksjon og selvkritikk over praksis kan være et steg på veien. Fødselen tar den tid den tar- også i en moderne fødselsomsorg.

Håndverket i møte med teknologien

”Den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre enn at han holder noe av dens liv i sin hånd” (Løgstrup 2010:25)

Å være tilstede på fødestua innebærer å romme alt som skjer, et kontinuerlig tankearbeid, vurderinger og nøyaktige handlinger. En jordmor skal kunne sitt fag akkurat som enhver håndverker, sier den danske jordmoren Møller (2002). Men hvorfor sammenlikne jordmor med en håndverker?

Jordmor yrket er et håndverk som læres i praksis. I føderommet sammen med fødekvinne lærte jeg at ansiktsfarge, pusten, kroppsbevegelser er verdifull kunnskap om fødselens ulike faser og uttrykksmåter. Håndens plass og de manuelle ferdighetene, også kalt ” det kliniske blikk”, er jordmorens håndverk. Faglig dyktighet og sikkerhet formidles gjennom hånden sier Alvsvåg(Alvsvåg 2006:16-17). Da jordmor Anne Tvedthaug avsluttet sin jordmor gjerning, fikk hun denne hyllesten fra sine fødekvinne:

*”Dine hender er så gode
De tok imot så mange små
Det var hånden din de møtte
Da det første lys de så”* (Blåka 2002: 12).

Hånden skal diagnostisere og registrere, og samtidig formidle nærhet, varme og trygghet. Berøring gir avslapping og velvære. Med hendene lærte jeg å kjenne på magen for å vurdere rienes styrke og hyppighet. Av jordmorstetoskopet lærte jeg å skille ut de rette nyansene i fosterhjerterets slag. Trestetoskopet var lenge det viktigste redskap for å vurdere et fødselsforløps utfall. En vurdering ble gjort gjennom å skille de gode tonene i barnets hjertelyd fra de mindre gode. Det var også en måte å komme i kontakt med barnet på. Dette spesielle trestoskopet er laget av ask, som i norrøn mytologi symboliserte ”Yggdrasil” eller livets tre. Stetoskopet har lang historie. Den franske legen Laennec beskrev i 1819 et ”hørerør”, som han kalte et stetoskop. En kollega oppdaget at når han lyttet på en gravid mage med det samme stetoskopet, kunne han høre en dobbel lyd som skrev seg fra både den gravide og fosterets hjerte. Jordmorstetoskopet har senere vært selve symbolet for jordmoryrket, og vært grunnlaget for jordmores risikovurdering i mange generasjoner. Stetoskopet gir en fantastisk klang om barnet er frisk. Men jeg har selv opplevd å høre hjerteslag som ikke har hatt den rette klangen. For mange år siden hørte jeg med egne ører gjennom stetoskopet at et fosterhjerne sluttet å banke. Tonen døde ut. Jeg var den eneste som hørte det.

Kunnskapen fra trestoskopet anses som upresis og lite dokumenterbar og må i dag konkurrere med teknologi som kan gi mer presis informasjon. Fosterlyden og rienes hyppighet kan overvåkes kontinuerlig med en maskin som kalles Kardiotokograf (CTG). Blåka Sandvik (1997) kaller den ”elektroniske magehånden”. Fosterets hjerteaktivitet og livmormuskelens arbeid registreres kontinuerlig og overføres på til en papirstrimmel. Kardiotokografien fikk sitt gjennombrudd i 1970 årene og har ved hjelp av avansert teknologi, fått en viktig plass i fødselsovervåkningen. En fødsel krever tett medisinsk overvåkning, slik at risiko for komplikasjoner blir redusert eller oppdaget i tide.

Jeg opplever at dagens unge jordmødre ikke er flinke til å bruke jordmor-stetoskopet. Jeg ser det nesten aldri i bruk. Mest står det der som et historisk minnesmerke. Kanskje må det være slik i et samfunn der kravet til juridisk dokumentasjon blir stadig viktigere i takt med økende

rettsaker i fødselsomsorgen. Informasjon dokumentert på papir er tilgjengelig for alle, mens lytting med stetoskopet i jordmors øre en kort stund, kan reise tvil om troverdigheten. Det kan være vanskelig for andre å vite hva jordmoren virkelig hørte og hva hun sier at hun hørte. Spesielt blir det vanskelig hvis et barn dør uventet, selv om jordmoren hørte en normal hjertelyd. Dette gjør jordmoren sårbar og hun kan komme til å tvile på sine egne observasjoner. Jeg tror dette er grunnen til at jordmødre lytter med CTG for da hører også foreldre at hjertet banker.

Den moderne jordmoren må virke i begge rom, både i teknologiens verden og i håndverkstradisjonen. Det er mulig at jordmødre kan integrere teknologien på en måte som faktisk bevarer og utvikler klinisk dyktighet. Hånden med trestetoskopet må utfylle den ”elektroniske magehånden”(Sandvik1997:78). Men da må jordmoren være tilstede på fødestua slik at ikke håndverket taper i kampen mot teknologien

Den kliniske praksis er ikke tuftet på prosedyrer og tekniske hjelpemidler, men på komplekse, varierte og mangfoldige situasjoner. Hva øyene ser, ørene hører, nesen lukter og kroppene berøres av- der er fagligheten innskrevet i jordmorens erfaringer. Jordmødre må aldri glemme å lytte til fødekvinnens signaler, smertens lyd, pustens forandringer og fargen i kinnene. Riene må bedømmes med hendene, ikke bare ved registrering av en maskin. Å kjenne rienes styrke og intensitet i sine hender er noe helt annet enn å se dem tegnet på en strimmel. Livet er her og nå situasjonen- og følger ikke alltid kart og terreng (Martinsen 2009).

Det er i dette rommet erfaringskunnskapen vokser fram. Den blir en ledestjerne i møtet med kompleksiteten i hverdagen og håndtere konsekvenser som ikke alltid er gitt på forhånd. Det handler om en intuitiv oppmerksomhet, en fornemmelse, som ikke alltid kan beskrives med ord eller generalisere i vitenskapens språk. Hans Larsson beskriver intuisjonen som ”intelligensens foredlede form”. Selv var han sterkt kritisk til ”Vitenskapens herrevelde” ovenfor den intuitive oppmerksomhet. Han mente at dette var to retninger kunnskap som påvirker og forutsetter hverandre. De må ikke være i konkurranse, men utfyllende og korrektiv til hverandre (Josefson 1998).

Jordmorhåndverket er for meg en konstant øvelse i tilstedeværelse. Uavhengig av ordene man bruker setter min kropp og den holdningen kroppen viser tone på den andres liv. Jeg og fødekvinne er i relasjon til hverandre. Fødselen binder oss sammen. Kunsten er å bistå under fødselen som en forankret ledsager sier Birkler (2010). Han viser til at jordmoren som fødselshjelper både ledsager fødekvinne som menneske og medmenneske. Å være jordmor involverer mine følelser fra begynnelse til slutt når et barn skal innta verden. Jeg har sett og tolket mange kvinners uttrykk gjennom de ulike fasene av en fødsel. Jeg tror jeg kan si at jeg har en evne til å forstå og leve meg inn, også fysisk, hva en fødsel dreier seg om. Jeg har kjent det kroppslig når et barn tar sitt første skrik- ”et adrenalinkikk”, ”Yes det gikk bra”. Gleden er i et slikt øyeblikk ubeskrivelig. Birkler kaller denne fysiske innlevelsessevnen for kompati. I motsetning til det velkjente begrep empati, som henviser til å leve seg inn i et annet menneskes følelser, tanker og opplevelser. Min evne til kompati handler om å kunne leve seg inn i den fysiske smerte, som enhver kvinne opplever under fødselen. Det vil si at jordmoren evner å fornemme hvor den fødende befinner seg kroppslig i fødselsakten (Birkler 2010).

En fødsel dreier seg alltid om å være i forkant av begivenhetene og ha et oppmerksomt blikk, for å skjønne alle inntrykk og signaler situasjonen gir. Å være i forkant av situasjonen fordrer erfaring, for så å kunne iverksette korrekt handling til rett tid. Bengt Molander sier at den kyndige praktiker er oppmerksom i sin handling. Hun har forståelse for å holde flere alternativ åpne som levende muligheter i sin handling. Dessuten har den kyndige praktiker overblikk over situasjonen, og vet hva som har hendt og hva som kan skje. Den kyndige praktiker ser hver situasjon som unik, og er alltid beredt på at uventede endringer kan inntreffe. En slik beredskap innebærer derfor ikke usikkerhet i håndverket for den erfarne praktiker (Molander 1993).

Kunnskapen har mange ansikter, og kan tilegnes gjennom skolegang og faktakunnskap som er vitenskapelig dokumentert. Instruksjoner og prosedyrer er viktige for en del rutinemessige handlinger. Men livet og arbeidet med mennesker, fødsler især, styres ikke alltid av lovmessigheter. Erfart kunnskap er sentralt i yrkesutøvelsen. Kunnskap som tilegnes gjennom egen erfaring kalles gjerne ”den tause kunnskap” (Aaland 1998). Den kunnskapen kan det være vanskelig å sette ord på. Slik erfaringskunnskap er det Molander (1996) kaller ”kunnande” som en form for oppmerksomhet. På samme vis kan man si at det å overvåke en fødsel som begynner å avvike fra et normalt forløp, krever kompetanse som bygger på klinisk

erfaring og ikke bare på teoretisk kunnskap. Det er umulig å forutse alle tenkelige situasjoner, men erfaring kan hjelpe en til å skjelle det normale fra det mulig faretruende (Jannik 1996). Denne praktiske kunnskapen handler om å lære seg å se og forstå en situasjon- en ledestjerne i møte med kompleksiteten i hverdagen.

Kunnskap kan ikke alltid bevises medisinsk. Et eksempel på nettopp dette er stor blødning etter fødsel hos spesielt rødhårete kvinner. En eldre kollega rådet meg derfor alltid til å ha beredskap for raskt stoppe blødning. Det er ikke bevist, men er kunnskap basert på erfaringer. Jeg har erfart at dette faktisk og stemmer i praksis. Likedan er det ganger jeg får en fornemmelse av at ikke alt er riktig og at det vil oppstå komplikasjoner under noen fødsler. Så kan en selvsagt spørre seg om min holdning da påvirker forløpet? Men jeg var helt overbevist at Line kommer til å føde raskt og ukomplisert. Line var høy og slank- den perfekte fødekvinne. Jeg var også veldig usikker på om Bente ville klare å føde uten komplikasjoner. Barnet virket veldig stort og hun var en voksen fødekvinne. Jeg tok feil i mine antakelser.

”Den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre enn at han holder noe av dens liv i sin hånd” (Løgstrup 2010:25). Å møte et annet menneske vil dermed si å holde noe av dets skjebne i sine hender. Er det ikke nettopp det alle jordmødre erfarer? Fødekvinne er utlevert i” våres hender”, og i dette hviler et stort ansvar. Løgstrup (2010:31) sier videre: ”

Udfordringen går altså ut fra, at jeg bedre end den anden selv ved, hvad der er til bedste for ham” Den etiske fordring vil derfor alltid få meg til å undres om jeg handlet til beste til for den andre. Var det noe jeg kunne ha gjort noe annerledes? Så vanskelig og utfordrerne kan det være å stå i livets tjeneste.

