



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

# MASTEROPPGAVE

Å fremme normal fødsel

Heidi Elvemo

Eksamenskode MP 303P

Master i praktisk kunnskap

101 sider



# Å fremme normal fødsel

Heidi Elvemo

Eksamenskode **MP 303P**

Master i Praktisk kunnskap

2015



# Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse .....	iv
Forord .....	1
Oppsummering .....	2
Summary .....	3
1.0 Innledning.....	4
1.1.Bakgrunn .....	5
1.2 Oppgavens oppbygning .....	8
2.0 Fødefeltet.....	9
2.1 Føderommet .....	10
2.2 En normal fødsel .....	12
2.3 Jordmorarbeid i føderommet.....	14
3.0 Relevant teori og forskning .....	19
3.1 Kunnskapsformer .....	19
3.2 Kunnskap i handling.....	21
3.3 Kunnskap i virksomhet.....	22
3.4 Oppsummering .....	23
3.5 Tidligere forskning på området .....	24
4.0 Min forforståelse .....	28
5.0 Metode.....	32
5.1 Valg av deltagere.....	32
5.2.Essay som sjanger .....	33
5.3 Intervju .....	34
5.4 Formelle krav .....	36

5.5 Analyseprosessen .....	37
6.0 Fem fortellinger fra jordmorpraksis .....	40
6.1 Kvinnen ved det åpne vinduet .....	40
6.2 Å forstå en risvekkelse .....	44
6.3 Fødsel på fødestue .....	46
6.4 Synet av pust .....	49
6.5 Samarbeid .....	52
6.6 Oppsummering .....	55
7.0 Tematisering av noen særtrekk ved jordmors fødepraksis .....	57
7.1 Å stå i det uvisse .....	57
7.2 Å være med-kvinne i fødsel .....	57
7.3 Det motsetningsfylte .....	58
7.4 Vente eller gripe inn? .....	59
7.5 Oppsummering .....	60
8.0 Refleksjoner over jordmors praktiske kunnskap i normal fødsel .....	61
8.1 Et trygt fødetilbud .....	61
8.2 Begrepet normalitet og naturlig fødsel .....	68
8.3 God jordmorhjelp .....	72
8.4 Å fremme normal fødsel .....	88
9.0 Avslutning .....	100
Litteraturliste .....	102

## Forord

Normale fødsler tar den tiden det tar å føde. Når riene kommer skjønner du hva som er på gang, men ikke hva du har i vente. Noen fødsler går som ønsket, andre krever større innsats. Det vet alle som arbeider med fødsler. Fødsler er individuelle uttrykk som frembringer unike nye mennesker. Det er avgjørende viktig å ha kompetente hjelpere å støtte seg til for at prosessen skal få gå så godt som den kan.

I likhet med noen fødsler har denne oppgaven tatt lang tid, godt over fire år fra jeg startet. Det som var beregnet til å være ferdig i løpet av fire år måtte få mer tid enn normert. Livet gjør noen svinger, og prioriteringer endres for kortere eller lengre tid. Noen ganger blir alt til det bedre. For min egen del har tiden og svingene vist meg hvor avhengig jeg er av alle som bidrar i livet mitt. Mange av dem skylder jeg stor takk for at prosjektet masteroppgave lot seg gjennomføre.

En spesiell takk går til veileder Inger Danielsen, som har engasjert seg og hjulpet med kloke tanker, oppmuntring og trøst i tillegg til viktige faglige og teoretiske bidrag. En like spesiell takk går til nabo og kollega Sigrun Kongslie for å motivere, støtte, inspirere og legge til rette på alle måter slik at jeg skulle få dette til. En annen takk går til Anders Lindseth som har bidratt til min forståelse og mestring store deler av dette studiet. Tusen takk, dere er kloke og vakre mennesker.

Mange flere har støttet meg i prosessen på ulike måter, og fortjener stor takk. Mine kolleger Gry Skogheim, Anne-Lise Thoresen og Kari Bjerck for å ha lyttet tålmodig og kommet med innspill, samt å ha tatt «støyten» sammen med Sigrun mange ganger, slik at jeg skulle få skrive ferdig. Min familie og kjæreste Øivind for tålmodighet med min fraværenhet og utilgjengelighet i perioder. Gunnel Axelsson, Svein og Sølvi Malmbekk for overnatting og service i Bodø, og alle kolleger for interesse og vilje til faglig engasjement.

Tusen hjertelig takk for at akkurat dere er tilstede i livet mitt!

## Oppsummering

Denne masteroppgaven handler om jordmødres arbeid med å fremme normale fødsler. Jeg har utforsket egne og andre jordmødres fortellinger fra arbeid med kvinner i normal fødsel. Dette har jeg brukt som grunnlag for å forstå jordmødres erfaringer, og hvilken kunnskap de legger til grunn for handlinger i føderommet. Teksten er skrevet i en essayistisk sjanger og med et erfaringsnært språk.

Ved en systematisk tilnærming til egne og kollegaers erfaringer har jeg skrevet frem føderommet som et erfaringsrom, og sett at å fremme normal fødsel handler om å integrere mange former for kunnskap og å kunne ta gode avgjørelser i komplekse situasjoner. Kunnskapsformene er både teoretiske, vitenskapelige, forskningsbaserte og erfaringsbaserte, og inkluderer evne til samhandling med fødekvinner og andre aktører tilknyttet føderommet. Oppgaven belyser ulike sider ved kunnskap som er virksomme i jordmors fødepraksis.

Å fremme normal fødsel handler i stor grad om å forstå og støtte opp om de naturgitte livsprosessene, og samtidig forstå når det oppstår avvik som krever inngrep for at livsprosessene skal opprettholdes. Jordmødres kunnskap uttrykkes i føderommet ved evne til å handle og svare på de utfordringene som viser seg i praktiske situasjoner. For å kunne gjøre dette må jordmor kunne individualisere og få tak i det partikulære i situasjonen. Begrepet om normal fødsel er et begrep jordmor ser og forstår med, der dialog samt å lytte til og leve med fødekvinnen er sentrale trekk. I tillegg må jordmor kunne avgrense og prioritere det essensielle som det er om å gjøre å handle overfor.

Å fremme normal fødsel kan uttrykkes som en balansekunst mellom ulike kunnskapsformer relatert til spesifikke situasjoner og kontekstuelle uttrykk, i samarbeid med fødekvinnen og andre aktører i føderommet. I denne oppgaven har jeg forsøkt å sette ord og begrep på deler av jordmors kunnskap som til daglig uttrykkes i handling. Dette er et bidrag til å synliggjøre jordmødres erfaringskunnskap som et pålitelig og gyldig felles kunnskapsgrunnlag.

## Summary

The subject of this thesis is how midwives work to promote normal childbirth. I have closely examined stories from both my own and other midwives experiences from working with women during normal childbirth. I have used these as a resource for gaining a better understanding for midwives' experiences and their skilled reasoning in action inside the delivery room. This thesis is written in an essay genre and expressed in words referring to experience.

Through a systematic approach to my own and my colleague's experiences, I have written about the delivery room as a room of experience. I have come to see that promoting normal childbirth engages the integration of multiple forms of knowledge and the ability to make skilled decisions in complex situations. The forms of knowledge are both theoretical, scientific, research-based and experiential. They include the ability to interact with the woman in labor and other participants connected to the delivery room. This thesis focuses on different aspects of childbirth based on the knowledge related to midwifery.

The knowledge of how to promote normal childbirth concerns understanding and supporting the natural processes of life. Simultaneously, the ability to recognize conditions that require intervention for the life processes to be maintained, is vital. Midwifery knowledge is expressed in the delivery room through the ability to take action and respond to the challenges that present themselves in particular situations. To do this, the midwife has to understand and obtain that which is unique in each childbirth. For the midwife, the concept of normal childbirth forms a conceptual view, in which the knowledge is carried out by dialogue, listening to the woman, staying attentive to her and by making a professional partnership together with the woman in labor. In addition, the midwife needs to limit and prioritize that which is essential in order to take appropriate action.

Promoting normal childbirth can be expressed as a balancing act between different forms of knowledge and situational expressions. There must be a collaboration with the woman in labor and other participants in the delivery room. In this paper I have tried to put into words and concepts the aspects of midwifery knowledge that usually are expressed in action. This contribution is intended to make visible the midwife's experience-based knowledge as reliable and current, and as a common body of knowledge.



## 1.0 Innledning

*“Jeg tror jeg først og fremst har erfaring som gjør at jeg har en trygghet. Og kunnskap om hva som er normale forløp, og hva som ikke er lønnsomt å bryte inn i”.*

Ordene er fra en av mine kollegaer, og uttrykker i to korte setninger noe veldig vesentlig ved jordmorpraksis. Det vesentlige kan uttrykkes som at erfaring med fødsler er en grunnleggende forutsetning for god jordmorpraksis i føderommet. Setningen uttrykker også en jordmors forståelse av hva jordmors arbeid i en fødepraksis retter seg mot, og om det å kunne gi rett hjelp til rett tid.

Denne masteroppgaven handler om det sentrale i jordmors arbeid med normale fødsler. I snart to tiår har jeg arbeidet som jordmor ved et større sykehus i Norge. Som en del av mitt arbeid har jeg hatt virke innenfor både privat og offentlig svangerskapsomsorg i tillegg til undervisning, og som hovedbeskjeftigelse arbeid innenfor fødselshjelp. Som mye annet er også denne delen av livet påvirket av trender og svingninger. Hva jeg gjør, hvordan og hvorfor er påvirket av mange faktorer. Ulike fagdisipliner, vitenskapssyn, ordninger og erfaringer påvirker praksis på ulike måter og i mange retninger.

I flere dokumenter er det uttrykt bekymring over et stigende antall inngrep i normale fødsler i den vestlige verden. Det er en enighet om dette innenfor de berørte fagmiljøer.<sup>1</sup> Inngrep gjøres overfor noe som avviker fra det normale, og dette antas å kunne utgjøre en helserisiko. Bekymringen over at andelen fødsler som krever medisinske inngrep stiger, er knyttet til en oppfatning av at inngrepene ikke lengre er et uttrykk for at det gis rett hjelp til rett tid. Oppfatningen er at den stigende frekvensen er uheldig, altså at det gjøres for mange inngrep sett i forhold til hva som anses fornuftig. Ut fra mine erfaringer som jordmor er min antagelse at noen av inngrepene kunne vært unngått, og at noe eller noen bidrar til å produsere fødselsrisiko. I Norge og i flere andre land er det jordmor som håndterer normale fødsler. Kan måten jordmor håndterer dette på ha en sammenheng med det stigende antall inngrep? Hvorfor ser vi denne trenden innenfor vestlig fødselshjelp? Hvordan er det klokt å håndtere denne utfordringen fra jordmødres side? Disse spørsmålene inspirerte meg til videre arbeid med å forstå og utforske jordmorpraksis.

---

<sup>1</sup> Downe 2004, Johanson, Newburn et al 2002, Hunter, Berg, et al 2008, Waldenström 2005, Davis-Floyd 2008

Som erfaren yrkesutøver innenfor mitt felt er jeg fortrolig i denne verdenen som gir meg tilgang på erfaringer innen fødselsomsorg generelt, og med fødsler spesielt. Erfaringene har ført til min forståelse av at jordmødres praksis og handlinger kan fremme og slik bidra til normal fødsel. Å fremme normal fødsel er etter den internasjonale definisjonen av jordmor en sentral oppgave, slik det er beskrevet i *International Confederation of Midwives; Definition of the Midwife*.<sup>2</sup> Dette skal jordmor på selvstendig initiativ gjøre. Hvordan kan jeg beskrive hva jordmor gjør når hun fremmer normal fødsel? Arbeidet er viktig, fordi jeg mener det er fare for at jordmødres erfaringsbaserte handlingskunnskap, som handler om å fremme normal fødsel, kan gå tapt.

Handlingsgrunnlaget påvirkes av flere systemer utenfor den enkelte jordmors kontroll. Jeg ønsker å synliggjøre noen av disse sammenhengene, og hvordan de påvirker praksis. For å kunne gjøre dette, må kunnskapen som uttrykkes under jordmors arbeid med fødsler få et stort fokus. Risikofokuset innenfor fødselshjelp er økende, og den antatt normale andelen fødsler uten medisinske inngrep er synkende. Det vil si at dette er en virksomhet i endring. Samtidig med økt kunnskap om håndtering av risikosituasjoner, respekteres det gode faglige skjønn som gir den normale fødsel gode livsbetingelser.

Spørsmålet jeg vil stille er: Hvordan uttrykkes denne kunnskapen, og hvordan utvikles felles forståelse og kunnskap i jordmorpraksis? Jeg ser et behov for å gi språk til erfaringene, og bidra til å skape et rom for å dele dem i det praktiske feltet. Det handler om å anerkjenne den praktiske kunnskapen som uttrykkes ved jordmors arbeid. Den normale fødselen er et vesentlig fenomen å forstå for å kunne gjøre dette.

Derfor vil jeg undersøke jordmors erfaringer med normal fødsel. Ved å beskrive og utforske erfart praksis, vil jeg sette ord på hva jordmødre gjør for å fremme normal fødsel. Gjennom dette kan jeg bidra til å skape forståelse og anerkjennelse av erfaring som grunnlag for felles gyldig kunnskap i jordmorfag.

## 1.1. Bakgrunn

Begrepet normal fødsel er nevnt i mange dokumenter som omhandler jordmødres virksomhet. Det er imidlertid ingen enkel sak å forstå eller beskrive hva som ligger i dette begrepet.

---

<sup>2</sup> Byrne 2006

En kjent og mye brukt definisjon er gitt av Verdens Helseorganisasjon:

*“Vi definerer normal fødsel som: Spontan i sin start, lavrisiko ved ristart og fortsatt lavrisiko til etter barnets fødsel. Barnet fødes spontant i bakhodeinnstilling mellom 37 og 42 fullgåtte svangerskapsuker. Etter fødselen er både morens og barnets tilstand god.”*

*(WHO 1996, norsk oversettelse ved Rachel Myr, Den norske Jordmorforening).*

Definisjonen blir blant annet brukt som standard for statistisk registrering av normale fødsler i medisinsk fødselsregister.<sup>3</sup> Uttrykt i fødepraksis brukes definisjonen erfaringsmessig til å si noe om overvåkingsbehov og risikovurdering knyttet til fødsler. De som faller utenfor definisjonen påregnes å kreve overvåkning i større grad enn de som faller innenfor, og disse vil i sin tur bli tilbudt et forutbestemt nivå av fødselshjelp. Nivåinndelingen foregår ved seleksjon, et av den moderne fødselsomsorgens begreper, der de gravide selekteres til fødested avhengig av risikovurdering og behov for overvåkning og spesialisert medisinsk hjelp.<sup>4</sup> Det kritikkverdige ligger i at definisjonen som nevnes ofte brukes til å definere jordmødres ansvars- og arbeidsområde innen fødselshjelp. Dette gir et unyansert bilde, og harmonerer etter min erfaring ikke med den praktiske virkeligheten.

Av den internasjonale definisjon av jordmor og jordmors funksjonsområder, skal jordmor blant annet arbeide sammen med kvinnen for å gi henne omsorg og fremme normal fødsel<sup>5</sup>. Etter min mening blir begrepet normal fødsel problematisk hvis det skal forstås på WHO`s premisser, der fødsel kun kan ses som normal retrospektivt. Innenfor dette paradigmet vil man måtte fastsette kriterier for normale fødsler basert på avvik og risiko. Og fødsler uten potensiale for risiko kan ikke eksistere, i og med at det dreier seg om en spontan prosess der helsetruende situasjoner kan oppstå. Selv om fødsel er et vanlig forekommende fenomen i alle kulturer, kan man aldri forutbestemme utfallet. Vi vet aldri helt sikkert hvordan et fødselsforløp arter seg. Som jordmor bruker jeg normal fødsel om noe som jeg vurderer til «greit», selv om dette aldri

---

<sup>3</sup> Nasjonalt folkehelseinstitutt, Medisinsk Fødselsregister, Årsrapport 2012

<sup>4</sup> Seleksjon: utvalg, velge ut som hensiktsmessig (ordnett.no) Innen norsk fødselsomsorg skjer utvelgelsen til fødested ut fra hvilken hjelp den fødende eller hennes barn påregnes å ha behov for basert på felles utarbeidede kriterier, nedfelt i *Et trygt Fødetilbud: kvalitetskrav for fødeinstitusjoner*. Helsedirektoratet, Oslo 2010

<sup>5</sup> Byrne 2006

er helt uten fare. Normal fødsel er i utgangspunktet hverken forbundet med risiko eller oppfattet som uten fare. Oss jordmødre imellom brukes normal fødsel om noe positivt ladet og noe ønskelig. Dette *noe* har vi en varierende felles forståelse av, og handler på bakgrunn av. En normal fødsel er sett i forhold til jordmors arbeid ikke avhengig av å være innenfor eller utenfor definisjonen. Det er i større grad en pågående prosess som jeg som jordmor deltar i. Jeg gir jordmorhjelp også til fødekvinner med fødsler som faller utenfor denne definisjonen. Mye kan sies om hva det konkret består i å fremme normal fødsel. Men best forståelse av hva dette innebærer får man ved å selv være delaktig i prosessen og å dele og utforske jordmødres erfaringer. Når jeg vil forske i dette feltet, vil jeg derfor bruke mine egne og kollegaers erfaringer og fortellinger som kilde til å synliggjøre den forståelsen og kunnskapen som er operativ i praksis.

Som en del av mitt masterstudium skrev jeg først ned egne fortellinger fra normale fødsler. Deretter utførte jeg høsten 2011 intervjuer med to erfarne jordmødre som arbeidet ved et større sykehus. Mine antagelser gikk ut på at noen jordmødre hadde en godt utviklet forståelse for hva som var klokt å gjøre eller la være å gjøre i arbeid med å fremme normal fødsel. Underforstått at en jordmor kan være dyktig til å håndtere en kvinne i fødsel slik at hun ikke havner i kategorien risikofødende, med påfølgende behov for overvåkning, tekniske inngrep og risiko for komplikasjoner underveis i prosessen. Intervjuene gav meg en rikere forståelse for hvordan jordmødre lærer av sine erfaringer og hvordan dette kommer til uttrykk i jordmorpraksis.

Vi arbeider ofte i lange perioder alene sammen med kvinnen inne på fødestua. Arbeidets art medfører at det ikke er så lett å «kikke hverandre i kortene», det vil si se og høre hva de andre jordmødrene faktisk sier og gjør under arbeid. Derfor har vi behov å snakke om arbeidet og dele erfaringene med hverandre. Et fortellende språk er annerledes enn vårt daglige arbeidsspråk. Jeg ønsker derfor å bruke et erfaringsnært språk til å sette ord på den forståelsen og kunnskapen som viser seg i det praktiske arbeidet. Kunnskapen mener jeg kan bidra til å holde i utgangspunktet normale fødselsforløp normale i det praktiske feltet. En slik språkliggjøring vil både kunne være kunnskapsutviklende for den enkelte jordmor og tilføre den praktiske utførelsen av jordmorfaget større legitimitet.

Kunnskapen er kontekstuell, derfor starter jeg med å si noe om den konteksten arbeidet foregår i.

## 1.2 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er sammensatt av ni kapitler. Første kapittel introduserer leseren for oppgavens tema og hvorfor dette er viktig å skrive om. I kapittel to skrives fødefeltet frem, der forståelsen av føderommet som sted og handlingsrom er avgjørende for å forstå jordmors praksis. Deretter belyses teori og forskning som er relevant for oppgavens tema i kapittel tre. Jeg har valgt å presentere dette tidlig i oppgaven fordi forståelsesformene i kapittel tre er relevant i den metodiske delen.

I kapittel fire skriver jeg frem min forforståelse. Denne hører sammen med metoden, men også med hele oppgaven da refleksjon over egen forståelse er bærende for det som løftes frem i oppgaven.

Kapittel fem inneholder metodepresentasjonen og redegjørelse for valg og bruk av metoden essay som sjanger, samt hvorfor kritisk refleksjon over egne og andres fortellinger er en god måte å arbeide med praktisk kunnskap på. I tillegg begrunner jeg hvorfor innholdsanalyse beskrevet av Karin Dahlberg kan gi tolkning av innholdet i fortellingene retning.<sup>6</sup>

I kapittel seks presenteres fortellinger fra jordmorpraksis, og refleksjon over disse. Dette utgjør min empiri. I kapittel sju analyseres fortellingene og temaer innenfor jordmors fødepraksis utvikles. Disse reflekteres over i kapittel åtte, der blikket rettes mot jordmors praktiske arbeid, forståelse og kunnskap i fødepraksis. Kapittel ni er en avsluttende oppsummering.

---

<sup>6</sup> Dahlberg 2014

## 2.0 Fødefeltet

De gravide i Norge vet stort sett hvor de skal henvende seg for å få hjelp under fødsel. De fleste vet også hvordan fødselen starter. De som føder for første gang vet kanskje dette kun i teorien. Det brukes tid i svangerskapsomsorgen i Norge på å forberede kvinner og familier på fødsel. Hvordan fødsler starter er et av temaene som vektlegges. Likevel hender det ofte at kvinner er usikre, og ringer inn til fødeavdelingen for å rådføre seg. Vi oppmuntrer til denne kontakten og vil at kvinnene tar direkte kontakt med fødeavdelingen vedrørende spørsmål om fødselsstart. Ofte kan det dreie seg om spørsmål som kan avklares per telefon, og avtaler kan inngås og informasjon utveksles der og da. Like ofte ønsker vi at kvinnen kommer inn til avdelingen for en nærmere prat og undersøkelse. Noe må vi se for å forstå. Dette gir oss i tillegg oversikt over ventende arbeid de neste timene eller det neste døgnet.

Det er som oftest vaktleder som får alle henvendelser utenfra, det være seg fra kvinnene, via distriktet eller AMK.<sup>7</sup> Mange ganger er vaktleder også deltagende i det praktiske arbeidet parallelt med vaktlederfunksjonen. Det er ikke organisert slik at vaktleder er beskyttet mot å delta i det praktiske arbeidet, for eksempel å følge en fødekvinne gjennom fødsel. Ulikt flere andre deler av sykehuset er det altså ikke leger eller akuttmedisinske instanser som i hovedsak legger inn pasienter til behandling. Kvinnene tar selv kontakt med avdelingen ved jordmor når de trenger det. Og kvinnen og jordmor avgjør den videre oppfølgingen i samarbeid. Noen ganger er kvinnene kjente for den de møter i og med at flere av jordmødrene i fødeavdelingen også jobber i svangerskapsomsorgen. Når jeg sier i hovedsak så er det fordi det selvfølgelig også hender at kvinner kommer til avdelingen via poliklinikk eller sendt fra andre sykehus. Men dette utgjør ikke flertallet.

Hvis det avgjøres at kvinnen skal komme inn til avdelingen, er det meningen at hun skal ringe på en stor rød knapp plassert ved barselavdelingen, for å melde sin ankomst. Dette høres på callingen jordmødre og barnepleiere bærer, og vil gi den aktuelle jordmora beskjed om å gå kvinnen i møte. Mange ganger møter vi dem før de rekker å ringe på knappen, og går sammen med dem inn på det vi kaller undersøkelsesrommet. Hvis vi er forhindret fra dette, kan det slik avdelingen er utformet, være vanskelig å finne frem. Noen ganger er det kø for å få komme inn

---

<sup>7</sup> Akutt Medisinsk Meldesentral, som nås gjennom telefonnummer 113, og som utfører medisinsk nødhjelp og transport til sykehus eller lignende.

på undersøkelsesrommet. Der foregår vurderingen om denne kvinnen bør legges inn i avdelingen, om hun bør legges inn på ei fødestue eller få et annet rom. Det hender også at vi sammen blir enige om at hun skal dra hjem i påvente av bedre rier. Ikke sjelden hender det også at fødekvinne og blivende fedre plutselig står i døra inn til vaktrommet uten å ha ringt på forhånd. Det er godt gjort å finne frem av seg selv. Belønningen er nok noen ganger at de fødende opplever at de kommer uforvarende på, og forstyrrer dem som arbeider på vaktrommet.

## 2.1 Føderommet

Føderommet jeg skriver om i denne masteroppgaven ligger i et større sykehus, og er en del av en virksomhet med tilgjengelig operasjonsstue, leger, nyfødteintensivavdeling og avansert akuttmedisinsk beredskap. Personalet arbeider i skiftordninger og bemanner hele døgnet alle dager i året.

Føderommet jeg beskriver ligger på skrått over gangen fra det som skulle være skrivestue eller arbeidsrom for jordmødre og leger, men som er blitt et tradisjonelt vaktrom kombinert med spiserom og møterom, sosialt samlingssted og rom for koordinering av denne vaktens aktiviteter. Døra er plassert på skrå fra gangen utenfor, slik at du ikke ser inn i fødestua fra vaktrommet på andre siden av gangen. Men det er ikke lydtett, alle lyder høres godt begge veier. Når du åpner døra til føderommet står du i et hjørne av rommet, og ser rett mot diagonalhjørnet hvor fødesenga er plassert med fotenden mot deg.

Rett til høyre innenfor døra er to kroker montert på veggen, til å henge fra seg klær på. Der er videre en utslagsvask med skap under, som inneholder babytøy, tepper og handduker. Ved siden av utslagsvasken er det ei oppreidd barneseng på hjul, så følger ei dør til dusj og toalett. Mellom døra og fødesenga står et stort dypt badekar, og en foldevegg. Den vil, når den dras ut, hindre innsyn til badekaret og fødesenga. Badekaret brukes til avspenning underveis i åpningstiden, og de siste årene er det blitt tilbud om å føde i vann for de som ønsker det. Bak badekaret er det en "elefantfot"; en slags krakk, og ei lita mobil trapp. Ved enden av badekaret står ei metallbøtte på hjul. Denne er til søppel, for eksempel kompresser, hansker og «kladder». Mellom badekaret og sengens hodeende står utstyr for fosterovervåkning. Til venstre for der igjen, og ved enden av veggen, står fødesenga.

Fødesenga kan heves og senkes, vippes, forkortes, monteres benholdere på og gjøres om til gynekologisk stol. Under senga men festet i den er en bakke til oppsamling av søl i forbindelse med fødsel. Videre står et nattbord, og over den et panel utstyrt med alarmknapper, elektriske

uttak og leselampe samt et signalanlegg som den som ligger i senga kan nå. Der er usb-porter, stikkontakter og fastmontert lystgassapparat, samt lysbryter til operasjonslampa som er montert på svingbar arm over fødesenga. Til venstre for fødesenga og midt imot inngangsdøra, er to doble vinduer som fyller nesten hele vegg lengden. Flere fødepar har kommentert dette som det første de ser når de kommer inn i rommet. Under vinduene står en «stressless», et lite rundt bord, stikkontakter, en stol, og til venstre for den et arbeidsbord med pc samt telefon og nummerliste. Når du sitter på stolen ved pc-bordet har du utsikt til venstre mot hav og fjell, der morgensolen skinner inn om sommeren og lyset maler himmelen i fine farger i klare høstnetter. Rett fram er fødesenga, og bak deg er tre store skyvedører fra gulv til tak.

Om du skyver på dørene er det på høyre side «kassebakke-hyller» i fire rader fra gulv til tak, med utstyr og medisiner som trenges under fødsel. Der er et belyst arbeidsbord, hyller med mer utstyr, og et mobilt metallbord skjøvet under arbeidsbordet i tillegg til ei trallemed utstyr tilhørende asfyxibordet (forklares nedenfor).<sup>8</sup> Lengst til venstre i skapet er det plass til infusjonsstativ, benholdere til fødeseng, fitnessball, saccosekk, prekestol, og infusjonspumper. Til venstre for skyvedørskapet er det plassert et asfyxibord, og ved siden av er en blå knapp.<sup>9</sup> Hvis jeg trykker på den signaliserer jeg behov for akutt hjelp med et nyfødt barn, og barnelege og nyfødtintensivsykepleiere får alarmen inn på sine callinger og kommer raskt til for å hjelpe. Mellom asfyxibordet og inngangsdøra er en håndvask med speil, hånddesinfeksjonsmiddel, og ei søppelbøtte.

Det er best plass til å bevege seg mellom badekaret og asfyxibordet. Fargene er lyse og takbelysningen kan dimmes opp eller ned. Temperaturen i rommet kan heves eller senkes. Rett utenfor inngangsdøra er det en «huk» der blodgassmaskin, vacummaskin og utstyr for å behandle hjertestans hos voksne plassert. Først nå kommer jeg på suset fra det store kostbare ventilasjonsanlegget som alltid står på grunnet lystgassutstyret vårt, og det grå golvet som lett blir livsfarlig glatt ved søl. For meg er dette et kjent og trygt sted, og sagt med Meløe er jeg en kjent aktør i denne verdenen.<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> Mobilt bord med skuffer i

<sup>9</sup> Asfyxi er et gresk ord som betyr “uten puls”, og bordet er et avansert gjenopplivingsbord for nyfødte, med «timer», oksygen, utstyr for pustehjelp og annen avansert livredning.

<sup>10</sup> Meløe 1973 s.133-143



## 2.2 En normal fødsel

Innsikten om hvordan jordmødre fremmer normal fødsel kan ikke leses frem i bøker. Den må læres på en annen måte, og tilhører det Ingela Josefson kaller *förtroghetskunskap*<sup>11</sup>. Dette er en form for kunnskap som knyttes til erfaring. En annen form kaller hun *påståendekunskap*, som i hovedsak er et begrep hun knytter til teoretisk kunnskap. Skillet mellom teori og praksis kan lett oppfattes som et skille mellom to verdener. Den teoretiske kunnskapen uttrykkes ofte som påstander, og kan ha formen *hvis symptom A, så behandling B*. Denne kunnskapsformen mener Josefson mangler liv, og er ikke operativ i feltet uten i kombinasjon med fortrolighet med praksis. «*Påståendekunskapen hvilar på ett fundament av förtrogenhetskunskap; utan denna kunskap ingen påståendekunskap*». <sup>12</sup> Om teoriene skal ha en mening må de først erfares i praksis. All forskning bør starte i praksis, hevder hun.<sup>13</sup> Jordmødres erfaringskunnskap er ikke egnet til fremstilling ved en systematisk og generaliserbar metode, men jeg kan skrive frem feltet og arbeidet ved hjelp av et nyansert hverdagspråk i en fortelling. På den måten starter og begrunner jeg min forskning i praksis.

Fødekvinnen i fortellingen hadde vakkert hår. Kanskje er det håret som gjør at jeg husker utseendet hennes så godt, slik at jeg i hukommelsen kan fremkalle bilder av hennes bevegelser og ord i rommet. Derfor husker jeg også at hun smilte, og et av smilene forbinder jeg med en innsikt i egen fagutøvelse. Jeg kjente hvor riktig det var i denne situasjonen at jeg ikke bestemte for kvinnen, men forholdt meg ventende slik at hun selv fikk avgjøre om hun skulle ha smertestillende eller ikke. Jeg skjønnte på hvilken måte jeg kunne forvalte et ansvar og dele det med fødekvinnen i denne fortellingen:

*Det er flere år siden, men dette husker jeg: I situasjonen sitter jeg i en gyngestol mellom dodøra og senga som fødekvinnna halvt sitter i. På andre siden av senga sitter den blivende barnefar på en krakk, klemt mellom seng, nattbord og vinduspost. Det er ikke så stor plass her inne, så vi sitter nært hverandre. Kvinnen som har rier og skal føde har vært til svangerskapskontroll hos meg et par ganger, og jeg føler meg heldig som har vakt akkurat når hun kommer inn i fødsel. Lenge puster hun seg fint gjennom riene, stemningen er lett og*

---

<sup>11</sup>Josefson 1991. Ingela Josefson bygger på Aristoteles' inndeling i kunnskapsformer. Se Kap.3

<sup>12</sup> Kjell Johannesen i Josefson 1991 s.102

<sup>13</sup> Josefson 1991

vi småprater og ler litt innimellom. Jeg lytter til en fin fosterlyd, og timene går. Underveis vurderer jeg kontinuerlig om alt er slik det skal være, og det er det. Riene kommer tettere etter hvert, og gjør vondere. Hver gang jeg synes situasjonen krever det, foreslår jeg en stillingsendring eller varmepute, drikke, massasje, toalettbesøk eller noe annet. Så spør hun da; om hun kan få noe smertestillende. Jeg svarer at det kan hun selvsagt få, mens jeg tenker at jeg ikke vil at hun skal få noe som forstyrrer den fine måten hun møter riene sine på. Jeg spør hva hun kunne tenke seg. Hun vil ha forslag, og jeg kommer med de vanlige: Vil du forsøke lystgass? Nei, det vil hun nå ikke. Akupunktur, Petidin og epidural foreslås på samme måte.<sup>14</sup> Og hun svarer at nei, det er nå ikke så viktig. Jeg «skryter» av henne, sier hun jobber godt og hun jobber riktig, sier hun er flink og har masse krefter.<sup>15</sup> Jeg sier at hun kommer til å klare dette helt fint. Og jeg mener det. Etter en stund sitter jeg og holder henne i hånda, hun ligger på siden mens mannen stryker henne over korsryggen. Jeg merker at hun konsentrerer seg for å puste, og jeg skjønner at det er vondt. Hun spør igjen: er det ikke noe jeg kan få? Og jeg svarer at det er det selvfølgelig. Hun får de samme alternativene som tidligere. På nytt sier hun at det er nå ikke så viktig, men kan jeg love henne at jeg ikke går noen steder nå? Det kan jeg. Jeg støtter og oppmuntrer; sier hun er kommet langt i fødsel og jobber kjempegodt med de sterke riene. Nå er det mer hun som holder min hånd enn jeg hennes. Til slutt er det en barnepleier som sitter og holder henne i hånda, mens jeg tar imot barnet som kommer mens barnefar stryker kvinnen over håret. Babyen er som nyfødte babyer skal være, og ligger på mors bryst da jeg etter hvert forlater fødestua. Ingen av dem ser på meg når jeg går, ingen av dem sier noe til meg, og det er slik det skal være det også. Når jeg har sjekket morkaka og gjort slikt som hører til etterarbeid og dokumentasjon etter fødsel, går jeg inn til dem igjen. Kvinnen ligger på siden og ammer sin nyfødte. Barnepleieren har vært inne med et Brett med flagg på, og stettglass med saft (tror jeg), samt kjeks og kaffe. De nybakte foreldrene smiler til hverandre og til meg. Og jeg kjenner gleden over det nyfødte barnet, familien og over vel utført arbeid sammen.

---

<sup>14</sup> Petidin er et morfinlignende smertelindrende stoff som gis med sprøyte. Etter hvert er dette lite brukt på grunn av de uheldige effektene på det nyfødte barnet. Epidural er betegnelsen på ryggbedøvelse; en effektiv form for smertelindring under fødsel

<sup>15</sup> Det er omstridt om jordmødre bør bruke ordet flink overfor kvinnen under fødsel, da mange incestofre har hørt disse ordene uttalt av overgriper da de var barn. Men det visste jeg ikke den gangen.

Denne gleden har jeg kjent mange ganger. Kanskje dette er en form for lykke; en slags beruselse over livet? Det å kjenne at arbeidet har flyt og at det går godt er gledelig og motiverende. Akkurat dette som jeg noen ganger kan uttrykke i vaktskiftet som «en kjempefin fødsel!» er selve næringen i mitt jordmorliv. At jeg av og til kan oppleve å få dele dette øyeblikket med foreldrene etter hardt arbeid for å nå dit, gjør at jeg synes jordmoryrket er verdens beste yrke.

