

Medvirkning og distanse

– om samhandling og relasjoner i moderne
fødselsdiskurs



Martha Svarstad Vadset

Mastergradsoppgave i profesjonsetikk

Universitetet i Oslo, Det teologiske fakultet

Våren 2016

Veileder: Professor Knut W. Ruyter

Sammendrag

Studien fokuserer på to sentrale prinsipper ved moderne fødselsomsorg og på hvordan disse samlet sett kan representere et dilemma.

Det første prinsippet er uttrykt gjennom målsettinger om «demedikalisering» av fødselsomsorgen og ses som en erkjennelse av de utfordringer som følger av en «medikalisert» praksis (Helsedirektoratet 2010). «Medikalisering» av fødselsomsorgen er blant annet definert som «uhensiktsmessig bruk av inngrep, teknologi og/eller helsepersonell i fødselsomsorgen» (Thomson 2000, oversatt i Blix 2010, 55). Begrepet beskriver en praksis der et positivistisk syn på mulighetene i teknisk og medisinsk nyvinning medfører overforbruk og uønskede konsekvenser. Ønsket om å minimere uønskede konsekvenser og uhensiktsmessig bruk av teknologi og intervensjon får således uttrykk som et mål om «demedikalisering». Det andre prinsippet for helsetjenesten generelt og fødselsomsorgen spesielt, er ønsket om mest mulig brukermedvirkning, med faglige og helsepolitiske målsetninger om å skape «pasientens helsetjeneste» (Helse- og omsorgsdepartementet 2015, 11). I denne konteksten kan det oppstå dilemma dersom brukerønsker står i motsetning til den faglige målsetting om å demedikalisere fødselsomsorgen. I studien defineres dette som «den moderne fødselsomsorgs dilemma».

For å belyse viktige sider ved et slikt dilemma og ved brukernes medvirkning i egen fødsel er brukernes stemmer de viktigste kildene til kunnskap. Hvordan gjengir kvinner opplevelsen av egne fødsler og egen status som autonom fødende på «mammanettsteder» som «www.babyverden.no»? Kritisk diskursanalyse gir tilgang til fortolkning av tekster gjennom tre analysenivå – tekst, diskursiv praksis og sosial praksis (Fairclough 1995). Analyse av 85 fødselshistorier fra «www.babyverden.no» («Fødselshistorier» 2015) har ført til refleksjoner som har verdi for faglig forståelse av brukermedvirkning og demedikalisert omsorg. Kvinnenes stemmer fra et nettbasert fellesskap der faglige stemmer ikke deltar eller direkte påvirker, har verdifulle bidrag til en fagdiskurs. Studien åpner således for tilbakemeldinger til faglig forståelse og refleksjon fra en ny form for diskurs som foreløpig er gitt liten plass og betydning i fagdiskursen.

Diskursen på «www.babyverden.no» er preget av at kvinnene beskriver seg selv i en passiv rolle. Samtidig beskriver kvinnene en distansert relasjon til fødselshjelperen. Situasjonen der fødende kvinner i startfasen av en fødsel henvender seg til fødestedet med anmodning om innleggelse peker seg ut som særskilt interessant, og kvinnene beskriver usikkerhet og maktubalanse i sitt møte med helsehjelpen. Analyse og refleksjon omkring kvinnenes beskrivelser av egen status gir grunn til å stille spørsmål relatert til pasientautonomi i «moderne» fødselsomsorg. Det er store variasjoner i historienes innhold, men uttrykk for den passive og underordnede rollen, samt distanse er gjennomgående trekk ved diskursens språklige praksis. Forståelsen står i sterk kontrast til målsettinger om brukermedvirkning, og kvinnenes stemmer utfordrer således profesjonell praksis og brukermedvirkningsdiskursen. Studien peker på at de formelle målsettinger om brukermedvirkning er tuftet på et sviktende grunnlag som forutsetter rasjonell dialog i en jevn maktbalanse mellom fødende og fødselshjelper. To av fødselsfortellingene fremstår imidlertid som kontraster til de 83 andre. Her vises hvordan en endret sosial praksis representerer en endring i beskrivelse av egen status. Disse to beskrivelsene av planlagte fødsler i hjemmet plasserer den fødende i en aktiv, ledende og autonom posisjon. Forståelsen av kontrastene utfordrer institusjonell praksis til å ta inn elementer fra en hjemmefødsel-kontekst, dersom den fødendes status skal la seg endre i den retning brukermedvirkningsdiskursen foreslår.