Maren beretter om sin erfaring: *”Det var en fødsel jeg overhodet ikke forventet at skulle ende opp med keisersnitt. Det var trassig rett og slett. Det var en flott førstegangsfødende til termin med et normalt stort barn og det var ingenting som skulle tilsi at dette skulle ende opp i sectio. Jeg har tenkt mye i etterhånd og tenkt at her måtte man gjort noe andreledes. Det er ikke noen god følelse at det endte i keisersnitt- jeg føler jeg kunne gjort noe annerledes. Men jeg følte jeg gikk veldig forsiktig fram og at jeg ikke gjorde noen tiltak før jeg hadde tenkt meg nøye om. Det er vanskelig og akkurat dette er vanskelig. Hadde jeg hatt samme damen på nytt, tror jeg at jeg ville gitt Pethidin og fått henne til å slappe skikkelig av og vente på bedre rier. Det var jo det man gjorde før i tiden, men jeg er for ung til å ha erfaring med Pethidin.*

Men jeg tror denne damen ville vært kasus for det. Jeg tror grunnen til at riene var så ineffektive var at hun var så sliten. Det hadde jo drøyd lenge for hun hadde hatt masrier i flere dager. Men det var først kvelden før hun hadde kontaktet fødeavdelingen for å få hjelp til å slappe av. Du så jo på hele henne at hun var tappet for krefter”.

Å bli jordmor regnes for å være en krevende utdannelse til et ansvarsfullt arbeide. Det betyr at jordmoren alltid fortløpende må kjenne igjen variasjonene i det normale forløp og samtidig det potensielt kompliserte forløp. Det er en viktig del av jordfagets kjerne å holde den spontane fødsel normal. Samtidig er det også like viktig å skaffe hjelp på det riktige tidspunkt hvis det viser seg at noe i fødselen som vil kreve assistanse utenfra.

*” Jeg undersøkte fødselsåpningen og fant uforandret fra tidligere på natten. På dataskjermen lyste alarmlinjen: fremgangen er for sakte, tilkall lege. **Alarm,Alarm,** lyser på skjermen! Skal jeg kontakte lege- det er jo midt på natten! Tenk om noe galt skjer med barnet. Da vil jeg stå ansvarlig for at jeg ikke kontaktet lege når datamaskinen varslet Jeg var egentlig ikke bekymret for barnet. Hjertelyden var fin og tikket som den skal.”*

Jordmødre opplever ofte dilemmaet - å varsle lege i tide- i hvilket øyeblikk det er riktig? En erfaren jordmor sa engang:

”Jeg varsler alltid legene uansett tid på døgnet, liker alltid at legen skal være informert, slik at jeg ikke kan klandres for noe- ønsker et godt samarbeid med legene. Men noen murer seg inn slik at ingen vet noe. Husker en kollega som bare lot det gå og fikk et kjempedårlig barn som måtte på nyfødt intensiv. Jordmor fikk sjokk. Jeg er egentlig ikke så redd for rettsapparatet, men at jeg ikke følger prosedyrene og blir tatt på det. Vi kan ikke drive med solospill, man er jo nødt å følge et opplegg, prosedyre. Vi har hverken rett, mot eller lov å gjøre noe utenom.”

Samtidig opplever også jordmødre at det er aksept fra legene for individuell vurdering: ” *Jeg forholdt meg ikke til at det var funn utenfor normallinjen for jeg mente at partogrammet var startet for tidlig. Det var fin fosterlyd og man må jo ha rier for at det skal gå fremover. Jeg synes at man godt kan tillate at det kan gå en time eller to hvis mor og barn har det bra- vi legg ikke press på hverandre, synes vi får lov å være individuell, det synes jeg det er terskel for.”*

Prosedyrer og retningslinjer former og bestemmer i dag store deler jordmors handlingsrom. Verdens nest eldste yrke har hatt en enorm utvikling. Forskning og teknologi har bidratt til at en fødsel er sjeldent et spørsmål om å overleve. Elektronisk dokumentasjon tar en stadig større del av arbeidsdagen. Datamaskinen i et hjørne på fødestuen med ferdig innstilt kart til å nedtegne et fødselsforløp er en selvfølge i jordmors hverdag. Jeg husker godt tiden før datamaskinen og var veldig skeptisk til innføring av elektronisk fødselsnedtegnelse på fødestue. Jeg var bekymret for at den stjal oppmerksomheten min bort fra fødekvinnen. Samtidig må jeg i ettertid innrømme at datamaskinen på fødestuen gir meg mulighet til å dokumentere fortløpende og avsluttet papirarbeidet, mens mor og barn har sine første minutter sammen. Jeg opplever at det er tidsbesparende, samtidig slipper jeg å forlate fødekvinnen for å dokumentere. På den måten kan jeg være tilstede hos kvinnen kontinuerlig. Men nettopp det faktum at fødselen tegnet på et elektronisk kart som lyser opp på en datamaskin på fødestuen, får meg til å undres hvilken påvirkning dette har på oss fødselshjelpere. Den elektroniske beskjeden i Line og Bentes fødsler gikk heller ikke upåaktet hen for meg.

Alle som arbeider i fødselsomsorgen har erfart at naturen kan være både lunefull og uforutsigbar. Erfaringer som vi alle har med oss i bagasjen. Da jeg skulle hente fram en erfaring fra yrkespraksis i starten av masterstudiet, tenkte jeg straks på Tones fødsel. Hendelsen lå over 20 år tilbake i tid. Jeg kjente igjen de vanskelige og såre følelsene da jeg begynte å arbeide med historien. For meg ble det å miste et barn og samtidig anklaget av pårørende for ikke gjort nok for å hindre det, en tøff personlig erfaring. Jeg trodde at jeg lagt opplevelsen bak meg, men gjennom essayskrivingen ble det klart hvor sterke og nærværene slike hendelser er selv etter mange år både fysisk og psykisk. Jeg kan enda kjenne på kroppen, redselen og hjertet som slo febrilsk da jeg hørte fosterhertet sluttet å slå. Mest av alt hadde jeg lyst å forsvinne fra fødestua. Men jeg var alene jordmor på vakt.

Denne fødselen førte til mange refleksjoner omkring det å være jordmor. Ville jeg våge å bære ansvaret for en fødsel igjen? Ville redselen for at det kunne skje igjen føre til utrygghet i utøvelsen av faget? Denne opplevelsen kunne i verste fall skremme meg bort fra yrket. For meg ble det en viktig og verdifull erfaring. Jeg tror jeg kan si at jeg alltid har vært en trygg og sterk jordmor. Men noen arr blir dypere og huskes bedre. Eller for bruke tittelen på en bok av

idehistorikeren Åsbjørn Aarnes: ” Råka av røynda” (Dahl, forelesning HBO 26 sep 06). En treffes og berøres av sine erfaringer.

Forskning viser at liknende hendelser ofte påvirker yrkesrollen ved at jordmødre føler angst, stress og ubehag i situasjoner som oppleves som foruroligende. Dette resulterer i at utvidende kontrolltiltak ofte blir ”benyttet for sikkerhets skyld”(Jordmoderen 9/02:4). Et konkret eksempel på dette er innkomst CTG, som rutinemessig er blitt tatt av alle fødende i mange år. Dette er en kontinuerlig overvåkning og utskrift av barnets hjertelyd over 20-30 minutter. Blix (2006) har sett på denne praksisen i sin doktoravhandling. Hun konkluderer med at det ikke er vitenskapelig kunnskap som synliggjør nytteverdien hos normalfødende. I dag deles fødekvinnene i gruppe normalfødende eller risikofødende. Jordmor har ansvaret for den første gruppen, mens risikofødsler er et ansvar mellom jordmor og lege. Hun viser derimot at innkomst CTG øker bruk av teknologi gjennom hele fødselen. Det var heller ingen forskjell på barnets tilstand etter fødsel, med eller uten CTG. Blix forskning konkluderte med at for normalfødende er det tilstrekkelig med periodevis lytting av barnets hjertelyd med jordmorstetoscopet. Det har vært en lang vei å gå og mange diskusjoner for å gi slipp på dette konkrete ” beviset” på barnets tilstand. Enkelte jordmødre ønsker fortsatt å ta innkomst CTG- for sikkerhets skyld. Men de fleste synes det er bra at friske kvinner slipper å bli låst til en maskin med det samme de kommer inn på avdelingen med rier.

Jeg må stå ansvarlig for mine handlinger i situasjoner som må håndteres umiddelbart. Kravet om juridisk dokumentasjon, og angsten for å feilvurdere, har etter min mening fått et stadig sterkere fokus i den praktiske hverdagen. Ofte informerer vi legen for sikkerhets skyld, i tilfelle noe skulle skje. Jordmødre vil ha ryggen fri. Jeg har oppdaget at denne holdning også preger meg. Men det er ikke enkelt i et system der fokus er på korrekte rutiner og prosedyrer styrer som en forsikring mot anklager den dagen det går galt. Det er små feilmarginer som kan få katastrofale følger. Fødselsomsorgen er stadig i media for feil behandling, og erstatningsbeløpene når stadig nye høyder. Å alltid ”helgardere” seg med overdreven kontroll kan gjøre fødselen til en rigid og lite fleksibel reise, både for jordmoren og kvinnen. Jordmoren må møte enhver fødsel med et stort kunnskap- register og med kloke håndgrep være beredt til å takle både den hverdagslige og den dramatiske situasjon.

I det praktiske livet, og da jordmoryrket især, er situasjonene ofte mangfoldige, kompliserte og nyanserte. De kan tale til oss på ulike måter og krever ofte grundig overveielse før handling bestemmes. Aristoteles minner oss hva dette handler om: ”den praktiske kunnskap er situasjonsavhengig og utøves gjennom skjønn og handler om å vite når”. Det må læres i praksis gjennom erfaring. Aristoteles sier at praktisk visdom er kjennetegnet ved en varhet ovenfor det unike i enhver handling og kan således ikke generaliseres på samme måte som den teoretiske kunnskapen (Aristoteles bok 1 s3, bikV1:118). Den erfaringsbaserte og den medisinske kunnskap må derfor vandre hånd i hånd sammen med teknologien til beste for mor og barn.

Ingen er selvforsynte

”Den enkelte hviler ikke nok i sig selv til at turde løbe den risiko at komme til at stå alene med sin mening, men er altid betænkt på at sikre sig de andres bifald og velvilje. Han tør ikke overlade de andres meninger og mindst ders meninger om ham til dem selv, men en indre usikkerhet driver ham til at spejle sig i dem” (Løgstrup 2010:72-73).

Fødsler har til alle tider vært viet stor oppmerksomhet, hvor man har sett tendenser til myteskaping og romantisering av jordmoryrket. Distriktsjordmødrene som var alene på sin post i utkantstrøk, måtte ta seg fram til fødekvinnen i alle slags vær og føreforhold. Ofte i åpen båt over opprørt hav, med reip om livet i ville ura, til fots, på ski og skøyter, gjennom snøras, over usikker is og glatte svaberg. Kanskje var hun selv gravid, eller hadde eget barn på ryggen. Slik forteller Søraa (1994) om de forhold de norske distriktsjordmødrene arbeidet under i boka ”Hent Jordmora”.