### 2.3 Jordmorarbeid i føderommet

Det jeg gjør i føderommet er en konsekvens av det jeg har gjort før jeg kom dit, og handlingene avhenger av de vurderinger jeg har gjort og kontinuerlig gjør. Noe av det som påvirker handlingene ligger utenfor det umiddelbare synsfeltet. Alle deler av dette er ikke mulig å få frem i en og samme fortelling. I enhver situasjon kan det sies en uoverskuelig mengde sanne ting om den virkeligheten vi erfarer. Situasjonen kan eksistere uavhengig av meg og språket jeg formidler den med. Min beskrivelse av en konkret situasjon som jeg befinner meg i er dermed et uttrykk for min tolkning av denne. «*Enhver sådan konkret situasjon er komplet uoverskuelig*» sier den danske filosofen Peter Zinkernagel.<sup>16</sup> Den samme situasjonen kan beskrives på et ukjent antall måter, der alle kan fremsette sanne påstander. Henvisningen til den konkrete erfarte situasjonen er avgjørende for å forstå påstandene slik som fortrolighet med feltet er det for jordmødre som deler erfaringer. Jeg tenker likevel at jeg ved å løsrive meg fra situasjonene kan formidle noe av det som er usynlig for den umiddelbare forståelsen. Noe av det jeg begrunner mine handlinger med kan vises frem i en generell beskrivelse, selv om det er mye som også ikke sies i en slik beskrivelse. Beskrivelsen fungerer som en skisse over den verden og de arbeidsoppgaver som tilhører jordmorarbeid i føderommet. Dette gir leser et innblikk i hva jeg ofte gjør i min praksis:

*Som jordmor ved føde-barselavdelingen jobber jeg i 3-delt turnus bestående av dag- aften- og nattevakter. Jeg skifter til hvit uniform før jeg går til vaktrommet for å få rapport over det som venter av arbeid i avdelingen. Om dette er ei aftenvakt eller ei nattevakt er vi tre jordmødre som utgjør den påtroppende vaktstyrken på fødeenheten. Av og til er det også en barnepleier med i vaktstyrken. Vi sitter rundt bordet, der jordmødrene fra det foregående skiftet kommer en og en og rapporterer og overlater arbeidet til oss. Vaktleder informerer også om de som er meldt, og kan gi annen informasjon som for eksempel hva de ikke har rukket å utføre av de*

---

<sup>16</sup> Zinkernagel s.5

*planlagte oppgaver i løpet av vakta eller om det er på barselavdelingen det trengs mest personale nå slik at en av oss må gå over dit. Hvor det er mest kvinner innlagt kan vi se på oversiktstavla, og derav få et raskt inntrykk av hva som er aktuelle oppgaver denne dagen. Etter rapporten går jeg inn på ei fødestue for å ta over et arbeid fra en kollega, eller jeg leser gjennom den informasjon jeg har tilgjengelig om noen som ventes inn til avdelinga. Er jeg vaktleder, besvarer jeg telefoner og gir råd.*

*La oss si at det denne ettermiddagen ringer inn ei fødekvinne til avdelinga, og at det er jeg som tar telefonen. Hun forteller at hun tror fødselen er startet. Jeg hører med henne om hvor ofte riene kommer, hvor lenge de varer, når dette startet, og hvor hun kjenner at de «tar» mest. I tillegg spør jeg om det er første barnet, når hun har termin, om vannet er gått, hvor hun bor med mer. Videre vurderer jeg det slik at hun bør komme inn til avdelingen fordi hun skal ha sitt andre barn og fødselen har startet. Ved hjelp av navn og personnummer finner jeg henne i «Partus».<sup>17</sup> Hvis hun har gått til svangerskapskontroller i denne byen eller ved den nærmeste fødestua, finner jeg opplysninger om henne der. Jeg leser også informasjon om henne i Dips.<sup>18</sup> Hvis det ikke er ordnet papir i forkant gjør jeg det nå. Samtidig vurderer jeg tilgjengelige rom- og personalressurser for øyeblikket. Det hender at det er mye å gjøre, og at jeg prioriterer å gjøre ferdig papirer etter en fødsel eller vaske ei fødestue i stedet for å skaffe meg informasjon mens jeg venter på at kvinnen skal komme. Hun kan komme gående til avdelingen eller ringe på den røde knappen slik at jeg går og møter henne i gangen. Siden går jeg sammen med dem inn på undersøkelsesrommet. Jeg får helsekortet, og sjekker om opplysningene stemmer med det jeg har funnet ut fra før.<sup>19</sup> Barnefar får informasjon om parkering og ordner dette. Vi «prater vi oss sammen», imellom ripausene. Hun går på toalettet en tur slik at blæra er tom før undersøkelsen. Jeg vurderer hvordan hun bruker kroppen sin og hører hvordan hun puster.*

*Når jeg har trukket forhengene foran døra, ber jeg henne legge seg ned på undersøkelsesbenken. Siden fødende ofte kvier seg for å ligge på rygg, bruker jeg tid på å plassere puter og heve hoddeenden. Hun svarer på mine spørsmål om hva hun kjenner og har*

---

<sup>17</sup> Programvare utviklet og brukt for administrasjon og dokumentasjon i svangerskap, fødsel og barseltid.

<sup>18</sup> Programvare og administrasjonssystem for dokumentasjon av pasientopplysninger og behandling

<sup>19</sup> Helsekort for gravide; nasjonalt standardisert helsekort som alle som utfører svangerskapskontroller skal dokumentere på, og som kvinnen oppbevarer

*kjent av spark og rier mens jeg kjenner på magen hennes ved hjelp av Leopolds håndgrep innimellom riene. Jeg lytter på fosterlyden med jordmorstetoskopet, gjerne et helt minutt etter ri hvis situasjonen tillater det. Om fostervannet ikke er gått, utfører jeg en vaginal undersøkelse. Kvinnen kler deretter på seg før jeg forteller hva funnene betyr. Dokumentasjonen utfører jeg i Partus, Dips og i papirjournalen.*

*Jeg har funnet ut at kvinnen er i fødsel og at mormunnen har begynt å åpne seg. Alt ser greit ut, og jeg spør hva deres forventninger er. Ulike par har ulike forventninger. Vi går inn på ei fødestue, og når vi lukker døra bak oss informerer jeg om at dette er deres fødested og at jeg vil være her for å hjelpe dem. Siden veileder jeg på pust og hjelper kvinnen til å finne en foreløpig arbeidsstilling, samt viser barnefar hvordan han kan hjelpe. Jeg åpner pc'en og partogrammet og sjekker at utstyret jeg trenger er på plass, samt at asfyxibordet er i orden, før jeg informerer mine kollegaer. Etterpå viser jeg barnefar hvor han kan finne mat, isbiter og drikke til kvinnen. Jeg følger kvinnen gjennom åpningsfasen, foreslår stillinger, veileder på pust, samt viser barnefar hvordan han kan massere henne på ryggen og støtte henne.*

*Av og til går jeg ut av fødestua for nødvendige ærender eller for å hjelpe til i korte perioder. Før jeg går ut av fødestua kvinnen er på, forteller jeg at jeg går ut og hvor lenge jeg blir borte. Jeg viser hvor hun kan ringe på hvis hun trenger meg før. Hun takker ja til å bruke badekar og jeg viser henne hvordan hun kan bevege seg lett i karet slik at vannet gir best avspenning og smertelindring. Etter hvert får hun lystgassmaske å puste i mens hun ligger i karet. Jeg lytter med «doppler» mens hun ligger i karet, og fosterlyden vurderes ca hvert 30 minutt, etter hvert oftere.<sup>20</sup> Dette dokumenteres i Partus. Jeg sitter ved pc-bordet eller på en krakk ved badekaret. Vi prater imellom riene, og jeg svarer på spørsmål fra dem begge. Hun tilbys drikke ofte når hun ligger i karet. Av og til foreslår jeg at hun går på toalettet, og går tilbake i karet etterpå. Jeg skifter gradvis ut vannet slik at det holder god temperatur hele tiden. På slutten kommer hun opp av karet, og jeg setter frem en fitnessball som hun sitter og rugger på mens hun puster*

---

<sup>20</sup> Lite apparat som fremstiller fosterlyd elektronisk, denne fremstilles i display og via høyttaler slik at foreldrene også hører den.

*i lystgassmaska. I mellomtiden ordner jeg utstyrsbordet klart og avtaler med mine kolleger hvem som skal komme inn for å assistere meg.<sup>21</sup>*

*Hun legger seg opp i den klargjorte fødesenga. Nå undersøker jeg vaginalt og finner ut at babyen er sluttrottert på bekkenbunnen, og klar til å komme ut. Jeg ser at hun har pressrier, og veileder og motiverer henne. Når det trengs kommer jeg med tips, og sørger for å ha kontakt med henne med ord og blick hele tiden. Vi ringer på assistanse, og ei jordmor kommer inn. Hun sjekker at det ligger varmeflaske i barnesenga som er fylt med tøy. Jeg lytter på fosterlyden etter annenhver ri, og er hele tiden nær kvinnen i fødesenga. Når barnets hode begynner å krone, veileder jeg henne til å puste mens hun presser. Og jeg støtter perineum<sup>22</sup> slik at hodet fødes sakte frem. Hele tiden har jeg blikkontakt eller samtaler med kvinnen. Når barnet er født legger jeg den nyfødte jenta opp på mors mage. Jeg tørker lett bort slim og blod fra ansiktet og assistenten legger varmt tøy over den nyfødte. Samtidig legger jeg ei hånd forsiktig på mors mage for å kjenne på livmora. Jeg kommenterer noe ved barnet, og ber foreldrene se på og snakke med jenta si. Jeg gir Apgar score og vurderer kontinuerlig barnets tilstand; om jenta har reflekser og tonus, om hun puster fint og om hudfargen endrer seg.<sup>23</sup> Jeg følger med på om mor blør vaginalt, og ser etter tegn på om morkaka har løsnet. Hele tiden følger jeg med på den nyfødte jenta og mors tilstand. Jenta legges slik at barnefar kan klippe navlestrengen, og hun får ei sprøyte med K-vitamin.<sup>24</sup> Kvinnen får ei sprøyte med livmorsammentrekkende medisin for å unngå blødninger, og jeg forløser siden morkaka. Når morkaka er kommet, inspisierer jeg og ser etter fødselsrifter. Området er ømt. Om det er rifter vurderer jeg om de skal sys, og da syr jeg i tilfelle fødselsriften før jeg hjelper mor å vaske seg på hendene og legge seg til rette for den første ammingen.*

*Når den er etablert sitter vi og snakker sammen før jeg henter drikke, frukt og bursdagsflagg til mor og far. Jeg kontrollerer livmora før jeg skriver ferdig i Partus. Siden går jeg ut på*

---

<sup>21</sup> Mobilt bord som jeg dekker opp til fødsel med utstyret jeg trenger, slik som fat med varmt vann, kompresser, pussbekken(en slags skål), bleiekladder, sprøyter, saks, hansker, navlestrikk, jordmorsug (til barnets svelg og nese ved behov) etc.

<sup>22</sup> Perineum; også kalt «mellomkjøtt», er vev som tøyer seg under slutfasen av fødsel

<sup>23</sup> Metode med fem parametre for bedømming av tilstand til nyfødte barn. Poeng; Apgar-score, gis som hovedregel ved 1, 5 og 10 minuttets alder.

<sup>24</sup> Prosedyre som er rutine. K-vitamin gis som profylakse mot hjerneblødning hos nyfødte.

*vaktrommet for å ferdigstille dokumentasjonen. Med jevne mellomrom er jeg inne på fødestua for å se til dem. Når den nyfødte jenta har ammet ferdig veier og måler vi henne og gir henne identitetsarmbånd. Mor later vannet og dusjer mens jeg er i nærheten. Når dette er gjort sjekker jeg igjen livmora, og setter for å prate med familien om fødselen og forløpet videre. Etter hvert går jeg ut på skyllerommet med utstyrsbordet. Morkaka inspiseres og veies, navlestreng inspiseres og måles, og utstyret vaskes eller kastes. Deretter går jeg innom fødestua for å se at alt står bra til før jeg utfører resten av etterarbeidet som kan dreie seg om å sende offentlige meldinger, skrive i fødeprotokollen, bestille prøver eller planlegge overflytting til barsel.*

I en fødepraksis i et føderom er det ulike aktører. Den konkrete situasjonen er bestemmende for hvem som til enhver tid arbeider der. I denne masterteksten er ikke fokus på barnefar, annen familie, barnepleier, assistent, lege eller nyfødte selv om de finnes i de fortellingene jeg presenterer. Mitt fokus er jordmors arbeid, og føderommet først og fremst et erfaringsrom der jordmor samhandler med fødekvinnen og kollegaer. Hvilke erfaringer jordmor gjør i dette rommet preges derfor av hva fødekvinnen ønsker og mestrer, og hva kollegaene forstår og gjør.

Som jordmor har jeg selvstendig ansvar for å ta imot og vurdere kvinner som kontakter avdelinga. Jeg vurderer både om den som henvender seg har behov som tilsier innleggelse, og hvor hun eventuelt bør plasseres. Inntil jeg eventuelt vurderer at jeg skal tilkalle hjelp, har jeg selvstendig ansvar for all hjelp og omsorg til denne kvinnen. Det er et viktig aspekt ved det rom jeg opererer innenfor. Det er jordmødre som står for det vesentlige av det praktiske arbeidet. Tilgangen på hjelp varierer med henblikk på situasjon og tid på døgnet. Jordmor må derfor være en kyndig aktør.<sup>25</sup> Med det mener jeg at jordmor på selvstendig grunnlag må kunne observere, identifisere og vurdere situasjoner og iverksette de nødvendige tiltak situasjonen krever.

---

<sup>25</sup> Jf. Meløe's begrep om aktør og kyndighet i kap.3

## 3.0 Relevant teori og forskning

Arbeidserfaring fra fødepraksis er viktige kilder til jormorkunnskap. I min utforskning av fødepraksis vil derfor både store tenkere og mine kolleger, ved vår mangeårige sameksistens i et praksisfellesskap, bidra i diskusjonen. Jeg vil her gi en kort presentasjon av de tenkerne som jeg erfarer er gode samtalepartnerepartnere når jeg kritisk reflekterer over min og andres praksis. I tillegg presenterer jeg tidligere forskning som belyser mitt forskningstema.

### 3.1 Kunnskapsformer

Aristoteles omtaler ulike former for viten. Han skiller mellom teoretisk, produktiv og praktisk viten<sup>26</sup>. Når det gjelder praktisk viten er det særlig to former for kunnskap som vies oppmerksomhet, nemlig *technè* og *phronesis*.

Technè er knyttet til praktisk utøvelse, og kan forstås som håndlag eller håndverk<sup>27</sup>. Begrepet hører til det Aristoteles omtaler som produktiv viten, og omfatter den kunnskapen som er nødvendig for å kunne konstruere eller skape et ferdig produkt. Begrepet nevnes ofte i forbindelse med fagkunnskap, og dreier seg da om det praktisk-tekniske kunnskapsinnholdet personen må ha for å kunne gjøre jobben sin. Technè er dermed en instrumentell viten om hvordan produsere noe, uavhengig av målet for produksjonen. Jeg kan for eksempel vite på hvilken handverksmessig måte jeg utfører en amniotomi, uten at jeg derved tilkjenner kunnskap om når dette burde eller ikke burde utføres eller hva som er fordeler og farer ved dette inngrepet.<sup>28</sup> Kunnskapen rundt inngrepet er viktig, men ikke implisitt i den rent tekniske ferdigheten; technè, når det gjelder dette.

Phronesis er knyttet til den holdning og viten som ligger til grunn for handlingen, og som handlingen uttrykkes ved. Phronesis hører til det Aristoteles kaller praktisk viten, og er knyttet

---

<sup>26</sup> Aristoteles og Stigen 1999

<sup>27</sup> Knudsen 2001

<sup>28</sup> Å ta hull på fostervannssekken, ofte ved hjelp av en amnionhook; et heklenålsliknende redskap av plast. Amniotomi er et vanlig inngrep i fødsel. Noen ganger utføres dette for å kunne starte intern fosterovervåking, andre ganger som ledd i å forsterke rier eller finne ut hvilken farge fostervannet har. Fostervann skal helst være blakket (og fargeløst), og ikke for eksempel grønt. Grønt fostervann er den vanligste formen for misfarging, og fargen kan indikere risiko for skade.



til personlig skikkethet.<sup>29</sup> Begrepet kan også sies å stå for karakteregenskaper og personlig utrustning i møte med den praktiske utfordringen.<sup>30</sup> Når det gjelder å handle klokt, viser forståelsen seg i handlingene. Praktisk klokskap; fronesis, er høyt verdsatt i Aristoteles verker. Han mener klokskap erverves via erfaring, og uttrykker at de erfarne har øyne som ser rett og at vi derfor skal høre like mye på dem som vi skal stole på det han kaller bevis.<sup>31</sup>

Når jeg skal forske i kloke handlinger, er erfaring det naturlige utgangspunktet. Siden praksis er så mangfoldig og full av uforutsette hendelser, er det ikke mulig å forfatte phronesis i prinsipper for menneskelig handling. Vi må derfor si noe om aktøren som handler. Målet for praktisk kunnskap er gode, eller kloke, handlinger.

Epistème forklarer han som vitenskapelig kunnskap om de høyeste ting. Epistème oversettes i vår tid ofte med sann eller sikker viten frembrakt ved vitenskapelige undersøkelser. Dette benevnes ofte som teoretisk viten. Målet for epistème er sannhet. Eller sagt med datidens ord: sann viten er den som overensstemmer med virkeligheten. I min virksomhet kan det lett oppfattes som at det som er målbart er det sanne. Forskning basert på kvantitative metoder ser ut til å være bestemmende for utforming av prosedyrer, og påvirker derfor praksis i stor grad. Det objektivt målbare ser jeg på som ett av flere viktige aspekter ved kunnskap innen mitt felt. Det er andre aspekter som er like viktige, og som baserer seg på forståelse av sammenhenger. Epistème er i Aristotelisk forstand teoretisk innsikt. Denne forståelsen utfordres av Lindseth, som tar til orde for epistème som en evne til å *se*, og dette baserer seg på alle former for kunnskap.<sup>32</sup>

Technè ligger tettere opp til begrepet epistème enn phronesis slik det ble forstått i antikken.<sup>33</sup> Det endelige målet er likevel felles; eudaimonia; den høyeste lykke. Eller *det gode liv*, som det i vår tid kan kalles. For å fremme det gode liv er det phronesis som er utslagsgivende, både i antikken og i fødepraksis. Her relaterer jeg kunnskapen til *den gode fødsel*, som en del av det

---

<sup>29</sup> Aristoteles og Stigen 1999 og Knudsen 2001

<sup>30</sup> Knudsen 2001

<sup>31</sup> Aristoteles og Stigen s.

<sup>32</sup> Lindseth 2015 s.53

<sup>33</sup> Knudsen 2001

gode liv. Den gode fødsel har noe til felles med den normale fødsel når det kommer til praktisk forståelse i jordmorfag.

### 3.2 Kunnskap i handling

I boka «Kunnskap i handling» er Bengt Molander opptatt av den kunnskap som uttrykkes i handlinger.<sup>34</sup> Vi forholder oss til ulike syn på kunnskap, som uttrykk for ulike tradisjoner. Han omtaler vår teoretiske kunnskapstradisjon som preget av dualisme. Et eksempel på dette er naturvitenskap versus humaniora. Den praktiske kunnskapstradisjonen mener Molander tar avstand fra dualismen i den teoretiske kunnskapstradisjonen og bygger på deltagelse og dialog.<sup>35</sup> Den kunnskapsrike og erfarne praktiker kjennetegnes ved sin oppmerksomhet i handling, hevder han.<sup>36</sup> Ved dette skaper den kyndige praktiker mening i situasjoner. Han sier videre at den kyndige praktiker har utviklet et repertoar innenfor rammen av helhetstenkning; et repertoar utviklet fra mange situasjoner som danner eksempler. Slik forstått at situasjonene regnes som like, selv om hver situasjon er unik. Og at den kyndige praktiker utvikler en analog forståelse av situasjoner, der hun også er oppmerksom på det uventede. På den måten kan jeg tenke at forståelse for hva som er klokt å gjøre utvikles i en hermeneutisk bevegelse, der del og helhet virker sammen. Teoretisk og erfaringsbasert innsikt virker sammen, det ene kan forstås i sammenheng med det andre og vil ved gjentatte hendelser gi økt forståelse. Det handler om “att kunna ta sig fram” skriver han<sup>37</sup>. Med mine ord dreier det seg om å ha lært seg å beherske praksis og ha utviklet en evne til å svare på de utfordringer som byr seg frem i situasjonen. Handlinger er hva de er gjennom den sammenheng de inngår i, slik at den som behersker noe i praksis behersker sin virksomhet som en helhet, skriver Molander.<sup>38</sup>

---

<sup>34</sup> Molander 1996

<sup>35</sup> Molander 1996 s.68

<sup>36</sup> Molander 1996 s.142

<sup>37</sup> Molander 1996 s.113

<sup>38</sup> Smme som

### 3.3 Kunnskap i virksomhet

Jakob Meløe gir interessante tanker om praktisk kunnskap i teksten «Aktøren og hans verden».<sup>39</sup> Han fremhever den verden som kommer til syne når vi er aktører i virksomheter. En aktør konstrueres ut fra handling. Jeg er den jeg er som aktør og handlende subjekt ut fra det handlingen er rettet mot og hva jeg handler med hensyn på. Det handlingen rettes mot må beskrives med de begreper som hører den verden til som aktøren handler innenfor. Det jeg handler med hensyn på, er innlemmet i den verden jeg handler innenfor.<sup>40</sup>

Ut fra en hverdag og virkelighet de fleste vil kjenne seg igjen i forsøker han å ordne og beskrive begreper som vi kan forstå vår praksis ut fra. Med Meløe's terminologi er jeg aktør når jeg handler i en praksis. Det svarer ikke bare en aktør til handlingen, men også en verden. Som aktør kan jeg ikke ha kunnskap om det jeg gjør uten å ha kunnskap om den verden jeg gjør det i, hevder Meløe. Den verden jeg som aktør jordmor handler innenfor er føderommet, organisering av arbeidet, kollegaer, regelverk og øvrig kontekst som jeg vil kalle fødselsomsorg. I disse omgivelsene og gjennom det jeg gjør utvikler jeg mitt kyndige blikk, som er min praktiske kunnskap. Den kan beskrives som min evne til å handle kompetent innenfor jordmorpraksis.

Meløe beskriver også det han kaller det kyndige blikk.<sup>41</sup> Med det kyndige blikk ser jeg det som er å se. For å se hva som er å se ved en virksomhet må jeg se med de begreper som er innebygget i virksomheten. Hva vil det si å se med begreper? Det betyr at det jeg ser ikke bare er en tolkning av mine synsinntrykk, eller en tolkning av en observasjon. Jeg ser med de begreper som er innebygget i virksomheten. De begreper som er innebygget i fødevirksomheten kommer av erfaring og betydelig fagkunnskap, og uttrykkes i handling. Et eksempel på dette kan være hvordan jordmor forholder seg til smerte. Under fødsel er smerter forbundet med rier og er et uttrykk for en ønsket utvikling i en fødselsprosess. Som jordmor vil jeg tolke smertene opp mot hvor i prosessen kvinnen er, og se disse som både informasjon og en hjelp i vurderingen. Smerter i forbindelse med rier hører til en fødsel. Som jordmor vet jeg at dette hverken er farlig eller uttrykk for skade. Jeg kan arbeide med kvinnen uten å gripe til medikamentell

---

<sup>39</sup> Meløe 1973

<sup>40</sup> Meløe 1985

<sup>41</sup> Meløe 1985 s.23

smertelindring, og heller hjelpe kvinnen til å ønske smertene velkommen og håndtere dem på en hensiktsmessig måte for å fremme fødselsprosessen. Dette vil være et viktig anliggende for jordmor. Jeg kan også hjelpe henne med smertelindring hvis det er det hun ønsker, men det er ikke alltid det viktigste i situasjonen.

Hvis jeg så på smerter på denne måten som sykepleier på en kreftavdeling der pasienter har smerter som hemmer livskvaliteten og forårsaker lidelse, ville dette være helt uholdbart. Her ville den best tilgjengelige smertelindring være et viktig anliggende. Når jeg som jordmor i et føderom ser på smerter, forstår jeg det helt annerledes enn når sykepleieren på kreftavdelingen ser på smerter, og mine handlinger vil derfor være annerledes og rette seg mot noe annet enn medikamentell smertelindring. For jordmor betyr smerter i denne sammenhengen at det er rier, og det er en forutsetning for fødsel. Når jeg ser med mine begreper som hører fødepraksis til, ser jeg derfor smerter i forbindelse med rier som et positivt uttrykk, og ikke noe jeg først og fremst ønsker å behandle vekk, men ta på alvor. For å kunne ta dette på alvor må jeg ha kunnskap om smerter i fødsel som noe mer enn uttrykk for fysisk smerte, og som et personlig uttrykk i fødsel.

Meløe skriver om om steder å se fra, og da er steder aktørplasser i en ordning.<sup>42</sup> Min og kreftsykepleierens aktørplass i hver sin ordning krever ulike handlinger. Ulik kunnskap utgjør grunnlaget for ulike handlinger også innenfor samme ordning. En ordning, slik som fødselsomsorg i en fødeavdeling er, kan være organisert slik at de overordnede oppgavene styrer blikket og begrepene aktørene ser med. Det blikket jeg som aktør ser med, er knyttet til stedet jeg ser fra via de erfaringer jeg gjør på dette stedet. Det eksisterer flere blikk og flere steder å se det samme fra. Steder å se fra kan også være et medisinsk, teknologisk eller økonomisk perspektiv. Det jeg ser vil anta ulike skikkelser alt etter hvilket sted jeg ser fra. Ved å bruke begrepene aktør, virksomhet og blikk kan jeg gjøre jordmors praksis og jordmor i en fødepraksis synlig, og sette ord på hennes forståelse og kunnskap.

### 3.4 Oppsummering

Felles for disse teoretikerne er at erfaring spiller en avgjørende rolle for kunnskapsutviklingen. Fronesis utvikles via erfaring. Å handle godt i unike og samtidig gjentagne situasjoner vil utvikle en forståelse for hva som er kloke handlinger i slike situasjoner i fremtiden. På samme

---

<sup>42</sup> Meløe 1985 s.31

måte vil handlinger som viser seg å ikke duge føre til en forståelse av hva som ikke bør gjøres i slike situasjoner.

Molander fremhever at erfaring fra like situasjoner bidrar til at den erfarne praktiker holder flere alternativer åpne som levende muligheter for handling. Meløe hevder at vi lærer av våre erfaringer i virksomheter, av det vi ser og forstår, og det vi så gjør som svar på det vi ser og forstår. Det medfører at vår kunnskap i denne virksomheten er tilpasset virksomhetens karakter. Altså at erfaringer fra en fødepraksis bidrar til å utvikle relevant kunnskap for nettopp denne praksis.

### 3.5 Tidligere forskning på området

Patricia Benner er en kjent og sentral forsker innen sykepleiefag. Hennes forskning har vist seg å ha relevans innenfor mange fagområder. Hun kanskje mest kjent for å ha skrevet om hvordan praktisk utøvelse av sykepleie utvikler seg gjennom gjennom erfaring og tilegnelse av kunnskap. Hennes modell for utvikling av kompetanse kaller hun *fra novise til ekspert*, der hun blant annet redegjør for at erfaringsbasert kunnskap er en form for taus kunnskap som har klinisk dømmekraft som mål.<sup>43</sup> I en artikkel drøfter hun utvikling av det hun kaller klinisk dømmekraft med bakgrunn i studier basert på intervjuer og fortellinger fra erfarne kyndige sykepleiere.<sup>44</sup> Det mest avanserte nivået av klinisk utøvelse kaller hun ekspert-nivået. En ekspertsykepleier utøver etter Benners mening en responsbasert praksis basert på *technè* og *phronesis*, og forholder seg til handling mer enn til kontroll av tegn og symptomer. I en slik nyansert praksisutøvelse mener hun at sykepleieren vet mer enn hun kan fortelle eller beskrive. Hun understreker betydningen av å artikulere den type viten som uttrykkes i praksis ved en slik eksperttilnærming. Det vil være avgjørende for de som skal lære seg faget, men også for å gjøre slik kunnskap felles slik at erfaringsbasert kunnskap og praktisk klokskap kan samles, utvikles og deles. Ekspertkunnskap, praktisk klokskap og *phronesis* et nevnt som samme sak. En ekspertsykepleier utvikler en kvalitativ distinkt måte å være tilstede i situasjoner på, slik at hun er åpen for det uventede og responderer adekvat i situasjonen. Et ensidig fokus på *technè*; i betydningen teknisk-rasjonell forståelse der sykepleieren forholder seg strengt til skjema og

---

<sup>43</sup> Benner og Have 1995

<sup>44</sup> Benner 2004

regler og ikke til situasjonen som helhet, vil ifølge Benner blokkere for praktisk læring og dermed for utvikling til ekspert.

Et eksempel på en teknisk-rasjonell forståelse innen fødselsomsorg er den såkalte Dublin-modellen.<sup>45</sup> Modellen ble først introdusert 1960 som en hjelp til å forstå og handtere fremgang, og da først og fremst forhindre langsom fremgang i fødsel. Modellen tar til orde for en aktiv håndtering av fødsel, der fremgang skal overvåkes og tegn til avvik fra standard skal korrigeres. Fremgangen overvåkes ved hjelp av et skjema basert på en kurve. Det er herfra vi har «regelen» om mormunnsåpning på 1 cm per time i aktiv fødsel. Metoden er videreført i andre arbeider, begrunnet med behovet for å redusere tilstanden langsom fremgang i fødsel, som er en vanlig årsak til inngrep.<sup>46</sup> I en oversiktsartikkel fra 2008 konkluderes det med at vi har lite forskningsbasert kunnskap om fødselens varighet og betydningen av langvarige fødselsforløp, noe som er problematisk all den tid en tredjedel av norske fødende får ristimulering på grunn av langsom fremgang.<sup>47</sup> Tid er blitt en viktig faktor i arbeid med fødsler.

Anne Brunstad er norsk jordmor og høyskolelektor. Hun er trolig mest kjent som redaktør av *Jordmorboka*.<sup>48</sup> I 2010 publiserte hun en studie om hvilken kompetanse jordmødre mener er viktig i fødesituasjoner.<sup>49</sup> Studien viser at jordmødre i stor grad forholder seg til en teknisk – rasjonelt preget virkelighet, men at den teknologiske kompetansen er noe de må beherske godt for at dette ikke skal ta fokus fra det viktigste. Noe av det viktigste ble omtalt som *Å få kvinnen til å føde, Å gi rett hjelp til rett tid og Å ta ansvar for egen fagutvikling*. Når det gjelder å få kvinnen til å føde nevnes det både å unngå inngrep og skape ro i tillegg til å ha fokus på det normale. I forhold til å gi rett hjelp til rett tid ble god kommunikasjon fremhevet, og dette å kunne gi hjelp og støtte.

Hjelp og støtte er fremtredende i jordmorfag og beskrives som viktig jordmorkompetanse også av andre forskere.<sup>50</sup> I en studie av jordmødres erfaringer med omsorg i fødsel sies det at

---

<sup>45</sup> O'Driscoll, Meagher et al. 2003

<sup>46</sup> Paul and Bruinrie 2007

<sup>47</sup> Blix, Kumle et al. 2008

<sup>48</sup> Tegnander and Brunstad 2010

<sup>49</sup> Brunstad 2010

<sup>50</sup> Berg og Lundgren 2010

kunnskap skapes og deles av kvinnen, jordmor, barnefar og det ufødte barnet underveis i fødselsprosessen.<sup>51</sup> Fødselen ses som en overgangsfase på vei mot å bli foreldre, og jordmors arbeid uttrykkes som en balansegang mellom fortid, nåtid og fremtid der ulike hensyn kontinuerlig veies opp mot hverandre. Dette blir også kalt å balansere ved grensene. Tillit og trygghet er viktige elementer i relasjonen, sammen med delt forståelse og kunnskap. Dette gjør at jordmor kan være en ledet ledsager der omsorgen er avhengig av at jordmor deltar i og lar seg lede av kvinnens unike situasjon.<sup>52</sup>

Gunnhild Blåka (tidl. Sandvik) er den første norske jordmor som har disputert til en filosofisk doktorgrad. Dette skjedde i 1996, og antyder vel derved at jordmorfaget er ungt i norsk forskningssammenheng. Hennes arbeid har vært betydningsfullt i forhold til å forstå kunnskapsgrunnlaget for utøvelse av jordmorfag i det moderne Norge. I sin avhandling *Fra distriktsjordmor til institusjonsjordmor* belyser hun sentrale sider ved forståelsen av jordmors arbeid.<sup>53</sup> Via historiske beretninger gis et bilde av en praktisk handlingsklokskap. Gjennom dialog gjorde jordmødrene i disse beretningene seg gjensidig forståtte i hva det ville si å utøve klokt jordmorskjønn. I dagens jordmorverden har det klassifiserende vitenskapelige språket i økende grad erstattet det fortellende språket som grunnlag for kunnskapsoverføring, hevder hun. I avhandlingen problematiserer og belyser hun relevante sider ved vitenskapelig og praktisk kunnskap innenfor jordmorfag, og fremhever fortellingens og hverdagspråkets betydning for utvikling av faglig og moralsk kunnskap. Dialogen, forankret i fortellinger fra situasjonsbestemte erfaringer, er et viktig element i jordmødres kunnskapsutvikling både faglig og moralsk. Eksemplifisert ved tidlige utgaver av *Jordmortidsskriftet*, åpnet dialogen for gransking av hva som var god eller mindre god kunnskap.

Hennes artikkelsamling *Moderskap og Fødselsarbeid* omhandler to sentrale kunnskapstradisjoner innenfor norsk fødselspraksis; den jordmorfaglige og den fødselsvitenskapelige.<sup>54</sup> Hun omtaler disse som hhv. fenomenologisk og biomedisinsk

---

<sup>51</sup> Thelin, Lundgren et.al 2014

<sup>52</sup> Thelin, Lundgren et al 2014

<sup>53</sup> Sandvik 1995

<sup>54</sup> Sandvik og Hauglund 1997

tenkemåte eller jordmorfaglig og fødselsmedisinsk diskurs.<sup>55</sup> I en senere studie belyser hun og medforfatter Schauer Eri konsekvensene av denne etter hvert kjente dikotomien for dagens jordmødre som å være i et motstridende rom.<sup>56</sup> Rommet beskrives som dominert av standarder der sensitiv fagutøvelse skyves i bakgrunnen. Et av sitatene refererer ei jordmor som er redd for å miste sitt kliniske skjønn på et sted der standardisert kunnskap har forrang. Forfatterne hevder blant annet at den erfaringsbaserte og sensitive jordmorfaglige utøvelsen lett blir usynliggjort i en virksomhet der en teknisk instrumentell rasjonalitet styrer kunnskapssynet og gir det form av regler og prosedyrer. Dette kan man kalle en ideologisk kamp mellom de to ulike tenkemåtene, noe som også preger det praktiske feltet.

---

<sup>55</sup> Kunnskapens uttrykksform, etter Foucault.

<sup>56</sup> Blåka og Schauer Eri 2008, s.348



## 4.0 Min forforståelse

Min forforståelse påvirker mitt blikk på fødepraksis, og hvilket sted jeg ser min og kollegaers praksis fra. Derfor vil jeg gjøre rede for den her, og fortelle frem mine erfaringer og tolkninger av hva jeg holder for sant i min virkelighet.

Hva er det å forstå noe? Hans-Georg Gadamer hevder at menneskelig forståelse og handling baserer seg på grunnleggende fordommer.<sup>57</sup> Fordommer er det ordet han bruker om forforståelse. Jeg tolker det slik at vi har en for-mening om det vi erfarer i verden som preger vår forståelse av det vi erfarer. Vi er inntatt av noe som en betingelse for at vi erfarer noe *som* noe, altså at vi erfarer noe i en retning slik at det vi møter har noe å si oss. Det som allerede er kjent og som jeg har en erfaring med og forståelse av er det som gjør ny forståelse mulig. I det daglige er våre egne forutsetninger for forståelse og våre fordommer skjult for oss. Det skjulte kan komme til syne i møte med noe som er annerledes. Det som inviterer til forståelse, må allerede på forhånd ha vist seg frem som annerledes.<sup>58</sup>

All forståelse starter med min egen forforståelse, hevder Gadamer. Forståelse kommer forut for beskrivelse, og er en sentral forutsetning for det jeg skal begi meg inn i. Jeg skal forske i eget felt, og det er nødvendig å utforske mitt eget ståsted i dette. Før jeg nærmer meg andre, må jeg lære meg å forstå meg selv. Gadamer sier at forståelse er en bevegelse som er rettet mot livet. Jeg forstår dette som at all min erfaring, både i livet generelt, i yrket spesielt og i det jeg leser, reflekterer og forstår, er en del av min dannelse rettet mot livet. Jeg tolker og forstår på bakgrunn av den jeg er. Han bruker begrepet sannhetserfaring, og jeg tenker at dette handler om at det jeg holder for sant er en tolkning basert på hvem jeg er og hvordan jeg tolker mitt liv og min praksis på bakgrunn av dette.

Jeg er eldst av fem søsken, og da jeg i 1968 fylte fem år var jeg allerede storesøster til tre. Det året jeg fylte ni år fikk jeg et søsken til; en lillebror. Det at barn kom til verden var aldri et skjult tema for meg. Allerede før jeg begynte på skolen hadde jeg lært meg å lese (min far er lærer), og jeg leste og så på bilder i boken «Et barn blir til».<sup>59</sup> Jeg lærte om sædceller og egg, og kunne

---

<sup>57</sup> Gadamer og Jordheim 2003

<sup>58</sup> Gadamer og Jordheim 2003

<sup>59</sup> Nilsson, Hamberger et al 2009

til mine venniners mødres forskrekkelse fortelle mye om hva som skulle til for at de skulle kunne få søsken. Jeg tror jeg har vokst opp med at det var både naturlig og vanlig at det ble født babyer. Gravide kvinner og babyer var en synlig del av den verdenen jeg levde i.

Min interesse for jordmorfag våknet i grunnen med erfaringen av å føde mitt eget barn. Men forut for dette hadde jeg tatt sykepleierutdanning. Tanken på at jeg skulle bli jordmor hadde foreløpig ikke streifet meg. Jeg leste sykepleierutdanningens anbefalte pensum om fødsler og barseltid med stor interesse men kanskje mindre innsikt. På midten av åttitallet hadde sykepleierstudentene tre ukers praksis på føde-barselavdelingen. Jeg syntes det var spennende å få innblikk i en del av en verden som var så ukjent og kjent på samme tid. Jeg lærte å barbere underliv, sette klystør før fødsel og utføre «bekkenskylling» i barsel. Noen fødsler fikk jeg også være med på. To av fødslene husker jeg ganske godt. Jeg husker at jeg tenkte at det virket så enkelt; det var lite teknisk utstyr, jordmor brukte trestetoskop, kvinnene bare fødte og så var det over. Det hele forekom meg lite avansert. Alt jeg hadde lest om fosterlyd og overvåkning, klipp og bedøvelse, uutholdelige smerter og livreddende behandling så jeg ikke noe til. Stillheten og den dempede belsningen gjorde på en måte hendelsen naken. Som sykepleierstudent kjente jeg meg snytt for noe jeg ikke visste hva var. Var dette det hele? Lite visste jeg om alt det jeg senere skulle lære om, og som jordmor bar med seg av kunnskap. Det disse jordmødrene kunne var ikke for meg å få øye på den gangen. Det måtte da være en enkel jobb å være jordmor, bare stå der og vente?