Uttrykk for erfaringer knyttet til preferanser og holdninger preget av medikalisering eller demedikalisering og herav beskrivelser av «den moderne fødselsomsorgs dilemma», var nærmest fraværende i kvinnenes historier. Studiens diskusjon viser imidlertid hvordan flere kvinner uttrykker et ønske om «normal»/naturlig fødsel kombinert med ønsket om epidural smertelindring. Dette reiser spørsmål ved oppfattelsen av hva som i dag anses som «normal fødsel», og eventuell diskrepans mellom faglig diskurs og mer folkelig diskurs omkring dette forhold. Gjennom analyse og refleksjon peker studien på hvordan en utvidet forståelse av begrepet kanskje ikke nødvendigvis vil true et demedikaliseringsideal? Modifisering av språket med mindre normativ ordbruk omkring «normalt» (og «unormalt») vil sannsynligvis kunne være en del av en tjenlig utvikling av ny og moderne faglig diskurs, en utvikling som vil kunne knytte brukerdiskurs og fagdiskurs nærmere sammen.

Historiene reflekterer ikke den forståelse som eksisterer i faglig sammenheng og som publikum møter gjennom presentasjoner i media; et økende ønske og en økende tro på teknikk og medisins muligheter kombinert med mindre vektlegging av verdien i «det naturlige».

Appellen i historiene har andre fokus og dreier seg i liten grad om rasjonelt orienterte konflikter mellom faglige hensyn og brukerpreferanser, men i større grad om relasjoner – eller mangel på slike. Brukerdiskursen fra «www.babyverden.no» utfordrer etablert faglig diskurs på forståelse og bruken av begrepet «normal fødsel». Samtidig utfordres det profesjonelle helsetjenesteapparatet på målsetting, forståelse og bruk av begrepet «brukermedvirkning». Brukerdiskursen utfordrer også jordmorfaget på elementer i den sosial praksis, og dens betydning for brukermedvirkning, samt på hvordan viktige elementer fra en annen sosial praksis (hjemmefødsler) kan gi sentrale bidrag til institusjonell praksis der viktige prinsipp – også i fremtiden – skal la seg kombinere.

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en spennende og lærerik prosess. Å komme fra et praktisk-teoretisk yrke i en helsefaglig tradisjon, inn i en teoretisk tradisjon som vektlegger etiske refleksjoner omkring dilemmaer i den profesjonelle praksis, har vært nyttig, utfordrende og utviklende. Kombinasjonen av fagene synes som et svært viktig bidrag til begge tradisjonene.

Jeg vil få rette en stor takk til alle som har hjulpet meg i prosessen. Først og fremst min veileder, professor Knut W. Ruyter, for en konstruktiv og lærerik veiledningsprosess hvor du lot meg «finne veien selv». Takk for nyttige innspill fra kollegaer Sissel Thunes og Ragnhild Johanne Sekse. Takk for korrekturlesing, interesse og verdifulle tilbakemeldinger fra pappa Einar Svarstad. Videre vil jeg takke arbeidsstedet mitt, Kvinneklubben i Bergen, for tilrettelegging av arbeidssituasjon, samt interesse for mitt arbeid med tematikken. Ikke minst vil jeg få takke familien min – Pål Ove, Mats Martinus, Guro Lovise og Erle Maria – for tålmodighet, engasjement og oppmuntring gjennom hele prosessen.

Til slutt vil jeg få takke alle dere som deler fødselshistorien deres på internett. Takk for tilgjengelige rike og spontane beskrivelser. Fortellingene deres er en kilde som har stor verdi for profesjonell refleksjon og fagutvikling, og deres stemmer er viktige tilbakemeldinger til fødselshjelperne!

Bergen, april 2016.

Martha Svarstad Vadset

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Forord	6
Kapittel 1: Innledning	10
1.1. Innledning.....	10
1.2. Presentasjon av oppgavens oppbygning.....	12
1.3. Forforståelse	14
1.4. Begrepsavklaring.....	15
Kapittel 2: Rammeverk for fødselsomsorg og jordmor-virksomhet	17
2.1. Organisering, ansvar og faglige tradisjoner	17
2.2. Prinsipper for perinatal omsorg	18
2.3. Myndighetskrav og rammeverk	19
2.3.1. «Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen»	20
2.3.2. Lovverk	20
2.3.3. Prinsippet om forsvarlighet og prinsippet om medbestemmelse	21
2.4. Brukermedvirkning og pasientautonomi	22
Kapittel 3: Endringer i fødselsomsorgen	26
3.1. Et historisk tilbakeblikk	26
3.1.1. Hospitalisering og medikalisering.....	26
3.1.2. Motreaksjon.....	28
3.1.3. Ulike forståelser	29
3.2. «Moderne» fødselsdiskurs.....	30
3.2.1. Medikalisering.....	30
3.2.2. Demedikalisering som faglig målsetting.....	31
3.2.3. Nylig debatt	33
Kapittel 4: «Den moderne fødselsomsorgs dilemma» og studiens problemstilling	36
4.1. Ulik tilnærming til fødsel og til normalitets-begrepet.....	36
4.2. Prinsipper i motsetningsforhold	38
4.3. Brukerstemmen og formålet med studien	39
4.4. Problemstilling	42
Kapittel 5: Metodisk tilnærming	43
5.1. Kritisk diskursanalyse	44
5.1.1. Diskurs og diskursorden.....	44
5.1.2. Fem vesentlige elementer ved Faircloughs kritiske diskursanalyse.....	47
5.1.3. Makt og diskurs	48
5.1.4. Faircloughs tredimensjonale modell	48