Jeg møtte jordmor Anna Chruichank for mange år siden. Hun var da 89 år og fulgte en kvinne til fødeavdelingen. I 57 år hadde hun vært distriktsjordmor i Troms fylke. Bjerck (1998) forteller om en gang hun måtte ut til en kvinne i fødsel lengst ute i havgapet, og med seg måtte hun ha sitt minstebarnet som var født 3 måneder for tidlig. Det gikk en uke før hun kom seg hjem på grunn av storm og uvær. Barselpermisjon var rundt disse tider et ukjent begrep. Distriktsjordmødrene høstet aktelse fra folket de stod til tjeneste for. De ble sett på som viktige fagpersoner i lokalsamfunnet, besluttsomme, myndige og modige. Ett sett verdier og

personlighetstrekk som har fulgt jordmoryrket inn i den moderne tid og som skaper forventninger til yrkesutøveren. (Bjerck1998).

Yrkesidentiteten formes gjennom erfaringer, i møte med mennesker og på den måten sosialiseres vi inn i praksisen og formes i bestemte tankemønstre. Å være modig, klok, sterk, handlekraftig, omsorgsfull og engasjert framtrer som idealer også for den moderne jordmoren. Men jeg opplever også helt andre krav og forventninger enn før i tiden. Jeg må faglig begrunne alt jeg gjør ovenfor kollegaer og overordnede, samtidig være effektiv. I lys av kravet om tempo har jeg erfart at det kan gå på bekostning av omsorgen for fødekvinnen slik Line sin fødsel så fint påpeker:

Det nærmer seg vaktskifte og jeg gruer meg til å gi rapport og forsvare hva jeg har gjort eller ikke gjort. Jeg lar meg påvirke av andre og hva gjør det med meg. Hva vil de andre si om mine vurderinger. Et vaktssystem innebærer også at jeg ikke får fullføre et fødselsforløp. Jeg visste at da måtte jeg overlate Line til en ny jordmor. Økonomiske hensyn tillater ikke mye overtid, uansett om det handler om fødekvinnens eller jordmorens ønsker.

Jordmor Ida erfarer noe av samme: ” Men på sykehus er vi jordmødre nok litt snarere for vi veit at om 1-2 timer kommer ett nytt vaktskift og jeg har lyst å ha denne fødselen. Så jeg tror og at vi er litt raske med å gi dem drypp. Vi har klokken å jobbe etter sjøl om kroppen ikke er moden for fødsel. Andre jordmødres holdninger kan påvirke meg. Særlig de unge er redd for å bli stemplet for at de ikke får unna ting, jobber for tregt og seint. Dette tror jeg nok påvirke vurderingene i en fødsel. Da er det lett å henge opp et syntocinondrypp- på en måte heie vi dem i mål med syntocinon i dag, Men jeg tror vi må bli flinkere til å stole på oss sjøl.

Det hadde vært fint å diskutere Lines fødsel med en annen jordmor. Jeg var alene på vakt som eneste jordmor. Det kan jo tenkes å ha betydning for mine vurderinger? Jordmødre erfarer også samtidig at det er enklere å stole på egne vurderinger om natten (Eri 2011).

Jordmor Maren har reflektert over dette: ” for da er det ikke så mange forstyrrende elementer i avdelingen at man helt og fullt kan konsentrere seg om fødekvinnen og være sammen med henne. På dagen spring man fra det ene til det andre og det ligg mer forventninger om at fødselen skal gå fremover fra leger og andre jordmødre. Jeg veit at jeg har gjort mine

vrderinger som er blitt negativt kommentert av kollegaer. Men med erfaring er jeg blitt tryggere og står for mine vurderinger.”

Langvarige fødselsforløp er utfordrerne og krevende både for jordmoren og fødekvinnen. Dessuten øker risikoen for en rekke problemer. Sjansen for blødninger, skader på underlivet, medtatte barn og operative inngrep er vanligere i langvarige fødsler (Tidsskrift for jordmødre 2010/ 5:26). Det stiller store krav til jordmorens faglighet. Det er derfor fint å diskutere med kollegaer når jeg er usikker på forløpet. De kan se andre løsninger og bruke ”friske øyne”. Samtidig tror jeg at redselen for ”trø feil” påvirker meg mer enn jeg vil vedkjenne. Ved å be om hjelp, er det noen som kan dele ansvaret sammen med meg. Jeg konfererte med lege når jeg var usikker på hvordan håndtere Lines og Bentes fødsel. Ansvarlig jordmor utøvelse handler også om å varsle legen når en er usikker på et fødselsforløp. Samtidig må jeg være bevisst på for sterkt fokus på faremomenter, kan forskyve jordmorens oppmerksomhet. Det dramatiske kommer i forgrunnen, mens det naturlige som er vesentlig for at en fødsel skal lykkes, skyves i bakgrunnen. Her tror jeg det ligger en utfordring for oss jordmødre i dag å holde fokuset på kroppens naturlige prosesser og den normale fødsel innbefattet.

Jordmor Ida mener også at det er fint vi er flere jordmødre på en fødsel spesielt i kompliserte forløp: *”Jeg har opplevd at jeg har mistet håp om at fødselen ville bli normal. Så har en annen jordmor kommet inn og plutselig er barnet født. Man blir jo psykisk sliten av å stå i denne smerten og jeg tror det er bra at man ikke er så høytidelig, at man lærer å jobbe i lag med hverandre og ta imot råd og ikke bli fornærmet. Det er godt å være flere som kan dele ansvar og avlaste hverandre i langvarige fødsler. Kanskje kan det redusere og hindre inngrep i fødslene.”*

Slik var det ikke da jeg startet min jordmor karriere. Da skulle man klare seg sjøl og ikke forstyrre andres fødsel. Jeg husker at jeg spurte en eldre kollega om råd i en fødsel og fikk et bryskt svar tilbake ”det får du finne utav sjøl”. Jeg spurte aldri mer henne. Ursin trekker også dette fram i sin hovedoppgave om jordmødres nesten uforståelige respekt for ”hverandres fødsler”. Som ung jordmorstudent opplevde også hun at andre jordmødre ikke gikk ubedt inn på en fødestue, uten å be om unnskyldning for at de forstyrret (Ursin 2004).

Langsom fremgang i fødsel kan gi en negativ fødselsopplevelse og resultere i senere fødselsangst. Fødselsangst er i dag en av de vanligste årsakene til selvvalgt keisersnitt. Særlig er det smertelindring som er den store utfordringen i de langsomme forløp. Jeg leste for en tid siden en doktorgradsavhandling av en svensk jordmor som har forsket på kvinners opplevelser av langvarige fødsler. Der gikk det fram at det ofte er disse kvinnene som ønsker selvvalgt keisersnitt i sin neste graviditet. Hun fant at risikoen for en negativ fødselsopplevelse hang ofte sammen med et langvarig og smertefullt forløp. Smerten overskygger opplevelsen og dette står i skarp kontrast til at smerten kan være en skapende kraft og meningsfull erfaring (Nystedt 2005).

”Jeg så at Lines ikke taklet de smertefulle riene. Kristians blick fortalte meg at jeg må hjelpe Line. Det var krevende å tåle hennes smerte, samtidig slitsomt å motivere når hun egentlig hadde gitt opp og ikke hadde krefter. Kanskje kunne Line samlet litt krefter når ryggbedøvelsen gav god smertelindring. Barnet hadde det jo bra. Så fikk heller partogrammet være utenfor alle alarmlinjer. Kanskje kunne keisersnittet da vært unngått? Jeg ønsket ikke i etterhånd å bli anklaget for en dårlig fødselsopplevelse fordi hun ikke fikk den smertelindring”.

Ryggbedøvelse er til god hjelp når fødselen har et langsomt og slitsomt forløp. Samtidig viser forskning at det øker behovet for medisiner og større risiko for operative inngrep under fødsel (eks keisersnitt) (TFJ nr.5 2010:28). Nesten halvparten av fødende kvinner får ryggbedøvelse i dag. Jordmødre er nærmest forundret over at noen fødekvinne klarer seg uten. Det er nesten unormalt. Er toleransen for smerte hos oss jordmødre blitt lavere? Eller er det kvinnene som tåler mindre smerte? Spørsmålet har jeg stilt meg sjøl mange ganger? Er jeg engstelig for at en langvarig fødsel kan føre til en dårlig fødselsopplevelse? Er ryggbedøvelse en erstatning for tiden jeg ikke lenger har til å stå i lag med kvinnen? Eller det er for krevende eller for travelt i avdelingen til at jeg kan gi fødekvinne tilstrekkelig omsorg? Kanskje er jeg utålmodig til å tåle hennes smerte? Eller handler det om noe så enkelt at det er forskjell på natt og dag?

En jordmor med lang erfaring sier det slik:” *Jeg tror jordmødre tåler mindre å stå i smerten med kvinnene i dag og forslår derfor ryggbedøvelse raskere. Jeg synes vi stod mer i smerten med dem før enn nå. I dag gis fortere ryggbedøvelse og så blir det risvekkelse. Jeg*

tror nok at vi har forandret oss og jeg tenke med meg sjøl at jeg tåler mindre, kanskje har det med alderen? De unge jordmødre tør kanskje mindre å gå med dem i smerten, redd for at noe skal bli feil. Så har de gjort noe, redde for kritikk etterpå, for å ha påført kvinnen fødselsangst. Kanskje vi eldre ikke har vært så flinke å lære dem opp. I hjemmefødsel går du mer i smerten med dem for du har ikke så mange alternativ kun badekar og paracet. Men jeg har snakket med dem mye på forhånd om smerten. De er godt forberedt og du kjenner dem. Men du tør nok mer å gå i lag med dem for du har ikke annet valg. Jeg tror det er viktig at vi forbereder kvinnene i svangerskapet at en fødsel er smertefull men det er naturlig. Det sa vi alltid før.”

Dagens jordmødre er under press fra mange hold – fødselen skal gå fremover – mor begynner å bli sliten og far synes at nå må det skje noe. Menn er ofte ivrige tilskuere til teknologiens vidunder. I dag er barnefarens tilstedeværelse på fødestuen en selvfølge. Det forventes at han skal være omsorgsfull og involvert. Jeg husker godt eldre jordmødre som nektet barnefaren på fødestua. Godt at pendelen svinger. Selv er jeg er opptatt av at barnefar ikke skal føle seg til overs i et fremmed sykehusmiljø. Det er derfor viktig å fortelle dem hvor viktige deres rolle som støttespillere er for sin kvinne. Han er nesten som en medhjelper for meg, blant annet ved å massere den fødende, hente drikke eller tørke svette. Ofte ber jeg dem ta tiden mellom riene, eller bare oppmuntre kvinnen og være tilstede.

”Jeg mener det å ta seg tid å forklare er viktig og jeg har sett menn snu helt om da. Jeg klarte å snu en negativ stemning til noe positivt slik at det ble en god opplevelse for mannen. Jeg tror det er viktig ikke glemme mannen og få dem med på lag.” Hvem kan være naturligere ledsager enn barnets far. Det er bare han som kan gi fødekvinne akkurat det hun trenger i situasjonen. Fars nærvær har også betydning for den emosjonelle binding og samhørighet til barnet. (Fjell 1998).

De fleste menn gjør en utrolig flott jobb. Men det kan ofte være mange og lange timer på fødestua. Spesielt kan det bli utfordringer hvis barnefaren er engstelig og føler seg hjelpeløs i situasjonen. Kristian var sliten etter en lang natt. Han var urolig for Line og barnet. Jeg opplevde det ble vanskelig når Kristian forlangte at jeg måtte gjøre noe for Line. Fars blikk gikk ikke upåaktet hen. Jordmor Maren opplever også ofte at barnefaren blir veldig utålmodig når fødselen tar lang tid: *”Menn det bryr jeg meg ikke så mye om. Men det er klart jeg må*

realitets-orientere han. Jeg forteller at han må oppmuntre og vise pågangsmot ovenfor henne.”