Jeg fødte mitt eneste barn ved en stor universitetsklinikk i Sverige. Vi bodde noen minutters kjøring fra fødeavdelingen, og jeg brukte god tid hjemme i badekaret før vi tok kontakt med dem. Vi ankom midt i et vaktskifte, og i løpet av de første to timene etter ankomst rakk jeg å hilse på og bli undersøkt av flere mennesker, deriblant en medisinerstudent som skulle komme til å bli en god støtte for meg. I ettertid er det medisinerstudenten som representerer det gode i oppfølgingen. Etter fødselen tok de min helt nyfødte datter fra meg, badet henne og la henne i en «plastkasse». Jeg var ute av stand til å si at jeg ville ha henne hos meg. Medisinerstudenten var ikke der. De forstod bare svensk, og jeg kunne ikke komme på noen svenske ord. Det er jeg litt forundret over. Svensk er ikke så vanskelig og var jo det språket jeg snakket på arbeid hver dag den gangen. Mine nordnorske ord førte til «ursäkta?» så mange ganger at jeg til slutt bare gav opp. På stallebordet under varmelampa lå hun i en gjennomsiktig plastkasse, og strakk en liten arm opp i været. Lengselen etter å ha henne inntil meg gjorde fysisk vondt.

Når jeg mange år senere søkte om opptak til jordmorstudiet hadde jeg en klar formening om at som kompetent jordmor må jeg først og fremst kunne forstå den jeg skal hjelpe. Det er viktig at jordmor er seg sitt ansvar bevisst og klarer å tolke og forstå behov som kvinnen ikke alltid klarer å gi uttrykk for med ord. Jordmors arbeid er å støtte og styrke kvinner, sier Ingela Lundgren<sup>60</sup>. De aller fleste fødekvinne er i stand til å selv avgjøre hva som er bra for dem og deres barn, født eller ufødt. Mange ganger trenger de støtte for å kunne ta i bruk denne evnen, slik jeg selv hadde trengt den gangen. Siden har jeg blitt fortalt mange historier om lignende opplevelser som min egen; opplevelsen av å ikke bli forstått.

Nå kan jeg se meg tilbake, og forstå mer av det jeg var vitne til som sykepleierstudent på fødeavdelingen på begynnelsen av åttitallet. Jordmor lot fødekvinne arbeide med riene og fødselen uten å styre henne. Hendelsene hadde for meg et selvfølgelig preg. Kanskje var det slik jordmødre handterte fødsler den gangen, uten inngrep og overvåkning. Eller kanskje jordmor i situasjonen visste og forsto mer enn jeg kunne se. Jeg er jeg veldig takknemlig for disse erfaringene, og det er ikke før jeg nå skriver dem ned at jeg forstår hvilken innvirkning de har hatt når det gjelder min dannelselse i yrkesrollen. Tiden som har gått siden denne hendelsen gjør at jeg ser på den med et nytt blikk. Om dette sier Gadamer at tiden ikke er en avgrunn som adskiller og holder avstand, men er et bærende fundament for det hendelsesforløp som den samtidige forståelsen har sine røtter i.<sup>61</sup> Uten dette fundamentet vil jeg ha vanskelig for å forstå de situasjoner jeg skal komme til å stå i. Situasjoner gir mening når jeg skal fortelle frem hendelser. Hvis jeg ikke er bevisst på min tidligere erfaring, kan jeg miste meningen av syne.

Gjennom mange år som jordmor ved sykehuset er jeg selvfølgelig preget av tenkemåter som er gjeldende der. Det var ikke før jeg som masterstudent skulle skrive frem egen erfaring i essay at jeg ble oppmerksom på hvordan dette kan vise seg frem. Som jordmor er jeg fortrolig med fødepraksis og har lært meg måter å forstå noe på som er operativt i situasjoner jeg møter. For eksempel vil jeg forstå hva god fremgang i fødsel er. Jeg forstår hva som er saken når min kollega forteller om en fødsel og sier at det gikk fint fremover; at kvinnen hadde god fremgang i fødselen. Hvordan god fremgang ser ut og hvilken betydning dette har er en grunnleggende innsikt som jordmor i en fødepraksis må ha. Denne innsikten vil jordmor først lære seg ved å

---

<sup>60</sup> Berg og Lundgren 2010

<sup>61</sup> Gadamer og Jordheim 2003

undersøke og tolke rier og mormunnsåpning.<sup>62</sup> Senere tilkommer det en kvalitativt begrunnet forståelse av hva dette er. Derfor spør jeg ikke min kollega hva hun mener med god fremgang. Jeg har sett og erfart dette mange ganger, og kan si mye om fremgang i en situasjon. Begrepet om fremgang er helt essensielt. Dette må jeg forstå for å kunne delta i diskusjonen eller handle i en situasjon. Min forforståelse av begrepet fremgang er grunnleggende for å forstå hva jordmødre gjør og måten de gjør det på.

Men min forforståelse kan også lukke for noen typer innsikt. Jeg kan ubevisst komme til å tolke et begrep eller en hendelse tilsvarende innholdet i egen forforståelse. Over lang tid har jeg utført handlinger i et praktisk felt, der det er om å gjøre å handle. Noen ganger er det også om å gjøre å handle innenfor retningslinjene. I en praktisk-klinisk hverdag er det sjelden rom for eller oppmerksomhet rundt å sette ord på det jeg gjør. Jeg opplever derfor at en stor del av min praktiske innsikt er ord-løs. Til daglig uttrykker jeg at jeg forstår hva min kollega mener for eksempel ved å bekrefte hennes synspunkt. Når min kollega forteller om ei fødekvinne som gruer seg til fødselen og som trenger ekstra oppfølging i fødsel på grunn av dette, spør jeg ikke hva hun faktisk gjør når hun gir denne oppfølgingen. Jeg spør hva kvinnen kommuniserer at hun trenger. Det er det ei jordmor ofte gjør. Handlingene og oppmerksomheten er rettet mot fødekvinnen. Og jeg kan på bakgrunn av hva min kollega sier være enig i at denne kvinnen trenger ekstra oppfølging. Min kollegas vurdering er fullt forståelig for meg. Hva min kollega legger i ekstra oppfølging setter vi ikke ord på. Dette er en så selvfølgelig slutning at jeg ikke en gang vurderer å stille spørsmål ved det. Nå i skriveprosessen tenker jeg at det opplagte spørsmålet ville vært: Hva mener du med ekstra oppfølging i denne situasjonen?

---

<sup>62</sup> Mormunn er jordmødres betegnelse på livmorhalsen's åpning

## 5.0 Metode

Jeg vil undersøke jordmors erfaringer med normal fødsel, nærmere bestemt handlinger som fremmer normal fødsel. Min egen arbeidsplass har vært mitt forskningsfelt. Personlig erfaring i praksisfeltet, som nå er blitt forskningsfelt, kan få frem en forståelse ikke alle utenforstående kan. Mulighetene ligger i å ha tilgang til fortrolig førstehåndserfaring. Dette gir meg god forhåndskunnskap om temaer i feltet. Som student ved Senter for praktisk kunnskap ved Universitetet i Nordland har jeg skrevet fortellinger fra egen yrkespraksis for å utvikle kunnskap fra min erfaring. Fortellingen fungerer som verktøy til dannelse av ny kunnskap, og som kilde til personlig utvikling.<sup>63</sup> Ved kritisk gransking av egen praksis fant jeg forhold jeg ønsket å utforske mer. Det viktigste var utfordringene ved å fremme normal fødsel innenfor rammene av norsk sykehus. Under skrivingen kom en konflikt til syne. Konflikten dreier seg om ulike syn på hvordan normal fødsel forstås, og hva som er gode strategier for å oppnå dette. Jeg begynte å undre meg over den normale fødsels livsbetingelser, og det jeg må forstå for å kunne fremme den normale fødsel innenfor den virksomheten jeg er en del av. I tillegg begynte jeg å legge merke til og undre meg over at mine kollegaer mestret dette på ulike måter. Det medførte interesse for å utforske jordmødres forståelse av arbeidet med normal fødsel. Derfor har min fremgangsmåte vært å skrive frem erfaringer, først egne og deretter andre jordmødres erfaringer.

### 5.1 Valg av deltagere

Som en del av et arbeidsfellesskap som utgjorde feltet jeg skulle forske i, hadde jeg god tilgang på deltagere til intervju. Jeg har i mange år arbeidet sammen med de to deltagerne jeg valgte. I løpet av disse årene har vi stått i mange situasjoner sammen, og hatt mange samtaler underveis. Jeg har stor respekt for dem begge, de er dyktige jordmødre. At det ble akkurat disse to jeg spurte, skyldes at jeg har erfart at de jobber veldig forskjellig samtidig som de begge får gode tilbakemeldinger fra både fødekvinnene og øvrige kollegaer. Begge handler etter det jeg erfarer klokt i forhold til å fremme normal fødsel. Jeg tenker derfor at de to erfarne jordmødrene bidrar med ulike perspektiver på det samme og hjelper meg til å se et mangfold i tilnærmingen. Jeg

---

<sup>63</sup> Methi 2015

har gjort et strategisk valg av deltagere, når jeg har valgt noen jeg mener kan bidra i forhold til det jeg ønsker å vite noe om.<sup>64</sup>

## 5.2. Essay som sjanger

Essay er en særegen måte å utforske kunnskap på. Som form er essayet åpent, søkende, sansende og reflekterende.<sup>65</sup> Refleksjon forstår jeg her som en undring, i form av å stille seg undrende til det som erfares. Essayets form åpner opp for undring mer enn å overbevise leseren. I essay som kritisk utprøvende metode er hensikten å bearbeide erfaringer via kritisk refleksjon for å forstå og forbedre praksis.<sup>66</sup>

Når erfaring blir tekst, kan den forskes på. Fortellingen utgjør tekstliggjøringen av erfaringen. Via fortelling kan jeg rette oppmerksomheten mot min praksis, og forsøke å sette ord på en erfaring, slik at den blir synlig. Fortellinger er på den måten en erkjennelsesform. Via ulike refleksjonsprosesser vil fortellingene bidra til erkjennelse og personlig utvikling. Selve skrivingen er redskapet for refleksjonen. I skriveprosessen tvinges jeg til å dvele ved erfaringen, og i spenningen mellom fortelling og refleksjon kan jeg få nytt perspektiv på egen praksis og se noe nytt i det allerede kjente.

Essay i tradisjonen etter Montaigne fremstilles som en dialog mellom litteratur/teori og erfaring.<sup>67</sup> Det er dialogen jeg oppfatter som det kritiske og kunnskapsdannende ved denne refleksjonsformen. Essayet krever at forskeren har kunnskap om og innsikt i temaet som skal granskes, slik at leseren kan inviteres inn i en samtale der større forståelse er målet. Dialogen gir muligheter for å utfordre egen erfaring og den eksisterende kunnskapen. Det krever også at forskeren har vitenskapsteoretisk og etisk innsikt. Ulike meningskilder møtes og integreres i essayet. Ved refleksjon og teoretisk tilnærming skapes dialog og dermed bevegelse i forståelsen, og ny kunnskap kan oppstå. Erfaringen er det bærende og styrende element i forskningen. Bevegelsen, i form av kritisk utprøving av erfaring ved skriftlig refleksjon og dialog, er det essensielle verktøyet.

---

<sup>64</sup> Dahlberg 2014 s.80

<sup>65</sup> Bech-Karlsen 2003

<sup>66</sup> Methi 2015

<sup>67</sup> Bech-Karlsen 2003

Essayet er en erfaringsnær forskningsmåte, og vil egne seg godt når jeg vil granske egne og andres erfaringer med mål om bedre forståelse og ny innsikt i praktisk kunnskap i jordmorfag. Metoden skiller seg fra mer etablerte metoder der temaer i utgangspunktet tolkes i lys av et teoretisk perspektiv. Erfaring som ikke passer inn i modellen for tolkning kan innenfor slik metodebruk overses. Det er viktig for meg at jeg i begynnelsen av prosjektet ikke forkaster noe som senere kunne vist seg å være essensielt for forståelsen. Essay som kritisk utprøvende metode anerkjenner den mangfoldige levende erfaring som kilde til kunnskap. Anerkjennelsen ser jeg som en nødvendig forutsetning for å forstå jordmorpraksis.

### 5.3 Intervju

Praksis kan ikke fortelles frem ufortolket, fortellingene vil alltid være preget av fortellerens forforståelse. Utfordringen er at det er lett å overse det jeg selv er fortrolig med. Når en studerer sin egen kultur, er det lett å ta sosiale og kulturelle forhold for gitt og selvsagte, skriver Wadel.<sup>68</sup> Hva er jeg blind for når det gjelder egen praksis? Noe av det jeg er blind for kan jeg finne ut ved å stille meg kritisk til egen praksis, og lese og gå i dialog med forskning og vitenskapsteori.

Men noe kan også ligge utenfor mitt synsfelt. Filosofen Meløe beskriver dette med synsfelt ved to som snakker sammen over et kafébord, der hver av dem kan se hva som skjer bak den andres rygg.<sup>69</sup> La oss si at det er meg og min kollega som sitter ved kafébordet. Vi kan begge se det som står på bordet, det er felles for våre blikk. Det som skjer bak min rygg er skjult for meg, og det vet vi begge. Det samme gjelder tilsvarende den andres rygg. Med mindre jeg kan identifisere og forstå min kollegas synsfelt, som er skjult for mitt blikk, kan jeg ikke forstå situasjonen. Dialogen forutsetter at jeg kan sette meg inn i den andres situasjon og forstå hvilken informasjon hun kan formidle med sitt blikk. Jeg kan forutsette at vi har det samme kyndige blikk i situasjonen. Jeg må likevel forholde meg til den andre sitt blikk som noe annet enn mitt eget. Det fins ulike steder å se fra, og det fins ulike steder å se det samme fra. Det som er skjult for mitt blikk kan være synlig for en annens. Og ulike steder å se det samme fra viser andre skikkelser fra de andre stedene. Jeg kan derfor ikke forutsette at jeg og min kollega forstår det samme ved for eksempel *ekstra oppfølging* i en fødesituasjon. Min subjektive forståelse kan

---

<sup>68</sup> Wadel 1991

<sup>69</sup> Meløe 1985 s.

gjøre meg blind for det opplagte.<sup>70</sup> Blindheten kan helt eller delvis oppheves ved andres innspill. Andres innspill i denne sammenhengen forstår jeg kan være både teoretiske perspektiv og nye erfaringer. Selv om jeg har kunnskap og erfaring fra det samme feltet som dem jeg intervjuet, har jeg lært mye av dem. Jeg oppdaget at mine kollegaer kom inn på interessante tema, spørsmål og vinklinger jeg selv ikke hadde tenkt på. Dette har beriket både min forståelse og teksten som helhet.

Det er altså noe ved jordmorpraksis som ligger utenfor mitt synsfelt. Jeg har erfart at noen jordmødre som jeg i utgangspunktet oppfatter som svært ulike, alle kan handle klokt i normal fødsel. Jeg har også forstått at denne kunnskapen har tilknytning til erfaring. For å forstå mer er det nødvendig å få tilgang til det som er synlig for mine kollegaers blikk og skjult for mitt eget. For å få tak i andre jordmødres erfaring gjorde jeg intervjuer. Jeg var interessert i å få tak i mine kollegaers erfaring i form av fortellinger.

Jeg gjennomførte to intervjuer av omtrent en times varighet hver gang. Når jeg snakket om valg av sted for intervju med deltagerne, kom det frem at de så på muligheten for å få sitte i fred og ro et tilfeldig sted på jobb som begrenset. Jeg var opptatt av at dette ikke skulle medføre bryderi for deltakerne utover det å faktisk ta seg tid til samtalen. Dermed endte vi opp med at jeg kom hjem på besøk til dem på et avtalt tidspunkt. Kanskje var dette medvirkende til at deltagerne fortalte åpent og villig. Hjemmet er et sted der vi kan tillate oss å tenke åpent og fritt. Kanskje er det noe grunnleggende i dette å kjenne seg fri når vi skal tenke utover det daglige. Fritt og ubundet av det virksomheten til daglig pålegger oss, kunne vi dele hverandres verden. Slik kom vi frem til forståelser på områder jeg ikke kunne forutse, der dialogen ga rom for en overskridelse av vår tidligere forståelse.<sup>71</sup>

Under intervjuene benyttet jeg mp3-opptaker og gjorde notater underveis i samtalen. Notatene gjorde jeg i utgangspunktet for å kunne følge med på tema underveis. I ettertid har jeg hatt stor nytte av disse som utfyllende informasjon, da notatene også speiler hva jeg selv tenkte og la vekt på under intervjuene. Under transkribering av det første intervjuet hørte jeg irriterende mange ganger at jeg ikke fulgte opp viktige tema i samtalen. Utfordringene med både å holde fokus og samtalen i gang var krevende, og noen ganger lyktes det ikke helt. Når min kollega

---

<sup>70</sup> Paulgaard 1997

<sup>71</sup> Østerberg 1972



forteller noe og så spør: *Forstår du hva jeg mener?* Går jeg glipp av noe irriterende viktig ved å svare *Ja*. Temaet lukker seg og samtalen går inn i et annet spor. Erfaringene med det første intervjuet ga viktig læring. På opptaket til intervju nummer 2 legger jeg merke til en gradvis endring i måten jeg selv deltar i samtalen på. Det er en bevegelse mot å delta mer aktivt. Jeg presenterer egne erfaringer som respons på det den andre forteller. Og jeg hører at ny innsikt oppstår i det felles rommet vi deler der og da. Det er i den gjensidige deltagelsen det nye trer frem, og jeg har erfart at også det kvalitative forskningsintervjuet er et håndverk som må læres i praksis.

#### 5.4 Formelle krav

Et ledd i en forskerprosess er å få stillet de formelle krav i orden. I dette tilfellet skulle prosjektet godkjennes av NSD.<sup>72</sup> Den første utfordringen var kravet om intervjuguide som skulle følge søknaden. Ved kvalitative forskningsintervju er det et poeng at forskeren ikke skal bruke ferdig oppsatte kategorier.<sup>73</sup> Det er en bevisst holdning at forskeren skal vise åpenhet overfor det som kommer frem i samtalen. Kvale poengterer at forskeren gjennom vanlig språkbruk ønsker å få tak i åpne og nyanserte beskrivelser som danner grunnlag for fortolkning av mening. Wadel hevder at det er om å gjøre å vise en interesse og en åpenhet, eller naivitet, i møte med fenomenet slik at nyansene kan tre frem.<sup>74</sup> Dette ble utfordrende å få frem i en intervjuguide ved hjelp av forhåndsbestemte spørsmål. Jeg hadde i grunnen ikke helt klart for meg hva jeg skulle få fortalt. Åpningsspørsmålet *Kan du fortelle om en normal fødsel* gir mange muligheter for svar og få begrensninger. De gode spørsmålene lot seg vanskelig formulere klart og tydelig fordi det som skulle komme frem i intervjuene ikke var forutbestemt. På hvilken måte kunne jeg spørre for å finne de svarene jeg ikke hadde, innenfor et tema jeg ikke visste hva var? Etter noen runder med kreativ spørsmålsformulering skjønnte jeg at de gode spørsmålene ikke fantes på forhånd. De ville komme som en del av oppfølgingen av deltageres fortellinger.

---

<sup>72</sup> Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste

<sup>73</sup> Kvale, Anderssen et al 1997

<sup>74</sup> Wadel 1991

Intervjuguiden ble derfor bestående av *Hva så du?*, *Hva tenkte du?* og *Hva gjorde du?* Disse åpne spørsmålene ville jeg kunne bruke uten at de styrte svarene i en forutbestemt retning. Under arbeidet med spørsmål til intervjuguiden kom det opp nye sider ved min forståelse av tema. Arbeidet bar nærmest preg av et intervju med meg selv, en prosess som bidro til klarhet i egen forståelse. Det ble klarere for meg hva jeg egentlig ville få frem. Tankeprosessen forbedret min evne til å se i intervjusituasjonen.

Av NSD har jeg fått tillatelse til å intervju to erfarne fødselsjordmødre ved mitt arbeidssted. Tillatelsen gjelder formålet å bidra til økt forståelse for hva jordmødre gjør for å fremme normal fødsel. På bakgrunn av skriftlig søknad sendt ledelsen ved arbeidsstedet, fikk jeg tillatelse til å intervju deres arbeidstakere. Deltagerne har lest informasjonsskriv og skrevet under på samtykkeerklæring.<sup>75</sup> Det er verdt å nevne at vanlig gjeldende konfidensialitetskrav er ivarettatt. Opplysningene som er brukt er anonymiserte, alle navn i teksten er fiktive og lydfiler er slettet etter transkribering. Det er ikke foretatt sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som er indirekte personidentifiserende. Deltakerne fikk skriftlig informasjon om at de når som helst i løpet av perioden frem til ferdig mastertekst kunne trekke seg fra samarbeidet. Det har de imidlertid ikke gjort.

## 5.5 Analyseprosessen

Her gjør jeg rede for hvordan jeg har fortolket mine egne og andres fortellinger. I nedskrevet form er erfaringene blitt til tekst som presenterer et nytt innhold. Både underveis i den skriftlige fremstillingen og når jeg i etterkant leser dem skapes en distanse til den umiddelbare erfaringen og innholdet kan tre frem mot en annen bakgrunn. Bakgrunnen kan være teori, og i lys av ny forståelse ses nye sider ved det allerede skrevne. Fortellingene formidler etter hvert noe mer enn erfaring, de formidler også spørsmål om hvilken kunnskap som bærer erfaringen.

Inngangen til tema for masterprosjektet var min egen erfaring. Det kjennes uvant å skulle kalle dette for empiri. Men min erfaring skrevet ut som fortelling er jo nettopp grunnlaget for min forståelse, og således empiri. Mine kollegaers fortellinger er det lettere for meg å kalle empiri. Jeg har skrevet fortellinger ut fra det mine kollegaer har fortalt under intervjuet. Både av anonymitetshensyn og med hensyn til leseropplevelsen har jeg linket sammen uttalelser som

---

<sup>75</sup> Vedlegg 1-5

jeg mener hører sammen<sup>76</sup>. Fortellingene er derfor ikke fremstilt identisk med samtalen slik den foregikk, men den intervjuedes erfaring mener jeg kommer godt frem i fortellingen. Pauser, småsnakk og mange *ja*, latterutbrudd med mer har jeg utelatt. Dette viser seg som (...) i teksten. Til sammen presenterer jeg 5 fortellinger, der 4 er mine egne og 1 er fra min kollega. I tillegg forekommer det anekdoter og små eksempler. Jeg har etter lang erfaring i praksis rikelig tilgang til egne fortellinger, og disse overskrider mine intervjubaserte fortellinger fra kollegaer i volum. Dette gjelder både i forhold til levd erfaring og som datamateriale. Jeg kan si det slik at empirien dermed gjenspeiler et forhold i virkeligheten der jeg i stor grad opplever at jordmødre stoler på sin egen erfaring. Jeg er intet unntak. Materialet oppleves rikt nok til å speile et mangfold og som egnet grunnlag for å utforske jordmødres praktiske kunnskap.

Innholdet i både mine egne og intervjudeltagernes fortellinger kan forstås på flere måter. Uansett hvilken måte jeg velger å forstå materialet på, er det nødvendig å lese igjennom dette flere ganger til det fremstår en helhet i materialet<sup>77</sup>. Etter gjennomlesningen skrev jeg ned de tanker jeg fikk som «ettertanker», disse presenteres i etterkant av fortellingene. Etter nedskrivning av ettertankene leste jeg igjennom fortellinger og ettertanker på nytt, for å få en forståelse av vesentlige trekk. Dette gjøres som innholdsanalyse.<sup>78</sup> Etter hvert viser det seg at noen trekk er stadig tilbakevendende. For eksempel finner jeg at flere av fortellingene sier noe om *å kunne stå i det uvisse*. Innholdsanalysen hjelper meg til å skape struktur i det empiriske innholdet og få frem det vesentlige ved det. Siden har jeg sett på hva dette uttrykker ved jordmors arbeid med å fremme normal fødsel. Et av uttrykkene som viste seg frem var *kunsten å vente* kontrastert mot *å gripe inn*. Dette kan jeg gjøre til gjenstand for kritisk refleksjon slik at jeg får frem hva jordmor gjør når hun venter og hva hun må forstå for å kunne vente på en god måte, samt hva som på samme måte gjelder i forhold til å gripe inn. Jeg beveger meg frem og tilbake i teksten mens jeg skriver, og nye tema ses med bakgrunn i det jeg allerede vet. Nye sammenhenger kommer til syne. Det nye som viser seg skaper nye spørsmål.

---

<sup>76</sup> Zinsser, 2006 s.108

<sup>77</sup>Dahlberg, 2014 s.121

<sup>78</sup> Dahlberg, 2014 s.118-122

Bevegelsen og tolkningen er hermeneutisk. Hermeneutisk fortolkningslære fremhever opprinnelig forståelsen som sirkelformet.<sup>79</sup> Grunntanken viser til at det er et sirkulært forhold mellom helhetsforståelse og forståelse av delene. Delene kan bare forstås med bakgrunn i helheten og vice versa. En annen hermeneutisk grunntanke er, at det er min forforståelse som skal settes i spill.<sup>80</sup> For å kunne sette min forforståelse i spill, er det en nødvendighet å vite hva min forståelseshorisont inneholder. Min forståelseshorisont kan beskrives som mitt utgangspunkt og mine forventninger, altså mine forutsetninger for forståelse og oppfattelse av mening. I denne masteroppgaven settes min forforståelse i spill ved mine kollegaer, som jeg intervjuet, og ved teoretiske stemmer og tidligere forskning som jeg presenterer. Det er et viktig grunnvilkår at ingen hver for seg har den hele og fulle innsikt. I en vitenskapelig sammenheng er det dialogen mellom disse ulike forståelseshorisonter som femmer ny innsikt. Det er om å gjøre å oppløse motsetningen mellom de ulike forståelseshorisonter slik at ny erkjennelse kan nås. Kommunikasjon er et grunnvilkår, og en mulighetsbetingelse for ny viten.<sup>81</sup>

I samtalen med jordmor Berit forteller hun om å være villig til å høre på kvinners ønsker under fødsel. Det hun forteller får meg til å se på en situasjon jeg har erfart på en ny måte. Min forforståelse og dermed min forståelseshorisont ble endret, og påvirket min helhetsforståelse når jeg skulle arbeide videre. Dette gir en spiralformet bevegelse sett i forhold til forståelse. Jeg beveger meg ikke tilbake til den helhetsforståelsen jeg hadde fra før, men mot noe nytt, Og min forståelse av delene vil også endres som følge av den nye innsikten. Motsetningen mellom forståelseshorisonter kan oppheves ved dialog, hevder Birkler.<sup>82</sup> Kommunikasjon vil dermed være et grunnvilkår for ny forståelse, og dialogen er veien til ny viten innenfor en hermeneutisk vitenskapelig retning.

---

<sup>79</sup> Gadamer, Holm-Hansen et al 2010

<sup>80</sup> Birkler 2005

<sup>81</sup> Samme sted

<sup>82</sup> Birkler 2005 s.102

## 6.0 Fem fortellinger fra jordmorpraksis

### 6.1.Kvinnen ved det åpne vinduet

*En tidlig nattetime i en lys og fin sommernatt meldes en fødekvinne og hennes mann til avdelingen hvor jeg jobber. Jeg er jordmor ved et større sykehus som ofte får inn fødekvinner fra omkringliggende fødesteder. Organiseringen av fødselshjelp i Norge fører med seg at kvinner rådes til å føde på store sykehus med akuttberedskap for mor og barn, hvis det er vurdert slik at det er risiko for komplikasjoner underveis i fødselen. Denne gangen meldes det fra AMK<sup>83</sup> om en kvinne med rier, og hun kommer med fly på grunn av stor avstand fra hjemstedet og til stedet hun har valgt å føde. Anbefalingen om fødested er gitt fordi hun ble forløst med vacuum<sup>84</sup> ved forrige fødsel, og at hun derfor etter retningslinjene bør føde på sykehus, og ikke ved den lokale fødestua. I utgangspunktet gikk anbefalingen ut på å føde ved det lokale sykehuset et par timers kjøretur unna, men på grunn av at hun knytter dette stedet opp mot et nylig dødsfall og sorgreaksjon, ønsker hun seg ikke tilbake dit nå.*

*Ved ankomst har kvinnen, som jeg velger å kalle Anna, gode rier. Jeg velger å undersøke henne inne på fødestua i stedet for i mottaksrommet, som det er vanlig at jeg gjør, for å bestemme om kvinnen «har bruk for» fødestua eller kan nøye seg med et «venterom»». Anna plasserer seg stående mellom sengen og vinduet, som hun åpner på vidt gap «for å få nok luft», som hun sier. Mellom sengen og vinduet, på den ene kortsiden mot veggen, står et nattbord. Og ved den andre kortsiden står en «stressless», som mannen setter seg i. Jeg konstaterer at jeg er fysisk utestengt fra henne ved denne plasseringen. Dermed spør jeg om jeg kan flytte på sengen slik at jeg kommer på «riktig» side av den, og om hun kan legge seg i den slik at jeg kan undersøke henne. «Vent litt», sier hun. Og jeg venter lenge, synes jeg selv. «Jeg vil veldig gjerne få lytte til fosterlyden», sier jeg etter det som føles som en halv evighet. «Ja, vent litt», sier hun igjen. Og jeg venter. «Må du undersøke?», spør hun, med trykk på «må». Det er noe bydende i dette spørsmålet, noe jeg oppfatter som en bønn om å få slippe unna noe. Er det meg hun vil slippe*

---

<sup>83</sup> AMK: AkuttMedisinsk Kommunikasjonssentral; tar inn akuttmeldinger over 113 og andre, administrerer blant annet transport og medisinsk hjelp via ambulanser, helikopter og fly. Dette er en viktig del av helsevesenets akuttberedskap.

<sup>84</sup> Sugekopp som festes på barnets ledende del i fødselskanalen, her; hodet. Denne brukes til å dra barnet ut av fødselskanalen.

*unna? Jeg sier som sant er at det må jeg ikke, men at jeg må få lytte. Eller må jeg ikke det heller? Etter en lang stund sier hun at det nå er greit, hun kan legge seg i sengen; «Men bare en liten stund, det er så vondt å ligge når ria kommer!». Jeg nærmest gjør en rask gjetning ved hjelp av hendene mine, for å avgjøre barnets posisjon, før jeg plasserer jordmorstetoskopet for å lytte etter den velkjente klangen. Jeg har ikke før rukket å konstatere at «her er den, og det høres kanskje greit ut», før hun reiser seg opp i full fart og stiller seg med hendene i vinduskarmen. Jeg innser at undersøkelsen er over. Ei ny ri kommer, og da vil Anna stå ved det åpne vinduet.*

*Her jeg står tenker jeg at jeg ikke har lyttet så lenge til fosterlyden som jeg kunne ønske, men også at jeg må lytte flere ganger etter hvert, lyden hørtes grei ut, hun er frisk med et normalt svangerskap bak seg, og hun har spontane rier. Kan jeg se dette an litt? At jeg ikke har vaginalundersøkt henne, er vel ikke så farlig? Hun har som sagt rier, og jeg vil vel etter hvert forstå hvor hun er i forløpet. Samtidig vet jeg at jeg ikke følger virksomhetens retningslinjer ved dette; når en fødekvinne innlegges i avdelingen overført fra et annet fødested på bakgrunn av tidligere komplikasjoner, skal det gjøres undersøkelser ved innkomst. Det er en del av prosedyren.*

*Sengen stilles tilbake slik at jeg igjen er fysisk utestengt fra hennes «rom». Siden hun kommer fra et annet område enn det vi vanligvis har som opptaksområde, er det litt papirarbeid å gjøre. Datamaskinen er plassert noen meter unna fødesengen, i hjørnet av rommet. Og jeg setter meg ned ved den for å føre inn opplysninger i systemene. Da begynner hun å ynke seg høylydt, og sier at det er så vondt. Smerteuttrykket får meg til å gå tilbake til henne, nærmere bestemt får det meg til å stille meg ved siden av sengens fotende, som er det nærmeste jeg kommer henne i denne situasjonen. Jeg bekrefter at «Ja, det er vondt», og spør hvor hun kjenner riene og om det er vondt i ripausen også. Det viser seg at det er vondt i ryggen, men bare under riene. Altså er alt i orden på dette tidspunktet. Jeg spør om hun vil ha lystgass, men det vil hun ikke. Den neste ria puster hun seg fint igjennom. Jeg vender derfor tilbake til datamaskinen for å fortsette med mitt. Igjen kommer det høye rop fra Anna ved vinduskarmen, og hun ynker seg og sier det er vondt. Igjen går jeg tilbake til sengen, og blir stående der og bekrefte at det er vondt. Og igjen avslår hun mine tilbud om smertelindring, varme omslag eller drikke. Dette gjentar seg flere ganger, inntil jeg forstår at hun trenger å ha meg stående akkurat der, ved siden av sengens fotende. Hvis jeg flytter på meg, blir hun urolig og høyrøstet. Min tolkning av dette er at hun kaller meg tilbake på plass. Jeg skal tydeligvis stå akkurat der, og være enig i at riene*

*er vonde, og jeg skal ikke forsøke å gjøre noe med smertene hennes, bare bekrefte dem. Hun vil heller ikke ha meg på sin side av senga. Så da står jeg der, og ser og hører og bekrefter, og lytter nå og da til en fin fosterlyd når hun gir meg tillatelse. Da jeg går tre skritt bakover og lener meg mot badekarkanten for å avlaste mine trøtte ben etter et par timers stående positur, kalles jeg igjen tilbake. Anna ser ut til å arbeide godt med riene sine så lenge jeg står akkurat der jeg står og sier akkurat det jeg sier.*

*Etter hvert føder hun sitt barn, helt normalt og av egen kraft. Og en tidlig morgentime takker en stolt nybakt mor og far meg for den gode hjelpen.*

I etterkant undret jeg meg over hva det var ved det jeg gjorde som ble oppfattet som god hjelp. Kanskje er jeg ennå usikker på dette. Jeg var fornøyd med at jeg forsto det Anna viste meg at hun ville, og at jeg ikke falt for fristelsen til å kontrollere hennes rier og fødselsfremgang på den måten jeg ellers gjør. Jeg var også fornøyd med at jeg forstod hennes smerteuttrykk og uro som behov for noe annet enn smertestillende medikamenter. Når hun ikke ønsket å bruke lystgass, hjalp hun meg til å forstå noe vesentlig ved sin utfordring.

Jeg fulgte ikke prosedyren for innleggelse fra annet fødested med begrunnelse komplikasjoner i tidligere fødsel. Etter prosedyren skulle jeg ha utført en ctg-registrering<sup>85</sup>. Jeg skulle i tillegg utført en vaginalundersøkelse, slik at jeg blant annet kunne dokumentere hvor mye åpning det var og hvor i fødselsprosessen hun var ved innkomst. Stort sett fraviker jeg ikke prosedyren på denne måten. Når jeg i dette tilfellet avstod, var det fordi det simpelthen ikke passet å utføre handlingene. Hvis jeg skulle utført prosedyren, måtte jeg tvunget henne til å ligge, noe hun tydelig ikke ønsket. Jeg måtte ha utført en intim undersøkelse, der jeg brukte mine fingre i hennes vagina, noe jeg oppfattet at hun uttrykte motvilje overfor. Dette vegret jeg meg for, fordi det kjentes som å skulle utføre et overgrep. I praksis erfarer jeg at jeg kan overtale kvinner til å tåle det meste hvis jeg kan argumentere med at det er bra for barnet deres. De setter seg sjelden til motverge hvis det er barnets beste det er snakk om. I noen tilfeller vil jordmødre kunne kalle det uansvarlig og umodent hvis kvinner motsetter seg prosedyrer eller behandling som er til det ufødte barnets beste. For eksempel har jeg opplevd at kvinner vegrer seg mot å få innsatt

---

<sup>85</sup> Fosterovervåking ved hjelp av en maskin som fremstiller fosterets puls og kvinnens rier grafisk på en papirstrimmel

venflon<sup>86</sup> fordi de ikke liker å bli stukket. Venflonen trenger de for eksempel for å kunne motta antibiotikabehandling som er livsviktig for det ufødte barnet. I slike tilfeller snakkes det gjerne om umodenhet, og noen ganger opptrer dette fenomenet i forbindelse med bekymringsmeldinger og barnevernsoppfølging. Den motstanden jeg erfarte i den nevnte situasjonen var ikke av en slik karakter. For Annas del tolket jeg det slik at hun ikke ville bli forstyrret i fødselsarbeidet, at det å måtte legge seg ned fratok henne råderetten over egen kropp og konsentrasjonen hun trengte for å takle arbeidet. For min del handlet det mer om og ikke krenke fødekvinne jeg hadde foran meg. Jeg ville ikke bestemme over henne eller umyndiggjøre henne. Jeg kunne både se og forstå at hun mestret sitt fødselsarbeid.

I tillegg var jeg fornøyd med at min respons på hennes uttrykk viste seg å ha en ønsket effekt. Anna mestret riarbeidet og jeg tilpasset meg hennes uttrykk. Dette var en normal fødsel, etter min oppfatning av begrepet. Om jeg ser litt nøyere på hva jeg gjorde, vil jeg gjerne kunne si at jeg arbeidet jordmorfaglig klokt. Jeg var i situasjonen sammen med henne, i hvert fall var jeg det etter en stund. Dermed kunne jeg være oppmerksom på hva hun uttrykte, og tilpasse min tilstedeværelse og hjelp til hennes uttrykk. Når jeg stod og bekreftet smertene hennes, sa jeg ting som «ja, det er vondt, og du takler riene veldig godt, du gjør det helt rett», «hvor kjenner du riene best nå, er det der du har kjent det hele tiden?» og «ja, jeg vet det er forferdelig krevende nå, jeg synes du jobber fantastisk godt». Eller så sa jeg: «ja, det kjennes nok veldig godt i ryggen nå, si fra hvis du begynner å kjenne mer ned mot symfyssen<sup>87</sup> eller bak mot endetarmen».

Alle disse ordene, spørsmålene, tilbakemeldingene, lydene og det fysiske uttrykket er en løpende dialog mellom meg og Anna. Hun forteller meg ved dette hvor hun er i forløpet, og hvor hun er i det psykiske landskapet, og hun forteller meg noe om hva hun trenger og ikke trenger av meg som jordmor. Ved å delta på denne måten forteller jeg at jeg ser henne og forstår hva hun går igjennom. Ved at jeg på denne måten viser at jeg forstår prosessen og involverer meg, bekrefter og trygger jeg henne. Jeg bekrefter at alt er som det skal være, og at jeg er der for henne og vet hva jeg skal gjøre hvis det oppstår noe nytt. Jeg tenker at jeg må være akkurat der Anna vil ha meg, og ta del i denne hendelsen sammen med henne og mannen.

---

<sup>86</sup> Liten plastkrane som legges i ei blodåre, ofte på håndbaken, brukt til å gi medikamenter og væske gjennom.

<sup>87</sup> Fremre del av den benete bekkenringen, også kalt "skambenet".



Men ved en nærmere ettertanke skjønner jeg at jeg også legger en annen type kunnskap til grunn for min vurdering og måten jeg deltar i situasjonen på. Noe forundret innser jeg at jeg legger en medisinsk klassifiserende forståelse av normal fødsel til grunn for arbeidet jeg gjør sammen med Anna. Min virksomhets bruk av klassifiserende kunnskap styrer min vurdering. I tråd med dette finner jeg at hun kan klassifiseres som lavrisiko, og dermed befinner seg i gruppen forventet normalfødende. Dette finner jeg ut ved at *«hun er frisk med et normalt svangerskap bak seg, og hun har spontane rier»*, som jeg skriver i fortellingen.

Det er etter klassifiseringen ingenting som tilsier at hun trenger spesiell overvåkning. Selv om det var brukt vacuum ved forrige fødsel, er dette en relativ indikasjon for videre anbefalinger. Dette praktiseres litt ulikt, og det er vanligvis årsaken til vacuumforløsningen som ligger til grunn for anbefalinger om fødested. Det er når Anna hindrer meg i å utføre virksomhetens prosedyrer at jeg av nødvendighet deltar i arbeidet på den måten jeg etter hvert gjør. Jeg bringes ut av mine rutiner ved hennes motstand mot dem, og inviteres til å vurdere nødvendigheten av å innrette meg etter dem i akkurat denne situasjonen. Hvis det hadde tilkommet noe uventet, som for eksempel misfarget fostervann<sup>88</sup>, ville jeg ha overtalt Anna til å innrette seg etter prosedyrene. Men i denne situasjonen fant jeg ut at jeg kunne fravike dem. Nå i ettertid er jeg takknemlig overfor Anna som brakte meg ut av mine rutiner og dermed satte meg i spill.

## 6.2 Å forstå en risvekkelse<sup>89</sup>

Med mine ord gjenforteller jeg her en fortelling fra min kollega «Berit»:

*«Det jeg tenkte å si noe om, er de fødslene der jeg synes det har hatt betydning at kvinnene har følt seg trygge i fødselsarbeidet. Framgang eller mangel på framgang i fødsel kan kvinnene påvirke selv, avhengig av om de føler seg trygge eller ikke. Jeg hadde ei førstegangsfødende kvinne, for noen år siden, som kom alene til fødeavdelingen. Og så gikk det så greit fremover med henne. Hun ville så gjerne at mannen skulle være med på fødselen, men han var ikke kommet. Han var bussjåfør, og var ute og kjørte. Han hadde sagt over telefon at han skulle prøve å komme, men det var ikke så lett å få til, forstod jeg på kvinnen. Så ble det full åpning, og jeg kunne nesten skimte hårtustene på barnet. Men kvinnen ville ikke trykke, hun skulle vente*

---

<sup>88</sup> Det ufødte barnets avføring kan farge fostervannet grønt. Avføring i fostervann kan være et tegn på en helsetruende tilstand hos barnet.

<sup>89</sup> Risvekkelse betyr her at rier som er gode utvikler seg til å bli dårlige eller blir borte.

*til mannen kom. Vi venta og venta og venta. Hun hadde helt kontroll på den siste delen. Etter hvert kom han med bussveska i handa, og satte seg ved siden av senga. Da trykte hun barnet helt ukomplisert ut. Jeg tror hun klarte å undertrykke den trykkektrangen, eller så fikk hun risvekkelse fordi hun ventet på at mannen skulle komme. Når han kom, kunne hun slappe av og føde.*

*Så det betyr ganske mye hvilke rammer vi legger rundt damene, og hvilke arbeidsforhold vi klarer å gi dem. Og de kan påvirke det mye selv. (...) Vi måtte jo bare vente, vi måtte jo det. Fosterlyden var fin og mor klarte seg fint. Hun var helt bestemt på å vente til mannen kom(...).Jeg satt ved siden av og hørte på fosterlyden, og bare så det an og venta på mannen. Hvis det hadde skjedd noe med fosterlyden så måtte vi jo selvfølgelig ha fått barnet ut, men det ble ingen grunn til å gjøre det. Det var jo bare å vente. (..)Hvis en ikke er helt rolig i dette her, og tenker at babyen har det dårlig på det her tidspunktet eller er redd for at fosterlyden ikke er bra, så ville en kanskje ha gjort noe annet. Men her kunne vi jo bare vente. Det kan nok hende at det ville bli gitt Syntocinon hvis man hadde vært mer usikker og ikke stolt på at dette var innenfor det normale.<sup>90</sup> Kanskje for at man antok at det var en risvekkelse, og gitt behandling for å få dette ferdig. (...) Men det er ofte riktig å vente. Vi glemmer nesten at kvinnene har risvekkelser underveis i fødselen, og det kan det være forskjellige grunner til. Det er ting som påvirker dem som gjør at riene stopper opp. Normalt sett så stopper det jo litt opp. (...) Noen ganger kan jeg tenke at hvis det kommer en risvekkelse nå, så skal jeg bare vente. Jeg forventer at det kommer en, det hører med til det normale i en fødsel. I en normal fødsel er det alltid en risvekkelse. Og en bør vente fordi en skal jo ha gode rier til etterpå også. Det er jo ikke bare å trykke barnet ut, man skal ha gode rier til å stoppe blødninger etterpå. Det er jo smartest å vente. Ordne dem noe å drikke kanskje. (...) Jeg tror jeg har erfaring, først og fremst, som gjør at jeg har en trygghet. Og kunnskap om hva som er normale forløp, og hva som på en måte ikke er noe lønnsomt å bryte inn i.»*

Jeg har erfart og hørt om mange fødsler som har stoppet opp i påvente av at partneren skulle komme frem. Det fins også fortellinger om det motsatte; at partneren eller hvem det er det ventes på, kommer for sent. Som jordmor for mange kvinner har jeg erfart begge utganger, og tenker at det fins mange forhold og utforske rundt akkurat dette fenomenet. De gangene

---

<sup>90</sup> Kunstig hormon som gis for å få i gang eller forsterke rier slik at fødselen kan gå fremover.

fødekvinne så sterkt ønsker sin partner til stede ved denne viktige hendelsen i livet at fødselsprosessen settes på vent i påvente av at personen skal dukke opp, er fascinerende å være vitne til. Hva som skiller dette fra en behandlingskrevende risvekkelse<sup>91</sup> er ikke lett å forklare med ord, og lar seg ikke fremstille skjematisk. Når og hvordan jordmor bør vente er ikke uttrykt ved dette. Kunsten å vente er derfor viktig å reflektere over.

Situasjoner der risvekkelser oppstår, er vanlige i fødselssammenheng. Langsom fremgang i fødsel er en vanlig årsak til inngrep. Inngrep kan være «å ta vannet»<sup>92</sup>, å gi medikamenter for raskere fremgang eller avslutte fødsel med vacuum eller tang på barnets hode. Inngrep kan også bety keisersnitt.

En manglende forståelse av når det er riktig å vente, vil derfor kunne medføre en potensiell økning i antall inngrep i fødsel. Diskusjoner om hvorvidt man skal “gi kvinnen mer tid” er vanlig der jeg arbeider. Tilgang til hjelpemidler kan bidra til at jordmødre ikke lykkes med å motivere kvinnen til å la prosessen få ta den tid det trenger. I tillegg kan det være fristende for kvinnen å be om epiduralbedøvelse, som mange mener kan forlenge fødselsprosessen og øke risikoen for inngrep. Jeg har vært vitne til at mange kvinner i fødsel har forkastet planene om å føde “naturlig og uten smertestillende” når realiteten i form av smertefulle rier og lange timer ubønhørlig har trengt seg på.

Det er i dag mulig å få hjelp til mye som i tidligere tider var utenkelig. Til en viss grad er det mulig både å starte en fødsel, stoppe en fødsel, gjøre fødselsforløpet raskere, gi avansert smertelindring og på ulike måter forhindre skade og død for mor og barn. Dette vet fødekvinne, og forventningene til fødselshjelpen er nærmest som en garantist for et lykkelig utfall. I dette landskapet er det ikke enkelt å manøvrere. Jordmor trenger både naturvitenskapelig, relasjonell og teknologisk kunnskap for å beherske manøvrene. I tillegg må hun kunne skjelve det viktige i den enkelte situasjonen og hente frem det som trengs der og da.

### 6.3 Fødsel på fødestue

*Noen ganger i året tar jeg vakter ved ei fødestue i distriktet. Fødestue er i denne sammenheng betegnelsen på en jordmorledet enhet der kvinner både kan komme til svangerskapskontroll,*

---

<sup>91</sup> Risvekkelse betyr at rier som har vært gode blir dårlige eller opphører

<sup>92</sup> Lage hull på fostervannssekken for å frigjøre hormoner som fører til sterkere rier

*føde sine barn og få oppfølging i barseltiden. Det er ikke fødselslege, keisersnittsberedskap eller nyfødintensivavdeling der. Et av parene jeg var så heldig å få være jordmor for der på stedet, kom til fødestua da kvinnen, som i denne fortellingen kalles Dagmar, hadde gode rier. Hun ønsket ikke å prate så mye, noe jeg fant rimelig riarbeidet tatt i betraktning. Det ble mannen som førte ordet og fortalte om den forrige fødselen der Dagmar måtte ligge på rygg og føde mot sin vilje. Hun hadde i hele forrige svangerskap kjent at det var tungt å ligge på rygg, og opplever det samme ved dette sitt andre svangerskap. Denne gangen har hun et sterkt ønske om å få føde i en oppreist posisjon, og lurte på om jeg mener det lar seg gjøre. Når jeg får spørsmålet, så tenker jeg at jeg ikke har noe imot å etterkomme hennes ønske. Det kan tvert imot vise seg å være riktig så lurt, det hun ønsker. Utfordringen er at jeg ikke kan vite om det ser like lurt ut lenger ut i forløpet, som det synes som nå i starten. For å unngå å komme i en situasjon der jeg kan anklages for å ha lovet noe som jeg ikke holder, sier jeg at det kan hun sikkert. Men vi får nå se hvordan det går, og hva som blir riktig for henne etter hvert. Den første tiden står hun og «småtrør» og vugger med støtte av en prekestol<sup>93</sup>. Etter som tiden går blir hun sliten i bena, og forsøker å finne måter å hvile på. Hun sitter litt på sengekanten, og reiser seg opp igjen. Hun legger armene rundt nakken på mannen, men tar dem ned igjen. Nå begynner hun å ynke seg høyt, og sier hun ikke tror hun klarer mer. Å høre ordene «tror ikke jeg klarer mer» fungerer som et slags signal for meg. Det er et signal som fordrer handling, og det holder ikke bare å si at «det vet jeg at du gjør». I det signalet går denne gangen, blir jeg til fulle klar over at jeg er jordmor på ei fødestue i distriktet. Her er ingen alarmknapp å trykke på hvis jeg trenger hjelp. Her er ingen epidural å bestille eller lege som kan operere ut barnet om det skulle vise seg å være påkrevet. Nå er jeg alene og har bare meg selv å stole på. Jeg roer meg selv ned ved å puste dypt og senke skuldrene. Så kommer tanken: dette må jeg bare handtere. Jeg er jo jordmor, dette kan jeg. Innsikten er på en måte styrkende. Og jeg går i dialog med Dagmar, får henne til å beskrive og tenke sammen med meg. Vi blir enige om at jeg skal hjelpe henne med avspenning, for hvis hun får hvile litt så tror hun at hun kan klare litt til likevel. Etter litt prøving og feiling av stillinger ender hun opp i sideleie i sengen, med puter støttende her og der. Hun har mannens hånd masserende i ryggen og lystgassmaske å puste i. Hun har akupunktur nåler i hodet for avspenning – og hurra! – hun sier hun har det godt.*

---

<sup>93</sup> Prekestol er en høy rullator som hun kan støtte seg mot og over samtidig som den lar henne bevege seg på grunn av hjulene.

*Det går kanskje en time, jeg er ikke helt sikker nå i ettertid. Jeg har rukket å innkalle jordmor i bakvakt, som skal være sammen med meg. Vi skal alltid være to jordmødre tilstede ved fødsler på fødestua. Så hører jeg på pusten hennes at noe endrer seg, og hun kaver seg ut av senga med alle putene og står med prekestolen igjen. Jeg ser på henne at det trykker godt nedover. Jeg undersøker henne stående, og finner ut at hodet står på bekkenbunnen og er klart til å bli født. Stående med et godt tak i prekestolen føder hun barnets hode. Den neste ria kommer, hun trykker, men skuldrene fødes ikke. «Roterer den ikke?» sier jeg halvhøyt ut i rommet mens jeg kjenner at min egen puls øker. Det kan bare ikke bli noen fastsittende skulder nå! Henvendt til Dagmar sier jeg: «ta knærne litt fra hverandre, du må lage plass til babyen å komme ut». Hun gjør som jeg sier; tar bena mer fra hverandre, bøyer knærne ut der hun står, og barnet fødes på den neste ria. Jeg kjenner meg både fornøyd og lettet. Så fint det gikk!*

Følelsen av lettelse preget meg etter denne hendelsen. Men etter hvert kom det andre tanker til. Tanker om hva som ligger i min kompetanse, og hvordan denne viser seg i min praksis. I den avdelingen jeg jobber til vanlig, er vi flere kolleger på jobb sammen. Det er leger på vakt, og mange ressurser tilgjengelig. Vi skal alle samarbeide, og kanskje er det derfor "kjørereglene" blir så tydelige der, i form av prosedyrer og retningslinjer. Eller finnes det flere årsaker til dette? Kjørereglene gjelder også på fødestua i distriktet, men av en eller annen grunn er de ikke like fremtredende for meg der jeg jobber sammen med Dagmar inne på fødestua. Her kan jeg i mindre grad støtte meg til de ressursene jeg til daglig omgir meg med, og må i mye større grad stole på egen erfaring og kompetanse. I situasjonen hentet jeg frem den kunnskapen jeg trengte. Jeg kan lett forestille meg at det kunne vært fristende å velge andre løsninger om dette hadde funnet sted inne på et større sykehus. På fødestua i distriktet finnes ikke disse ressursene, og det blir viktig å holde prosessen normal slik at det ikke blir bruk for dem.

Det er altså om å gjøre å tenke i forkant av utviklingen, slik at akutte situasjoner ikke oppstår. Hvor bevisst er jeg egentlig på dette i min daglige praksis? Kanskje kan tilgangen på teknisk utstyr og moderne hjelpemidler sløve min oppmerksomhet og påvirke min praksis i en mer teknisk og prosedyrerettet retning. Den moderne fødselshjelpens handlingsveiledere, kategorier og skjema basert på lineær klokkeid og grenser for hva som anses for normalt er virksomhetens instrumenter for å oppdage og håndtere risiko. Spørsmålet er om instrumentene brukt i et normalt fødselsforløp kan bidra til å skape mer enn de forebygger komplikasjoner. På et sykehus kunne det lettere hende at Dagmar havnet i en liggende fødestilling. Da hadde handteringen av manglende rotasjon av skuldrene blitt en helt annen. Måten jeg forstår

situasjonen på, er med på å bestemme hvordan fødselsforløp tolkes. Og tolkningen er bestemmende for hvordan jeg handler. Hvis jeg tolker situasjonen til å være potensielt komplisert og helsetruende, vil jeg igangsette tiltak som søker å kontrollere denne risikoen. Hvis Dagmar står og føder, har jeg som jordmor mindre kontroll enn hvis hun ligger i en seng. Men Dagmar hadde i dette tilfellet mer kontroll når hun stod. Dialogen bidro til å avdekke hennes behov, og ressurser til å mestre utfordringen. Ressursene for å kontrollere og håndtere risiko innen moderne fødselshjelp ligger utenfor den enkelte fødekvinne, manifestert ved den enkelte fødselshjelper og de midler denne råder over. Jeg kan lett komme i skade for å skape en komplisert og risikofylt situasjon der denne ikke finnes i utgangspunktet, ved å klassifisere prosessen som liggende utenfor det normale og i behov av overvåking og kontroll.

Men å føde i stående posisjon er ingen garanti for at fastsittende skulder ikke oppstår. Betydningen av denne innsikten var det som nesten tok pusten fra meg da barnets skuldre ikke roterte. Jeg må som jordmor kunne handle raskt og klokt i de tilfellene en slik akutt komplikasjon utvikler seg, og det krever kunnskap om slike ting. Men jeg må også beherske kunsten å stå i det uvisse uten garantier. Hvis skuldrene ikke hadde rotert når Dagmar bøyde knærne utover, hadde jeg selvfølgelig tatt i bruk den kunnskap og de manøvre som er utviklet for å håndtere fastsittende skulder. Manøvrene krever trente hjelpere. Ved mangel på disse hadde jeg fått improvisere.

#### 6.4 Synet av pust

*Jeg har vært med på det mange ganger før, derfor ser jeg det når jeg kommer inn på fødestua. Jeg er på jobb på fødeavdelinga, og min nyutdannede kollega ber meg om hjelp. Hun er jordmor for Eva som er i fødsel. Eva ligger på rygg i senga når jeg kommer inn på rommet. Hodeenden er lett hevet. Likevel ser det ut som hun ligger anstrengt, kanskje tenker jeg dette fordi hun holder pusten innimellom forsiktige klynk og stønn. Min kollega fører oppmerksomheten min bort på Ctg-apparatet<sup>94</sup> der en papirstrimmel med grafisk avtegnelse av fosterlyd og rier tikker ut av printeren. Vi kan begge se av mønsteret på strimmelen, at fosterlyden er det vi kaller «påvirket», altså at babyen viser tegn på å streve med å opprettholde rytmen og dermed oksygenforsyningen. Dette kan være alvorlig og kan kreve akutte tiltak. Min kollega vil jeg skal vurdere akkurat dette med henne; krever denne situasjonen akutte tiltak, og i tilfelle hvilke. Skal*

---

<sup>94</sup> Computer Toco Grafi; metode for fosterovervåking

vi tilkalle legen, og er det grunnlag for å tro at situasjonen kan medføre akutt keisersnitt? Selv om det er en viktig del av jobben å overvåke fosterlyd, så er det ikke fosterlyden jeg legger mest merke til nå. Jeg legger mest merke til hvordan Eva ikke puster. Jeg ser og hører det; hvordan hun ikke puster. Hun ligger på rygg og holder pusten. Derfor får jeg henne til å snu seg over på venstre side og trekke pusten dypt noen ganger.<sup>95</sup> Umiddelbart endrer mønsteret på strimmelen seg til det bedre. Jeg holder en hånd lett på hennes skulder og puster sammen med henne under den neste ria; veileder henne i hvordan hun kan holde konsentrasjonen på pustingens mens det er ri slik at hun unngår å holde pusten. Videre hjelper jeg henne med puter og stilling til å finne en hvileposisjon liggende på siden, mens jeg fortsetter å puste sammen med henne; rolige dype innpust gjennom nesen og utpust med åpen munn. Jeg legger vekt på å prate med rolig stemme, og holder fysisk kontakt ved hjelp av en hånd på hennes skulder de første minuttene. Senere lar jeg hendene mine kjenne langs hennes hender, skuldre, rygg og ben for å fornemme om det fins spenninger i kroppen som jeg kan avhjelpe ved å legge henne bedre til rette og snakke om hvordan hun kan la skuldrene og bekkenet hvile. Jeg masserer henne lett over kjevebena for å få henne til å slappe av der, og jeg sier hun kan prøve å legge tunga ned i munnen og ikke presse den opp mot ganen, slik at pusten kan gå lettere. Etter hvert mestrer Eva dette godt. Jeg blir på fødestua en stund til for å forsikre meg om at fosterlyden nå holder seg innenfor en normalvariasjon. Nå er det tid for å snakke litt med min kollega, så jeg sier til Eva at vi to jordmødrene går ut på gangen noen minutter for å snakke sammen. Vi lover å komme snart tilbake, og forlater rommet.

I samtalen som følger sier min kollega seg svært fornøyd med hvordan situasjonen utviklet seg, og roser meg for min håndtering. Hvis jeg ikke hadde forstått situasjonen og handlet som jeg gjorde, kunne ryngleiet og Evas manglende pusting utgjort en reell fare for barnet. Og på et senere tidspunkt kunne situasjonen vært vanskelig å snu, slik at en helsetruende tilstand kunne utviklet seg. Min kollega hadde i situasjonen ikke tenkt over hvor viktig Evas leie og pust var for det ufødte barnet. Hun er overrasket over hvor enkelt og raskt hun selv kunne ha endret situasjonen. Når vi står og prater sånn forteller jeg om den gangen jeg som helt nyutdannet

---

<sup>95</sup> Gravide kvinner kan ved flatt ryngleie få tyngde og dermed trykk fra den store livmoren på vena cava; den store venen som fører blod tilbake fra kroppen og til hjertet. Dette er kjent som vena cava syndrom. Vena cava ligger på høyre side i buken, og press fra livmoren vil redusere blodtilstrømningen. Mindre press på høyre side vil lette trykket. Dette gir effekt på sirkulasjonen og blodforsyningen til fosteret.

*jordmor tilkalte lege på grunn av kritisk dårlig fosterlyd. Legen kom inn i rommet, stod en stund og så på kvinnen og Ctg-apparatet, og med rolig stemme ba han kvinnen snu seg på siden. Jeg hjalp kvinnen med dette mens jeg ergret meg over ikke å ha kommet på dette selv. Beskjemmet så jeg på hvordan fosterlyden normaliserte seg helt av seg selv. Jeg hadde ikke engang rådspurt en kollega fordi jeg var sikker på at det var spill av tid i en kritisk situasjon. Dermed hadde jeg tilkalt lege helt unødvendig. Hendelsen ble en lærepenge, og jeg er siden blitt svært oppmerksom på leie og effekt på fosterlyd. I løpet av tiden som fulgte så jeg også at kvinnens måte å puste eller holde pusten på, hadde effekt på fosterlyden. Dette er noe jordmødre vet. Kanskje er det lett å glemme denne enkle forutsetningen innimellom overvåkningsutstyr og fokus på fosterlyd, skjematisk fødselsfremgang og dokumentasjon?*

Fortellingen sier noe om å holde et spontant fødselsforløp normalt underveis. Den sier også noe om betydningen av teoretisk innsikt aktualisert i en situasjon. Teoretisk kunnskap om anatomi og sammenhengen mellom mors og fosterets sirkulasjon var grunnleggende for å kunne se hva som var det aktuelle. Når jeg tenker meg tilbake i situasjonen, er det ikke noe uvanlig syn som møter meg inne på fødestua. Sannsynligvis vil flertallet av de kvinnene som føder i dette landet befinne seg liggende i en seng med hevet hodeende en eller annen gang i løpet av fødselsforløpet. Situasjonen var ikke ekstraordinær, tvert imot veldig vanlig. Og det er ikke min hensikt med dette å advare mot bruk av denne stillingen for hvile eller fødsel. I noen situasjoner fungerer stillingen utmerket. Men dette vanlige i situasjonen ble denne gangen det som fanget min oppmerksomhet. Kombinert med den påvirkede fosterlyden ble den vanlige stillingen noe jeg ville endre.

Det er ikke godt å si hva som var årsaken; om stillingen medførte trykk mot vena cava eller om den hemmede pusten til Eva var mest utslagsgivende for fosterlyden. Kanskje kunne det vært like effektivt å be kvinnen reise seg opp og gå litt. Trykket mot vena cava ville da blitt redusert eller helt borte, og fosterlyden kunne endret seg til det bedre ved dette alene. Hvorfor ble jeg så opptatt av pust i tillegg? Når jeg tenker etter, så gjør jeg ofte dette; vurderer og kanskje også veileder i pusting mens jeg gjør andre ting. Pusteteknikk er noe jeg i likhet med de fleste av mine kolleger er bevisst på. Mange har nok fått med seg at dette er en del av innholdet i fødselsforberedende kurs landet over. Hvordan fødekvinne puster under fødsel er ikke likegyldig. Med pusten forsyner hun barnet med oksygen både under og etter ri, samtidig som hun kan styre sin energibruk under fødsel ved en god pusteteknikk. Den reflektoriske



sammenhengen mellom kroppens tre «gulv»; strupe, mellomgulv og bekkenbunn er kjent.<sup>96</sup> Å holde pusten, bite sammen og dermed «lukke» gulvene, vil gi unødvendig og uheldig motstand for barnets passasje gjennom bekkenbunnens spalte. Det kan se ut som at det faller kvinnene naturlig å holde pusten når det gjør vondt. Kanskje er det slik vi alle i vår kultur bærer smerte? Vi holder smerten inne, det er ikke helt sosialt akseptert å skrike og bære seg. Dermed kommer kvinner inn til avdelingen anspente og med overfladisk pust. Min jobb inneholder ofte en bevisstgjøring på dette, og veiledning i hvordan puste selv om det gjør vondt. Jeg hjelper dem å møte riene med pust. Og jeg lurer på om virksomhetens krav og ritualer noen ganger får oss til å glemme denne grunnleggende innsikten. Andre ganger er utfordringene av en helt annen karakter.

## 6.5 Samarbeid

*Jeg følger et andregangsfødende foreldrepar gjennom åpningsriene. Kvinnen som jeg gir navnet Frida i denne fortellingen, veksler mellom å sitte i «stresslessen» og å vandre rundt i rommet med et godt tak i «prekestolen». Hun ser ut til å puste seg relativt ubesværet gjennom riene, og dette fremkaller i grunnen litt beundring fra min side. Etter hvert ønsker hun å hvile seg litt i sengen, og legger seg ned på den. Det passer bra å gjøre en vaginalundersøkelse når hun nå ligger ned på sengen og har hatt det jeg vurderer som gode rier en god stund. Og vaginalundersøkelsen forteller meg at mormunnen er nesten utslettet. Åpningstiden har altså gått raskt, og det gjenstår å vente på pressrier slik at barnet kan bli født. Jeg tenker at jeg skal fortsette arbeidet på samme måten som hittil; holde meg i bakgrunnen og la Frida styre arbeidet, for det har hun gjort utmerket frem til nå. Etter en kort stund endrer hun uttrykk. Hun ynker seg mer, synes smertene er uutholdelige. Min taktikk nå er å istemme med henne; at det er vondt. Jeg tenker at det er tilstrekkelig å støtte henne i at det er vondt, vi vet jo begge hvordan avslutningen er? Mannen, som hittil ikke har sagt stort, nevner nå at hun hadde epidural sist, og spør om det er mulig at hun kan få dette nå. Jeg svarer at det er litt i seneste laget nå som mormunnen er nesten helt utslettet. Likevel tenker jeg at det kan være en mulighet for å gi henne epidural hvis hun ønsker det. Jeg har opplevd at det kan gå flere timer fra full åpning til barnet er født, riktignok gjelder dette ikke så ofte andregangsfødende, men jeg kan uansett ikke vite*

---

<sup>96</sup> Heiberg, Endresen 2000

sikkert hva som er tilfelle nå. Frida har ikke sagt at hun vil ha epidural, det er mannen som har spurt – er det likevel Fridas behov?

Hun begynner etter hvert å trykke, og jeg tilkaller en assistent, slik prosedyren er. Assistenten viser seg å være en god og erfaren kollega som jeg har stor respekt for. Hun hilser på paret, og holder seg en stund litt på avstand. Etter en tid ser jeg at hun begynner å bevege seg mer i rommet. Hun går litt frem og tilbake, ser på utstyrsbordet, meg og på paret, samt på dataskjermen der partogrammet ligger.<sup>97</sup> I ettertid tenker jeg at det er dette som får meg til å tenke at riene er for korte, at Frida er sliten, at jeg må gjøre noe. Så jeg tar vannet, for på den måten å øke rienes intensitet og styrke slik at barnet kan bli født litt raskere enn hvis jeg ikke gjorde det.

Plutselig står min kollega på samme side av fødesenga som meg. Hun står ved sengas hodeende, mens jeg befinner meg nærmere fotenden. Dermed står hun nærmere Frida enn meg, og blokkerer etter mitt syn min mulighet for nær og direkte kontakt med henne. Fra sin posisjon snakker hun direkte til Frida om å forsøke en annen måte å presse på. Jeg kjenner at jeg blir irritert. Og jeg er overrasket over at jeg blir irritert på akkurat henne, fordi jeg i utgangspunktet synes hun er en klok og behagelig kollega. Eller kanskje jeg er overrasket over at hun går direkte bort og instruerer Frida, i stedet for å konferere med meg om hva jeg trenger hjelp til. Jeg ser at jeg trenger hjelp til å gjøre klar saks og bedøvelse til et klipp i mellomkjøttet, fordi jeg forbinder den trykkesnikken som nå åpenbarer seg med store rifter. Så jeg ordner saks og bedøvelse, og mister den intense oppmerksomheten og samarbeidet med Frida. Den overtar min kollega. Hvorfor sier jeg ikke det jeg vil si – at hun skal tre tilbake og at kvinnen ikke skal trykke på denne måten lengre? Jeg lytter med en håndholdt doppler på fosterlyden, og hører at den er påvirket av riene men ikke mer enn det jeg mener er akseptabelt.<sup>98</sup> Min kollega ser ut til å mene annet. Hun jobber intenst med å få Frida til å trykke hardt og lenge, underforstått at nå må barnet ut. Jeg tenker at det er dumt, at de skal legge ned Fridas ben og ta det rolig, vi stresser både henne og barnet. Og så legger jeg merke til mellomkjøttet, som jeg synes tøyser seg lite i forhold til det jeg forventer. Hun har fortalt meg at hun ble klippet sist, og jeg kan se arret etter tilhelingen. Jeg vil klippe, men gjør det ikke. Jeg kjenner at jeg ikke har full kontroll,

---

<sup>97</sup> Journaldokument utformet som (elektronisk) skjema, brukt til å skrive inn fødselsforløp.

<sup>98</sup> Elektronisk instrument for å lytte på fosterhertelyd.

*og det "glipper". Barnet støttes ut med mine hender men med min kollegas ord. En stor gutt blir født. Når skuldrene kommer, kjenner jeg det "kneppet" i fingrene jeg ikke vil kjenne når jeg støtter ut barn. Derfor trenger jeg ikke å undersøke for og vite at det er tilkommet en stor rift, og at lukkemuskelen i endetarmen er skadet. Men jeg undersøker likevel, og kan tydelig se at skaden er omfattende. Jeg forklarer at jeg må tilkalle legene for suturering, da riften er større enn det jeg kan sy på fødestua. Hun må opp på operasjonsstua og få god bedøvelse slik at det blir gode forhold for å sy ordentlig og etter prosedyren for slike skader. Stemningen i føderommet er plutselig ikke god lenger. Noe uønsket er oppstått, og jeg kjenner at det er min feil. Dette er jeg for trent og erfaren til å la skje. Men jeg lot det skje.*

«Men jeg lot det skje». Uten å ville det lot jeg det skje foran øynene mine. Egentlig er jeg forferdet. Hvis det ikke var for at det tilkom en stor rift, ville jeg ikke fått øye på dette som jeg nå strever med å sette ord på. Et uønsket utfall krevde min ettertanke; hvordan kunne dette skje? Og hva var det som skjedde i denne situasjonen? For å få litt overblikk starter jeg med den emosjonelle delen av min reaksjon. Jeg kjenner stress, og stress er det første som dukker opp hver gang jeg tenker på denne hendelsen. Den aller første kontakten med følelsen har jeg når min kollega har stått midt i rommet noen minutter og babyen ikke fødes. Jeg tenker at det er en mulighet for at det kan ta lang tid før babyen fødes, og da er det ikke greit at hun står der midt på gulvet, liksom rastløst avventende. Og jeg kommer på at jeg tilkalte assistanse til fødestua fordi Frida hadde født raskt sist, og jeg tenkte at hun kanskje kom til å gjøre det denne gangen også.

I ettertid vet jeg at det barnet hun fødte nå, var mye større enn det hun fødte forrige gang. Store barn kan ta lengre tid å føde. Burde jeg ikke ha skjønnet dette på et tidligere tidspunkt? Jeg tilkalte altså hjelp, slik normen er, men gjorde det i god tid. Litt for god tid kanskje? Hadde utfallet blitt et annet hvis jeg hadde ventet med tilkallingen? For det er nå en ting å tøyse sin egen utålmodighet, men en helt annen ting å tøyse sine kollegaers utålmodighet. Utålmodigheten blir kanskje forsterket hvis vi er to om den? Noe skjedde mellom oss to jordmødre der inne. Hva var det?

Stresset ble forsterket da jeg fulgte blikket hennes rundt i rommet, jeg tenkte at hun så etter at alt hun trengte var på plass. Som om hun tok ansvar i situasjonen. Det er kanskje her det ligger. Jeg ville ikke at hun skulle ta ansvar i situasjonen. Det trengte hun ikke, for ansvaret var i utgangspunktet mitt. Ble det en slags konkurranse mellom oss? En konkurranse der hun utfordret og jeg kjente at jeg måtte svare på utfordringen for å forsvare min plass? I

etterpåkløkskapens lys ser jeg at det var dette som fikk meg til å utføre det første inngrepet; det var dette som fikk meg til å ta vannet. Når hun gikk og stilte seg på «min» side av fødesengen oppfattet jeg det som en direkte utfordring. Kanskje det var derfor jeg ikke fikk sagt noe der og da, om at jeg mente tilnærmingen var feil, og at jeg ikke ønsket at Frida skulle oppfordres til å trykke på den måten det ble gjort. Min kollega overtok regien, og jeg var for irritert og forbløffet til å klare og ta den tilbake. Hennes forventninger da hun kom inn i føderommet kan jeg strengt tatt ikke si mye om, men jeg kan si at jeg tolket hennes handlinger i føderommet til forventninger om snarlig fødsel av barnet. Det kan like gjerne være slik at hun ville hjelpe meg å bli ferdig med den tredje nattevakta, og at hun tenkte det var kollegialt å hjelpe trøtte og slitne meg på morgenkvisten. Jeg lot meg styre av det jeg tolket som hennes forventninger. Er det slik at mine handlinger styres av forventninger som ikke er mine egne, i andre sammenhenger også?

Etter at denne fortellingen ble skrevet, har min kollega lest gjennom og vurdert den sammen med meg. Hun utfordret meg til å si noe om min forståelse av å lede fødsel. Jeg tolker av dette at det hun tydelig utfordret meg på, var min tilsynelatende mangel på ledelse i føderommet. Var det kanskje det hun viste meg ved sin handling; hun oppfattet en mangel på ledelse og bidro til å opprette dette? «Ledelse av fødsel» er et kjent uttrykk innenfor jordmorfag. Vanligvis oppfatter jeg meg selv som godt i stand til å lede en fødsel. Men i og med denne hendelsen vakler oppfatningen. Det blir viktig for meg å se på hva ledelse av fødsel innebærer, og hvordan dette utspiller seg i jordmors erfaringsrom.

## 6.6 Oppsummering

I den første fortellingen blir jordmor utfordret på bruk av prosedyrer og nødvendigheten av dem i en konkret situasjon. Dette får henne til å tenke over hva hun anser som forsvarlig i forhold til den hjelpen hun gir under normal fødsel. For å kunne vurdere om bruk av prosedyrer er fornuftig må jordmor ta hensyn til flere forhold. Hvis prosedyrene medfører restriksjoner på bevegelser og stillinger som kvinnen bruker til å mestre rier må dette balanseres opp mot grensene for forsvarlig håndtering. Jordmor blir forundret når hun innser at hun legger en klassifiserende forståelse av teoretisk art til grunn for sine vurderinger i normal fødsel. Refleksjonen over fortellingen viser at jordmor må kjenne grensene og begrunnelsene for dem for å kunne balansere i dette feltet, og dette gjelder både normale og kompliserte fødsler. I dette vises at jordmor integrerer ulike typer kunnskap og kunnskapsformer i praksis. Den andre

fortellingen viser hvilken kunnskap og forståelse for situasjonen jordmor må ha for å balansere mellom det å vente på at rier blir gode og behovet for å gripe inn i prosessen. Her handler det om oppmerksomhet i situasjonen, og det å være tilstede samt å gjøre kontinuerlige bedømminger. Hun passer på at forløpet er forsvarlig slik at mor og barn ikke skades.