Jeg tror nok at Kristian ”blikk” bidro til at jeg øvet et sterkt press på å avslutte Lines fødsel med keisersnitt. Legen var vikar og jeg var usikker på hans vurderinger. Det nærmet det seg vaktskifte og jeg kjenner på forventning fra kollegaer om at Line må være forløst. Det er ikke noen god følelse å forlate en utslitt fødekvinne. Men det kan også være helt annerledes. Bentes fødsel viser hvor betydningsfullt det er når den fødende, barnefaren, jordmoren og doktoren samarbeider for å nå målet.

Vi påvirker og påvirkes av hverandre. Løgstrup (2010) sier innledningsvis til dette avsnittet at vi mennesker speiler oss i hverandre og vi vil alltid forsøke å sikre oss de andres bifall og velvilje. Det vil alltid kreve noe ekstra av oss å stå alene. Jeg er et sårbart menneske som berøres av fødekvinnen, barnefaren, kollegaer og ikke minst det samfunnet jeg er en del av. Jeg er jordmor, men jeg er også et alminnelig menneske som deltar i samfunnet som kvinne, mor og venninne. Jeg bor i en liten by, hvor det meste er gjennomsiktig. Belastningen vil være desto større om utfallet av fødselen kom til å skade mor eller barnet. Det er også rammer som har innflytelse på mine handlinger og vurderinger i jordmor arbeidet.

*Den sanne oppdagelsesreise
består ikke i å finne nye landskaper, men å se med nye øyne*

Marcel Proust

Veien jeg gikk - om metoden

Flere ganger i året besøker jeg hjembyen min. Jeg kombinerer ofte disse reisene med møter og familiebesøk, noe som resulterer i hektiske dager. En høst var jeg innom uten et bestemt program og fikk derfor god tid. Jeg bestemte meg for å gjenoppleve min barndomsby ved sette på meg turistens briller. Jeg ruslet rundt i de trange gatene, så det velkjente torget, kirken som reiste seg på toppen av trappene og alle de små koselige husene. Alt kjent og kjært, men også mye annerledes enn jeg husket fra min barndom. Fasader var endret og fremstod i nye drakter, nye ruvende bygninger var kommet til. Byen var både stor og liten på samme tid, preget av det småkoselige som jeg husket, samtidig var det kommet et storbypreg som fremstod som ukjent for meg. Alt var til å kjenne igjen, men mye var forandret. Jeg ble faktisk litt usikker på om jeg likte det jeg så.

Denne opplevelsen kom sterkt tilbake i forbindelse med feltarbeidet på Masterstudiet i praktisk kunnskap. Jeg har vært jordmor i klinisk praksis i nesten 30 år. Jeg er vel det en kan kalle en erfaren praktiker i faget, men fremstår i denne studien som en fersk forsker. Jeg har intervjuet jordmødre om erfaringer med fødsler som har langvarige forløp. Dette er gode kollegaer gjennom mange år, fra en liten fødeavdeling som jeg er godt kjent i. Siden mitt forskningsfelt har vært min egen arbeidsplass, har jeg hatt med meg mine opplevelser og erfaringer inn i denne oppgaven. Erfaringen med å være forsker i kjent terreng har både vært krevende og til tider slitsomt, men fremfor alt spennende og lærerikt. Det var hele tiden et spørsmål om mitt kyndige blikk som praktiker klarte å vike, for å skape en viss distanse til det som jeg er fortrolig med. Feltarbeid i eget yrkesfelt innebærer at jeg har en spesiell forståelse av den virkeligheten som studeres og som i noen sammenhenger kan gjøre meg blind og seende på samme tid. Mine erfaringer og kunnskaper kan i noen tilfeller gi innsikt, men kan og bli en ”blind flekk” som sperrer for nye erkjennelser. (Malterud 2003 og Repstad 1998)

Å være forsker i eget fagfelt har gitt meg en innsikt i egne fordommer og personlige kvalifikasjoner. Jeg har lært mye om jordmødres erfaringer og refleksjoner i langvarige fødselsforløp. Hva er det som legger føringer for jordmorens handlingsrom? Det har åpenbart

seg for meg to ulike vitenskapssyn som preger faget vårt. Regler og prosedyrer utgjør en del av rammeverket for god fødselsomsorg. Praksisfeltet baserer praksis på kunnskap hentet gjennom evidensbasert forskning. I dette ligger at all praksis er grunnet i den best tilgjengelige forskning og således gyldig for alle i fagfeltet. Kan det samtidig være slik at vi mister vi noe verdifullt i medisinen evidensbaserte arbeidsmåte. Marthinsen (2009) hevder at sansingen utestenges og inntrykket går under i en teknologisk og kontrollert kunnskap? Mye av mine handlinger i føderommet er ikke evidensbasert, de bygger på erfaring. I min erfaringsbaserte praktiske kunnskap finnes ingen kontrollerte studier eller sikre fakta som kan bevises. Hver dag opplever jeg at jordmødre setter sin lit til tallenes kunnskap, og jeg må innrømme at også jeg er påvirket av den naturvitenskapelige kunnskapstradisjon. Min erfaring er at det kunnskap er så mye mer, en plass mellom fakta og erfaring utspiller livet seg i alle nyanser og farger. Det er her den kvalitative forskningen og forståelsen utspiller seg.

Essay som sjanger

Universitetet i Nordland fremhever en essayistisk form på masteroppgaven i praktisk kunnskap. Essay beskrives av Bech- Karlsen (2003), som sjanger, skrivemåte og metode. Som sjanger er essayet personlig og refleksjon over erfaring er bærende i teksten. Han forsvare essayistisk skriveteknikk som metode fordi prosessen har til hensikt å bearbeide og forstå erfaringen. I essayet er det selve skrivingen som er metoden for refleksjon. Å skrive masteroppgave i essayistisk stil har gitt meg en frihet til å fortelle fra praksisfeltet med eget språk og frie betraktninger. Det var helt annerledes enn jeg var vant med, og ikke helt enkelt heller.

Et essay tar utgangspunkt i erfaring. Det kan være mine egne erfaringer, men også andres erfaringer (Bech-Karlsen 2002). Med utgangspunkt i dette føltes det riktig å bruke fortelling som empiri. For å få et innblikk i andre jordmødres erfaringer omkring temaet langsom fremgang i fødsel, intervjuet jeg erfarne jordmødre. Jeg ba dem fortelle om sine handlinger og tanker rundt selvvalgte situasjoner i langsomme fødselsforløp. I dette er det viktig å ha med seg ordene til den danske jordmoren Jytte Møller om problemet med å formidle kunnskap og erfaring i et praktisk yrke ” *Det er forskjell på at skrive om jordmorkunnskapen og fortelle om den. Det optimale er å oppleve og erfare den.* ” (Møller2002:4).

Erfaring utrykkes i fortellingen

For å få fram den praktiske jordmorkunnskapen har jeg valgt å hente elementer fra fenomenologiske tradisjon som fremhever livsverden som betydningsfullt for all menneskelig erfaring. Hverdagens erfaringer blir gjort til gjenstand for samtale og refleksjon, slik at vi kan lære av dem. Målet med refleksjon er nettopp forståelse fremfor forklaring. Det sentrale her at personene selv får komme til ordet og redegjøre for sine subjektive opplevelser av et fenomen. Fortellingen fanger inn måten vi er i livsverden på og dialogen er måten erfaringene trer fram. I følge Blåka (2002) kan vi overføre det fenomenologiske perspektivet til jordmorarbeidet ved å se på det konkrete handlingslivet slik jordmoren erfarer det i møte med fødekvinnen.

Formidling av erfaring gjennom fortelling har lange tradisjoner i jordmorfaget. Jeg ble lært opp til å tenke over praksis allerede som jordmorstudent. Jeg skrev evaluering etter hver fødsel og fikk tilbakemelding fra jordmoren som jeg gikk sammen med. Dette åpnet opp for refleksjoner omkring hendelsen. Gjennom refleksjonen fikk jeg en ny forståelse av situasjonen og ny kunnskap vokste gradvis fram. Bech-Karlsen (2003:103) siterer Terje Tvedt som sier at *"Erfaring uten refleksjon er kun hendelser uten mening"* Kunnskap vokser fram på bakgrunn av handlinger og opplevde erfaringer. Refleksjon er en måte å bearbeide og lære av sin erfaring

Til alle tider har jordmødre utvekslet fødselshistorier, som metode for å bearbeide erfaringer og lære av sine feil. Å fortelle inngår som en viktig del av all tradisjonsbundet kunnskapsoverføring og er en gammel måte å lære seg en praksis som jordmorvirksomhet. Fortellinger kan sies å være en lagringsplass for tradisjonell kunnskap, ved at de tar vare på og former erfaring. Rundt forrige århundreskiftet fortalte jordmødre sine historier fra praksis gjennom Tidsskriftet For Jordmødre. Fødselslege N. Quisling vurderte og kommenterte jordmødres handlinger, slik at de å kunne utføre sin praksis med større klokskap. Fortellingen ble således en måte å dokumentere praksiserfaringene på i tillegg til at de ga jordmødre muligheter for å dra lærdom av egne erfaringer, kunnskapsutveksling, samt faglig og personlig utvikling (Sandvik1997). Nergård (2006) beskriver noe lignende i boka *"Den levende erfaring"* som handler om den samiske fortellertradisjon. Han sier her at fortellingen

er ryggraden i en praktisk kunnskap og den tar vare på menneskenes erfaringer. I fortellingen fremvises kunnskap som er vesentlig og gjenkjennbart for andre. Opplevelser og erfaringer bearbeides til en handlingskompetanse.

Den praktiske kunnskap uttrykt i yrkesutøverens erfaring blir i mange fagmiljøer ikke sett på som verdifull og sann kunnskap. Den passer ikke inn i vitenskapelig tenkemåte hvor det skal telles og bevises. Evidensbasert forskning vektlegger randomiserte kontrollerbare data som sikrere kunnskap med sin objektivitet. Å forklare virkeligheten ved hjelp av tall og fakta er grunnlaget for den kvantitative metode. Tekst fra samtaler, intervjuer eller observasjonsstudier danner rammen om den for kvalitative forskning (Malterud 2003). I denne tradisjonen finner vi den hermeneutiske vitenskapstradisjon som handler om å forstå og tolke menneskelige handlinger. *“Naturen forklarer vi, sjelslivet forstår vi”* sa hermeneutikeren Wilhelm Dilthey (Aadland 1998:159). Han mente det var en grunnleggende forskjell mellom naturvitenskapen og humanvitenskapen. Mens naturvitenskapen studerer og kartlegger naturen, handler humanvitenskapen om menneskelige handlinger og sosialt liv. Dette er forklarende vitenskap. Målet er forståelse fremfor forklaringer. Aadland (1998) skriver videre at forståelse er i følge Dilthey en prosess, som åpner den andres verden for meg og gjennom forståelsen erfarer jeg andre menneskers oppfatninger og erfaringer. Kvale (1997) poengterer at en hermeneutisk tilnærming medfører en tolkende lytting, slik at fortelleren fritt kan beskrive sine erfaringer uten for mange forstyrrende spørsmål.