I fortellingen fra fødestua vises det tydelig hva som kan stå på spill i en fødsel, og hva som er jordmorfaglighetens felt i føderommet. Dette kommer også frem i de andre fortellingene, men siden jordmor her står uten sykehusets støttende funksjoner vises hennes kunnskap tydelig. Når jordmor ber kvinnen om å ta knærne fra hverandre for å gjøre bekkenutgangen større slik at skuldrene får plass til å rotere integrerer hun anatomisk, fysiologisk, fødselsmedisinsk og erfaringsbasert kunnskap som blir en del av fronesis i hennes samhandling med kvinnen. Slik vises epistemekunnskap integrert i handlingen å be kvinnen ta knærne fra hverandre.

I den fjerde fortellingen beskrives en situasjon som jordmor har stått i som nyutdannet og lært å håndtere. Jordmor har gjort en diskrepanserfaring, slik Lindseth beskriver en skjellsettende erfaring.<sup>99</sup> Som nyutdannet fulgte hun anbefalingene om å kontakte lege når fosterlyden avvek fra det normale. Men i møtet med legen ble hun gjort oppmerksom på hva hun hadde oversett i situasjonen. Det hun erfarte gav henne ny innsikt og medførte både en ny forståelse og en ny måte å håndtere situasjoner på. Dette ble til viktig kunnskap som hun videreformidler til nye kollegaer. Slik ble erfaringen til kunnskap som hun bruker direkte i sitt daglige arbeid, og som andre også har nytte av.

Den femte fortellingen løfter frem dialogens betydning for å fremme normal fødsel. Dialogen og det relasjonelle aspektet bærer handlingen. Fortellingen belyser dialogen mellom jordmor og fødekvinnen, jordmor og kollegaen samt dialogen mellom de ulike kunnskapsformene. Den tydeliggjør også hva som er saken når dialogen mangler.

---

<sup>99</sup> Lindseth 2015 s.44-49

## 7.0 Tematisering av noen særtrekk ved jordmors fødepraksis

### 7.1 Å stå i det uvisse

Flere av fortellingene speiler situasjoner som handler om det jeg kaller «å stå i det uvisse». «*The less we do the more we give*», skriver Nicky Leap.<sup>100</sup> Hun skriver at et element i jordmors arbeid med fødsler er å omfavne usikkerhet sammen. I dette ligger en oppfordring til å gjøre det mulig for kvinner å håndtere hva som enn hender i fødsel og i livet som helhet. Leap`s fokus legges på hva jordmor kan motivere og styrke kvinner til å gjøre, mer enn hva jordmor selv skal utføre.

Når jeg vurderer at Dagmar kan få føde stående, når jeg vurderer om Anna kan få slippe prosedyrepålagte undersøkelser og når jordmor Berit forteller om «det å vente», handler dette om å ta kloke avgjørelser uten å være sikker på utfallet. Jeg kan på bakgrunn av erfaring og det jeg ser i situasjonen gjøre mine antagelser, men helt sikker i saken er jeg ikke. Når jeg gjør mine antagelser begrunner jeg disse i en forståelse som utspiller seg i møtet mellom meg og kvinnen. Når Anna beveger seg, snakker og tier forteller hun meg noe. Som en respons på det hun forteller meg gjør jeg eller lar jeg være å gjøre noe. Det jeg sanser i øyeblikket bestemmer det jeg gjør. Og det jeg sanser er avhengig av min forforståelse som utgangspunktet for hva jeg ser og tolker, og dermed forstår situasjoner ut fra.

### 7.2 Å være med-kvinne i fødsel

«Å få kvinner til å føde» er selve saken virksomheten dreier seg om.<sup>101</sup> I alle fortellingene fra praksisfeltet står jordmor som den som lever sammen med kvinnen gjennom fødselen. Å være med-kvinne i fødsel, etter den engelske betegnelsen midwife, er en form for profesjonelt vennskap innenfor gitte rammer. Det som skiller jordmor fra øvrige støttepersoner er hennes evne til å svare på de utfordringer som en fødselsprosess innebærer, og den kunnskapen og erfaringen jordmor bringer med seg inn i relasjonen. En autorisert jordmor har både formelle og uformelle kvalifikasjoner. Jeg ser ikke bort fra kunnskaper som er ervervet via studier og

---

<sup>100</sup> Leap 2010 s.17-34

<sup>101</sup> Brunstad 2010

forskning, jeg anser det som en viktig og felles forutsetning for tilgang til praksis. Fra naturvitenskapelig forskning vet jeg noe om sammenhengen mellom rier og oxytocinutskillelse.<sup>102</sup> Oxytocinets virkning er essensielt for et normalt fødselsforløp, og produksjon og virkning av hormonet henger sammen med fravær av stress. Denne kunnskapen er grunnleggende for å forstå hvorfor jordmødre tilstreber et rolig fødemiljø med minst mulig stress involvert. Jordmor får kvinner til å føde ved å skape gunstige betingelser for at oxytocin skal produseres og ha effekt. Det er viktig for det arbeidet kvinnen og jordmor skal gjøre sammen at dette er i fokus. Men jordmor kan ikke optimalisere disse naturgitte betingelsene uten å samarbeide med kvinnen og forstå hva akkurat denne kvinnen i situasjonen uttrykker og har behov for. For å gjøre dette må jordmor forstå hvordan ulike kunnskapsformer gjøres relevant i ulike situasjoner til beste for den enkelte kvinnen.

### 7.3 Det motsetningsfylte

Å være jordmor i min virksomhet innebærer å fremme det normale ved å støtte opp om de naturgitte fødselsprosessene samtidig som jordmor alltid må ha en oppmerksomhet knyttet til at det vil være en risiko for at kvinnen trenger medisinsk hjelp. Dette kan utgjøre en kontinuerlig motsetning i det daglige arbeidet med å legge til rette for at fødselen skal få ta den tiden den trenger og det å gripe inn.

Blåka omtaler disse motsetningene som hhv. fenomenologisk og biomedisinsk tenkemåte eller jordmorfaglig og fødselsmedisinsk diskurs.<sup>103</sup> Med dette gir hun språk til motpolarer i den faglige forståelsen. Diskursene mener jeg kan oppfattes som ideologiske motsetninger i det praktiske feltet, der kunnskap og kunnskapsformer blir tillagt etiske og moralske verdier. Ut fra dette konstrueres jordmors handlinger i føderommet som jordmorfaglige eller medisinske. Blåka og Eri's informanter kaller dette «being in a room of struggle» forstått slik at det oppleves som en strevsom utfordring og tidvis en kamp å forholde seg til de føringer den fødselsmedisinske diskursen legger.<sup>104</sup> Konsekvensen er at språket og de oppgaver som defineres ved dette styrer jordmorarbeidet. Føringerne har etter Blåka og Eri's syn direkte konsekvens for hvordan

---

<sup>102</sup> Oxytocin er et viktig hormon i dannelsen av rier i fødsel. Se mer om dette i kap.8.3

<sup>103</sup> Sandvik, G.B. og Hauglund J.K. 1997

<sup>104</sup> Blåka og Schauer Eri 2008

jordmor utfører sin praksis, og kan stå i konflikt med hvordan hun ville utført disse ut fra egen faglighet. Dikotomiseringen kan etter mitt syn være konfliktskapende på flere måter, og tilslører etter min mening den integrasjon av kunnskaper som er nødvendig for å kunne gi god jordmorhjelp. Å fremstille føderommet som en kamparena er ødeleggende for de samhandlingene en fødselsprosess er avhengig av.

Til daglig gjør jeg mine kontinuerlige vurderinger og arbeider for å legge til rette for en så god fødsel som mulig ut fra den konkrete situasjonen. For å avgjøre om jeg kan la en prosess forløpe spontant og uten inngrep, klassifiserer og kategoriserer jeg ut fra kunnskap om avvik og risiko. Om kvinnen som står foran meg med rier er tidligere frisk, har spontant oppståtte rier innenfor beregnet termin og har hatt et normalt svangerskap med normal fostertilvekst, er dette noen av opplysningene som får meg til å klassifisere henne som lavrisiko og plassere henne i kategorien normalfødende. Klassifiseringen tillater meg å handtere dette etter normene for normal fødsel basert på antagelsen om at denne situasjonen sannsynligvis ikke utvikler komplikasjoner. Dette handler om å arbeide innenfor trygge rammer. Kunnskapen er støttende i avgjørelser underveis, for eksempel i vurderinger av behov for overvåkning av fosterlyd. Selv om en fødsel kan klassifiseres som normal eller lavrisiko i utgangspunktet, har jeg også en forståelse av at enhver fødsel har en dimensjon av risiko ved seg. I praksis er ikke dikotomien avgjørende, men situasjonen. Kunnskap integreres i konkrete handlinger. Det er ikke den medisinske kunnskapen jeg kritiserer, men dikotomien som er moralsk operativ i jordmorpraksis.

#### 7.4 Vente eller gripe inn?

Det jordmødrene forstår med normal fødsel vil selvfølgelig være bestemmende for om det som utspiller seg oppfattes som et avvik og skal gripes inn i og styres.

Når jordmor Berit mener det er klokt å vente er det ut fra sin mangeårige erfaring og deltagelse i kvinners fødsler hun skjønner dette, men også ut fra betydelig teoretisk og vitenskapelig kunnskap. Derfor vet jordmor Berit at det er viktig for et ønsket utfall at kvinnen føler seg trygg. Hun vet noe om hvordan trygghet viser seg, og hun vet at måten hun venter på har betydning. Jeg kjenner meg igjen i det Berit forteller, fordi jeg selv har deltatt i dette mange ganger. Denne rytmen, dette kroppslige uttrykket som vi ikke skal forstyrre fordi det er klokt å la det få utspille seg spontant, er noe vi begge gjenkjenner. Jeg og Berit er helt enige i at i den beskrevne situasjonen var det klokest å vente. I et fødselsarbeid er det viktig å ha gode rier. Jeg har i likhet med jordmor Berit erfart at det er mange ting som kan påvirke riene og dermed en



fødselsfremgang. Redsel og utrygghet er kjente faktorer som kan gi risvekkelse. I tillegg erfarer vi begge at kvinnen noen ganger må få tid på seg til å slippe riene til. Det gir grunn til å anta at mange ukjente faktorer spiller en rolle for etablering av rier og god fremgang. Tid kan brukes som en ressurs i arbeidet med å fremme normal fødsel der situasjonen for øvrig tillater det. I en annen situasjon er det dermed ikke like klokt å vente, men heller gripe inn i og styre prosessen i en annen retning.

Avveiningen mellom å vente og gripe inn vil mange jordmødre kunne si mye om, alle har vi stått i slike situasjoner. Og det er ikke alltid lett å vite hva som er det kloke valget. Så hva er det jeg forstår når jeg griper inn, og hva er det jeg forstår når jeg venter? Denne kunnskap i handling knytter Molander til oppmerksomhet og til det å holde handlingsmuligheter åpne.<sup>105</sup> Jordmor Berit har en våken oppmerksomhet på riene, fosterlyden og kvinnens uttrykk i situasjonen. Hun har samtidig overblikk over situasjonen og vet både hva som har hendt og ikke, og hva som kan hende, som Molander sier. Som kyndig praktiker er hun forberedt på at noe uventet kan hende, og har en beredskap for å endre sin handling. Men som hun uttrykker var det ingen grunn til å gripe inn, det var bare å vente.

I mange praktiske situasjoner i føderommet er avveiningene komplekse. I kompleksiteten får noe forrang og styrer avgjørelsene. Å gripe inn eller vente er avgjørelser som styres av utfallet som er ønskelig. Det er avgjørende viktig å bestemme seg for hva man venter på fordi dette vil gi handlingene retning.

## 7.5 Oppsummering

Å fremme normal fødsel krever evne til å integrere mange typer kunnskap, også den erfaringsbaserte. I hvert enkelt fødselsforløp og i møte med hver enkelt kvinne blir noe fremtredende, og dette gir handlingene retning. Dette «noe» knyttes til kunnskap og det å se med det kyndige blikk.

---

<sup>105</sup> Molander 1996 s.142

## 8.0 Refleksjoner over jordmors praktiske kunnskap i normal fødsel

### 8.1 Et trygt fødetilbud

Det svarer ikke bare en aktør til handlingen, men også en verden. Som aktør kan jeg ikke ha kunnskap om det jeg gjør uten å ha kunnskap om den verden jeg gjør det i, hevder Meløe.<sup>106</sup> Den verden som det er nødvendig å forstå for å begripe jordmors handlinger i føderommet ligger ikke bare på innsiden av fødeavdelingen eller i sykehuset. Det er nødvendig å rette blikket utover for å få øye på hvilken verden føderommet er en del av og som aktøren handler med hensyn på. Jeg vil derfor rette blikket mot noen overordnede dokumenter og ordninger.

En av de nye utredninger i rekken av offentlige dokumenter knyttet til fødselsomsorg i Norge heter «Et trygt fødetilbud».<sup>107</sup> Norge betraktes som et av verdens tryggeste land å føde i. Samtidig med dette stiger antallet gravide som diagnostiseres med fødselsangst, og gravide som ønsker keisersnitt på grunn av tidligere traumatiske opplevelser i forbindelse med fødsel. Det er noe i dette bildet som ikke stemmer. Hvis Norge er et trygt land å føde i, er det selvmotsigende at flere og flere er redde for å føde. Det er viktig å vite noe om hva et trygt fødetilbud betyr.

Generelt dreier fødselsomsorg seg alltid om å fremme helse. Helse er et vidt begrep, og kan tolkes nærmest i det uendelige. Kanskje er helse noe mennesker for det meste definerer i fravær av dette, og generelt er det vanskelig å gi utfyllende beskrivelser av god helse. Det er først når noe oppstår som mangel på helse eller helsehjelp, at begrepet gis konkret innhold. Kanskje er det derfor trusselen om “uhelse” eller helseskader får stor oppmerksomhet? Fra flere hold uttrykkes det bekymring over den retningen vårt helsevesen ser ut til å ta. En rapport fra HOD<sup>108</sup> «overdiagnostikk og behandling» uttrykker noe av denne bekymringen.<sup>109</sup>

---

<sup>106</sup> Meløe 1985 s.42 og 1973 s.141

<sup>107</sup> Helsedirektoratet, 2010

<sup>108</sup> Helse- og Omsorgsdepartementet

<sup>109</sup> Gisle 109

Blir det slik fordi det er lettere å sette ord på og forklare risiko for inngrep og komplikasjoner enn hva som ligger i det forventede normale? Kan det være fornuftig å dreie den faglige innsatsen mer mot det som styrker og legger til rette for den normale prosessen i stedet for å overvåke fenomenet i tilfelle noe skulle avvike fra normen innenfor fødselshjelp? Det ser ut til at det som avviker fra normen, altså ikke det normale men det kompliserte og risikofylte dominerer kunnskapsutviklingen innen fødselshjelp. Derfor kan et trygt fødetilbud på et overordnet plan dreie seg om risikohåndtering og medisinsk sikkerhet. For den enkelte fødekvinne ivaretas fødetilbudet ved den eller de hun møter som aktører i virksomheten.

Et av WHO's mål for ivaretagelse av normal fødsel, er demedikalisert praksis.<sup>110</sup> Med medikalisering menes det forhold at stadig flere av menneskers problemer søkes forklart medisinsk, og behandlet av helsevesenet.<sup>111</sup> En demedikalisert praksis legger vekt på å unngå sykeliggjøring. Et av tiltakene er å ikke bruke avansert utstyr og teknologi der enklere prosedyrer vil fungere like bra eller bedre. Målet hevdes å være langt fra oppnåelse, da barnefødsler i vestlige samfunn i økende grad medikaliseres.<sup>112</sup>

Fødsel kan ses som en menneskelig erfaring med en sosial mening skapt innenfor det samfunnet kvinnen lever i.<sup>113</sup> Hvordan fødsel forstås er av den grunn kultur- og kontekstavhengig. I vår kultur er tilgang til medisinsk behandling for menneskers problemer en viktig del av vårt velferdssamfunn. En konsekvens av det økte medisinske fokuset på risiko for avvik og sykdom er etter Blåka og Eri's mening at bruk av teknologi og inngrep i fødsler har blitt normen i de fleste vestlige land. Bruk av teknologi og inngrep ses på som en nødvendig del av å beskytte det nye livet. Fokus rettes mot det ufødte barnet, og med argumentet om å beskytte det nye livet rettes innsatsen mot dette. Dette medfører at kvinnekroppen er i behov av overvåkning, kontroll og styring for å sikre det nye livet en god start. En annen forsker, Davis-Floyd, sier at vår kultur har gjort teknologisk hjelp under fødsel naturlig, og at dette nå er normen.<sup>114</sup>

---

<sup>110</sup> World Health, 1996

<sup>111</sup> Orndnett.no

<sup>112</sup> Liamputtong 2005

<sup>113</sup> Blåka og Schauer Eri 2006

<sup>114</sup> Davis-Floyd 1994, 2001

Når det gjelder den utformingen retningslinjene vi arbeider etter har, så er også disse sterkt preget av tenkningen rundt sykdom og avvik. Dette finner vi blant annet utformet i mål for svangerskapsomsorg i Norge:

“Sikre at svangerskap og fødsel forløper på en naturlig måte, slik at morens legemlige og psykiske helse, og hennes sosiale velvære, blir best mulig. Sikre fosterets helse slik at det kan fødes levedyktig og uten sykdom eller skade som kunne ha vært forhindret. Oppdage og behandle sykdom og andre helsetruende forhold hos moren slik at svangerskapet medfører minst mulig risiko for henne og barnet.” (NOU 1984:17)<sup>115</sup>

Vi ser at vekten er lagt på å sikre helse gjennom å oppdage og behandle sykdom. Dette er videreført i senere arbeider, og viser seg i anbefalinger som har som mål å fange opp og behandle alle med risiko for det som regnes som helsetruende.

Hvis jeg nå tar utgangspunkt i et av de senere offentlige arbeidene på dette feltet kan jeg lese at “Regjeringens mål for helsepolitikken er å prioritere de pasientgruppene som trenger det mest”.<sup>116</sup> Jeg legger merke til at gruppen gravide og fødende blir betegnet som en pasientgruppe. Ordet pasient kommer av det latinske ordet *pati* som betyr lide.<sup>117</sup> En pasient er et lidende menneske. Et lidende menneske kan man trøste og lindre plagene til. Dette mener jeg står i kontrast til fødekvinnene. På hvilken måte kan dette påvirke praksis? Et sykehus der personalet er utdannet til å lindre lidelse, vil kunne se denne delen av virksomheten godt, og gi det forrang fremfor andre sider av saken. Kanskje er det derfor jeg spør Anna om hun vil ha lystgass når hun blir urolig og høylytt, og kanskje er det dette som er utfordringen for meg når Dagmar sier hun ikke klarer mer. Innenfor den faglige oppdragelsen jeg har er medikamentell smertelindring reflekshandlingen. Men så viser det seg at disse kvinnene lærer meg noe nytt, en annen måte å handle på.

Stortingsmeldingen fortsetter med å gjøre rede for tiltak for å sikre oppfølging av gravide med påvist risiko og spesielle behov, samt sørge for at fødende med disse behovene selekteres til det

---

<sup>115</sup> NoU 1984:17 Perinatal omsorg i Norge. Formuleringen fra 1984 er videreført i senere offentlige dokumenter knyttet til perinatal omsorg som er omsorg i tiden før, under og etter fødsel

<sup>116</sup> Stortingsmelding nr.12 (2008-2009) “En gledelig begivenhet”

<sup>117</sup> UiO norsk ordbok

fødested som har den riktige kompetansen for å ivareta dem. I Norge er fødselsomsorgen etter hvert organisert i ulike nivåer; fødestue, lokal fødeavdeling og kvinneklinikker. Kvinneklinikker har døgnbemanning av jordmødre, fødselsleger, nyfødttmedisinere og operasjonsavdeling, og tilhører det vi kaller spesialisthelsetjenesten. Kvinneklinikker yter fødselshjelp til alle typer fødende, både høy- og lavrisiko fødekvinner. De lokale fødestuene er jordmorstyrte enheter, og vil i fødselssammenheng yte tilbud til det vi kaller lavrisiko fødekvinner. Noen lokalsykehus yter fødselshjelp til kvinner med middels risiko, da de har mulighet for akutte keisersnitt.

Det er utarbeidet detaljerte lister med kriterier for hvilke kvinner som kan føde hvor. Til daglig videreføres klassifiseringen ved fødekvinnes innkomst i avdelingen som en del av logistikken. På oversiktstavla på vaktrommet er kvinnenens navn skrevet inn med tilhørende romnummer og koding; kode grønn for normalt og kode rød for komplisert. Nå for tiden skrives det mest med rødt på oversiktstavla. «Grønne damer» er ikke lenger det vanligst forekommende. Denne dikotomien brukes for å si noe om behov for spesifikt rettet handlingsberedskap, og seleksjonspraksisen kan lett forstås som at det er de kompliserte tilfellene som krever den største ressursbruken og den mest spesialiserte kompetansen. Spesialisert kompetanse knyttes til overvåkning og kontroll av risiko knyttet til fødselsforløp og –utfall. Dette krever igjen gjerne medisinsk kompetanse og teknologi, samt beredskap for inngrep.

Hvis det antas at det er de kompliserte tilfellene som krever den størst ressursbruken, gir dette mening innenfor medisinsk risikovurdering. Men når det gjelder det jordmorfaglige arbeidet er min erfaring at det kreves minst like mye kunnskap og innsats under normale fødselsforløp som under kompliserte. Dette er avgjørende viktig for å holde normale fødsler normale slik at fødselsprosessen ikke utvikler seg i en komplisert retning. Dette skal jeg komme tilbake til. Det medfører at seleksjonspraksisen ikke kan brukes som grunnlag for å vurdere jordmorfaglige ressursbehov. Jordmødres ressursbruk er ikke knyttet til om fødekvinner er «grønne» eller «røde», men til møtet med hver enkelt fødekvinn. Gode møter krever tid, kunnskaper og ressurser brukt til beste for den enkelte. Dette gjelder uavhengig av klassifisering eller risikovurdering.

Denne seleksjonen til riktig nivå fødested blir utført i svangerskapsomsorgen. Dette har ført til omstillingsprosesser knyttet til fødetilbudet, spesielt i distriktene. På flere steder har omstillingene blitt møtt med skepsis og motstand, både fra fagfolk, fødekvinner, politikere og

lokalbefolkning. Det har blitt uttrykt frustrasjon over det som blir omtalt som en svekkelse av den medisinske beredskapen på stedet, og kvinnene uttrykker ønske om å få føde nært sitt bosted. De siste tiårene har det funnet sted en betydelig sentralisering av fødsler til kvinneklinikker etter denne beskrivelsen, og trenden er økende.<sup>118</sup> Er seleksjonskriterier som i stadig utvikling omfatter flere og flere kvinner som risikofødende noe av forklaringen? I helsedirektoratets veileder «*Et trygt fødetilbud*», sies det at antall gravide og fødende med alvorlige sykdommer og komplikasjoner i svangerskapet øker, og dette stiller høye krav til fagpersonellens kompetanse.<sup>119</sup> Hvilken kompetanse det er snakk om får man et innblikk i da dette spesifiseres som blant annet fosterovervåkning, håndtering av akutte tilstander og systemkontroll. Det finnes annen kompetanse som er viktig, slik som den relasjonelle kompetansen. Er det bevisst å omgå denne, siden de her snakker om komplikasjoner? Eller er den kompetansen jeg tenker på så selvfølgelig at den er usynlig? Å gi et trygt fødetilbud må nødvendigvis inneholde muligheter for avansert medisinsk hjelp når fødekvinne trenger det. Men hjelpen gis ved de menneskene som møter og ivaretar kvinnene. Et trygt fødetilbud må nødvendigvis også handle om kompetanse som uttrykkes i det personlige møtet.

Er det uventet at fødende med alvorlige sykdommer og komplikasjoner øker? Både endring i befolkningsstruktur, fødselshjelperes kompetanse og dagens fødekvinners ønsker kan spille en stor rolle. Det knytter seg samtidig bekymring til at fødende løper større risiko for inngrep og komplikasjoner hvis de som lavrisikofødende føder i en kvinneklinikk enn hvis de føder i en jordmorstyrt fødestue eller hjemme.<sup>120</sup> Det henvises til dokumentert økt frekvens av inngrep og komplikasjoner, som høyere risiko for forløsning med vacuum, tang eller keisersnitt og høyere forekomst av fødselsrifter og blødninger etter fødsel.<sup>121</sup> Noe av bekymringen er knyttet til det som anses å være unødige intervensjoner. Et eksempel på en slik intervensjon kan være å gi hormoner for å få fødselsprosessen til å forløpe raskere. En studie av differensiert fødselsomsorg til lavrisiko fødekvinne fant som bifunn at friske fødekvinne innlagt i sykehus ble stimulert med rforsterkende hormoner i fødselsforløpet i et uventet stort omfang, og dette

---

<sup>118</sup>Stortingsmelding nr.12 (2008-2009) "En gledelig begivenhet"

<sup>119</sup> Helsedirektoratet 2010, Et trygt fødetilbud, s.27, Oslo, H.dir

<sup>120</sup> Blix, Huitfeldt et al. 2012

<sup>121</sup> St.meld.nr 12 2008-2009

uten at langsom fremgang i fødselsprosessen var diagnostisert.<sup>122</sup> Stimuleringen var utført av jordmødre i det som var ansett for å være normale forløp. Et slikt inngrep kan medføre økt risiko for det ufødte barnet, og krever fosterovervåkning.<sup>123</sup> Det kan altså se ut til at jordmødre bidrar til å produsere fødselsrisiko.

Det er ikke bare fødselsomsorgen som fokuserer på risiko. Hele det moderne samfunnet er et risikosamfunn, hevder Beck.<sup>124</sup> Det kan forstås som at vi som samfunn er lite risikovillige, og dette preger måten vi forholder oss til utfordringer på. Forsøker vi å bevege oss mot et risikofritt samfunn? Hvordan skulle dette kunne se ut? Selvfølgelig er det også slik at en moderne risikohåndtering er et gode. Den moderne vitenskapen har betydd mye for vår evne til å forutse og beherske naturen, og har ført til teknologi som har hatt stor betydning for menneskets muligheter og livsbetingelser.<sup>125</sup> All tilgjengelig viten og alle tilgjengelige ressurser på fagpersonal- og utstyrssiden er et gode for den fødende som bruker av en god helsetjeneste. Men det kan tenkes at denne utviklingen har ført med seg en uheldig virkning. Beck skriver at vi overvåker i for stor grad, og at dette har skapt en usikkerhet i samfunnet.<sup>126</sup> To av mine kollegaer har uttrykt dette slik:

*«Den sosialpsykologiske forståelsen preges av den generelle samfunnsdebatten, både innenfor fagfeltet og blant blivende foreldre. Det normale fremstår som risikofyllt, mens teknologiassisterte ekspertløsninger fremstår som sikrere».*<sup>127</sup>

Engelske forskere hevder at denne forståelsen av risiko er en medvirkende årsak til at det er vanskelig å nå frem med kunnskap som fremmer normalitet og jordmorledet omsorg i fødsel i England.<sup>128</sup> Det samme er det grunn til å tro kan gjelde Norge. En studie fant overraskende

---

<sup>122</sup> Bernitz et al 2013, riforsterkende hormoner er i denne sammenhengen gitt for å få et fødselsforløp til å gå raskere

<sup>123</sup> Bernitz et al 2014

<sup>124</sup> Beck 1992

<sup>125</sup> Wright, Larsen et al. 1994

<sup>126</sup> Beck 1992

<sup>127</sup> Halvorsen, Nerum et al. 2013

<sup>128</sup> Benoit 2005

likheter i måten jordmødre i sykehus praktiserer på uavhengig av hvilket område eller land praksisen foregikk i.<sup>129</sup> Andre studier har funnet at jordmødre best klarer å legge til rette for normal fødsel ved små, jordmorledete enheter.<sup>130</sup> Dette må bety at sentralisering av fødselshjelp til store fødeavdelinger medfører en økning i andelen medisinske inngrep og komplikasjoner i normal fødsel, noe som støttes av funn fra mange tidligere nevnte studier. Betyr dette også at jordmødre håndterer normale fødsler ulikt i store og små fødeenheter? En studie fra de fem nordiske landene antyder at dette er tilfelle når det gjelder hvordan hjemmefødselsjordmødre jobber.<sup>131</sup> Det hevdes at jordmødre som jobber med hjemmefødsler møter arbeidet med en annen innstilling enn de som arbeider ved sykehus. Innstilling utdyper forfatterne som måten jordmødre er fysisk, emosjonelt og mentalt tilstede på. Dette knyttes blant annet til det å opptre rolig, respektfullt, oppmerksomt og støttende.

Det er nesten som en automatisert tankebevegelse, dette at å unngå risiko for skade er synonymt med å fremme helse. Mye helseinformasjon baserer seg på denne tanken, og mye helsefremmende arbeid også. Oversatt i min verden blir dette at å unngå komplikasjoner er synonymt med å fremme den gode fødsel. Å fremme normal fødsel kan bli forvekslet med å unngå komplikasjoner, og medisinsk sikkerhet kan oppfattes som den beste måten å oppnå trygghet på. Innenfor den virksomheten jeg praktiserer vil både jordmødre og leger akseptere medisinske intervensjoner og ta i bruk ny teknologi i troen på at dette bedrer utfallet av fødselen. Forstått slik at bruk av teknologi under fødsel fører til færre skader og flere friske mødre og barn. Dette er et paradoks for jordmor som den normale fødselens vokter. Hun kan komme til å bruke medisinske inngrep som redskap for å normalisere fødsel. Denne kunnskapen er en viktig del av min praksis, men hører ikke hjemme på alle områder. Det er jordmors ansvar å vurdere ut fra andre former for kunnskap der dette gir et bedre grunnlag for vurdering og handling. Ved å integrere kunnskap og erfaring kan jordmor trene sitt kyndige blikk for hvilken kunnskap som er aktuell når det gjelder å gi rett hjelp til rett tid, og på en god måte.

---

<sup>129</sup> O'Connell and Downe 2009

<sup>130</sup> Walsh 2008, Bernitz et al 2011

<sup>131</sup> Sjöblom, et al 2014



## 8.2 Begrepet normalitet og naturlig fødsel

Etter å ha arbeidet med normal fødsel i flere år, og i tillegg skrevet om dette fenomenet, har jeg fått et inntrykk av at det er få begreper som er så vanskelig å si noe klokt og entydig om som *normalitet*. Mitt inntrykk bekreftes av Per Solvang som sier at

*«Normalitet har vært sett på som en størrelse som i sitt innerste vesen ikke gir seg til kjenne. Hvis den gir seg til kjenne, er det fordi vi står overfor det motsatte, det unormale».*<sup>132</sup>

Definisjonen på normal fødsel gitt av verdens helseorganisasjon gir mening om normalitet forstås på denne måten.<sup>133</sup> Men som nevnt kan normal fødsel da bare defineres som normal retrospektivt. Hvordan kan normalitet forstås når det gjelder normal fødsel som prosess? Jordmor arbeider med å fremme normal fødsel underveis i forløpet, og en forståelse og tolkning av normalitet må nødvendigvis gjøre seg gjeldende også i samtid.

I jordmorpraksis har jeg forstått *normalt* som det som er vanlig, det som gjelder de fleste. Og i tillegg har jeg forstått normal fødsel som en spontan prosess som ikke krever spesiell overvåkning eller medisinske inngrep. Det er ikke før jeg blir klar over at det blir mer og mer vanlig at fødsler ikke faller inn under min tidligere forståelse av normal fødsel, at jeg begynner å tenke over hva dette egentlig innebærer. Er det en statistisk normalitet jeg tidligere har lagt til grunn for min vurdering? Summen av det som er definert som avvik kan sette grenser for det som ikke er avvikende, og i den forstand normalt. Kriteriene for normalitet blir dermed tilstander der det ikke forekommer avvik, og avvikene brukes til å definere det som jordmødre vil se som normen, det gode og riktige. Dette stemmer med det jeg erfarer er den overordnede virksomhetens blikk i praksis, og kanskje er dette også en medisinsk definisjon av normalitet i fødsel. Det som er avvikende trenger behandling for å bli normalt.

Normaliteten er dermed ikke gitt av naturen, men sosialt konstruert, og vi konstruerer forståelsen ut fra ulike kunnskapsideologier. Dette er problematisk når de ulike forståelsesformene er virksomme på samme arena, som de er i en fødeavdeling i et norsk

---

<sup>132</sup> Solvang 2006 s.182

<sup>133</sup> WHO 1996

sykehus. Solvang påpeker at utfordringen er enighet om en minimal felles virkelighet.<sup>134</sup> Hvordan ser den felles virkeligheten ut i fødepraksis? Til en viss grad vil jeg si at begrepet normalt har noe til felles med hva som er akseptert, og da kanskje akseptert som godt. Thorvald Sirnes mener dikotomien normalitet og avvik ser ut til å falle sammen med tradisjonelle religiøse skiller mellom godt og ondt.<sup>135</sup> Han mener det er mye som har gått over fra å være avvikende til å bli oppfattet som ondt. Og ingen av oss ønsker det som er ondt. I en slik sammenstilling lukkes diskusjonen, og det blir akseptert at vi ikke ønsker avvik velkommen, men søker å unngå dem, eller behandle dem slik at de opphører. Normalitet blir på den måten forstått som et moralsk anliggende, i og med at det da vil være en god og en («ond» eller) dårlig måte å håndtere dette på. Men dersom normalitet forstås ut fra egen erfaring og praksis, vil jeg forstå dette som mangfoldig mer enn som ondt eller godt, galt eller rett. Det mangfoldige og varierte kan altså ses som godt, eller som en trussel mot det normale.

“*Etter hvert føder hun sitt barn, helt normalt og av egen kraft*”. Dette sier jeg om Anna i den første fortellingen. Og med disse ordene sier jeg noe universelt. Til alle tider har dette vært naturlig, at kvinner føder sine barn. Og det er normalt at kvinner føder. Hva kan jeg så tenke om begrepet naturlig i denne sammenhengen, hva er *naturlig fødsel*, og hva kan jeg si om jordmors forhold til naturlig fødsel? «Å føde naturlig» er noe vanskelig å definere innholdet i. Dette forhindrer ikke at begrepet er i daglig bruk, og at det finnes en noenlunde analog forståelse av hva begrepet betyr i ulike situasjoner.

I et faghistorisk perspektiv er jordmoryrket vårt eldste kvinneyrke. I denne sammenhengen forvalter yrkesutøverne en nedarvet og tradisjonell kvinnekunnskap om kvinner i en definert livsfase, men også et bredere felt knyttet til liv og helse. Noen av de tidlige jordmødre som jeg kan lese om, oppviste et aktivt politisk engasjement for å bedre menneskers, og spesielt kvinners, kår.<sup>136</sup> Denne delen av jordmødres historiske bakgrunn utgjør en del av kunnskapsgrunnlaget og har spilt en rolle for utformingen av yrket og yrkeskulturen. Dersom vi skal kunne forstå innholdet i jordmorfagets ulike uttrykk, må vi også få øye på og forstå den politiske og samfunnsmessige sammenheng denne er utformet innenfor. Uttrykkene er både

---

<sup>134</sup> Solvang 2006

<sup>135</sup> Sirnes 2006 s.132

<sup>136</sup> Søraa 1984, Kjølørød 1993, Sandvik 1995

historisk, politisk og kulturelt kontekstuelle. I tillegg spiller forholdet til makt og posisjon en rolle for de ulike verdienes gjennomslagskraft i et samfunn og dermed en yrkespraksis. Det er på det rene at andre fagtradisjoner, spesielt den fødselsmedisinske, er nært knyttet opp mot og har påvirket utformingen av den jordmorfaglige diskursen.<sup>137</sup> Naturlig fødsel som begrep kan derfor være oppstått som et korrektiv til den sterke fødselsmedisinske dominansen.

I noen sammenhenger snakkes det om naturlig fødsel som del av noe urkvinnelig som alltid har eksistert og ennå eksisterer dypt i alle kvinner. Det finnes interesseorganisasjoner for fødsel flere steder i verden, som innehar denne holdningen til fødsel som uttrykkes som en naturlig del av et urkvinneinstinkt.<sup>138</sup> Faktum er, at naturlig fødsel som jordmorfaglig begrep ikke dukker opp i historien før i nyere tid. Når den fødselsvitenskapelige utvikling innen medisin og teknologi fra 1970-tallet i økende grad forskyver den jordmorfaglige oppmerksomheten mot risiko og det som bør overvåkes og gripes inn i, oppstår det en motbevegelse som ønsker en dreining i retning tilbake til naturen.<sup>139</sup> Som en motvekt til en fødselsmedisinsk tilnærming med kategorier, prosedyrer og behandling, oppstår begrepet naturlig fødsel. Begrepet oppstår etter min mening som en protest mot fødselsmedisinske krav om overvåkning, faser og tid, og forstås som en spontan og uforstyrret prosess. Dette fører til at jordmødre påvirkes av trender som forsvarer naturlig fødsel, inspirert av markante skikkelser som Ina May Gaskin og Michel Odent. Det presenteres også kunnskap fra et psykososialt perspektiv, og det psykiske perspektivet vektlegges sterkere innenfor tenkningen om naturlig fødsel.

I noen sammenhenger forstås naturlig ut fra antagelser om hva som var tilstanden i en tid der dagens kunnskap og hjelpemidler ikke var tilgjengelige. Naturlig fødsel vil innenfor dette kunne ses som en fysiologisk spontan prosess uten noen som helst innblanding eller hjelp. Innenfor bruken av naturlig fødsel som begrep snakkes det om kvinnens iboende fødekrefter og instinkter.<sup>140</sup> Alternativt tillegges urinstinktene en magisk forståelse av å være det opprinnelig

---

<sup>137</sup> Sandvik (nå Blåka) beskriver diskurs som kunnskapens uttrykksform, etter Foucault's diskursbegrep

<sup>138</sup> Kraft, 2007, 2011

<sup>139</sup> Fjell 1998

<sup>140</sup> Fjell 1998, Heiberg og Bjørnstad 1999

gode og riktige, en holdning inspirert av det Kraft kaller naturmystikk.<sup>141</sup> Å føde naturlig knyttes i denne sammenhengen opp til natur med religiøse overtoner. Det er innenfor denne forståelsen viktig å føde uten bruk av teknologi og smertelindring som viktig for åndelig helbredelse og relevant for selvutvikling.<sup>142</sup> I denne sammenhengen brukes det naturlige om det som biologisk uforstyrret får skje, og som det unikt beste og meningsbærende for den enkelte. Dette blir den rette måten å føde på, og naturlig fødsel blir et moralsk imperativ som det er om å gjøre å leve opp til.

I den jordmorpraksis jeg er en del av brukes begrepet *naturlig* knyttet til fødsel riktignok om det som ikke er manipulert av jordmødre eller leger, og som foregår uten tekniske hjelpemidler. Gir det da mening å snakke om normal fødsel som noe annet enn naturlig fødsel? Begrepet kan tolkes ut fra flere forhold, både ut fra hva det er snakk om, for hvem og i hvilken tid og sammenheng begrepet brukes. Samtidig må det kunne sies å være sant at det er mer «av naturen» og dermed naturlig å la nytt liv komme til verden ved hjelp av rier enn ved hjelp av kirurgens kniv. Når dette er sagt, så er det ikke det naturlige og uforstyrrede i seg selv som er saken, men hva dette uttrykker og er en del av. Hvis kvinner føder naturlig i betydningen uten inngrep og forstyrrelser på noen måter, og når inngrep og forstyrrelser også innbefatter jordmorhjelp, vil dette bidra til at flere kvinner og barn dør.

Hvis begrepet om det naturlige knyttes opp til det å la naturen styre fødselsprosessen, men med kyndig hjelp fra jordmor, kan det å la kvinner føde naturlig forstås som å støtte de naturlige livsprosessene. Sykepleieforsker Ingunn Elstad mener at de grunnleggende livsprosessene er det kontinuerlige stoffskiftet med miljøet. Hun henviser til Gadamer som beskriver helse som livsrytme, en prosess der balanse kontinuerlig gjenopprettes i en tilstand der en lever og deltar i verden sammen med andre mennesker.<sup>143</sup> Da handler det om å individualisere, og yte den rette hjelpen i fødselsprosessen. Dette er jordmorens felt. For å gjøre dette må jordmor legge merke til og vurdere det vesentlige i det fødekvinne uttrykker, og i tillegg lytte til og gå i dialog med henne for å få tak i det partikulære i situasjonen. Dette slik at det å yte den rette hjelpen i

---

<sup>141</sup> Kraft 2007, forfatteren er religionshistoriker og her brukes en referanse der hun har skrevet om naturmystikk i helsevesenet knyttet til fødsler.

<sup>142</sup> Samme sted

<sup>143</sup> Elstad 2014 s.38-58

arbeid med fødekvinne innebærer at man forsøker å finne ut hva som virkelig trengs ved å observere og lytte til kvinnen, ved å se det partikulære, prioritere, avgrense og individualisere. I situasjonen med skuldra som ikke roterte var det viktig å finne ut hva som var det partikulære i situasjonen, som det var om å gjøre å handle overfor. I mylderet av informasjon og hendelser, var det fødekvinnens stilling og sammenhengen mellom bekkenet og barnets rotasjoner som ble avgrensningen og grunnlaget for akkurat den handlingen i den situasjonen fra jordmors side. Samtidig var jordmor åpen for andre handlingsmuligheter ved å se om handlingen førte til hjelp. Elstad beskriver dette som et praktisk begrep om hva som skal til for å hjelpe mennesker i krevende faser.<sup>144</sup> Det partikulære er hva som gjelder akkurat denne fødekvinnen i den individuelle tilstanden hun er i. I tillegg må hun ha et stort repertoar av handlingsalternativer, slik Molander fremhever som et kjennetegn ved den praktiske kunnskapen.<sup>145</sup> Hadde jeg ikke gjort akkurat dette med skuldra som ikke roterte, hadde dette antagelig ikke forløpt normalt.<sup>146</sup> Å fremme den normale fødsel handler i stor grad om å ha god kjennskap til prosessene. Altså ha kunnskap innenfor blant annet anatomi og fysiologi, og hvordan kropp og bevissthet virker i samspill med sine omgivelser, og integrere kunnskapsformer med det for øye at det er naturlige fødselsprosesser som må forstås og støttes opp under i en fødsel.

### 8.3 God jordmorhjelp

Jeg vil anse det som en viktig del av min yrkeskunnskap å vite når og på hvilken måte jeg ikke skal forstyrre en normal prosess. Det er også en del av min yrkeskunnskap å vite når og på hvilken måte jeg bør gripe inn i en normal fødsel for å hindre at noe utvikler seg i komplisert retning. Å gi god jordmorhjelp innebærer å fremme den gode fødsel uavhengig av om fødselen bestemmes til å være naturlig, normal, komplisert eller noe annet. Klassifiseringen er ikke alltid i fokus, det er handlingene oppmerksomheten styres mot.

I hverdagen på fødeavdelingen er det vanlig at jeg overtar et arbeid med en fødekvinne fra en av mine kollegaer ved et vaktskift, eller gir fra meg et. Jeg ser for meg en slik situasjon nå mens jeg skriver.

---

<sup>144</sup> Elstad 2014 s.38-58

<sup>145</sup> Molander 1996

<sup>146</sup> Se kap.6.3

*Jeg er kommet på aftenvakt på fødeavdelingen, og mottar rapport om et par som befinner seg på fødestua. Jeg har møtt kvinnen tidligere i svangerskapet, og har et inntrykk av henne som ei positiv, glad og sprek dame. Mannen har ikke deltatt på svangerskapskontrollene. Jeg kommer inn på fødestua, sier lavt og forsiktig hei, og smiler. Mannen sier hei, og jeg registrerer at han knapt ser opp fra mobiltelefonen der han taster inn noe. Kvinnen har vært på fødestua i nærmere et døgn, og har epiduralbedøvelse. Hun sover. Sprøytepumpa med bedøvelsen tikker og går, det samme gjør maskinen som tegner fosterlyden på papiret som en dansende strek. Jeg ser fosterlyden avtegne seg på papirstrimmelen, og legger samtidig merke til at det avtegnes få rier. Det henger et ristimulerende drypp på ei infusjonspumpe. Dryppet går på 30 milliliter i timen, noe som forteller meg at det ikke er lenge siden dryppet ble startet.*

Her kommer jeg inn på ei fødestue der mye har foregått det siste døgnet. På bakgrunn av en kort rapport og det jeg ser når jeg kommer inn, danner jeg meg et bilde om hva jeg kan forvente meg her inne. Jeg må fortsette der noen andre har lagt premissene. Inne på fødestua ser jeg to slitne mennesker. Jeg skjønner at de først må få hvile litt. Samtidig vil jeg være der for å se om riene endrer seg, om fosterlyden er normal, om kvinnen våkner slik at jeg kan snakke med henne, og om jeg kan få legge hendene mine på magen hennes og kjenne på livmora for å få vite noe om hvordan barnet har posisjonert seg. Etter hvert skal jeg passe på at kvinnen får latt vannet, endret leie og tatt til seg næring. Så er det også en oppgave å «få kvinnen til å føde», slik informantene i Brunstads studie har uttalt.<sup>147</sup>

Et normalt fødselsforløp er i teorien forventet å følge en kronologisk bane. Forløpet er oppdelt i ulike faser, og de ulike fasene er forventet å skje innenfor gitte tidsrammer. Rammene er nedfelt i form av et såkalt partogram som muliggjør at en fødsel kan gjengis grafisk.<sup>148</sup> Fødselspartogram er et redskap brukt under fødsler i hele verden. Å få kvinnen til å føde kan bety å sørge for at fødselsprogresjonen følger den oppsatte kurven i partogrammet. Hvis riene da vurderes som for dårlige til å oppfylle kurven, vil jeg suksessivt øke infusjonstakten på det ristimulerende dryppet til riene vurderes som gode slik at jeg kan forvente en fremgang

---

<sup>147</sup> Brunstad 2010

<sup>148</sup> Skjema som tillater grafisk fremstilling av fødsel og progresjon i fødselsarbeid ved å plote inn verdier for mormunnsåpning målt i centimeter og plassering av barnets hode (ledende del, ofte hodet men kan være setet) i forhold til bekkenets deler. Andre forhold ved fødsel dokumenteres også her, som for eksempel målt frekvens fosterlyd og medikamenter gitt i forbindelse med fødsel.

tilsvarende kronologien. Dette er en vanlig måte å forholde seg til situasjonen på. Kan det være annerledes? I denne situasjonen ville jeg vurdere det slik at jeg kunne fravike kravet om fremgang fordi jeg vet at en sliten mor og en sliten livmor trenger hvile før ny ytelse kreves. Dette er også en vanlig måte å forholde seg til situasjonen på. Sjansen for å mislykkes med å få frem gode rier og dermed få kvinnen til å føde er større hvis kvinnen er utslitt enn hvis kvinnen er uthvilt. Jeg ville altså gitt kvinnen tid til hvile. Kanskje ville jeg slått av dryppet under hviletiden. Å gi kvinnen tid til hvile kan være en måte å få kvinnen til å føde på, i denne situasjonen. I en annen situasjon kunne tid til hvile vært bortkastet. Dette mener jeg er et eksempel på hva Benner mener med klinisk dømmekraft.<sup>149</sup> I stedet for å følge den opprinnelige planen ved å øke dryppet til det blir gode rier, responderer jeg på det jeg ser og tolker. Jeg handler i forhold til det jeg tenker er klokt når det gjelder å få kvinnen til å føde. Klinisk dømmekraft er utviklet fra erfaring. Fronesis kan i noen situasjoner uttrykkes ved å gi tid til hvile slik at prosedyren ved ristimulering kan gjøres aktuell som rett hjelp til rett tid. Kanskje kan det også vise seg at bruk av prosedyren gjøres overflødig.

En kyndig jordmors blick veksler mellom fokus på ulike aspekter fødesituasjoner, som i sitt vesen er prosesser i endring. Det som fremstår som det viktigste i en situasjon kan i løpet av prosessen vike til fordel for andre aspekter som trer frem som viktigere. Benner hevder at den kyndige praktikerer på ekspertnivå utvikler en direkte forbindelse mellom det hun ser som det viktige i situasjonen og sin respons i handling.<sup>150</sup> Forbindelsen er tilstrekkelig sterk til at aktøren konsentrerer sin oppmerksomhet på handlingene, og at det hun ser som er grunnlaget for handlingen inngår som en usynlig premis. Aktøren vektlegger ikke de tegn og symptomer som inngår i beslutningsgrunnlaget.<sup>151</sup> Derfor vil jordmor ikke først og fremst kartlegge og tolke rier i situasjonen der hun kommer inn på fødestua som nevnt i situasjonen over, selv om de dårlige riene var årsaken til både dryppet, fosterregistreringen og siden epiduralen. Forståelsen av riene og risvekkelsen inngår i det jeg gjør når jeg legger til rette for hvile. I akutte situasjoner i fødselshjelp, slik som for eksempel når en fosterlyd raskt endrer seg til uttrykk for en livstruende tilstand, foregår den integrerte responsen svært raskt. Dette kan for eksempel vise seg i form av å legge et klipp i fødselsåpningen slik at barnet kan fødes raskere samtidig med å

---

<sup>149</sup> Benner 2004

<sup>150</sup> Benner 2004 s.196

<sup>151</sup> Samme sted

tilkalle hjelp og ha dialog med fødekvinne. Endringen i fokuset fra å legge til rette for hvile til å handle raskt for å få forløst barnet bestemmes ut fra situasjonen og hvilke aspekter som trer frem som viktige. Hvis fosterlyden er livstruende dårlig, er tid til hvile bortkastet. En integrert rask respons er et kjennetegn på en ekspert ifølge Benner.<sup>152</sup>

De erfaringer du gjør på stedet gjelder også dine synserfaringer slik Meløe presenterer det.<sup>153</sup> Jeg kommer til å tenke på et fenomen jeg ble presentert for da jeg gikk på det som på den tiden kaltes for «Gymnaset», som tilsvarer nåtidens videregående utdanning med studieretning allmennfag, eller studiespesialisering. I en time ble vi presentert for et bilde som for noen fremstod som en gammel kvinne og for andre en ung kvinne. Dette vakte undring og munterhet i klassen. Strekene som formet tegningen var de samme for oss alle, men det vi så var forskjellig. Og jeg hadde ikke sett den unge kvinnen hvis det ikke var for at noen andre påpekte hvordan de så denne. Ved å se på dette bildet kunne vi skifte fra en måte å se på til en annen, og få to ulike synserfaringer. Det som endrer seg i dette skiftet er ikke bildet, men min oppfattelse av det. Ved å rette oppmerksomheten mot andre deler av bildet så jeg noe annet enn det jeg først så. Begge erfaringer av dette bildet er like sanne. Jeg kunne etterhvert lede oppmerksomheten slik at enten den eldre eller den unge kvinnen viste seg for mitt blikk. På den måten kunne jeg tolke en synserfaring.

Når jeg er i føderommet ser jeg et riarbeid som en ønsket og forventet prosess. Jeg har både teoretisk og erfaringsbasert forståelse for rier som betingelsen for at fødsel skal kunne skje. Og jeg har erfart nyanser av dette fenomenet og hvilke aspekter som knytter seg til behov for inngrep og hvilke som skal få utspille seg naturlig. Det jeg erfarer riene *som*, er styrt av hva jeg har oppmerksomhet på. Jeg leder oppmerksomheten i forhold til de begreper jeg ser med, og det er avgjørende for mitt valg av handlinger i situasjonen. Ut fra helheten i situasjonen ser jeg på risvekkelsen som en naturlig del av en prosess og ikke et uttrykk for noe avvikende. Risvekkelsen blir en naturlig pause i fødselsarbeidet, og handlingene blir å gi kvinnen anledning til hvile.

Alle typer erfaringer vil jeg si er styrt av oppmerksomhet. Hvordan jeg organiserer mine inntrykk er bestemmende for hva det aktuelle blir sett *som*. Å se noe *som* noe er dermed knyttet

---

<sup>152</sup> Samme sted

<sup>153</sup> Meløe 1985 s.39



til hva jeg tenker. Jeg tenker innenfor rammene av noe, dette kaller jeg kontekst. Jeg tenker ut fra noe, som verdier, kunnskaper og interesser. Og jeg tenker med noe, som kan kalles begreper. Hvis jeg som jordmor har et kyndig blikk *ser jeg det som er å se*.<sup>154</sup> Selve fødselen, som er det jeg ser *på*, kan jeg se på med et kyndig blikk når jeg ser med de begreper som er innebygget i virksomheten.<sup>155</sup> Begrepene er ikke en beskrivelse av det jeg gjør, de uttrykker mer en forståelse som ligger i blikket. Å se med begreper er å se hva som er saken og så forstå hva dette krever av meg. Hvis jeg ser fødselsprosessen med begrepet «det er en normal fødsel», vil dette være en betingelse for de handlingene jeg responderer i situasjonen med, for eksempel at jeg ikke griper inn for å behandle en risvekkelse som et avvik. Å se med begreper blir dermed en betingelse for å kunne se det partikulære i denne unike situasjonen for denne spesielle fødekvinne. Dermed er det å se med de begreper som hører virksomheten til en betingelse for å kunne gi god hjelp og den rette hjelpen. Samtidig vil kyndige jordmødre også være bevisst på at situasjoner kan endres, og med dette endres også blikket. Å se at det er en normal fødsel gjelder bare i et pågående her og nå. For å gi god hjelp i betydningen riktig hjelp til riktig tid og på rett måte, er jordmor avhengig av å innstille seg i forhold til fødekvinne og situasjonen samtidig som hun er åpen for det uventede; det som ennå ikke har skjedd og kanskje ikke skjer, men som allikevel kan hende.<sup>156</sup> Som kyndig aktør i føderommet er jordmor oppmerksomt tilstede, uten tilstedeværelse kan hun ikke vite om det er normalt eller ikke. Det gir noen utfordringer i samhandling, som jeg skal komme tilbake til.

I min virksomhet er det vanlig å tillempe sine handlingsvalg for å møte fødselsmedisinske krav. For en tid tilbake skulle jeg hjelpe en kvinne, her kalt Cecilie, som hadde fått fødselen satt i gang med medikamenter. Barnet var forventet å være stort, og det var gitt et medisinsk råd om kunstig igangsetting av fødselen for å unngå at barnet ble enda større enn det var på dette tidspunktet. Jeg gjorde ikke det jeg mente var det mest fornuftige i fødesituasjonen, nemlig å la Cecilie stå på kne når hun trykket, for at bekkenutgangen i denne stillingen ville være størst. Lege ble etter avtale tilkalt for å være tilstede, og jeg handlet mot min overbevisning og hjalp Cecilie over på rygg med bena plassert i benholdere fordi dette ble av meg oppfattet som den medisinske prosedyren. Min antagelse var at legen ville protestere på den knestående stillingen

---

<sup>154</sup> Meløe 1985 s.23

<sup>155</sup> Meløe 1985 s.23

<sup>156</sup> Benner 2004 s.198

og situasjonen kunne dermed lett få et konfliktpreg som kunne gå ut over Cecilie og samarbeidet med fødselshjelperne. Akkurat denne hendelsen utartet til en såkalt «fastsittende skulder», der vi måtte gripe inn i en situasjon som utviklet seg akutt. Så kan man tenke over om dette kunne vært unngått ved at jeg fulgte min overbevisning. Det finnes måter å gripe inn på om kvinnen står på kne. Men hadde det blitt nødvendig? Ved en annen tilnærming kunne vi potensielt ha spart Cecilie for smerter og stress som hører til håndtering av en akutt situasjon som den beskrevet ovenfor. Erkjennelsen gjør det verdt å tenke kritisk over håndteringen av situasjonen og kunnskapen som lå til grunn for vurderingen. Er denne måten å handtere fastsittende skulder på egentlig den medisinske prosedyren, eller bare en oppfatning basert på vane? Ved ettertanke innser jeg at det var antagelsen om at akkurat denne legen ville protestere på en knestående stilling som fikk meg til å iverksette stillingsendringen, ikke prosedyren i seg selv. Prosedyren åpner i grunnen for en knestående fødestilling. Det ser ut til at jeg oppfattet handlingsrommet som snevrere enn det i realiteten var. Det som lå til grunn for handlingen var dermed ikke medisinsk betinget kunnskap eller anbefalinger. Det er nærliggende å tenke at dette handler om vaner og relasjoner.

Det er noen år siden akkurat den siste hendelsen fant sted. I løpet av disse årene er temaet fastsittende skuldre et av flere problemer som er viet oppmerksomhet i det som kalles akutt fødselshjelp. Etter en amerikansk modell; ALSO, trener personalet ved norske fødeinstitusjoner på håndtering av akutte situasjoner.<sup>157</sup> Konseptet presenterer algoritmer for håndteringen der tiden er knapp og det er viktig for utfallet av hendelsen at de riktige handlingene blir utført korrekt og raskt. Personalet lærer effektiv håndtering av truende tilstander og trener også på samhandling i situasjonene. Dette har vist seg å bedre utfallet av slike hendelser, der fastsittende skulder er en av dem. Jeg mener selvfølgelig at dette er viktig og nyttig kunnskap, men jeg er kritisk til at det ikke brukes like store ressurser på å utvikle felles kunnskap om hvordan man i størst mulig grad kan unngå å havne i disse situasjonene.

Kan det tenkes at flere av våre tilnæringsmåter og ritualer knyttet til fødselshjelp mer øker enn minsker risikoen for inngrep og komplikasjoner? Og er det ikke slik at jo flere situasjoner jeg står i og handterer, jo dyktigere blir jeg til å handtere akkurat disse situasjonene i fremtiden? Det er altså ikke bare uheldig for min del at situasjoner med fastsittende skulder oppstår. Jo

---

<sup>157</sup> ALSO : Advanced Life Support in Obstetrics

flere situasjoner jeg får trent meg på, desto dyktigere blir jeg i utøvelsen av handtering av denne akutte tilstanden. I mitt yrke kan min dyktighet redde liv. Jeg kan redde liv ved å handle korrekt og raskt der dette er påkrevet. Kanskje oppnår jeg anseelse og respekt utover egne rekker ved dette, og det er i seg selv motiverende.

Dette er et eksempel på en type ferdigheter som er ønsket og oppmuntret til i virksomheten. Det kan fortone seg noe paradoksalt, da virksomheten legger ressurser i å kvalifisere jordmødre og andre som arbeider i feltet i handtering av akutte tilstander, samtidig som det er et ønske fra jordmødrenes side at det er en kunnskap de helst ser at de ikke får bruk for. Å lære seg manøvre og teknikker for å håndtere skulderdystoci er ferdigheter som kan beskrives innenfor Aristoteles' begrep *techné*.<sup>158</sup> Noen aspekter av kunnskapen i å håndtere skulderdystoci kan la seg redusere til eksakte beskrivelser av stillinger og håndgrep. En av fordelene med å øve på å gjennomføre manøvrene er at vi erfarer at det kreves noe mer enn å beherske de konkrete grepene. Det er snakk om hvordan grepene utføres og på hvilken måte disse implementeres i vellykket praksis. Benner hevder at *fronesis* kreves i utførelsen av *techné*.<sup>159</sup> Det er vektlegging av *fronesis* jeg ser mangler i opplæringen, selv om dette nok kan komme til uttrykk i treningssituasjonene. Utfordringen ligger i å bruke manøvrene på en klok måte.

Om jeg skal forsøke å sikre meg mot alle mulige uheldige utfall, krever det et våkent blikk for muligheten for at noe kan gå galt. I virksomheten ivaretar jeg dette ved å overvåke fenomenet fødsel. Jeg registrerer og teller rier og fosterlyd og fører funnene inn i skjema for å dokumentere om det som skjer er normalt innenfor de opptegnede linjene eller ikke. Mitt virke blir å overvåke og kontrollere. Aktiviteten bringer med seg et språk som vektlegger det som kan telles og måles. Riene registreres som antall per 10 minutter eller i intervaller; rier hvert tredje minutt. Fosterlyd kan dokumenteres som f.eks 140 slag per minutt i basalverdi, akselasjoner på 15 slag eller mer i løpet av et minutt. Min oppmerksomhet styres mot numeriske verdier i større grad enn mot innhold og betydning. Mitt profesjonelle øye blir et instrument for registrering og sortering i den hensikt å kunne oppdage avvik som det skal gripes inn overfor. Avvik klassifiseres som liggende utenfor de oppsatte regler nedfelt i aksjonslinjer i partogrammet. Som en del av et slikt system vil jeg tilegne meg erfaring med når det skal gripes inn etter normene. Mitt øye vil trenes

---

<sup>158</sup> Se kap.3.1

<sup>159</sup> Benner 2004 s.189

i å oppdage avvik. Hvis det er sant at jeg lærer av erfaring, som Meløe skriver, så lærer jeg her at jordmors arbeid består i å kontrollere og overvåke fenomenet fødsel.<sup>160</sup> Og min erfaringsbaserte innsikt vil da fortelle meg at det før eller siden vil skje avvik, som jeg trenger å trene på håndteringen av. Dermed styrker jeg min kompetanse i forhold til å håndtere risikofylte situasjoner, og de synserfaringer jeg gjør på stedet vil preges av tegn på mulige avvik.

I jordmorvirksomhet ser jeg ulemper med å tilegne meg erfaring på denne måten. Normen baseres på den lunefulle naturen, den uberegnelige kroppen, som kan feile og derfor må overvåkes og kontrolleres. Normen blir å gripe inn for å styre dette lunefulle som kan føre til katastrofe. Etter denne normen tas det ikke hensyn til hvordan fødselsprosessen ut fra rammer og tilrettelegging kan påvirkes i en ønsket retning. Normen forutsetter at fenomenet utspiller seg som det gjør uavhengig av situasjonen og omgivelsene. Dette gir et lite gunstig utgangspunkt for dialog og utvikling av sensitiv kunnskap.

Når mine kolleger har vært jordmor ved en fødsel som har startet og forløpt normalt, er det gjenstand for glade meddelelser på vaktrommet i etterkant. “Tenk! En helt normal fødsel! Fantastisk!” Det jordmødrene vurderer som normalt og dermed ukomplisert, er i ferd med å bli en sjeldenhet. Jeg har vært vitne til berømmelser til den jordmora som har “fått ei fødekvinne til å føde vaginalt”, som noe helt ekstraordinært i virksomheten. Jeg forstår ved dette at denne jordmora har vært spesielt dyktig, at hun innehar en kompetanse som er verdifull. Jordmor Berit er i nærheten av noe essensielt når hun sier at hun har erfaringer med hva det ikke er lønnsomt å bryte inn i. Med å bryte inn i noe tolker jeg i dette tilfellet til å bety å gripe inn for å styre fødselsprosessen. Hun har i likhet med meg erfart at inngrep i det som anses normalt ikke er lønnsomt, i betydningen ikke fornuftig. Det kan skapes uønskede situasjoner ved å gjøre inngrep i en normal prosess. En risvekkelse kan tolkes som et avvik som bør håndteres med medisinske inngrep for å oppnå fødsel. Eller en risvekkelse kan tolkes som en del av det jeg anser som normalt, og vil i forlengelsen av dette være noe som går over av seg selv. Det er derfor ikke ønskelig å gjøre noe aktivt for å unngå dette.

Grensene for hva jeg skal gjøre noe med og når er uklare, og hva jordmor bør vektlegge i de ulike situasjonene handler om hvilket aspekt som trer frem som overordnet. Det finnes en

---

<sup>160</sup> Meløe 1985

spenning mellom å lære seg å handle klokt og å følge regler, sier Molander.<sup>161</sup> I en vellykket praksis sier han, lærer aktøren seg kontinuerlig. Han henviser til Ulf Linde når han sier at aktøren kan lære seg oppmerksomhet som rutine.<sup>162</sup> Oppmerksomhet i handling læres innenfor en praksis, der det i begynnelsen dreier seg om å gjenkjenne det typiske. Først når det typiske er innarbeidet, er aktøren åpen for det uventede.<sup>163</sup> Benner beskriver utviklingen mot kompetanse i ulike trinn, og begrepsfester hva som kjennetegner de ulike nivåene av kyndig praksisutøvelse.<sup>164</sup> Molander vektlegger kunnskapens dialogiske struktur.<sup>165</sup> Begge omtaler kunnskapsbegrepet som avhengig av erfaring, og der kunnskap viser seg i handling. I handling kan kunnskap avleses og uttrykkes. Jordmor må ha grunnleggende kunnskap om hvordan rier uttrykkes og håndteres før hun kan stille seg spørsmål i møte med fenomenet. Det er vesentlig for å lære seg noe nytt, at jordmor stiller seg åpen for det som hender og ikke definerer dette på forhånd. Da kan hun stille seg spørsmål om hva som er det vesentlige og omsette dette til handling i en situasjon innenfor en helhet. Dette er levende kunnskap uttrykt i handling, som Molander sier.<sup>166</sup>

Forvaltning av levende kunnskap mener jeg krever en oppmerksomhet i selve utføringen av handlingen. Men det er også snakk om et oppmerksomhetsspenn, der både tid og kunnskapsformer forenes i handlingen. En kyndig jordmor vil ha et rikt oppmerksomhetsspenn, som innbefatter både fortid, nå og fremtid, sammenholdt med ulike typer kunnskap og bevissthet i situasjonen. Jordmor relaterer seg til både fødekvinnen, omgivelsene, situasjonen her og nå, det som har vært og det som skal komme. Ut fra en helhetsvurdering vil hun handle ut fra det som i akkurat denne situasjonen er best for fødekvinnen, barnet og den fremtidige nye familien der hun også kjenner grensene for forsvarlig jordmorvirksomhet og betingelser samt tilgjengelige ressurser for en god fødselsprosess.

---

<sup>161</sup> Molander 1996 s.57

<sup>162</sup> Samme sted

<sup>163</sup> Molander 1996 s.58

<sup>164</sup> Benner 2004

<sup>165</sup> Molander 1996

<sup>166</sup> Molander 1996

Fødselsprosessens betydning strekker seg utover føderommet også i tid. Om fødselssmerte skal behandles med epidural eller ikke bestemmes ut fra det jordmor har avdekket som vesentlig både i forhold til hva som er viktig nå for at mor og barn ikke skal bli skadet, men også i forhold til hva som er viktig for fødekvinnen og den fremtidige familien. Da handler dette om mer enn at mor og barn ikke skal bli skadet, da handler det om at kvinnen og hennes støttepersoner skal styrkes og få ta sine ressurser i bruk slik at de kan mestre fødselen som en livsutfordring.

En jordmor som er en kyndig aktør i føderommet vil legge til rette for mestring, og søke å la kvinnen ta i bruk egne mestringsstrategier for å nå målet. Hvis jeg skal gjøre noe krevende sammen med noen, er det viktig å vite noe om dem på forhånd. Det medfører at jordmor tilstreber å bruke tid sammen med fødekvinnen og hennes partner etc. for å kunne bli kjent med dem. Jo bedre tid de har til dette, jo bedre er det. Aller helst skulle de ha etablert denne relasjonen i god tid før fødsel, slik man kan ha anledning til i svangerskapsomsorgen. Dette går begge veier, fødekvinnen må også få anledning til å bli kjent med jordmor. Det er ikke sikkert at alt går av seg selv. Vi må kunne samarbeide, og jeg må ha en forståelse av hva som er mine egne sterke og svake sider, og hva som er min samarbeidspartners. For eksempel kan jeg bruke min kjennskap til at en fødekvinne er aktiv korsanger på den måten at jeg vet hun kan mye om å bruke pust. Jeg vet at det er viktig at hun kjenner seg trygg på at hun kan uttrykke seg via lyd og pust i føderommet. Dette er sterkt tillitsavhengig, og jeg vet at det må være en atmosfære av ro og anerkjennelse tilstede hvis dette skal uttrykkes som en ressurs. Selv har jeg mange ganger sett at styrken til å tåle og mestre rier kan finnes på fødekvinnens tidligere mestringsarenaer. Men jeg må ha god kunnskap om det typiske i et riarbeid og smerteuttrykk som hører til dette for å se når dette er en god strategi og når det ikke er det; altså når andre hensyn trer frem som viktigere. For eksempel kan dette gjelde hvis en fødekvinne har erfaringer med vold og overgrep som påvirker smerteopplevelsen.

Flere har skrevet og sagt noe om å gi kvinner gode arbeidsforhold under fødsel. Joan Donley fra New Zealand skrev i 1998 at hvis kvinner blir støttet og møtt med den nødvendige tålmodighet og tillit vil så mange som 85% av dem kunne føde naturlig.<sup>167</sup> Hun er jordmor og lærer for blivende jordmødre når hun skriver dette, og hun kritiserer den økende medisinske intervensjon i fødselsfaget. Jordmødre i den vestlige verden har etter hennes syn beveget seg

---

<sup>167</sup> Donley 1998

mot å innordne seg sosialt i en medisinsk verden. I den forbindelse knytter Donley jordmors yrkesutøvelse opp mot sykehus og en teknisk intervenerende praksis. Dette mener hun underminerer jordmødres autonomi og hindrer dem i å arbeide styrkende overfor fødekvinne. Delvis begrunner hun dette i at jordmødre da utvikler en lojalitet overfor sin profesjonelle standard og sykehussystemene, heller enn overfor fødekvinne og deres behov. Er dette operativt i min praksis? En praksis læres i et sosialt fellesskap. Molander hevder at handlings- og orienteringssystemer læres innenfor virksomhetens referanserammer, og at vi derfor ikke velger fritt hvilket overordnet perspektiv vi handler etter.<sup>168</sup> Dette medfører at også kunsten å gi god jordmorhjelp læres som en del av en sosial praksis. Dernest betyr det at jordmor lærer å handle klokt innenfor akkurat den praksis hun opererer innenfor. God praksis innenfor ett område av virksomheten medfører ikke nødvendigvis overførbarhet til alle andre deler av feltet. Det er derfor ikke uventet at studier viser at jordmødres tilnærming til normal fødsel er annerledes under hjemmefødsel enn i sykehus.

Det bærende i situasjonene jeg forteller frem er dialogen mellom meg og fødekvinne. Vi er avhengige av en god dialog for å få samarbeidet til å fungere. Vi tar del i hverandres verden og arbeider for å forstå hverandre. For å gi god jordmorhjelp er jeg avhengig av at jeg ser og forstår kvinnens ressurser og utfordringer, og er sensitiv for hva akkurat denne situasjonen krever av meg. Hun kan invitere meg inn i sin verden og jeg henne i min. Dette er avgjørende for hvordan jeg tolker og forstår fødselen, og siden for mitt valg av handlinger. Jeg kan si at innsikten skapes ut fra en relasjonell dialog. Når denne dialogen mangler tilsløres også innsikten. Handlingene mister retning og det kan bære galt av sted fordi jeg ikke forstår hva som er saken. Det viktige spørsmålet å stille seg blir da: Hva er betingelsene for god dialog?

I flere av fortellingene var det ikke opplagt hva som videre skulle skje. Kanskje kan det kalles en slags krise; dette å ikke vite sikkert hva som vil inntreffe. Å stå i det uvisse gir ingen garantier men mange muligheter. Det jeg kan si, er at dialogen mellom meg og de andre aktørene i føderommet og mellom meg og virksomhetens styrende blikk, er en levende forutsetning for mine handlinger.

---

<sup>168</sup> Molander 1996 s.151

I essayet «Deltakar og Tilskodar» hevder Skjervheim at for å gjøre virkelig kontakt mulig, må man ta mennesker man møter på alvor.<sup>169</sup> Han hevder også at engasjement er en grunnleggende struktur i menneskelig tilværelse, og utforsker måtene mennesker møter hverandre på i språket. Ved å benytte begrepet to- og treleddet relasjon beskriver han menneskers innstilling til hverandre. For å illustrere dette kan jeg bruke et eksempel fra jordmorpraksis. La oss si at fødekvinnen jeg er sammen med i føderommet sier at hun har store smerter. Skjervheim mener det da er to måter jeg kan forholde meg til dette utsagnet på. Jeg kan konstatere at hun har store smerter som et faktum men ikke engasjere meg i det. Det er vanlig at fødende som har gode rier uttrykker smerter, og det ville ikke være overraskende om denne kvinnen også hadde det. Dermed forholder jeg meg til det faktum at hun sier hun har store smerter, som er min egen forståelse av saken. Mens hun forholder seg til det at hun har store smerter, som jo er hennes forståelse og som jeg ikke involverer meg i. Dette beskriver Skjervheim som en toleddet relasjon der jeg er tilskuer til den andres liv. Vi lever i hver sin verden, uten å ha en felles sak. Siden vi ikke har en felles sak foretar jeg meg ikke noe overfor henne.

På en annen måte kan jeg sammen med kvinnen rette oppmerksomheten mot det som er saken, at hun har store smerter, og la meg engasjere i hennes problem. Jeg deltar og tar inn over meg det hun sier, og gjør en vurdering av tilstanden sammen med henne for å komme frem til en løsning av hennes problem. Da har vi ifølge Skjervheim en treleddet relasjon, der vi forholder oss felles til saken som er at hun har store smerter og dette er et problem vi begge engasjerer oss i. Det åpner for en dialog fordi vi delen en verden. Skjervheim hevder at vi i dagliglivet forholder oss til det andre sier som fakta spesielt når vi oppfatter utsagn som urimelige. Da har vi en tendens til å objektivere den andre og oppfatte henne som et kasus. Hva mener han med dette? Hvis jeg forholder meg til kvinnen som et kasus, gjør jeg henne fremmed for meg og dette skaper avstand. Ved å gjøre henne fremmed for meg, til en ting i verden, skaffer jeg meg kontroll over henne, hevder Skjervheim. Jeg kan komme til å forholde meg til henne som *den kvinnen* som ikke tåler smerter i stedet for å gå inn i relasjon med henne og forstå hva det er ved smertene hun trenger hjelp til, og hva hun kan mestre. Hvis jeg gjør sistnevnte, deltar jeg i hennes liv og utøver noe grunnleggende innenfor menneskelig eksistens. Det er i den felles verdenen at mening og kunnskap skapes, og det er den jeg utforsker.