Jeg har en opplevelse av at det i medisinenes verden er en utbredt oppfatning at kvalitativ forskning ikke er vitenskapelig, men bare avspeiler folks sunne fornuft og subjektive meninger. Jeg får formidlet at manglende mulighet til å generaliser sannheter gjør nytteverdien liten. Det naturvitenskapelige kunnskapsperspektivet har satt sitt preg på fødselsvitenskapen hvor trygghet og sikkerhet knyttes til mulighetene til å forutse og beregne risiko gjennom vitenskapelige metoder. Legenes posisjon kom til å definere hva som skulle betraktes som gyldig, sann og verdifull kunnskap. Jordmødrenes kunnskap, sprunget ut av en lokal og hverdagslig erfaring, har kanskje ikke lenger samme gyldighet, eller? I mitt første feltarbeid stilte jeg meg spørsmålet. *”Vil feltarbeidet om jordmødres erfaringer med langsom fremgang i fødsel bli tatt seriøst? Forskning tradisjonelt i vårt fag er jo å bevise, ved hjelp av mange elementer, for å komme fram til en sannhet om fenomenet”* (Jørgensen 2008:15) For å bevise meg selv feil var viktig for meg å løfte fram, samtidig å få en dypere forståelse for de

utfordringer jordmødre opplever i langvarige fødsler. Mine fortellinger og andre jordmødres erfaringer synliggjør kunnskapen som brukes i håndteringen av disse spesielle fødsler.

Det er mye kunnskap å hente hos hverandre. Molander (1996) hevder at amatørens største synd er å høre bare hvordan han selv spiller. Han refererer videre til Schøns teori i praktisk kunnskap når han skriver om refleksjon i praksis. Den kunnskapsrike og erfarne praktiker er oppmerksom i sin handling. Hun holder flere alternativ åpne som levende muligheter. Refleksjon i handling gjør at vi kan endre tankegang og handling underveis. Refleksjon kan være å ta et steg tilbake, tenke over hva en gjør og hvorfor, for å få nye innfallsvinkler på en praksis. Etertanken setter situasjonen inn i et større perspektiv og sammenheng. Mål med refleksjon er å forstå fremfor å forklare. Refleksjon over min egen erfaring er en metode å stille kritiske spørsmål til praksis (Bech-Karlsen 2003). Fordi jordmors virkefelt alltid har vært nært knyttet til både liv og død, lykke og tragedier, er det moralske ansvaret og etiske refleksjoner, meget nærværende i hverdagen. Den etiske utfordring er alltid først og fremst viljen til ettertanke.

Johansen (2003) skriver at når en skriver sine tenkte setninger ned, åpnes det for en avstand mellom setningen og den som skriver. Jeg har alltid reflekter over praksis, og ofte spurt jeg meg selv etter en fødsel om jeg gjort noe for at kvinnen/paret fikk en annen opplevelse. Erfaringen min med å skrive uttrykkes presist i setningen til en annen jordmor med hovedfag i profesjonskunnskap *"Jeg fikk en avstand som gjorde at jeg så meg selv og mine handlinger fra utsiden"* (Ursin2004:11). Mengder av tekst kom på skjermen, jeg skriver, redigerer og omformulerer ord. Etter hvert kom mange erfaringer fram i teksten Gjennom arbeidet med teksten, kom nye og uventete erkjennelser frem. Det er ikke alltid så enkelt å stå i praksis selv med de beste intensjoner. Jeg ble utfordret til å ta min egen praksis opp til ny vurdering. Men som Ursin sier videre *"ikke all erfaring er egnet til gjenbruk"* (Ursin 2004 : 23).

Mine fortellinger er mine opplevelser. Lines og Bentes fødsler gjenspeiler mine personlige erfaringer og refleksjoner. Å skrive essayistisk synliggjør sårbarhet i teksten. En leser vil danne seg et bilde av meg som jordmor både på godt og vondt. Men jeg har i det minste vært ærlig mot meg selv, og da får andres oppfattelse stå for deres regning. Om man er

oppmerksom på dette tror jeg likevel verdien av fortellinger er stor fordi den kan være kilde til kunnskap for andre. Fortellingen er erfaringens uttrykk og selve utgangspunktet for essayistens tanker og refleksjon (Bech- Karlsen 2003)

Om forforståelse og fordommer.

Forforståelse kan sammenlignes med ryggsekken av kunnskaper og erfaringer jeg har med meg. Erfaring og holdning vil påvirke forskningen og det er derfor viktig at jeg er den bevisst. Vil jeg klare å se noe nytt i det som er så velkjent for meg? Spørsmålet skapte usikkerhet og refleksjon. Hva betyr det å være forsker i egen praksis? Hva er egentlig forskning? Gunn Engelsrud sa i ett foredrag at forskning handler om ” *vitebegjær, arbeids glede og entusiasme over å vinne nytt kunnskapsmessig terreng*” (Mevik 1997) Et viktig mål for forskningen er at den skal lede til en selvinnsett og forståelse som tjener praksis. Litteraturen har vært til god støtte og spesielt ble jeg inspirert av filosofen Gadamer (2003). Hans grunntanke er at vi ikke kan møte verden uten et sett av briller. Alle har vi med oss vår egen forforståelse som består av erfaringer, fordommer og holdninger, beviste eller ubeviste, positive som negative, som er viktige for å forstå verden. Forforståelsen er en nødvendig del av bagasjen. Den kan i beste fall kan styrke og stimulere forskningsprosjektet, eller i verste fall være en tung byrde som bare handler om alt jeg allerede har i ryggsekken og ikke det som viser seg langs veien. (Malterud 2003) Jeg har sett på fordommer som noe negativt, men Gadamer sier at ” *fordommer er en gjest som lover vår nysgjerrighet noe nytt*” (Gadamer 2003: 59). Jeg forstår det slik at våre fordommer er viktige fordi de gjør det mulig å forstå og erfare verden, ellers vil alt bare være kaotiske enkeltuttrykk uten sammenheng og mening. Vi forstår alltid ut fra en forforståelse, men vi trenger ikke være fanget i denne forforståelse, tvert imot kan den åpne opp for andre menneskers verden. Fog (1995) viser til at skal dersom man skal intervju kreftpasienter, må man gå i seg selv for å undersøke hvorledes en forholder seg til livstruende sykdom og døden.

Gadamer skriver at: ” *Det gjelder å bli seg sin egen forutinntatthet bevisst*” (Gadamer 2003:38). Min bakgrunn og blikk på feltet er som jordmor med lang klinisk erfaring og nå student i Praktisk kunnskap. Det er disse ulike rollene som danner bakteppet for min erfaring og forforståing av feltet jeg også er en del av. Jeg er opplært i en naturvitenskaplig tradisjon

hvis mål er å identifisere avvik fra dem normale og sette i gang tiltak for sikkerhets skyld. Prosedyrer og regler er utarbeidet på bakgrunn av et naturvitenskaplig syn på fødsel og nødvendigvis vil dette systemet også påvirke oss. Jeg må erkjenne at jeg er formet av denne risikotenkning omkring fødsel mer enn jeg er bevisst. Før jeg startet på dette masterstudiet var jeg hverken reflektert eller opptatt av min egen holdning til faget. Det er gjennom refleksjon om egne erfaringer at denne erkjennelsen kom tydelig fram. Jeg opplever at jeg som jordmor står mellom en tradisjonsbundet kvinnekultur, og den fødselsvitenskaplige medisin. Det er dette som utfordres i fødselens langsomhet eller tidløshet. Etter hvert har jeg også forstått at redselen for å ikke følge regler og prosedyrer er en del av min forforståelse som selvfølgelig påvirker meg som jordmor og forsker.

Det med disse brillene jeg også møter mine kollegaer. Ifølge Gadamer (2003) er forforståelsen et vilkår for forståelsen og den er derfor med å bestemme hva vi skal rette oppmerksomheten mot når vi skal undersøke et fenomen. Forforståelsen er en nødvendig forutsetning for å komme i dialog med et annet menneske. Hvis jeg ikke har med meg en forforståelse av saken som skal undersøkes, kan det bli vanskelig å samtale om temaet. Jeg verken skal eller kan kvitte meg med min egen forforståelse, men jeg kan i møte med andre mennesker, utfordre og sette den på prøve. Gjennom samtalen kan jeg måtte komme til å stille spørsmålsteget med min egen forforståelse og om nødvendig endre den. Men er jeg villig til å sette den på prøve?

Jeg kjenner landskapet godt og som erfaren yrkesutøver har jeg en trygg posisjon. Jeg kjente meg igjen i mine informanters fortellinger og refleksjoner. Det gjør det lett å overse og nyansere utsagn i det kjente i følge Wadel (1991). Det er fort å plassere jordmødres erfaringer som kommer fram i intervjuene, inn i min egen forståelse av temaet. Men kommer da ny kunnskap til syne? Jeg er en del av et system og kultur. Vår felles identitet som jordmødre har gitt oss felles erfaringer. Jeg har interesser og verdier med meg inn i feltarbeidet. Jeg kan heller ikke undersøke mitt praksisfelt nøytralt og objektivt. Jeg må prøve å forstå det i lys av mine erfaringer. Mine kunnskaper og erfaringer kan gi adgang til noen former for innsikt, men også skygge for andre. Feltarbeid i egen praksis krever derfor at jeg må fokusere på å komme utav min egen hjemmeblindhet. For den som kommer til et felt, uansett hva slags felt, kommer aldri tomhendt dit. (Paulsgaard 1997). Min forforståelse kan derfor hjelpe meg å forstå hva jordmødrene forteller. Ved å la feltet tale til meg gjennom jordmødrenes stemmer,

kreves det at jeg setter forforståelsen tilside og lytter mest mulig fordomsfritt til informantenes budskap. Jeg må ikke tenke rett eller galt, men prøve å forstå jordmødrenes fortellinger. I en samtale som ikke belærer, utveksles erfaringer og meninger. Muligheten for å skape nye rom for forståelse og kunnskap er først da tilstede.

Om roller, nærhet, distanse og feltblindhet.

Å forske i egen praksis kan være utfordrene og det innebærer ofte en spenning mellom praksisrollen og forskerrollen. I en rolle er det alltid forventninger, til hvem og hvordan du bør være, avhengig av posisjon og situasjon. Som forsker i min egen hverdag er det en utfordring å balansere begge rollene. Mine informanter er kollegaer gjennom mange år og vi kjenner hverandre godt. For stor grad av nærhet kan derfor føre til at jeg blir mer opptatt av å fylle rollen som god kollega. Som intervjuer må jeg endre rolle fra kollega til forsker. Jeg må utfordre min trygge posisjon og bevege meg inn i ukjent terreng. Jeg må våge å ha et kritisk blikk til egen og andres praksis. Det krever mot å stille kritiske spørsmål til kollegaers praksis. Lojalitet- og avhengighetsbånd kan forstyrre forskningen. Noen ganger slår disse virkningene inn i intervjuet, som på fagspråket kalles forskningseffekten. Det handler om samspillet mellom forsker og den intervjuede, at de er under utforskning (Repstad 1998). Feltarbeidet og mine erfaringer er hentet fra kjent felt og det er lett å kjenne seg igjen. Det har trolig påvirket meg til å være forsiktig med å gå inn i en kritisk refleksjon. Det kan være en fordel at vi kjenner hverandre og muligens da snakker åpent og fritt. Men på den annen side kan informantene kan bli mer opptatt av å svare korrekt ut fra hva de tror mine forventninger er til dem.