---

<sup>169</sup> Skjervheim 2002 s.20-35



Når jeg sier noe til et annet menneske gjør jeg dette med en forventning av å bli tatt på alvor. Hvis den jeg henvender meg til ikke tar meg på alvor føler jeg meg krenket. Skjervheim er opptatt av språket og samtalen. En dialog mener jeg inneholder mer enn samtalen, spesielt hvis dette gjelder fødsel. Men prinsippet om krenkelse vil likevel være det samme. Og det er noe grunnleggende menneskelig i å ta den andre på alvor. Jordmors innlevelsessevne i fødekvinnens utfordring er sentral i arbeidet. Begrepet empati er velkjent og henviser til en persons evne til å leve seg inn i en annens følelser, tanker og opplevelser. Jakob Birkler kaller den fysiske innlevingssevnen for kompati.<sup>170</sup> Kompati er jordmors evne til å leve seg inn i hvor kvinnen befinner seg rent fysisk, og kompabilitet viser seg som en forbindelse mellom jordmor og kvinnens fysiske opplevelser. Begrepet er viktig i forståelsen av hvordan jordmor bygger sin kompetanse i forhold til å tolke kroppsuttrykk. Kompati viser seg som umiddelbar fortolkning og er et grunnlag for handlingsberedskap. Jeg kan kalle dette en kroppslig dialog. Refleksjon forutsetter ikke språkliggjøring, hevder Molander.<sup>171</sup> Men kanskje kan en kroppslig dialog forutsette mentale bilder? Jeg ser for meg barnets rotasjoner i bekkenet når jeg ber fødekvinnen bøye knærne for å gi plass slik at skuldrene kan rotere. Noen av de begreper jeg ser med er ikke artikulerte, men fremstår som indre bilder. Dette er en del av jordmødres erfaringsbaserte viten; å se hva som konkret hender.

Jordmor tar også med i betraktning den verden hun er aktør innenfor, som Meløe uttrykker som den ordningen av natur, teknologi, regelverk, etc. som aktøren opererer innenfor eller med hensyn på.<sup>172</sup> Et særtrekk ved føderommet som handlingsrom er at den praksis som foregår der er regulert ved tilpasning til mange ytre krav. Noen er utforming av retningslinjer som uttrykker det som anses fornuftig innenfor min virksomhet som del av et større samfunn. Jeg tenker på alt fra lovverk som regulerer pasientsikkerhet til det som regulerer grensene for medisinsk sikkerhet. Andre er ordningen av vaktstyrker og tilgjengelige ressurser utenfor føderommet, som får direkte konsekvenser for jordmors handlinger i den konkrete situasjon. Hvis fødselen skjer på natten eller på julaften, er deler av sykehuset marginalt bemannet. Fødeavdelingen har også på disse tidspunktene minimumsbemanning. Når jordmor gjør sine vurderinger er hun derfor også i dialog med omgivelsene fordi de påvirker handlingsrommets muligheter og

---

<sup>170</sup> Birkler 2010 s.58-59

<sup>171</sup> Molander 1996 s.144

<sup>172</sup> Meløe 1985 s.42

begrensninger.<sup>173</sup> Derfor er det større sannsynlighet for at en risvekkelse blir håndtert avventende om det er natt og julaften, enn om det er en vanlig tirsdag formiddag. Travelhet i avdelingen med mange fødsler i forhold til antall føderom og jordmødre på vakt vil også kunne påvirke dette, og i noen tilfeller i motsatt retning. Handlingen uttrykker en svarevne på det situasjonen byr på, en seende fornuft, som viser seg i vellykket praksis.<sup>174</sup>

I dialogen søkes ikke kontroll over den andre, og dialog forutsetter engasjement. Dialog er et felles prosjekt der det mer handler om å gi fra seg makt og verdsette de andre deltagernes bidrag, hevder Svare.<sup>175</sup> Dialogen og det relasjonelle aspektet bærer handlingen i flere av fortellingene. Det handler om å kunne være til hjelp på en god måte, og uten å krenke den andre. Relasjonskompetanse sies i mange sammenhenger å være den viktigste kompetansen, overordnet spesifikke ferdigheter og kunnskap, når det gjelder arbeid med mennesker.<sup>176</sup> Benner hevder at relasjonen mellom sykepleier, lege og pasient er bestemmende for hva som av pasienten blir akseptert som effektivt og til god hjelp også når det gjelder behandling og terapi.<sup>177</sup> I mange sammenhenger er det tydeliggjort at relasjonen mellom den som hjelper og den som søker hjelp er av avgjørende betydning for behandlingsresultatet og for den hjelpesøkendes opplevelse av å bli hjulpet.<sup>178</sup> Jeg har skrevet frem fødselsprosessen som en samhandlingsprosess som er avhengig av gjensidig forståelse mellom de ulike aktørene. En kyndig jordmor må derfor kunne gjøre seg forstått og samtidig forstå de andre aktørene i føderommet. Jeg sier i fortellingen fra fødestua at dialogen mellom meg og kvinnen bidro til å avdekke hennes behov samt ressurser til å mestre ufordringen.<sup>179</sup> Det er avgjørende viktig at jordmor får avdekket de forhold som har betydning i situasjonen. I noen tilfeller innebærer dette å gå i dialog med kroppslige uttrykk, i andre sammenhenger handler det om å bygge tillit og gode relasjoner. Dette kan jeg ikke gjøre uten at jeg lar meg invitere inn i kvinnens verden slik

---

<sup>173</sup> Danielsen 2013

<sup>174</sup> Lindseth 2015 s.56-59

<sup>175</sup> Svare 2006 s.16-17

<sup>176</sup> Røkenes og Hanssen 2002

<sup>177</sup> Benner 2004

<sup>178</sup> Røkenes og Hanssen s.22-23, Halvorsen 2011

<sup>179</sup> Se Kap.6.3

at jeg forstår hvordan det som er viktig for henne kan ivaretas. Røkenes og Hanssen bruker metaforen bru som bilde på den bærende relasjonen mellom mennesker.<sup>180</sup> De forklarer videre at ei slik bru er forankret i noe ekte i deg selv, og ser på samhandlingen som trafikken over brua. Kommunikasjonen er i denne metaforen innholdet i samhandlingen og utgjør trafikken over brua. I trafikken skapes mening og det utveksles budskap slik at forståelsen for hverandre økes og kontakt skapes.<sup>181</sup> Det sier seg selv at hvis brua mangler skjer det ingen samhandling. Hunter og Berg har beskrevet relasjonen som det bærende ved jordmorhjelp.<sup>182</sup> De bruker vevmetaforen for å beskrive at relasjoner er rennetrådene, og uten sterke rennetråder i veven rakner teppet. Trådene er skjult for øyet når du ser teppet, men uten rennetrådene skulle teppet ikke kunne bli til.

Med disse metaforene lar det seg gjøre å sette ord på noe av utfordringen i fortellingen om samarbeid. Jeg tilkalte en assistent, som viste seg å være en god kollega. I utgangspunktet var det ikke slik at jeg tilkalte henne fordi jeg trengte hjelp til noe, men fordi virksomhetens retningslinjer anbefaler dette. Og det er gode grunner til at det bør være mer enn en fødselshjelper tilstede på slutten av fødselen. Det er blant annet godt å ha noen som kan gå jordmor til hånd, og fornuftig å ha noen som kan administrere ytterligere hjelp om det skulle vise seg at det ble behov for det. Det er vanlig at en kollega tilkalles på slutten av et fødselsforløp for å utføre det som kalles «å assistere under fødsel». Å gi assistanse kan gjøres på ulike måter, men er sjelden gjenstand for vurdering som en kompetanse i seg selv. Kanskje dette burde løftes frem som et eget tema for utforskning. Jeg tenker i ettertid at jeg og min kollega så situasjonen med ulike blikk. Jeg så at fødselen gikk som den skulle. Det gjorde ikke min kollega. Situasjonen utviklet seg ikke slik jeg forventet. Hun kom inn i en situasjon der jeg og fødekvinnen hadde arbeidet sammen flere timer og teppets rennetråder var usynlig for min kollega som kom ny inn i dette. Jeg hadde ansvar for å føre henne inn i situasjonen, men overså dette fordi jeg trodde den felles forståelsen var gitt. Slik jeg tidligere har antydnet, er det nødvendig å være tilstede i føderommet for å se hele situasjonen og forstå hva som trer frem som det viktigste. Organiseringen av hjelp og assistanse hindrer dermed assistenten i å få tak i det vesentlige i situasjonen. Kan det finnes bedre måter å organisere dette på? I tillegg medfører

---

<sup>180</sup> Røkenes og Hanssen 2002 s.186

<sup>181</sup> Samme sted

<sup>182</sup> Hunter og Berg et al 2008

organiseringen at assistenten kan oppfattes som en inntrenger i det trygge føderommet jordmor og kvinnen skaper sammen. Fødekvinne kunne kanskje bli spart for å måtte forholde seg til nye mennesker på slutten av det viktige arbeidet med å føde barn. De som skal hjelpe henne med fødselen bør hun helst kunne ha sammen med seg under prosessen.

Røkenes og Hanssen bruker som nevnt metaforen bru for å betegne relasjonen som bærende for samhandling.<sup>183</sup> Hvis jeg ser på yrkesrollen som en strukturell føring eller et kjørefelt over brua som angir retning og etter grenser for samhandlingen, blir det viktig å kommunisere tydelig slik at vi ikke kjører i motgående retning i samme kjørefelt. Hvis jordmor som aktør er tydelig på sin egen rolle og sine egne forventninger, blir det lettere for de andre aktørene å se saken med et felles kyndig blikk. Det blir lettere for nye aktører å forstå bakgrunnen for jordmors adferd og tilpasse sine roller til situasjonen. I fortellingen om samarbeid opplevde jeg at dette felles fundamentet manglet, eller at veven raknet. Min kollegas inntreden i føderommet ble av meg oppfattet som en utenforstående som brøt samarbeidet mellom meg og kvinnen. Uttrykt med brumetaforen parkerte hun på tvers av kjøreretningen og hindret videre trafikk i den retningen jeg var på vei. Jeg lykkes ikke i å gjenopprette relasjonen til kvinnen, og vårt fundament for videre samhandling raste sammen.

I en travel hverdag har vi kanskje ikke sett nødvendigheten av å diskutere og komme til enighet om slike rolleavklaringer. Kanskje bør vi jordmødre fokusere på relasjonelle aspekter i samhandling med hverandre i større grad enn vi har gjort. Hunter og Berg mener relasjonell kompetanse er avgjørende for evnen til å kunne integrere kunnskap og beherske kompleksiteten i jordmorfaget.<sup>184</sup> Vi snakker oftest om relasjonell kompetanse som noe som gjelder jordmor i møte med fødekvinne. Kanskje vi kunne diskutere relasjonell kompetanse som viktig innenfor samarbeid jordmødre imellom, og kanskje finnes det måter å organisere samarbeid på som belyser det relasjonelle aspektet. Uten bærende fundament risikerer jordmor både å være den som forstyrrer og den som blir forstyrret. Dette vil også kunne innvirke på fødekvinne samt påvirke de handlinger jordmor utfører i føderommet. Et manglende fundament antyder en mangel på en felles utviklet grunnlagstenkning i faget, og er en viktig utfordring for jordmorfaget i fremtiden.

---

<sup>183</sup> Røkenes og Hanssen 2002 s. 186

<sup>184</sup> Hunter og Berg et al 2008

Hvis kommunikasjon er trafikken over relasjonsbrua, utgjør dette også innholdet i samhandlingen.<sup>185</sup> Ordet kommunikasjon betyr «å gjøre felles».<sup>186</sup> Handlingene gis mening i det vi skaper i fellesskap. Når jeg og min kollega ikke kommuniserer godt i fortellingen om samarbeid, samhandler vi heller ikke godt. Når jordmor skal lede en fødsel, er det innlysende at det da også handler om samhandling, og evner til å bygge relasjoner og samhandle vil være avgjørende for å lede på en god måte. Ledelse kan innebære å gjøre verdier felles, og i fødepraksis innebærer dette å gjøre felles sak med alle aktører i føderommet. Hvis jordmor skal gjøre dette på en god måte må hun også kunne basere seg på en gjensidig forståelse med sin kollega og ha felles språk til å uttrykke forventningene. Vi som kollegaer må kunne ha tid til å være sammen både utenfor og innenfor føderommet slik at kommunikasjonen kan hvile på en godt fundamentert relasjon. Da hadde det kanskje vært tilstrekkelig å si: «Kan du være i rommet sammen med meg, fødselen går som den skal.» Og da mener jeg også men uttaler ikke: «Jeg ønsker ikke at du skal gjøre noe overfor fødekvinnen før jeg ber deg om det. Du er i utgangspunktet her for å støtte meg. La meg bli støttet og beholde ledelsen av denne fødselen». Og det hadde vært tilstrekkelig.

Det finnes forskjellige typer dialog og mål for disse. Jeg vil si det slik at jordmors arbeid med å fremme normal fødsel i sitt vesen er dialogisk. For å kunne se med et kyndig blikk og handle klokt må jordmor kontinuerlig være i dialog med fødekvinnen i situasjonen, med ulike typer kunnskap og med øvrige aktører i føderommet, virksomhetens krav til forsvarlig praksis og føderommets omgivelser. Dette gjør den praktiske kunnskapen til en levende kunnskap i kontinuerlig endring. Hvis dialogen lukkes, vil den levende kunnskapen svekkes og dø.

#### 8.4 Å fremme normal fødsel

Innenfor handtering av normal fødsel er normen definert ved avviket.<sup>187</sup> Det er altså ikke klargjort hva dette som krever inngrep er et avvik fra. Dette har som konsekvens at inngrep overfor avvik kan ekspandere i det uendelige og derved bekrefte seg selv som normen. Normen blir at mange forhold ved fødsel er avvikende hendelser som rettferdiggjør inngrep for å gjenopprette kontroll. Dette bidrar til en økt medikalisering av normal fødsel. Paradokset er at

---

<sup>185</sup> Røkenes og Hansen 2002 s.188

<sup>186</sup> Samme sted

<sup>187</sup> World Health Organisation, Safe Motherhood, 1996

målet om demedikalisering av den normale fødsel og dermed arbeidet med å fremme normal fødsel er forventet å skje via helsearbeidere på den medisinske arena. Jordmødre som arbeider innenfor en moderne fødselsomsorg vil ta den moderne fødselsomsorgens midler i bruk i arbeidet med å fremme normale fødsler, og da innenfor en teknisk definisjon av normal fødsel.<sup>188</sup> Min erfaring gir meg en forståelse av at middelet fremmer det motsatte av hva som er intensjonen. Det er derfor ikke uventet at det som jordmødre vurderer som normale fødsler er i ferd med å bli sjeldenheter. Men det er bekymringsfullt.

I diskusjoner har jeg overhørt jordmødre som etterspør prosedyrer for håndtering av normal fødsel. Hvordan skulle en slik prosedyre se ut, og hvilken forståelse av normal fødsel skulle legges til grunn for utforming av prosedyren? Jeg er kritisk til tanken om at det lar seg gjøre å fange inn den normale fødselens mangfoldige uttrykk slik at dette kan ivaretas ved en prosedyre. Et forsøk på dette vil lett kunne føre til en innsnevring av forståelsen av normal fødsel, redusert til angivelse av en slags standard. Av noen vil en avgjørelse om stående fødselsstilling kunne betegnes som medisinsk uansvarlig og en sikkerhetsrisiko. På hvilken måte kunne en prosedyre for hvordan jeg skal håndtere en standard fødsel hjelpet meg i arbeidet når en kvinne ønsker å føde stående? Kanskje er det slik at de som ønsker en slik prosedyre gjerne vil ha noe som er enkelt å rette seg etter; en slags rutine for det udramatiske. Det er utfordrende å balansere den normale fødsels uttrykk opp mot standardisert praksis i virksomheten. Dette kan oppleves som en kontinuerlig pågående konflikt som virker utmattende. Det er fristende, og noen ganger også klokt, å unngå konflikter. Men i en analytisk sammenheng har det stor verdi å granske konfliktene. De viser ofte hvilke verdier som står på spill. Dilemmaer påviser normalitet som synlig mot det unormale, hevder Bech-Karlsen.<sup>189</sup>

Blåka og Schauer Eri skriver om klok jordmorfaglig utøvelse som en balansekunst. Essensen av jordmorfaglig utøvelse beskrives her som «å være med kvinnen» og å balansere ulike typer kunnskap som handlingsberedskap i situasjonen.<sup>190</sup> I den avdelingen der de har utført intervjuene i studien, mener de at jordmødres praksis baseres på et bredt spekter av kunnskap som innebærer både teknologiske, medisinske og sensitive ferdigheter. De utleder, som

---

<sup>188</sup> Med dette mener jeg fødsel definert innenfor skjema ift fremgang eller innenfor termin og lignende

<sup>189</sup> Bech-Karlsen 2003

<sup>190</sup> Blåka og Schauer Eri 2008

tidligere nevnt, to ideologiske retninger; en biomedisinsk og en fenomenologisk. Innenfor den biomedisinske retningen beskrives en forståelse av kvinnekroppen som et objekt det er mulig å forstå og kontrollere gjennom klassifikasjoner og logisk entydig språk. Innenfor en fenomenologisk retning baserer forståelsen seg på kvinners behov i relasjon til fødselsprosessen som en helhet; en holistisk tilnærming.<sup>191</sup> Denne tradisjonelle dikotomien er kjent, og sammenfaller med min empiri. Til dels tenkes det at legene utøver sin praksis ut fra en fødselsvitenskapelig, her kalt biomedisinsk tankegang, og jordmødre utøver sin praksis ut fra en fenomenologisk tankegang. Dikotomien gir etter mitt syn en snever fremstilling av virkeligheten i tillegg til å virke konfliktskapende. Til daglig kan jordmødre agere innenfor en biomedisinsk tilnærming, og legene innenfor en fenomenologisk tilnærming. I den praktiske virkeligheten er balansepunktene ikke eksplisitt tydelige, og tilhører ingen profesjon. Det er det partikulære i situasjonen som er bestemmende for handlingene i praksis.<sup>192</sup> Men utenfor føderommet kan det gi mening å diskutere balansepunktene. Det var kanskje ikke Blåkas intensjon at den teoretiske modellen skulle avspeile seg i føderommet som konflikt.

Både innenfor biomedisin og fenomenologi er ulike forklaringsmodeller i bruk relatert til helse og fødselsomsorg. Forklaringsmodell er et teoretisk begrep for forståelsen ulike aktører kan ha av et fenomen. Modellene knytter seg ikke opp mot en yrkesgruppe men mot ulike forståelsesformer. Jeg vil si det slik at biomedisinsk og fenomenologisk tankegang slik Blåka og Schauer Eri fremstiller det er uttrykk for to aspekter av kunnskap. Forståelser som disse uttrykker utfyller hverandre. Det er ikke en riktig eller gal måte å forstå dette på. Men hvis den ene formen for forståelse på forhånd er gitt forrang i alle situasjoner kan konflikter oppstå. Og de oppstår i det konkrete handlingsfeltet, der avgjørelser tas og handlinger følger tolkningen av fenomenet. Å praktisere en rigid bruk av regler lukker for den nødvendige dialog og interaksjon som er avgjørende viktig i føderommet, og dette kan hindre at den beste hjelpen blir gitt.

Balansekunsten gjøres synlig blant annet når det gjelder fødsel av forventede store barn og håndtering av fastsittende skuldre. Når barnets skuldre skal gis plass til å rotere og fødes, kan kvinnen innta en fødestilling som gir størst bekkenutgang. En stående eller knestående fødestilling erfarer jeg egner seg godt til dette. Kvinnen er da oppreist og har i tillegg en annen

---

<sup>191</sup> Samme sted

<sup>192</sup> Jf. Kap 8.2

kontroll over arbeidet. Det er utviklet gode prosedyrer og manøvre for å håndtere en situasjon med fastsittende skuldre, som er en alvorlig akutt situasjon i fødselshjelp. I fortellingen fra fødestua lot jeg kvinnen føde stående.<sup>193</sup> Men i et sykehus kunne det vurderes som den beste løsningen å legge kvinnen på rygg, få tak i flere hjelpere og utføre manøvre for å forløse barnet. Dette sistnevnte gir meg som jordmor større kontroll, mens en stående fødestilling gir kvinnen best kontroll. Jeg vil si at det er den enkelte situasjonen som avgjør hva som er den beste håndteringen, og ikke standardiserte regler. I handlingsfeltet kan jeg ikke på forhånd bestemme hva som er fremtredende og skal gis forrang. Men det er det en fare for hvis livsprosesser standardiseres og skal behandles på samme måte uten å ta hensyn til konteksten. For å handle klokt må handlingsalternativene holdes åpne slik at handlingene svarer på det til enhver tid mest fremtredende og viktige i situasjonen.

Blåka hevder at den medisinske dominansen ofte vil utgjøre autoriteten i den kliniske hverdagen.<sup>194</sup> Er den sensitive kunnskapen, basert på erfaring gjennom lang tid, dermed på vikende front? Som nyutdannet erfarte jeg i likhet med andre at regler og prosedyrer ga meg en trygghet innenfor fagutøvelsen. Etter hvert erfarte jeg at ingen prosedyrer kunne ta høyde for den menneskelige variasjonen i fødsel. Lindseth mener det er nødvendig å bevare åpenheten for det uventede for å utvikle evnen til å svare på det situasjonen byr oss.<sup>195</sup> Det er i erfaringen med det uventede at den kritiske tenkeevnen våkner. Når jeg står i en situasjon der skuldrene ikke roterer som forventet må jeg bruke min fagkunnskap og kritiske tenkeevne for å handle i situasjonen. Første trinn i anbefalingen for dette er å tilkalle hjelp. Den hjelpen jeg kunne tilkalle var ikke trent til å håndtere slike situasjoner. Det andre punktet er å bøye bena bakover. Det kan jeg bare gjøre hvis kvinnen ligger. Altså måtte jeg løse dette raskt på en annen måte. Ut fra erfaring med lignende situasjoner måtte jeg håndtere dette slik at betingelsene for fødsel av skuldre likevel ble ivaretatt. Denne hendelsen føyer seg inn i rekken av hendelser som bidrar til utvikling av mitt kliniske skjønn. Åpenhet for improvisasjon var nødvendig for å kunne handle klokt i situasjonen. Benner mener et for ensidig fokus på technè blokkerer for utvikling

---

<sup>193</sup> Se kap 6.3

<sup>194</sup> Sandvik og Hauglund 1997

<sup>195</sup> Lindseth 2015



til ekspert.<sup>196</sup> Å følge den standardiserte anbefalingen blindt ville i det nevnte tilfellet ikke være den beste løsningen. På den andre siden vil jeg si at jeg brukte kunnskapen som ligger til grunn for anbefalingen. Jeg visste at en utvidet bekkenutgang var viktig å få til. Men det lot seg ikke gjøre raskt nok ved hjelp av den vanlige anbefalingen, og jeg gjorde min egen versjon av den. En ekspert vil med mine ord være en som har utviklet et godt faglig skjønn og kan handle klokt. En ekspert baserer sine handlinger på phronesis også i sammenheng med technè.<sup>197</sup> Klokskap handler ikke om motstand mot å følge regler, men om måten man gjør det på. Regler må følges på en fornuftig måte som bygger på innsikt, klokskap og ferdighet sier Lindseth.<sup>198</sup>

Å fremme normal fødsel har med et trygt fødetilbud å gjøre. Trygghet kan oppnås gjennom samfunnets måte å forholde seg til sikkerhet på som et medisinsk anliggende, og tilgang til helsehjelp. Utover dette er det avgjørende at den eller dem som fødekvinne møter representerer den tryggheten de er i behov av. Jordmødre må ha kunnskap om hvordan trygghet kan oppnås, men også om hva trygghet betyr for fødselsprosessen. Hvis jordmor for eksempel skal forstå en risvekkelse, må hun ha kunnskaper om hvordan hun kan skape et trygt fødemiljø. Hvorfor er det slik?

Kroppen reagerer fysisk på utrygghet, på en måte som er uhensiktsmessig under fødsel. I møte med kvinnen ved det åpne vinduet dro jeg veksler både på min personlige og yrkesmessige erfaring.<sup>199</sup> Jeg visste at jeg var i stand til å forstyrre hennes arbeid med velmenende handlinger initiert ved institusjonens prosedyrer, og var opptatt av å komme henne i møte heller enn å påtvinge henne institusjonens ritualer. I tillegg har jeg gjennom studier og erfaring fått en større forståelse for temaet. Når en fødekvinne får følge sine naturlige instinkter vil hun oftest oppføre seg veldig fornuftig, skriver Michel Odent.<sup>200</sup> Odent mener fødeinstinkt er hormonelt styrt. Han snakker om hormonet oxytocin som det viktigste, og mener i tillegg å begrunne at dette hormonet er avgjørende for den følelsen av kjærlighet og samhørighet som er nødvendig for å

---

<sup>196</sup> Benner 2004

<sup>197</sup> Samme sted

<sup>198</sup> Lindseth 2015 s.46

<sup>199</sup> Se kap.6.1

<sup>200</sup> Odent 1984

skape bånd mellom mor og barn, og også partner.<sup>201</sup> Han kaller oxytocin for kjærlighetens hormon.<sup>202</sup> Det er anerkjent fysiologisk kunnskap at stresshormonet adrenalin og oxytocin er antagonist; altså at produksjon av stresshormoner reduserer effekt av oxytocin. Stress kan derfor gi risvekkelse.<sup>203</sup> Odent har derfor sine ord i behold når han på sin webside sier at fødekvinners grunnleggende behov er å føle seg trygge.<sup>204</sup>

Å gi rett hjelp til rett tid og på riktig måte relatert til fødesmerter vil jeg si er å mestre en balanse mellom naturlig og det som kan bli komplisert. Jordmødre vet, som Brunstad uttrykker, at det er vesentlig å skape ro for å mestre denne balansen sammen med kvinnen.<sup>205</sup> Ro i føderommet er et eksempel på et begrep som tilhører jordmorpraksis, og et begrep å se med, som Meløe sier.<sup>206</sup> Ro i føderommet, som i daglig bruk kalles ro på fødestua, handler om trygghet og gode arbeidsforhold for fødekvinne. Men det handler også om kunnskap uttrykt i handling. Ro er ikke det samme som stillhet, eller manglende aktivitet. Med ro menes å unngå stress som forstyrrer fødselsarbeidet, og å skape en atmosfære for å bygge gode relasjoner. I en studie fra hjemmefødsler uttrykker kvinner jordmødres profesjonelle kompetanse som evnen til å skape et tilfluktsrom eller en trygg havn.<sup>207</sup> Ro på fødestua knyttes dermed både til kvinnens behov for trygghet i fødsel samt til jordmors begreper å se med. Ro på fødestua er essensielt i et godt føderom. Det motsatte av ro, vil være uro eller stress.

All aktivisering av stresshormoner vil kunne forstyrre rier og dermed fødselsforløp. Odent er en av mange som taler for at et godt fødemiljø innebærer rolige omgivelser med dempet belysning, få og trygge omsorgspersoner og fravær av høye skarpe lyder, slik at det naturlige fødeinstinktet kan få utfolde seg. Det som fremkaller stress eller redsel vil hemme fødselsprosessen. Mors oxytocinproduksjon spiller også en sentral rolle i etablering av tilknytning og amming etter

---

<sup>201</sup> Hormon som frigjøres og medfører økt kontraksjon av livmormuskulatur og dermed rier i forbindelse med fødsel. Hormonet fremstilles også kunstig, og er viktig medikament i fødselshjelp.

<sup>202</sup> Odent 1999

<sup>203</sup> Alehagen 2005 s.175

<sup>204</sup> [www.WombEcology.com](http://www.WombEcology.com)

<sup>205</sup> Brunstad 2010

<sup>206</sup> Meløe 1985

<sup>207</sup> Sjöblom et al 2014

fødsel, og er dermed livsviktig for det nyfødte barnet. Når jeg ikke vil bryte inn i en kvinnes fødselsarbeid for å kontrollere fremgangen slik som i fortellingen om kvinnen ved det åpne vinduet, er det fordi jeg mener en slik forstyrrelse kan aktivere stresshormoner som forstyrrer riene hennes.<sup>208</sup> Jeg har mange ganger vært vitne til at forstyrrelser har forårsaket redusert ristyrke og mer smerter på samme tid. Når jeg ser at fødekvinnen arbeider hensiktsmessig med riene sine, skal jeg derfor ha en god grunn for å forstyrre henne. Å mestre denne balansen mellom forsvarlighet og trygghet krever at jordmors respons på situasjonen er «stemt» og i harmoni med helheten, noe Benner hevder er sentralt i utøvelse av kyndig praksis.<sup>209</sup>

En kyndig praksis på ekspertnivå uttrykker Benner som en responsbasert praksis der aktøren forholder seg til handlinger mer enn til kontroll.<sup>210</sup> Når hun beskriver dette som at aktøren er «stemt», forstår jeg det som et aspekt av sensibilitet der handlinger utføres på en god måte både i forhold til situasjon og relasjon. En kyndig aktør lærer på denne måten via erfaring. Den sensitive yrkesutøvelsen er fortsatt i aller høyeste grad levende. Men jordmødre har bruk for ord til å beskrive og granske den. Som Molander hevder har kunnskap ingen begynnelse og ingen ende.<sup>211</sup> Det blir like viktig å snakke om hvordan kunnskap dannes, som å snakke om hva kunnskap er.

Som jordmor i føderommet ønsker jeg å rette mine handlinger både mot det å oppnå en god fødsel for fødekvinnen, og å unngå inngrep og komplikasjoner. Fokuset på kontroll av risiko ser ut til å øke utryggheten, det kan jeg si både på grunnlag av erfaring fra fødefeltet og på bakgrunn av statistikker som forteller om økt forekomst av kvinner som signaliserer fødselsangst, redsel for å føde eller ønske om keisersnitt. Erfaringsbaserte forståelser kan bekrefte et standpunkt, ut fra min tolkning av erfaringen. Og ikke bare kunnskap, men også ukunnskap kan bekreftes. Steen Wackerhausen forteller om kelneren Kristie og hennes kolleger som selv iscenesatte de erfaringer som bekreftet fellesskapets forståelse.<sup>212</sup> Ut fra en erkjennelse om at de med mest penger gav mest driks, ble det gitt best service til de kundene

---

<sup>208</sup> Se Kap.6.1

<sup>209</sup> Benner 2004. s.190

<sup>210</sup> Benner 2004 s.196

<sup>211</sup> Molander 1996 s.70

<sup>212</sup> Wackerhausen 2015

som så mest velbeslåtte ut. Og de som betjente de mest velbeslåtte kundene viste seg å få mest driks. Slik ble deres felles erfaring bekreftet igjen og igjen, uten at noe stilte spørsmål ved om den gode servicen hadde noe med det hele å gjøre. Erfaring med at det kunne forholde seg annerledes kunne de ikke få, før de fant en måte å frigjøre seg fra den hevdvunne erfaringen på. Dette er noe Wackerhausen kaller selvbekreftende erfaringsrom. Kan det tenkes at fokuset på kontroll og risiko bekrefter fødsel som en risikofylt hendelse ved gjentagne erfaringer med å håndtere fødsel med dette blikket på praksis?

Hvis jeg ser dette i forhold til dette med å vente eller gripe inn i en fødselsprosess, kan jeg si noe om hvordan dette påvirker praksis. *Måten* jeg venter på kan kanskje forstås med bakgrunn i hva jeg venter *på*. Hvis jeg oppfattet situasjonen slik at det jeg ventet *på* i føderommet med jordmor Berit var pressrier, ville jeg brukt tiden på en annen måte enn hvis jeg ventet på noen som skulle komme.<sup>213</sup> Jeg ville vært observant på kroppsuttrykk som fortalte meg om pressriene startet, og være i konstant beredskap for å følge opp hendelsen. Jeg ville stått nær kvinnen, avventende men klar til å handle. Fosterlyden ville vært sentral i oppmerksomhetsbildet, og mine spørsmål ville vært ledende i forhold til hva kvinnen kjente akkurat nå. Hun kunne komme til å kjenne etter på måter som kunne gjøre henne oppmerksom på smertebildet eller hun kunne komme til å tenke på at det var en mangel ved henne at pressriene ikke kom. Vi ville ha litt ulike roller i denne ventingen. Jeg ville overvåke prosessen mer aktivt, og hun ville kjenne mer etter. Det kunne uttrykkes både bekymring og utålmodighet. Hvis jeg som jordmor Berit ventet på at noen skulle komme, ville jeg forholde meg mer tilbakelent. Det var ikke opp til meg eller henne når denne personen skulle komme, og vi ville måtte vente sammen. Å vente på denne måten gjør det vi venter på til en mer felles sak. Vi venter begge på det samme, og vet begge at det ikke er opp til oss, men opp til den som skal komme å oppfylle det vi venter på. Ventingen krever det samme av oss, og vi deler noe i en felles verden.

Denne siste formen for venting krever at jeg skyver min handlingsberedskap i bakgrunnen, selv om den selvfølgelig er tilstede som en del av min faglige kompetanse og oppmerksomhet i situasjonen. Det som trer frem er vårt felles anliggende; ønsket om at barnets far skal komme slik at prosessen kan få sin naturlige fortsettelse. Målet for ventingen påvirker måten og blikket. Hvis jordmor ukritisk håndterer alle risvekkelser som tilstander som krever inngrep, vil dette

---

<sup>213</sup> Se kap.6.2

være hennes erfaring og grunnlag for hennes innsikt. Det skjeve erfaringsrommet gir ikke rom for åpenhet eller nye erfaringer av annet slag enn de hun har fra før. Hun vil derfor ikke se nyansene som kunne påvirket handlingene i en annen retning. For å forstå hva aktøren gjør, må jeg rette blikket mot det aktøren ser, sier Meløe.<sup>214</sup> Altså for å forstå hva den gode handlingen er i det å vente, må jeg rette blikket mot målet for ventingen i dette tilfellet. Hvis risvekkelsen er noe jordmor ser som grunn til inngrep, forstår jeg at hun handler som hun gjør hvis hun henger opp et ristimulerende drypp. Det er nødvendig å rette blikket mot jordmors erfaringsrom og kontinuerlig og kritisk granske dette for å få øye på hva som former det. For å kunne gjøre dette må jordmor stille seg åpen for at noe kan være annerledes.

Meløe forklarer om den som gjør erfaringene, at personen både ser med et kyndig blikk og ut fra de erfaringer hun har gjort på stedet.<sup>215</sup> Dette er noe mer enn å bare se. Han bruker et eksempel fra sjakkspill for å vise dette; han sier at han ser at motpartens løper truer hans dronning.<sup>216</sup> Dette er noe mer enn å bare se noe, det handler om å se hva dette betyr. Og det betyr noe i denne bestemte situasjonen, og det lar seg ikke håndtere ved å bare beskrive disse to brikkenes plassering. For å forstå at motpartens løper truer hans dronning må jeg kunne noe om sjakkspill. Jeg må forstå spillereglene og de andre brikkenes plassering på brettet. I et annet sjakkparti kunne en identisk plassering av dronningen og løperen bety noe annet, for eksempel kunne en brikke stått foran løperen slik at det ikke oppsto noen trussel. Fordelen med å bruke sjakkbrettet til å vise til sammenhengen mellom å se og å tolke er at dette er relativt oversiktlig og lett å forklare. Hvis en spiller mister sin dronning mister han også en avgjørende suksessfaktor i spillet. Et tap av en dronning i et sjakkspill øker sjansen for å tape hele spillet, det har en sjakkspiller erfart. Det er om å gjøre å oppdage trusselen og iverksette et trekk som gjør at dronningen ikke tas ut av spillet. Når jeg dermed ser med begreper, ser jeg ikke løperens og dronningens plassering, jeg ser med begrepet «løperen truer min dronning».<sup>217</sup> Når det gjelder fødepraksis er spillet mer komplisert, men fremdeles forstått ut fra erfaring.

---

<sup>214</sup> Meløe 1985 s.42

<sup>215</sup> Meløe s.23 og 39

<sup>216</sup> Meløe 1985 s.23

<sup>217</sup> Samme sted

«Jeg hjelper dem med å møte riene med pust», er et utsagn fra en av mine ettertanker.<sup>218</sup> Dette kontrasteres mot funksjonen overvåking av fosterlyd i den samme fortellingen. Det er lett å generalisere på bakgrunn av enkelthendelser. Hvis jeg har erfart sammenhengen mellom påvirket fosterlyd og et hjerneskadet barn, og ukritisk overfører påvirket fosterlyd som det meningsbærende og årsaksforklarende alene, vil jeg i alle senere situasjoner kunne tolke dette som kritisk helsetruende. Et fatalt utfall av en slik trussel er noe jeg ønsker å unngå, og mine handlinger for å unngå dette kan dermed dominere min praksis. Jeg kan bli opptatt av at alle fosterlyder bør overvåkes kontinuerlig i en fødselsprosess, og at alle fosterlyder avtegnet som mønster på en papirstrimmel inneholder en potensiell fare. Det er om å gjøre å oppdage og behandle denne faren. Men ved en nærmere ettertanke innser jeg at påvirket fosterlyd har mange variasjoner innenfor ulike kontekster, og at jeg ved å legge forholdene til rette, vil kunne utvikle evne til å skille de situasjonene som virkelig er helsetruende fra de som kan rette seg til ved for eksempel bedre pusteteknikk. Dette kunne jeg ikke forstå eller ha erfaring med uten selv å ha vært delaktig i det, uten selv å ha latt det skje. For det er ikke slik at jeg for all fremtid vil unngå at fødende kvinner puster overfladisk, eller at de ligger på rygg. Det er derfor ikke nødvendig å knytte dette til en anbefaling om noe som fødende bør unngå. Men det er viktig at jordmor vet å skille det kritisk helsetruende fra det som kan rette seg til. Hun må utvikle sin skjelneevne mellom gode og dårlige veivalg.<sup>219</sup>

Å se sammenhengen mellom fødekvinnens stilling, pust og fosterlyd i situasjonen er kompetanse oppnådd gjennom å integrere naturvitenskapelig kunnskap med erfaring. Bestemmende for om jeg ser dette som noe jeg skal gripe inn i er blant annet om fosterlyden er det jeg kaller *påvirket*, for eksempel påvirket av rier på en uheldig måte. Ut fra gjentatte erfaringer med fosterlyd i fødsel kan jeg forstå hvordan dette kan håndteres. Til grunn for forståelsen ligger både teoretisk og forskningsbasert kunnskap om sirkulasjonsfysiologi og hva fosterlyd uttrykker. Kunnskapen gjøres relevant i den konkrete situasjonen der jeg handler. I en annen situasjon kan en *påvirket* fosterlyd medføre helt andre handlinger. Uttrykket må hele tiden tolkes og tolkes igjen, og integreres i nye handlinger. Ulike kunnskapsformer integreres i en forståelse som viser seg i praksis i form av ny tolkning som bakgrunn for handling hver gang

---

<sup>218</sup> Se kap.6.4

<sup>219</sup> Lindseth 2015 s.43

en ny situasjon oppstår. Molander skriver at en kyndig praktiker skaper mening i situasjoner på denne måten.<sup>220</sup>

Hvis jordmor i en situasjon med en påvirket fosterlyd ureflektert følger virksomhetens prosedyrer uten å ta situasjonen med i betraktning, ville en intensivt overvåkning av fosterlyden være neste skritt. Og kanskje kunne fosterlyden tolkes som et uttrykk for noe helsetruende som initierte inngrep av forløsende art. Jeg ser at jeg kan gjøre noe for å unngå en slik utvikling, og handler på bakgrunn av min tolkning av det jeg ser. Innholdet i det jeg ser svarer til innholdet i mine erfaringer, sier Meløe.<sup>221</sup> Josefsson skriver om en sykepleier som i en situasjon så at noe ikke stemte med pasienten etter en operasjon.<sup>222</sup> Hun tilkalte lege, men ble forsikret om at alt var normalt. Hun ble altså ikke hørt. I situasjoner der alle prøver er normale og pasienten er i en forventet redusert tilstand etter en operasjon, er det krevende å skille det som er behandlingskrevende fra det som skal få være som det er. Pasienten som Josefson skriver om dør etter kort tid. Dermed hadde sykepleieren rett; det var noe som ikke stemte.

Sykepleieren mener hun etter mange år i denne praksisen har vært med på mange lignende situasjoner, og derfor kunne se at noe ikke stemte. Hun har opparbeidet seg en analog forståelse av situasjoner, slik at hun gjenkjenner dem selv om de er unike tilfeller, og vet hva de betyr.<sup>223</sup> Situasjoner har ansikter, hevder han.<sup>224</sup> Du kjenner igjen et ansikt uten å analysere eller beskrive det ut fra oppsatte kriterier, og slik mener Molander at det også forholder seg med situasjoner. Med Meløe's terminologi ser sykepleieren her med begrepet «noe som ikke stemmer». I jordmors verden erfarer jeg at det som er relatert til å fremme normal fødsel mer handler om når det tross alt stemmer, enn når det ikke stemmer.

Et føderom preget av overvåkning og kontroll kan lett føre til at jordmor oppdager noe som ikke stemmer. Min erfaring er at det også er lett å bli hørt på det som ikke stemmer. Det er adskillig mer krevende å stå i situasjonen og hevde at det tross alt stemmer hvis den grafiske

---

<sup>220</sup> Molander 1996 s.138-139

<sup>221</sup> Meløe 1985 s.39

<sup>222</sup> Josefson 1991 s.28

<sup>223</sup> Molander 1996s.138

<sup>224</sup> Samme sted s.46

strimmelen med påtegnet fosterlyd viser til noe som kan tolkes som et avvik. Altså mener jeg her at jordmor i situasjonen med påvirket fosterlyd ser med begreper, om enn med motsatt fortegn av hva sykepleieren i Josefson's historie gjorde. Jordmødre ser at situasjonen er grei, normal eller at det går fint. Begrepet hun ser med kan da være «det er normalt» eller «det går fint». Det kan tyde på at begrepet normal fødsel i jordmorpraksis er et begrep å se med, og dermed en viktig del av jordmors kyndige blikk oppnådd gjennom kritisk reflektert erfaring, mer enn det er en ramme for jordmorpraksis.



## 9.0 Avslutning

Begrepet normal fødsel er stort og kontekstovergripende. Hva dette konkret er, er utfordrende å beskrive. Det er likevel et begrep som brukes daglig i jordmorpraksis, og derfor er det viktig å sette ord på hva som ligger i den enkelte jordmors forståelse av begrepet. Så langt har jeg kommet frem til at normal fødsel er et begrep å se med innenfor jordmorpraksis. Forståelsen av begrepet er essensielt for jordmorpraksis på den måten at det tilhører jordmors kyndige blikk. Det kyndige blikket er avgjørende viktig for å kunne handle klokt og utvikle et godt skjønn i praksis. Å se med begrepet normal fødsel er derfor en betingelse for utvikling av fronesis i jordmors fødepraksis og som følge av dette også en betingelse for kyndig jordmorfaglig praksisutøvelse.

Å fremme normal fødsel, derimot, er et uttrykk for kunnskap som er kontekstuell og personlig. Hva dette er har jeg forsøkt å vise med mine fortellinger. Slik fenomenet normal fødsel utspiller seg i min praksis, handler mye av arbeidet om å balansere mellom ulike tilnærminger til dette livsuttrykket. De ulike tilnærmingene representerer ulike kunnskapssyn og forståelsesformer angående hva normal fødsel er. Etter å ha arbeidet systematisk med dette temaet, vil jeg si at jordmor fremmer normal fødsel ved å støtte opp om det naturgitte i livsprosessen fødsel samtidig med at hun har innsikt og kompetanse til å forstå når fødekvinne trenger medisinsk hjelp. Dette utgjør en kontinuerlig balanseøvelse mellom å la fødselen få ta den tiden den tar, og det å gripe inn. Det å fremme normal fødsel er i sitt vesen en dialogisk praksis. Dialogen utspiller seg mellom fødekvinne, jordmor og de øvrige aktørene i tilknytning til føderommet, men knytter seg også til de ulike kunnskapsformene i relasjon til det partikulære i situasjonen. Det arbeidet som utføres i føderommet er ikke tilfeldig, men basert på betydelig teoretisk, vitenskapelig og praktisk kunnskap uttrykt ved kloke handlinger.

Da jeg startet å skrive på masteroppgaven hadde jeg ikke kunnet forutse hva som var omdreiningspunktet i min praksisforståelse. Før jeg startet på skrivearbeidet var jeg opptatt av å bestride en rådende og etter min mening konform oppfatning av normalitet som bidro til sykeliggjøring av fødsel. Jeg ville forsvare en alternativ forståelse av dette. Slik ble det ikke. Arbeidet med teksten ga andre en mulighet til å utforske saken sammen med meg, og min forforståelse ble utfordret. Til min store overraskelse var jeg usikker på om jeg mente det jeg hadde skrevet. Men det måtte jeg skrive for å erkjenne. Og jeg erfarte at det er utfordrende å sette ord på sin forståelse.

Jordmorpraksis i føderommet formes av erfaringskunnskap, og føderommet igjen formes av denne. Erfaringskunnskap vises som kunnskap uttrykt i handling, og er ikke det samme som erfaring som en opplevelse, fordi erfaringen må utsettes for kritisk prøving. Erfaringsbegrepet i jordmorpraksis trenger en videre utforskning slik at dette kan belyses og gjøres mer tilgjengelig for dem som arbeider i praksisfeltet. Dette kan bidra til å gi språk til og bygge gode felles begreper i praksis, noe jeg mener er avgjørende for utvikling av erfaringskunnskap som pålitelig og gyldig kunnskap i fødefeltet. En slik måte å utvikle god praksis og samhandling på, kan bidra til å redusere spenningen mellom de ulike virksomme diskursene i fødefeltet og fremme gyldig felles kunnskap.

## Litteraturliste

- Alehagen, S. et al (2005) *Fear, pain and stress hormones during childbirth* Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology **26**(3):153-65
- Aristoteles og Stigen, A. (1999) *Etikk: et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt Den nikomakiske etikk*. Oslo, Gyldendal
- Bech-Karlsen, J. (2003) *Gode fagtekster: Essayskriving for begynnere*. Oslo, Universitetsforlaget
- Beck, U. (1992) *Risk society: towards a new modernity*. London, Sage
- Benner, P. (2004) *Using the Dreyfus' skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education*. Bulletin of Science, Technology and Society **24**(3): 188-199
- Benner, P., Have, G. (1995) *Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Oslo, TANO i samarbeid med Munksgaard
- Benoit, C., Wrede, S. et al (2005) *Understanding the social organisation of maternity care systems: Midwifery as a touchstone* Sociology of Health and Illness **27**(6): 722-737
- Berg, M., Lundgren, I. (2010) *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande*. Lund, Studentlitteratur
- Bernitz, S. et al (2011) *Is the operative delivery rate in low-risk women dependent of the level of birth care? A randomized controlled trial*. International Journal of Obstetrics and Gynaecology **118**(11): 1357-1364
- Bernitz, S. og Universitetet i Tromsø (2013) *Differentiated birth care for low-risk women: medical and economic perspectives*. PhD-avhandling, Universitetet i Tromsø, Det helsevitenskapelige Fakultet, Institutt for klinisk medisin - obstetrikk og gynekologi.
- Bernitz, S. et al (2014) *Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: A cohort of low-risk nulliparous women*. Midwifery **30**(3):364-370
- Birkler, J. (2005) *Videnskabsteori: en grundbog*. København, Munksgaard
- Birkler, J. (2010) *Filosofi & jordemoderkunst* Esbjerg UC Vestpress
- Blix, E. et al (2012) *Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007: A retrospective cohort study*. Sexual and Reproductive Healthcare **3**(4): 147-153
- Blix, E. et al (2008) *Hvor lenge kan en normal fødsel vare?* Oversiktsartikler Tidsskrift for den norske Lægeforening **128**(6): 686-689
- Blåka, G., Schauer Eri, T. (2008) *Doing midwifery between different belief systems*. Midwifery **24**(3): 344-352
- Blåka, G. (2002) *Grunnlagstenkning i et kvinnefag*. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

- Breivik, J-K. (2006) *Døe identitetspolitikk – en særegen form for normalitet?* I Hylland-Eriksen, T. og Breivik, J-K., (red.) (2006) *Normalitet*, Oslo, Universitetsforlaget
- Brunstad, A. (2010) *En studie om hvilken kompetanse norske jordmødre mener er viktig ved fødeavdelinger og kvinneklinikker*. Norsk tidsskrift for Helseforskning 6(1): 26
- Byrne, C. C. (2006) *International Confederation of Midwives Definition of the Midwife*. Journal of Midwifery and Women's Health 51(4): 310
- Dahlberg, K. (2014) *Att undersöka hälsa och vårdande*. Stockholm, Natur & Kultur
- Danielsen, I. (2013) og Universitetet i Nordland *Handlingsrommets evidens: om praktisk kunnskap nyfødteintensivsykepleien*. PhD avhandling i studier av profesjonspraksis, Senter for Praktisk kunnskap, Universitetet i Nordland
- Davis-Floyd, R. (1994) *The technocratic body: American childbirth as cultural expression*. Social Science and Medicine 38, 1225-1240
- Davis-Floyd, R. (2001) *The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth*. International Journal of Gynecology and Obstetrics 75 (Suppl.1) 5-23
- Davis-Floyd, R. (2008) *Foreword* I Downe, S. (red) *Normal childbirth: evidence and debate* (2<sup>nd</sup> ed) Edinburgh, Churchill Livingstone
- Donley, J. (1998) *Birthrites: natural vs unnatural childbirth in New Zealand*. Auckland, Full Court Press
- Downe, S., McCourt, C. *From being to becoming: reconstructing childbirth knowledges*. I Downe, S. (red) *Normal childbirth: evidence and debate* (2<sup>nd</sup> ed) Edinburgh, Churchill Livingstone
- Elstad, I. (2014) *Sjuepleietenkning*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Fjell, T. I. et al (red) (1998) *Naturlighetens positioner: nordiska kulturforskare om födsel och föräldraskap*. Helsinki, Nordiskt nätverk för folkloristik
- Fjell, T. I. (1998) *Fødselens gjenfødelse. Fra teknologi til natur på fødearenaen*. Kristiansand Høgskoleforlaget
- Folkehelseinstituttet (2012) *fhi.no-Keisersnitt\_faktaark\_og\_statistikk (2).pdf*
- Gadamer, H-G., Holm-Hansen, L. et al (2010) *Sannhet og metode: grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo, Bokklubben.
- Gadamer, H-G., Jordheim, H. (2003) *Forståelsens filosofi: utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo, Cappelen
- Gisle, R. (2014) *Hva slags samfunn ønsker vi?* Rus & Samfunn (05): 35-38
- Halvorsen, G. S. og Universitetet i Nordland (2011) *Relasjonen mellom hjelper og hjelpesøkende : en studie i forståelsens og anerkjennelsens betingelser og utviklingsmuligheter*. PhD avhandling i studier av profesjonspraksis, Profesjonshøgskolen, Senter for Praktisk kunnskap, Universitetet i Nordland
- Halvorsen, L., Nerum, H. og Universitetet i Tromsø (2013) *Introduksjon i Psykiske belastninger ved svangerskap og fødsel: med fokus på fødselsangst, ønske om keisersnitt og tidligere*

*seksuelle overgrep*. PhD avhandling ved Universitetet i Tromsø, Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for klinisk medisin – psykiatri

Heiberg, E., Bjørnstad, N. (1999) *Fødsel – Kraft og Kjærlighet*. Oslo, Cappelen Akademisk forlag

Helsedirektoratet (2010) *Et trygt Fødetilbud: kvalitetskrav for fødeinstitusjoner*. Oslo, Helsedirektoratet

Helse- og Omsorgsdepartementet (2008-2009) St.mld. nr. 12 *En gledelig begivenhet: om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*. Oslo, HOD

Hickl, E., Pelz, F. J. (2008) *Risk management for avoidance of medical liability cases in obstetrics*. *Der Gynäkologe* **41**(2): 147-154

Hunter, B. et al (2008) *Relationships: The hidden threads in the tapestry of maternity care* *Midwifery* **24**(2): 132-137

Johanson, R. et al (2002) *Has the medicalization of childbirth gone too far?* *British Medical Journal* **324**(7342): 892-895

Josefson, I. (1991) *Kunskapens former: det reflekterande yrkeskunnandet*. Stockholm, Carlssons

Kjølsrød, L. (1993) *Jordmor der mor bor? En sosiologisk studie av jordmoryrket etter 1945*. Oslo, Universitetsforlaget

Knudsen, H. (2001) *Kap 1-2, Reisen for Theorias skyld*, Bind 1 i *Praktikeren som filosof* Kristiansand, Høyskoleforlaget

Kraft, S.E. (2007) *Fødsel som åndelig arena: om naturmystikk i det norske helsevesenet*. Oslo, Universitetsforlaget, *Nytt Norsk Tidsskrift* **24**(2): 126-137

Kraft, S.E. (2011) *Om glede, jubel og selvutvikling; naturlig fødsel i New Age*. *DIN: Religionsvitenskapelig tidsskrift 1-2* (ISSN 1501-9934): 79-93

Kvale, S., Anderssen, T. et al (1997) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo Ad Notam Gyldendal

Leap, N. (2010) *The less we do the more we give*. I Kirkham, M (red) *The Midwife-Mother Relationship*. New York, Palgrave Macmillan

Liamputtong, P. (2005) *Birth and social class: Northern thai women's lived experiences of cesarean and vaginal birth*. *Sociology of Health and Illness* **27**, 243-270

Lindseth, A. (2015) *Svarevne og kritisk refleksjon: hvordan utvikle praktisk kunnskap?* I McGuirk, J. og Methi, J. S. (red) *Praktisk kunnskap som profesjonsforskning*. Bergen, Fagbokforlaget

Meløe, J (1973) *Aktøren og hans verden*. *Norsk Filosofisk tidsskrift* **2**:133-143

Meløe, J. (1985) *Notater i Vitenskapsteori. Til gruppene i humaniora og samfunnsvitenskap med fiskerifag*. Universitetet i Tromsø, publisert i «Tre artikler av Jacob Meløe» [www.hibo.no](http://www.hibo.no), uten dato

- Methi, J. S. (2015) *Fortelling som erkjennelsesform* i McGuirk, J. og Methi, J. S. (red) *Praktisk kunnskap som profesjonsforskning*. Bergen, Fagbokforlaget
- Molander, B. (1996) *Kunnskap i handling*. Göteborg, Daidalos
- Nasjonalt folkehelseinstitutt *Årstabeller for medisinsk fødselsregister, fødsler i Norge 2012* hentet 28.04.15 fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/ba886ffc80.pdf>
- Nilsson, L., Hamberger, L. et al (2009) *Et barn blir til*. Oslo, Gyldendal
- O'Connell, R., Downe, S. (2009) *A methasynthesis of midwives' experience of hospital practice in publicly funded settings: Compliance, resistance and authenticity*. *Health* 13(6): 589-609
- Odent, M (1984) *Å føde naturlig* Oslo, Aschehoug/Tanum-Norli
- Odent, M. (1999) *The scientification of love* London, Free Association Books
- O'Driscoll, K., Meagher, D. et al (2003) *Active management of labor: the Dublin experience*. Edinburgh, Mosby
- Paul, R., Bruinrie, F. H. (2007) *Proactive support of labor: the challenge of normal childbirth*. United Kingdom, Cambridge University Press
- Paulgaard, G. (1997) *Feltarbeid i egen kultur: innenfra, utenfra eller begge deler?* I Fossaskåret, E. (red) *Metodisk feltarbeid: produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo, Universitetsforlaget
- Rossen, J. (2013) *Hvor mange kvinner stimuleres med oxytocin under fødselen?* *Fødselsnytt* 2: 4
- Røkenes, O. H., Hanssen P-H. (2002) *Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* Bergen, Fagbokforlaget
- Sandvik, G. B. (1995) og Universitetet i Bergen, *Fra distriktsjordmor til institusjonsjordmor: fremveksten av en profesjon og en profesjonsutdanning*. PhD avhandling ved Universitetet i Bergen, Psykologisk fakultet, Institutt for praktisk pedagogikk.
- Sandvik, G. B., Hauglund, J. K. (1997) *Moderskap og fødselsarbeid – diskurser i reproduktivt arbeid*. Bergen-Sandviken, Fagbokforlaget
- Sirnes, T. (2006) *Den gode normaliteten* i Hylland-Eriksen, T. og Breivik, J-K. (red) *Normalitet* Oslo, Universitetsforlaget
- Sjöblom, I. et al (2014) *Creating a safe haven – women's experiences of the midwife's professional skills during planned home birth in four Nordic countries*. *Birth* 41(1):100-107
- Skjervheim, H. (2002) *Deltakar og tilskodar* I Skjervheim, H (2002) *Mennesket*, Oslo, Universitetsforlaget
- Solvang, P. (2006) *Problematisering, utdefinering eller omfavnelse? Om normaliteten*. I Hylland-Eriksen, T. og Breivik, J-K. (red) *Normalitet* Oslo, Universitetsforlaget
- Svare, H. (2008) *Den gode samtalen: kunsten å skape dialog*. Oslo, Pax
- Søraa, G. (1984) *Hent jordmora!* Oslo Gyldendal

- Tegnander, E., Brunstad, A. (red) (2010) *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde*. Oslo, Akribe
- Thelin, I. et al (2014) *Midwives' lived experience of caring during childbirth – a phenomenological study*. *Sexual and Reproductive Healthcare* 5(3): 113-118
- Wackerhausen, S. (2015) *Erfaringsrom, handlingsbåren kunnskap og refleksjon*. i McGuirk, J. og Methi, J. S. (red) *Praktisk kunnskap som profesjonsforskning*. Bergen, Fagbokforlaget
- Wadel, C. (1991) *Feltarbeid i egen kultur: en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord, SEEK
- Waldenström, U. (2007) *Föda barn: från naturligt till högteknologiskt* Stockholm, Karolinska Institutet University Press
- Walsh, D. (2008) *Promoting normal birth: weighing the evidence*. I Downe, S. (red) *Normal childbirth: evidence and debate* (2<sup>nd</sup> ed) Edinburgh, Churchill Livingstone
- World Health Organisation, Safe Motherhood, (1996) *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva, WHO
- [www.WombEcology.com](http://www.WombEcology.com)
- Wright, G. H. v., Larsen, R. et al (1994) *Myten om fremskrittet: tanker 1987 – 1992: med en intellektuell selvbiografi*. Oslo, Cappelen
- Zinkernagel, P. (1998) *Virkelighed* København, Munksgaard
- Zinsser, W. (2006) *On writing well: the classic guide to writing non-fiction*. New York, HarperCollins
- Østerberg, D. (1972) *Forståelsesformer: et filosofisk bidrag*. Oslo, Pax



# Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

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

Svein Haugsgjerd  
Profesjonshøgskolen  
Universitetet i Nordland  
Postboks 1490  
8049 BODØ

Vår dato: 08.11.2011

Vår ref: 28390 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

## KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.10.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

28390	<i>Den normale virkeligheten</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Nordland, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Svein Haugsgjerd</i>
Student	<i>Heidi Elvemo</i>

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

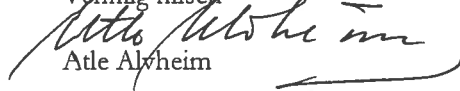
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.06.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Atle Alzheim

  
Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Heidi Elvemo, Utsikten 255, 9018 TROMSØ

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no





Utvalget består av to fødselsjordmødre. Data samles inn via personlig intervju.

Rekruttering og førstegangskontakt foretas av prosjektleder, via eget nettverk. Det gis skriftlig informasjon om studien. Personvernombudet finner informasjonsskrivet vedlagt meldeskjemaet tilfredsstillende, herunder lagt til grunn at det tilføyes at alle opplysninger anonymiseres innen prosjektslutt våren 2012, jf. telefonsamtale med prosjektleder av 07.11.2011.

Prosjektet skal avsluttes 15.06.2012 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. navn på arbeidssted, yrke, alder, kjønn) fjernes eller endres.

Til

Leder ved Føde-Barselavdelingen

16.10.2011

## SØKNAD OM TILLATELSE TIL FELTARBEID

Jeg er for tiden masterstudent ved Universitetet i Nordland, Senter for Praktisk Kunnskap. Under arbeidet med vitenskapelig essay basert på egen yrkeserfaring våren 2011, fikk jeg en ny forståelse av utfordringer knyttet til den normale fødsel. Når jeg nå skal gå i gang med feltarbeid tilknyttet studiet, ønsker jeg å se nærmere på hvilke utfordringer jordmødre står overfor i arbeid med normale fødsler. Via samtaler ønsker jeg å finne ut hva og hvordan jordmødre tenker i forhold til temaet normal fødsel, og hvordan dette viser seg i deres handlinger. Metoden jeg har valgt for og utforske dette er reflekterende samtaler basert på jordmødres egne fortellinger. Jeg planlegger å ha samtaler med to jordmødre i to omganger, og ta dette opp ved bruk av lydbånd som senere skrives ut. Materialet skal jeg bruke til å skrive et vitenskapelig essay levert som eksamen ved Universitetet i Bodø våren 2012, og siden muligens som forprosjekt eller del av masteroppgave. Prosjektet er meldt til NSD (Norsk Samfunnsfaglig Datatjeneste).

Min veileder i arbeidet er prof. Svein Haugsgjerd, Universitetet i Nordland, e-mail . [sengell@online.no](mailto:sengell@online.no) / tlf. [REDACTED]

Med vennlig hilsen

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[Heid-elv@online.no](mailto:Heid-elv@online.no)

[REDACTED]

Vedlegg:

Informasjonsskriv til deltagere

Samtykkeerklæring

## INTERVJUGUIDE/ VEILEDENDE SPØRSMÅL

### PROSJEKT DEN NORMALE VIRKELIGHETEN

1. Har du "hatt"/deltatt i /hatt ansvar for en eller flere normale fødsler den siste tiden?  
– fortell om en av dem:
2. –hva gjorde du?
3. –hva tenkte du i begynnelsen av arbeidet
4. Hva så du? Hva tenkte du om det du så? Hvordan påvirket dette det du gjorde og tenkte videre?
5. Var det noe du tenkte i begynnelsen av arbeidet som senere viste seg å stemme?
6. Var det noe du var spesielt oppmerksom på?
7. Tror du at noe av det du gjorde påvirket utfallet av fødselen?(ønsket eller ikke ønsket konsekvens)
8. Hva er det viktigste du gjør i føderommet? Hvordan gjør du det?
9. Hvordan går du frem for å tolke riarbeid? Hva er det viktigste?
10. Hvilke tanker har du om det å holde den normale fødselen normal?
11. Opplever du begrensninger i forhold til hvordan du ønsker å utøve jordmorfag?
12. Hva mener du former ditt faglige blikk?

## INFORMASJONSSKRIV TIL DELTAGERE, 10.10. 2011

### PROSJEKT DEN NORMALE VIRKELIGHETEN

Jeg heter Heidi Elvemo, jeg arbeider som jordmor ved Føde-Barselavdelingen, [REDACTED], og er masterstudent ved Universitetet i Bodø, Senter for Praktisk kunnskap. Denne høsten skal jeg som en del av studiet utføre et lite feltarbeid. Resultatene fra feltarbeidet skal brukes til å skrive et vitenskapelig essay om yrkespraksis, levert som eksamen mai 2012. Resultatene kan også inngå som forprosjekt eller del av masteroppgaven jeg skal skrive senere.

Temaet jeg har valgt å konsentrere meg om er den normale fødselen. Under arbeidet med et vitenskapelig essay fra egen yrkespraksis denne våren, ble jeg klar over flere utfordringer for jordmor knyttet til håndtering av normal fødsel. Jeg ble klar over at holdninger og forståelse av utfordringer knyttet til normal fødsel viser seg i handlinger i føderommet, knyttet opp mot fødekvinnen. Jeg er interessert i å få del i jordmødres refleksjoner rundt og handlinger knyttet til normal fødsel. Metoden jeg har valgt er reflekterende samtale knyttet til jordmødres egne erfaringer. Derfor ønsker jeg at mine deltagere forteller om en eller flere normale fødsler de har deltatt i og hatt ansvar i forbindelse med, deretter vil jeg at jeg og deltageren tenker høyt rundt fortellingen/-ene. Jeg tenker meg at dette kan ta ca.45 minutter, og jeg blir å ta samtalen opp på bånd for deretter å skrive dem ut. Det er ønskelig med en oppfølgingsamtale en uke etter den første samtalen, for og eventuelt utdype temaet eller komme med tilføyelser. Opplysningene som kommer frem vil bli behandlet konfidensielt, slik at ingen andre enn meg og min veileder får tilgang til utskriftene. Båndene slettes og deltagerne anonymiseres etter at prosjektet er ferdig, våren 2012. Deltagerne kan når som helst og uten å oppgi grunn trekke seg fra prosjektet. Deres data vil da bli slettet, og vil ikke bli benyttet i det videre arbeidet.

Min veileder er prof. Svein Haugsgjerd, Univ. I Nordland, e-mail: [sengell@online.no](mailto:sengell@online.no)

[REDACTED]

Med vennlig hilsen

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Mail: [heid-elv@online.no](mailto:heid-elv@online.no)



# SAMTYKKEERKLÆRING

E-postadresse: [heid-elv@online.no](mailto:heid-elv@online.no)

Jeg samtykker med dette til deltakelse i forskningsprosjekt "Den normale virkeligheten" vedrørende hvordan jordmødre tenker og handler i forbindelse med normal fødsel.

Samtykke gis på bakgrunn av informasjonsskriv fra Heidi Elvemo datert 10.10.2011

Navn:.....


Dato:.....

**Liste over selvvalgt litteratur ved  
Mastergrad i praktisk kunnskap**

**Antall sider: 3500**

**Kandidat: Heidi Elvemo**

**Selvvalgt pensum: godkjent/~~ikke godkjent~~**

  
.....  
studieleder

**Senter for praktisk kunnskap**







Forfatter og tittel	Antall sider
Anderson,T. (2010) <i>Feeling safe enough to let go: the relationship between a woman and her midwife during the second stage of labour.</i> i Kirkham, M. (red.) <i>The midwife-mother relationship.</i> New-York, Palgrave Macmillan	29
Aune,I (2014) <i>Hvordan kan ulike vitenskapsteoretiske perspektiver påvirke jordmorfagets utvikling og den omsorgen som gis til fødende kvinner?</i> <i>Vård i Norden</i> , 2014, Vol.34(4), pp.15-20	5
Austveg, B. (2006) Kap 11, <i>Menneskerettigheter og svangerskapsrelatert helse.</i> i Austveg, B. <i>Kvinner helse på spill.</i> Oslo, Universitetsforlaget	10
Benner,P. (2004) <i>Using the Dreyfus model of skill aquisitionto describe and interpret skill aquisition and clinical judgement in nursing practice and education.</i> <i>Bulletin of Science, Technology and Society</i> , June 2004, Vol.24(3), pp.188-199	12
Benoit,C.S. Wrede,I. et al (2005) <i>Understanding the social organisation of maternity care systems: Midwifery as a touchstone.</i> <i>Sociology of Health &amp; Illness</i> , 2005, Vol.27(6), pp.722-737	16
Berg M. og Lundgren,I. (2010) <i>Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande.</i> Lund, Studentlitteratur	232
Berg,M., Ólafsdóttir,Ó. Et al (2012) <i>A midwifery model of woman-centered childbirth care - In Swedish and Iceland settings.</i> <i>Sexual and Reproductive Healthcare</i> , June 2012, Vol.3(2), pp.79-87	9
Bernitz,S. Rolland,R et al (2011) <i>Is the operative delivery rate in low-risk women dependent on the level of birth care? A randomised controlled trial.</i> <i>International Journal Of Obstetrics And Gynaecology</i> , 2011 Oct, Vol.118(11), pp.1357-1364	8
Birkler,J. (2005) <i>Videnskapsteori: en grundbog.</i> København, Munksgaard	152
Birkler,J. (2010) <i>Filosofi &amp; jordemoderkunst.</i> Esbjerg UC Vest Press	67
Blix,E (2011) <i>Avoiding disturbance: Midwifery practice in home birth settings in Norway.</i> <i>Midwifery</i> , 2011, Vol.27(5), pp.687-692	6
Blix,E, Huitfeldt,P et al (2012) <i>Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007: A retrospective cohort study.</i> <i>Sexual &amp; Reproductive Healthcare</i> , 2012 Dec, Vol.3(4), pp.147-153	7

Selvvalgt litteratur Heidi Elvemo

- Blix,E., Kumle,M. et al (2008) *Hvor lenge kan en normal fødsel vare?* Tidsskrift for den Norske Laegeforening, 13 March 2008, Vol.128(6), pp.686-689 4
- Blåka,G. og Schauer Eri,T. (2008) *Doing midwifery between different belief systems.* Midwifery, September 2008, Vol.24(3), pp.344-352 9
- Blåka,G.(2002) *Grunnlagstenkning i et kvinnefag.* Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS 200
- Breivik, J-K. (2006) *Dov identitetspolitikk - en særegen form for normalitet?* i Hylland-Eriksen,T.H. og Breivik J-K. (red.) Normalitet .Oslo, Universitetsforlaget 16
- Brunstad,A. (2010) *En studie om hvilken kompetanse norske jordmødre mener er viktig ved fødeavdelinger og kvinneklinikker* Nordisk Tidsskrift for Helseforskning, Vol 6, Iss 1, Pp 26-39 (2010) 7
- Donley,J. (1998) *Birthrites : natural vs unnatural childbirth in New Zealand.* Auckland, The full court press 141
- Downe,S., og Dykes, F. (2009) *Counting time in pregnancy and labour* i McCourt, M (red) Childbirth, midwifery and concepts of time. New York, Berghahn Books 20
- Downe,S., McCourt,C. (2008) *From being to becoming: reconstructing childbirth knowledges.* I Downe,S.(red.) Normal childbirth: evidence and debate (2nd ed) Edinburgh, Churchill Livingstone 24
- Fahy,K.M., Parratt J.A. et al (2006) *Birth Territory: A theory for midwifery practice.* Women and Birth, July 2006, Vol.19(2), pp.45-50 6
- Fjell,T.I. (red)(1998) *Naturlighetens positioner: nordiska kulturforskare om födsel och föräldraskap.* Åbo, Nordiskt nätverk för folkloristik 207
- Fjell,T.I., (1998) *Fødselens gjenfødelse . Fra teknologi til natur på fødearenaen.* Kristiansand, Høyskoleforlaget 192
- Halvorsen,L, og Nerum,H. (2013) *Introduksjon* i Psykiske belastninger ved svangerskap og fødsel: med fokus på fødselsangst, ønske om keisersnitt og tidligere seksuelle overgrep. PhD avhandling ved det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø 13
- Heiberg,E og Bjørnstad,N (1999) *Fødsel - kraft og kjærlighet.* Oslo, Cappelen Akademisk forlag 191

## Selvvalgt litteratur Heidi Elvemo

- Hunter,B, Berg,M. et al (2008) *Relationships: The hidden threads in the tapestry of maternity care*. Midwifery, June 2008, Vol.24(2), pp.132-137 7
- Johanson,R.Newburn,M.et al (2002) *Has the medicalisation of childbirth gone too far?* British Medical journal BMJ (Clinical research ed.), 13 2002, Vol.324(7342), pp.892-5 4
- Josefson,I (1991) *Kunskapens former: det reflekterande yrkeskunnandet*. Stockholm, Carlssons 112
- Kjølørød,L. (1993) *Jordmor der mor bor? En sosiologisk studie av jordmoryrket etter 1945*. Oslo, Universitetsforlaget 279
- Knudsen,H.(2001) *Reisen for teorias skyld*, Kap 1-2, Bind 1 i *Praktikeren som filosof* Kristiansand, Høyskoleforlaget 60
- Kraft,S.E. (2007) *Fødsel som åndelig arena: om naturmystikk i det norske helsevesenet*. Nytt norsk tidsskrift, s.126-137 Oslo : Universitetsforlaget 24 : 2007 : 2 11
- Larsson,H.(1997 (1892)) *Intuition*. Stockholm, Dialoger 81
- Leap,N.(2010) Ch 19 *Promoting physiological birth*. I Pairman,S., Tracy, S. et al (red) *Midwifery preparation for practice 2nd ed* , Sydney, Churchill Livingstone Elsevier 10
- Leap,N.(2010) *The less we do the more we give* i Kirkham,M (red) *The midwife-mother relationship*. New-York, Palgrave Macmillan 18
- Lindseth,A. (2015) *Svarevne og kritisk refleksjon: hvordan utvikle praktisk kunnskap?* i McGuirk,J. og Methi,J.S. (red) *Praktisk kunnskap som profesjonsforskning*, Bergen, Fagbokforlaget 17
- Methi,J.S .(2015)*Fortelling som erkjennelsesform* i McGuirk, J. og Methi, J.S. (red) *Praktisk kunnskap som profesjonsforskning*. Bergen, Fagbokforlaget 22
- Nilsen,T. og Hoem, E (2008) *Jordmor*. Lysaker, Dinamo i samarbeid med Den norske Jordmorforening 302
- O`Connell,R og Downe,S.(2009) *A methasynthesis of midwives`experience of hospital practice in publicly funded settings: Compliance, resistance and authenticity* .Health, 2009 Nov, Vol.13(6), pp.589-609 20

Selvvalgt litteratur Heidi Elvemo

Paulgaard,G. (1997) <i>Feltarbeid i egen kultur</i> . I Fossaskåret, E. (red.) Metodisk feltarbeid: produksjon og tolkning av kvalitative data. Oslo, Universitetsforlaget	23
Rossen,J. (2013) <i>Hvor mange kvinner stimuleres med oxytocin under fødselen?</i> Fødselsnytt 2: 4	1
Sandvik,G.B og Hauglund,J.K. (1997) <i>Moderskap og fødselsarbeid: diskurser i reproduktivt arbeid</i> . Bergen-Sandviken, Fagbokforlaget	129
Sirnes,T. (2006) <i>Den gode normaliteten</i> . I Hylland-Eriksen,T. og Breivik J.K., (red) Normalitet. Oslo, Universitetsforlaget	15
Sjöblom, I., Idwall, E., Lindgren, H. og Nordic Homebirth Research group (2014) <i>Creating a safe haven - women's experiences of the midwife's professional skills during planned home birth in four nordic countries</i> . Birth, March 2014, Vol.41(1), pp.100-107	8
Solvang,P. (2006) <i>Problematisering, utdefinering eller omfavnelse? Om normaliteten</i> . i Hylland-Eriksen,T. og Breivik J.K.(red) Normalitet. Oslo Universitetsforlaget	17
Svare,H. (2008) <i>Den gode samtalen: kunsten å skape dialog</i> . Oslo, Pax	288
Søraa,G. (1984) <i>Hent jordmora!</i> Oslo, Gyldendal	245
Theelin,I., Lundgren,I et al (2014) <i>Midwives`lived experience of caring during childbirth - a phenomenological study</i> . Sexual & Reproductive Healthcare, 2014, Vol.5(3), pp.113-118	6
Waldenström, U. (2007) <i>Föda barn: Från naturligt till högteknologiskt</i> . Stockholm, Karolinska Institutet University Press	243
SUM sider	3501