Forskning på egen arbeidsplass handler om refleksjon over den praksisen en selv er en del av, noe som krever at forskeren er åpen og fleksibel i forhold til temaet som studeres. Jeg kjenner jordmorrollen innefra og jeg vet hva det vil si å være jordmor i en praktisk hverdag. Dette gir meg som forsker muligheten også til å være min egen informant.

Jeg er en erfaren jordmor som ser med et kyndig blikk på egen virksomhet. Denne nærheten hjelper meg å rette oppmerksomheten mot de sentrale områdene på feltet. Samtidig må jeg være bevisst at for stor grad av nærhet kan føre til at jeg som forsker kun bekrefter feltet ved å

sprengte åpne dører. Teksten kan komme til å handle om det jeg bærer med meg, ikke om det jeg skulle se langs veien. Det kan derfor være en feilkilde at jeg ikke får tilstrekkelig distanse til min egen praksis. Ifølge Melvik (1997) er det viktig at forskeren er deltagende i praksisfeltet, men med en distanse for å kunne skape en passende forskjell. Da kan det bli god og nyskapende forskning. Det er viktig å huske på at det som er nærmest, ofte er vanskelig å få øye på.

Wadel (1991) påpeker at det er viktig å være bevisst de ulike roller en til enhver tid har. Jeg har i den forgående teksten prøvd å vise at feltarbeid innebærer en pendling mellom ulike roller som kollega, samtale/tilhører og yrkesutøver. Det kan derfor oppleves vanskelig å være distansert i hjemlige trakter. Jeg vil alltid være på innsiden av min egen praksis og feltet vil derfor ikke i utgangspunktet fremstå som fremmed. Faren er at jeg ikke blir nysgjerrig, kanskje til og med blind på de velkjente stier. Nergård fremhevet Aristoteles sin ord i sin forelesning ved HiBo i november 2007 i utsagnet: *“Du må gjøre deg fremmed for en kopp”*. Det kyndige blikk som praktiker må vike og gjøre meg fremmed for det selvfølgelig for å skape en distanse til det fortrolige og kjente. Det handler om å finne et sted å se fra som bidrar til at kunnskapen blir noe annet enn en privat fortelling med begrenset gyldighet (Malterud 2003). Jeg tenker at det er viktig å skape seg en distanse, et pusterom til ettertanke og kritisk refleksjon for å unngå at jeg tar for mye for gitt.

Samtalens rom - om informanter og gjennomføring

Jeg har valgt å få tilgang på jordmødres praktiske kunnskap gjennom intervju og samtaler. Det kvalitative intervju som metode åpner opp for at den som intervjues får mulighet til å komme med sine erfaringer og refleksjoner omkring temaet. Men samtalen er, i følge Gadamer (2003), ikke en uforpliktende omgangsform for å få tiden til å gå. Den er en søken etter sannheten. Målet er å forstå den andres verden, for så å berike sin egen, slik at en sammen kan oppnå en felles forståelse av temaet. Kontakt og tillit avhenger av mitt engasjement og nærvær i samtalen. Fog (1995) uttrykker at det mest påfallende ved kontakten, når den er der, er at den er u-påfallende. Vi påvirker og farger hverandre i relasjonen.

Målet med intervjuet er å belyse jordmors livsverden (Kvale 1997). Det sentrale med denne formen for intervju er at erfaringen skal tre fram uten å bli unødvendig avbrutt eller ledet av forskeren. Samtidig må vi være oppmerksom på at vi påvirker og påvirkes av hverandres

uttrykk gjennom språk og kroppslige signaler. Jeg opplevde at jordmødrene ble engasjerte av min aktive deltakelse. De var åpne og meddelsomme og snakket seg både røde og varme i løpet av samtalen. Jeg fikk en følelse at de synes det var spennende å dele sin erfaring og kompetanse. Malterud (2003) trekker frem dette som et poeng. Samtalen skal være en positiv opplevelse, som har gitt informanten en god følelse av å ha bidratt med nyttig kunnskap. I en aktiv dialog brytes meninger og kunnskapen trer fram.

I forkant av intervjuet laget jeg en intervjuguide til tross for at jeg i utgangspunktet hadde tenkt åpen dialog. Jeg opplevde som nyttig å formulere skriftlig hva jeg ønsket å utforske. Samtidig ble jeg også utfordret på hva jeg har med meg i ryggsekken, mine meninger og holdninger. Min for forståelse ble tydeligere. Intervjuguiden ble derfor en veiviser i de påfølgende samtaler uten at den kom i veien for den åpne dialogen. I følge Malterud (2003) skal forskeren derfor være forberedt på at fokuset kan være på et annet sted enn forventet og hun må derfor være lydhør for forandring i problemstilling. Wadel (1991) betegner denne justering som en runddans av endring i teori, metode og data mens feltarbeidet pågår. Erfaringen fra mine feltarbeid førte til at jeg måtte justere fokuset. Mine tanker hadde i utgangspunktet kretset omkring jordmødres håndtering av forlenget aktiv åpningsfase. Det som viste seg i historiene endret perspektivet til å handle om hele fødselens åpningsfase, ikke bare en del av den.

Fortellingene – fra tale til tekst

”Å gjøre feltarbeid er en ting- å skrive ut er noe helt annet” Wadels (1991:160) ord var en viktig erfaring jeg gjorde etter det lille feltarbeid i masterutdanningens 2.studieår. Det er viktig å være grundig når intervjuopptakene skrives ut. Gyldigheten og påliteligheten i materialet skal sikres. Formålet med teksten er jo å fange opp samtalen i en form som uttrykker jordmødrenes livsverden. Det er utrolig hvor lett det å miste viktige poeng ved distanse i tid. Klokk av skade etter forrige feltarbeid startet jeg transkribering umiddelbart etter intervjuene. Det ble mange lange og tankevekkende timer med båndspiller foran PCen. Selv om utskrivningen var tidkrevende, ble det en måte å komme på innsiden av stoffet på. Jeg fikk tid å tenke over hva jordmødrene fortalte meg, språket og variasjonene i talemåter synliggjorde engasjementet. Jeg husket hvor i samtalen det kom fram. En begynnende

analyse tok form. Jeg gjennomgikk den transpirerte teksten flere ganger og gjennom fordypning og systematisering av materialet ble enkelte temaer i jordmødrenes fortellinger løftet fram satt inn i en teoretisk sammenheng som er vist til tidligere i oppgaven.

Etiske utfordringer

Samtalen i et forskningsperspektiv har en spesiell betydning i det den forplikter meg etisk til å ta imot de inntrykk den andre formidler meg. Den etiske fordringen som i følge Løgstrup (2010) handler om hvordan jeg tar vare på den andres utlevert het og at jeg har litt av den andres liv i min hånd er et godt bilde på akkurat dette. Fortroligheten kan forføre og bringe forskeren bak informantens grenser. Det krever en etisk bevissthet hos meg som forsker slik at ikke denne fortroligheten blir gjenstand for maktutøvelse. Makt er alltid tilstede i møte mellom mennesker. Den kan få den andre til å blomstre eller visne. I dette ligger en respekt for den andres urørlighets sone. De etiske sider ved å intervju kollegaer er en viktig faktor å ta på alvor. I dagliglivets konversasjon vil en ofte respektere signaler på et ubehagelig emne, men i intervjusituasjonen kan dette stimulere forskeren til å grave dypere. Som forsker må jeg være denne sone bevisst, slik at den andre ikke føler seg invadert av meg.

I forkant av masteroppgaven søkte jeg om godkjenning av prosjektet gjennom Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (SND), avklarte med veileder at det ikke var nødvendig å søke den regionale etiske komité. Jeg har fått godkjenning av min avdelingsleder til å utføre feltarbeid i avdelingen. Jordmødre jeg har intervjuet har signert på et informert samtykke og de står fritt til å trekke seg som informanter. Intervjuet er basert på frivillighet og full anonymitet.

"Forskning på yrkespraksis krever ærlighet og mot til å se sin egen praksis, også det man ikke liker." Dette er ord fra Ruth Olsens forelesning ved HiBo i november 2007. Feltarbeidet har vært en nyttig reise i egen praksis som har åpnet mine øyne. Å forske på andres erfaringer handler om å være åpen for nye perspektiver. Samtalene med jordmødrene bekrefter mye av Meløes (i Nergård ****) utsagn om *"at det er våre erfaringer som er basis for all vår*

kunnskap og forståelse”. Drivkraften er nysgjerrigheten og det å våge å stille spørsmål og gi svar til egen og andres praksis.

Å samtale med kollegaer om erfaringer omkring langvarige fødsler har vært en spennende reise og jeg er dem ydmykt takknemlig for deres bidrag. Men samtidig er jeg urolig for om denne erfaringsbaserte kunnskapen må vike plass for den evidensbaserte kunnskapen i jordmorens fremtidige handlingsrom. Dersom det skal være likeverdig plass for begge kunnskapstradisjonene må den erfaringsbaserte kunnskapen synliggjøres og det er bare praktiserende jordmødre som kan gjøre dette på en god måte. Ellers kan den settes ut av spill for godt.

Mellom trygghet og sikkerhet, avsluttende refleksjoner

Den moderne jordmoren beskrives av Gunnhild Blåka som en jordmor med helt andre krav og forventninger nå enn tidligere. Jeg kjenner meg godt igjen i hennes beskrivelse. Jeg skal faglig begrunne mine vurderinger i alt jeg gjør til mine kollegaer og overordnede, samtidig som det forventes også å holde oppe et visst tempo i forhold til kravet om effektivitet. Jeg må forholde meg til ekspertisen, samtidig som jeg må opprettholde relasjonen til fødekvinne.

Ulla Waldenstrøm trekker fram i sin bok om hvordan den medisinske kulturen har påvirket den fødselen i retning av et høyteknologisk prosjekt. Dagens føde kvinner er vokst opp med et hav av teknologiske hjelpemidler. (Waldenstrøm, 2007) Kravet til fremgang, både fra fagfolk, den fødende og nærmeste familie, kan presse oss til å iverksette tiltak dersom det oppfattes slik at fødselen ikke går fort nok framover. Jordmorens mulighet til å yte individuell omsorg kan komme til å lide når ferdig innstilte standarder influerer på handlingsrommet. Ulla Waldenstrøm sier videre i en artikkel at det å overvåke en fødsel som begynner å avvike fra et normalt forløp krever en kompetanse som bygger på erfaring. (Jordmoderen 2005/11) . Opplevelser og erfaringer bearbeidet gjennom mange år danner grunnlaget den praktiske kunnskap. Hvilke vilkår har den erfaringsbaserte kunnskapen i møte med en vitenskap som baserer seg på tall og fakta? Den medisinske beredskap må være topp for alt som kan skje og det er avgjørende at en kan gripe inn raskt for å få de beste resultater. Faren er at dette også forsterker den ensidige tiltro til all medisinsk teknologi. Fødselhjelperen kan komme til å bli en garantist idet en påtar seg ansvaret for utfallet. Kan fødselen som tegnes dataskjermen og de tekniske hjelpemidlene føre til at jordmoren ikke vil eller våger å stole på sine egne erfaringer?

Den engelske socialantropologen Sheila Kitzinger mener at kvinner føder i et klima av redsel. Uroen for mulige katastrofer og feilbehandling preger både fødekvinne og jordmødre (I: Waldenstrøm 2007). Jeg tror vi alle både fødekvinne og jordmødre påvirkes av at vi lever i et samfunn der alle risikomomenter må elimineres og der målet er det perfekte resultat. Kvinnene stoler på at jordmødre og leger veit best. Samtidig opplever jeg at jordmorrollen har endret seg ettersom foreldrene har fått større medbestemmelse. Jordmødre framstår kanskje ikke lenger som strenge autoriteter, men som veileder og samtalepartere. Waldenstrøm, hevder at den nye rolle kanskje har gjort oss usikre, slik det har blitt vanskeligere ”stå opp for vår

yrkeskunnskap” i iver etter å tilfredstille pasienten. Kanskje har begrepet ”kunden alltid rett” fra handelssektoren påvirket oss mer enn vi aner og således bidratt til økt bruk av teknologi i fødselsomsorgen.(Wallenstrøm 2007)

Hvordan virker dette inn på vår fødekultur i dag? Jordmødre utfordres på alle kanter og av og til tenker jeg at vi er som moderne hjelpekoner. Fokuset er mest på hva man gjør og lite hva man ikke gjør. (Waldenstrøm 2007). Er det ikke noe av dette jordmødre erfarer i langvarige fødsler. Det forventes at jordmoren skal sette i gang tiltak- men skal vi alltid det? Hva med fødselens tidløshet og hvor lenge varer en normal fødsel? Det er spørsmål vi må stille oss før vi griper inn og styrer etter fastlagte prosedyrer. Kanskje vi kan tillate litt mer langsomhet når liv skal komme til? En fødsel har sin egen rytme og dette er en del av livet som vi aldri kan ha full kontroll over. Jeg glemmer aldri de kloke ord fra en lege etter en dramatisk fødsel. ”*Naturen er ikke alltid på vår side og det må vi av og til akseptere, også når vi har gjort det beste vi kan*”

Kanskje har vi urealistiske forventninger til hva vi mennesker kan klare å styre? Ingen har garantier og jeg som jordmor kan heller ikke gi garantier. Michel de Montaigne løfter ut fra sin private erfaring av sykdom en filosofisk tanke: ”*Vi må lære oss å avfinne oss med det uunngåelig.*”(Bech-Karlsen 2003:69). Er alle imidlertid villige til å godta dette? I vårt samfunns streben etter trygghet og sikkerhet gjennom stadig mer avanserte medisinsk teknisk utstyr, kan det være vanskelig å erkjenne at det finnes skjæringspunkter. Den moderne medisin fokus på risiko, kan komme til å øke fødekvinnens angst og bekymring. Derfor må det legges inn i vurderingen hvor grensen går mellom det gode liv med teknologien og fare for misbruk av den. Når vi stadig presenteres for nye teknologiske erobringer, kan det noen ganger være riktig med reflektert tilbakeholdenhet. For når den moderne vitenskap prøver å forstå og beherske livets største under- kan en komme til å få en utfordring med å respektere naturens egen sårbarhet og de grenser den setter.

Det må være noe i rommet mellom sikkerhetskulturen og tryggheten. Jeg velger å bruke Kari Martinsens ord til ettertanke for hva alt dette egentlig handler om etter min oppfatning:

”Mellom vår virkestrang og det vi overser i vår virkestrang, det sårbare og ubrukelige ved livet. I den evidensbaserte medisins arbeidsmåte, er det vist at sansingen tildekkes og utestenges. Inntrykket går under i teknologisk og kontrollert kunnskap” (Martinsen 2009:137).

Litteratur:

- Aadland, E. (2002) *Og eg ser på deg*. Vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag. 3.opplag. Oslo: Universitetsforlaget
- Alvsvåg, H (1997) *Sykepleie- mellom vitenskap og pasient*
Fagbokforlaget
- Aristoteles (1999) *Den nikomakiske etikk*.
Bokklubben dagens bøker. Oslo
- Bech. Karlsen, J (2003) *Gode fagtekster. Essayskriving for nybegynnere*.
Oslo Universitetsforlaget
- Birkler, J (2010) *Filosofi& jordemoderkunst*
UC Vest Press
- Bjerck, K (1998) *Jordmorliv i Nord*.
Hovedoppgave, avdeling for Sykepleievitenskap.
Universitetet i Tromsø
- Blix, E (2006) Hvor lenge kan en normal fødsel vare?
Tidsskrift Norske lægeforening nr. 2008;128:1072
- Blix, E (2006) *Innkøst- CTG*
DrPH- avhandling ved Nordiska högskolan for folkhelsevitenskap
Göteborg,2006
- Blåka, G. (2002) *Grunnlagstenkning i et kvinnefag: teori, emperi og metode*.
Bergen: Fagboklaget
- Elvemo, H (2011) *Livsdansen*
Essay om yrkespraksis
Universitetet i Nordland
- Elvemo, H (2012) *Søknad om forståelse*.
Essay om feltarbeid.
Universitetet i Nordland
- Ekeland, T-J (2004) Autonomi og evidensbasert praksis
Arbeidsnotat nr.6/2004
Høgskolen i Oslo, Senter for profesjonsstudier.
- Eri, T S (2011) *Labour onset and early labour*
PHD, University of Bergen, Norway
- Fjell, T.I (1998) *Fødselens gjenfødelse- fra teknologi til natur på fødearenaen*.
Bergen: Høyskoleforlaget

- Floyd- Davis, R (2001) Ttechnical, humanistic, and holistic paradigms of childbirth
International Journal of Gynecology & Obstetrics 75(2001) S5- S23
- Fog, J (1992) *Med samtalen som utgangspunkt.*
Det kvalitative forskningsintervju.
København: Akademisk Forlag
- Gadamer, H-G. (2003) *Forståelsens filosofi: Utvalgte hermeneutiske skrifter*
Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS
- Gaskin, I.M. (2003) *Ina May`s guide to Childbirth.*
New York: Bantam Books
- Haug,B (1997) *Modernitet- epoke eller erfaring, en analyse av endringene i
fødselsomsorgen*
Tromsø: Hovedoppgave ved Universitetet i Tromsø.
- Helse- og omsorgsdepartementet. *Lov om helsepersonell.* (Lovdata.no)
- Helsedirektoratet(2010) *Et trygt fødetilbud-Forslag til kvalitetskrav for
Fødeinstitusjoner.* IS-1803
- Helsedirektoratet(2010) *Utviklingsstrategi for jordmortjenesten. Tjenestekvalitet og
kapasitet.* IS-1815
- Janik, A (1996) *Kunskapsbegrepet i praktisk filosofi.*
Symposion. Stockholm
- Johansen,A (2003) *Samtalens tynne tråd.*
Spartacus
- Jordmoderen nr.11-2005 Det medisinskt moliga gjør oss fartblinda
- Josefson, I (1998) *Lakarens yrkeskunnande.*
Studentlitteratur
- Jørgensen, K(2007) *Mellom trygghet og sikkerhet. Overveielser og dilemmaer i en
praksis*
Bodø: Høgskolen i Bodø
- Jørgensen, K (2008) *En reise i kjent landskap.*
Bodø: Høgskolen i Bodø
- Kjølrsrud, L . (1985) *Verstefallstenkningen i fødselsomsorgen.*
I : Måseide og Gjestland(red): mennesker og medisin
Universitetsforlaget, Oslo.
- Kongslien,S (2010) *Jordmorfag-tradisjon,handverk og kunnskap*
Masteroppgave i praktisk kunnskap
Høgskolen i Bodø

- Kjærgaard,H (2007) *Dystocia in nulliparous woman: Incidence, outcomes, risk indicators and womans` s experiences.*
Lund University , Sweden, 2007
- Kirkham,M (2000) *How can we relate? I M. Kirkham, The midwife- mother relationship.*
(s 227-254) New York:Palgrave Macmillan
- Kvale.S (2007) *Det kvalitative forskningsintervju.*
10 opplag. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS
Lund: Studentlitteratur
- Kongslien, S (2010) *Jordmorfag- tradisjon, handverk og kunnskap.*
Kvar står vi, og kor går vegen vidare?
Bodø: Høyskolen i Bodø
- Irgens, E (2008) *Å bli avvist i møtet med den annen*
En kvalitativ studie om adopsjon og problemer med tilknytning
Masteroppgave i pedagogikk
Universitetet i Bergen
Det psykologiske fakultet
- Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring.*
Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K, Eriksson, K (2009) *Å se og å innse*
Akribe
- McCourt C (2009) *Childbirth, Midwifery and Concepts of time.*
Berghahn Books
- Molander, B (1996) *Kunnskap i handling.*
Daidalos. Gøteborg
- Meløe, J *Notater i vitenskapsteori.*
- Mevik, K (1997) Mellom praksis og forskning. *Sosiologisk årbok utg 2, I:*
Kompendium i forskningsmetode. HiBo
- Møller, J (2002) Jordemoderkunnskap og jordemoderfaglighet- et essay
www.jordemoderforeningen.dk
- Nergård,J-l.m.fl.(2005) *Praktisk kunnskap- som erfaring og som forskningsfelt.*
Bodø:HBO rapport 10/2005 Høyskolen i Bodø
- Nergård, J-I (2006) *Den levende erfaring*
Cappelen akademisk forlag

- Nystedt, A (2005) *Utdragen forlossning*
Kvinnors opplevelser och erfarenheter
Umeå universitet
- Repstad,P (1998) *Mellom nærhet og distanse*
Universitetsforlaget,Oslo
- Løgstrup, K.E. (2010) *Den etiske fordring.*
Forlaget Klim
- Olsen,RH,Finnstad, HF(2003) *Snakk om erfaring.*
Bodø HBO rapport 4/2003 Høyskolen i Bodø
- Ohnstad, B (2004) *Jordmoransvaret.*
Oslo: Den norske jordmorforening
- Paulsgaard, G (1997) Feltarbeid i egen kultur – innenfra, utenfra eller begge deler? I:
kompendium i forskningsmetode HiBo
- Sandvik, G. B. (1997) *Moderskap og fødselsarbeid: Diskurser i reproduktivt arbeid.*
Bergen: Fagboklaget
- Simkin,P, Anchet,R(2005) *The Labor progress*
Blackwell Publishing
- Schmidt, N,Abelsen B, Øian P Fødestuer i Norge.
Tidsskrift for Norske lægeforening 1997;117: 823-82,R
- Søraa,G (1984) *Hent jordmora.*
Gyldendal Norsk forlag
- Tangerud, M (2008) *Fødselsangst*
En kvalitativstudie med fokus på kvinners opplevelse.
Masteroppgave i helse og sosialfag ved institutt for helsefag og universitetet i
Stavanger
- Tidsskrift Norske Lægeforening 2001;121:1618-21*
Johansson K.A. mfl Skjebnezapping- medisinsk grunnopplæring,
legestudenters dannelse og etiske fordring.
- Tidsskrift for jordmødre, nr 7 2011 s 14*
Oxytocinstimulering for langsom fremgang i første fase av fødselen
- Tidsskrift for jordmødre nr 2 2011 s23-25*
Fødekultur, fenomenologisk eller biomedisinsk

Tidskrift for Jordemødre, nr 5, 2001

Langsom framgang hos førstegangsfødende.

Usin, M. (2004) *Gode møter på fødestua*

Bodø: HBO- rapport nr 14/2004

Austgard, K.I.B (2002) *Omsorgsfilosofi i praksis*

Cappelen akademisk forlag

Wadel, C (2006) *Feltarbeid i egen kultur.*

6.opplag SEEK a/s

Waldenstrøm, U (2007) *Føda barn- frå naturlig til høgteknologisk*

Stockholm: Karolinska Institutet University press

| Selvvalgt litteratur | Antall sider |
|---|---------------------|
| Aadland, E. (2002) <i>Og eg ser på deg. Vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag.</i> 3.opplag. Oslo: Universitetsforlaget | 260 |
| Austgard, K.I.B (2002) <i>Omsorgsfilosofi i praksis</i> Cappelen akademisk forlag | 156 |
| Birkler, J (2010) <i>Filosofi& jordemoderkunst.</i> UC Vest Press | 65 |
| Bjerck, K (1998) <i>Jordmorliv i Nord.</i> Hovedoppgave, avdeling for Sykepleievitenskap. Universitetet i Tromsø | 133 |
| Blix, E (2006) <i>Hvor lenge kan en normal fødsel vare?</i> Tidsskrift Norske lægeforening nr. 2008;128:1072 | 2 |
| Blix, E (2006) <i>Innkost- CTG</i> DrPH- avhandling ved Nordiska högskolan for folkhelsevitenskap Göteborg,2006 | 93 |
| Blåka, G (2002) <i>Grunnlagstenkning i et kvinnefag: Teori, emperi og metode.</i> Bergen: Fagboklaget | 188 |
| Eri, T S (2011) <i>Labour onset and early labour</i> PHD,University of Bergen, Norway | 83 |
| Fjell, T.I (1998) <i>Fødselens gjenfødelse- fra teknologi til natur på fødearenaen.</i> Bergen: Høyskoleforlaget | 161 |
| Gadamer, H-G. (2003) <i>Forståelsens filosofi: Utvalgte hermeneutiske skrifter</i> Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS | 118 |
| Gaskin, I.M. (2003) <i>Ina May` s guide to Childbirth.</i> New York: Bantam Books | 348 |
| Haug, B (1997) <i>Modernitet- epoke eller erfaring, en analyse av endringene i fødselsomsorgen.</i> Tromsø: Hovedoppgave ved Universitetet i Tromsø | 109 |
| Kjærgaard, H (2007) <i>Dystocia in nulliparous woman. Incidense, outcomes, risk indicators and womans` s experience.</i> Lund University , Sweden, 200 | 82 |

| | |
|--|-----|
| <p>Kjølsrud, L . (1985) <i>Verstefallstenkningen i fødselsomsorgen.</i></p> <p>(I Måseide og Gjestland(red): mennesker og medisin)</p> <p>Universitetsforlaget, Oslo.</p> | 13 |
| <p>Kongslien, S (2010) <i>Jordmorfag- tradisjon, handverk og kunnskap.</i></p> <p>Kvar står vi, og kor går vegen vidare?</p> <p>Bodø: Høyskolen i Bodø</p> | 88 |
| <p>Kvale. S (2007) <i>Det kvalitative forskningsintervju.</i></p> <p>10 opplag. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS</p> | 223 |
| <p>Malterud, K. (2003) <i>Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring.</i></p> <p>Oslo: Universitetsforlaget.</p> | 211 |
| <p>Martinsen, K, Eriksson, K (2009) <i>Å se og å innse</i></p> <p>Akribe</p> | 77 |
| <p>McCourt C (2009) <i>Childbirth, Midwifery and Concepts of Time.</i></p> <p>Berghahn Books, New York, Oxford</p> | 251 |
| <p>Møller, J (2002) <i>Jordemoderkunnskap og jordemoderfaglighet- et essay</i></p> <p>www.jordemoderforeningen.dk</p> | 5 |
| <p>Nystedt, A (2005) <i>Utdragen forløsning. Kvinnors opplevelser och erfarenheter.</i></p> <p>Umeå University medical Dissertations New Series No 978-ISSN 0346-6612</p> | 68 |
| <p>Sandvik, G. B. (1997) <i>Moderskap og fødselsarbeid: Diskurser i reproduktivt arbeid.</i></p> <p>Bergen: Fagboklaget</p> | 124 |
| <p>Simkin,P, Anchet,R(2005) <i>The Labor progress</i></p> <p>Blackwell Publishing</p> | 125 |
| <p>Tangerud, M (2008) <i>Fødselsangst: En kvalitativstudie med fokus på kvinners opplevelse.</i></p> <p>Masteroppgave i helse og sosialfag ved institutt for helsefag og universitetet i Stavanger</p> | 63 |
| <p>Usin, M. (2004) <i>Gode møter på fødestua.</i></p> <p>Bodø: HBO- rapport</p> | 152 |

| | |
|---|-------------|
| Waldenstrøm, U (2007) <i>Føda barn-från naturlig til høgteknologisk.</i> | 225 |
| Stockholm: Karolinska Institutet University press | |
| Wyller Truls (2009) <i>Hva er tid</i> | 133 |
| SUM | 3556 |

Vedlegg 1

Kirsten Jørgensen
Masterstudent 2006-2010 kull 2006
Jordmor, Føde-/ gyn.avd, UNN Harstad
General Fleischersgt 50F
9405 Harstad
E-post
Mobil:90537917

Veileder:
Professor Anders Lindseth
E-post: Anders.Lindseth@hibo.no
Telefon:75517531

SAMTYKKEERKLÆRING

Informasjon om intervju.

Som student ved Høyskolen i Bodø skal jeg skrive en masteroppgave ved studiet Mastergrad i Praktisk Kunnskap. Jeg er har sjøl lang jordmorerfaring fra klinisk praksis på en liten kombinert føde/barselavdeling.

I den forbindelse ønsker jeg å intervju jordmødre og håper du vil hjelpe meg å svare på noen spørsmål. Jeg er ikke ute etter faglig korrekte svar fra det, men ønsker at du svarer i overensstemmelse med dine egne erfaringer og oppfatninger.

Bakgrunn for valg av tema.

Tema for oppgaven er “Når fødselen trekker ut - Langsom fremgang” og samtalen skal rette seg mot jordmorens erfaringer og faglige skjønn i denne type fødsler. Hva er deres erfaringer når en fødsel begynner å avvike fra et normalt forløp? Hvordan skal en bedømme hva som er normalt og når skal en sette inn tiltak? Keisersnittfrekvensen øker og en stadig flere akutte keisersnitt har sin årsak i langsom fremgang i fødsel.

Helsetilsynet påpekte i sin tilsynsrapport ved fødeinstitusjoner i 2004 at definisjonen “langsom fremgang i fødsel” er uklar og at de flere steder var uenighet mellom jordmødre og

leger om hvilke tiltak som skulle iverksettes. Dette fører til ulik praksis på den enkelte avdeling. Det ble påpekt at det var behov for en faglig avklaring omkring temaet.

I 2007 intervjuet jeg 2 jordmødre om deres erfaring og utfordringer ved langvarige fødselsforløp. De intervjuene jeg gjennomførte i nov 2007 dannet grunnlag for en eksamen om et essay i feltarbeid. Gjennom fortellingene i intervjuene, kom det fram flere eksempler på verdifull erfaringskunnskap.

Detter gjorde meg nysgjerrig på å få høre mer om hvilke erfaringer andre jordmødre har, i møtet med kvinner som har langvarige fødselsforløp. Hvilke skjønnsmessige vurderinger gjør erfarne jordmødre i de ulike fødslene? Kan deres erfaringer bidra til økt kunnskap i fagmiljøet ved at de blir hentet fram og delt med andre?

Gjennom samtaler med jordmødre ønsker jeg å få fram fortellinger fra fødsler som de har hatt ansvar for. Målet er å få fram kunnskap ved faglig refleksjon over en samling av erfaringer i et fagessay.

Intervjuet vil vare ca 1 time og jeg vil benytte meg av lydbåndopptak, men opptakene slettes når arbeidet med oppgaven er ferdig. Opplysningene anonymiseres i oppgaven og vil ikke bli utlevert ubearbeidet til andre. Du kan til enhver tid trekke deg uten nærmere begrunnelse.

Forskningsetiske prinsipp vil bli ivaretatt og prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste.

Takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Kirsten Jørgensen

SAMMTYKKE

Jeg har lest informasjonen som er gitt ovenfor og gir herved mitt skriftlige samtykke til å delta intervju på de vilkår som er beskrevet.

DATO

UNDERSKRIFT

.....

.....

Vedlegg 2

Kirsten Jørgensen

Masterstudent 2006-2010 kull 2006

Jordmor, Føde-/ gyn.avd, UNN Harstad

General Fleischersgt 50F

9405 Harstad

E-post

Mobil:90537917

Veileder:

Professor Anders Lindseth

E-post: Anders.Lindseth@hibo.no

Telefon:75517531

Til Seksjonsleder ved **** føde/gyn. Avdeling

Forespørsel om forskningsprosjekt ved ***, føde/gyn avd. våren 2009**

Som student ved Høyskolen i Bodø skal jeg skrive en masteroppgave ved studiet

Mastergrad i Praktisk Kunnskap. Forskningsprosjektet er jordmorfaglig og derfor søker jeg om tillatelse til å intervju jordmødre tilknyttet avdelingen med fortrinnsvis lang praksiserfaring.

Bakgrunn for valg av tema.

Tema for oppgaven er "Når fødselen trekker ut - Langsom fremgang" og samtalen skal rette seg mot jordmorens erfaringer og faglige skjønn i denne type fødsler. Hva er deres erfaringer når en fødsel begynner å avvike fra et normalt forløp? Hvordan skal en bedømme hva som er normalt og når skal en sette inn tiltak? Keisersnittfrekvensen øker og en stadig flere akutte keisersnitt har sin årsak i langsom fremgang i fødsel.

Helsetilsynet påpekte i sin tilsynsrapport ved fødeinstitusjoner i 2004 at definisjonen "langsom fremgang i fødsel" er uklar og at de flere steder var uenighet mellom jordmødre og leger om hvilke tiltak som skulle iverksettes. Dette fører til ulik praksis på den enkelte avdeling. Det ble påpekt at det var behov for en faglig avklaring omkring temaet.

I 2007 intervjuet jeg 2 jordmødre om deres erfaring og utfordringer ved langvarige fødselsforløp. De intervjuene jeg gjennomførte i nov. 2007, dannet grunnlag for en eksamen om et essay i feltarbeid. Gjennom fortellingene i intervjuene, kom det fram flere eksempler på verdifull erfaringskunnskap.

Dette gjorde meg nysgjerrig på å få høre mer om hvilke erfaringer andre jordmødre har, i møtet med kvinner som har langvarige fødselsforløp. Hvilke skjønnsmessige vurderinger gjør erfarne jordmødre i de ulike fødslene? Kan deres erfaringer bidra til økt kunnskap i fagmiljøet, ved at de blir hentet fram og delt med andre?

Gjennom samtaler med jordmødre ønsker jeg å få fram erfaringer fra fødsler som de har hatt ansvar for. Målet er å få fram kunnskap ved faglig refleksjon over en samling av erfaringer i et fagessay.

I første omgang ønsker jeg å intervju 4-6 jordmødre på avdelingen i perioden mars-juni 2009. Intervjuet vil vare ca 1 time og jeg vil benytte meg av lydbåndopptak.

Intervjupersonene og det som kommer fram, vil anonymisert og opptakene slettes når arbeidet med oppgaven er ferdig. Deltakerne kan når som helst trekke seg.

Samtykkeerklæring gis på forhånd til intervjukandidatene.(vedlegg)

Forskningsetiske prinsipp vil bli ivaretatt og prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste.

Håper på positivt svar.

Takk på forhånd

Kirsten Jørgensen

Kopi

Avdelingsoverlege ***** føde/gyn. Avd ****