- Dimensjon 1: Teksten	49
- Dimensjon 2: Diskursiv praksis	50
- Dimensjon 3: Sosial praksis	51
5.2. Valg av metode og tekstmateriale	52
5.3. Søk etter tekster med brukerperspektiv	54
5.3.1. Søkeprosess	54
5.3.2. Resultat av søk	55
5.3.3. Tekstmaterialet og analyseprosessen	56
5.3.4. Forskningsetiske betraktninger	58
Kapittel 6: Analyse del 1, diskursiv praksis.....	60
6.1. Den diskursive praksis	60
6.1.1. Tekstproduksjon og tekstkonsumpsjon	60
- Om nettstedet, tekstproduksjon, redaksjon og publisering	61
- Motivasjon til å skrive og publisere	63
- Anonymitet	65
- Styrker og svakheter i sjangeren	66
- Om forholdet mellom diskurser i en diskursorden.....	68
6.2. Uttrykk for tanker om demedikalisering/ medikalisering.	70
6.2.1. Forståelse av normalitet	72
6.2.2. Beskjedent fokus	74
6.3. Oppsummering	77
Kapittel 7: Analyse del 2, tekst og sosial praksis.....	78
7.1. Analysedimensjonene tekst og sosial praksis.....	78
7.2. Involvering og medbestemmelse i prosess og beslutninger i egen fødsel.....	79
7.2.1. Modalitet og transitivitet	81
7.2.2. Uttrykk for distanse i relasjon til fødselshjelperen/-ne	85
7.2.3. «Inngangsbilletten»	87
- Uttrykk for usikkerhet og emosjoner	88
- Å komme inn «for tidlig»/å bli «sendt hjem»/å «få komme»	92
- Å forhandle/overtale	96
7.2.4. Kontraster	99
7.3. Oppsummering	102
Kapittel 8: Diskusjon	103
8.1. Relevans	103
8.2. Fravær av dilemmaet?	104
8.3. Normalitet.....	106
8.4. Brukermedvirkning	108

8.5. Sosial praksis.....	115
Kapittel 9: Utblikk	118
Referanser	122

Kapittel 1: Innledning

1.1. Innledning

Fødsler – forventningene, opplevelsene og erfaringene - er et tema som engasjerer kvinner i alle aldre og gjennom alle tider. Som jordmor møter jeg stadig fortellinger om dette temaet i både profesjonell og ikke-profesjonell sammenheng.

I mitt virke som jordmor ved en av landets største fødeavdelinger kommer jeg daglig i kontakt med kvinners forventninger og erfaringer knyttet til fødsler. Disse forventningene og erfaringene er vesentlige for en tjeneste der brukermedvirkning er, og skal være, et svært sentralt element. Den profesjonelle tjenesteutøver skal forholde seg til brukerens ønsker og forventninger i sin utøvelse av omsorg, behandling og oppfølging av hver enkelt fødende. Samtidig som fødselshjelperen utøver en tjeneste hvor brukermedvirkning inngår som et sentralt element, skal praksisen holde en standard som er i tråd med gjeldende normer, krav, regelverk og retningslinjer - en praksis som oppfyller kravet om faglig forsvarlig virksomhet. Imidlertid kan brukeren, i denne sammenheng den fødende, og fødselshjelperen ha ulike opplevelser av hvor reell brukermedvirkningen er fra situasjon til situasjon. Opplevelsen dreier seg ikke alene om tilgang på behandlingsalternativer og valg av disse, men avhenger av en rekke faktorer. Relasjon, kommunikasjon og tillit er vesentlige elementer i samhandlingen mellom aktørene i denne sammenhengen.

Fødselsomsorgen har i de senere tiår utviklet seg i takt med samfunnet for øvrig og annen medisinsk praksis. I løpet av de siste 100 år har fødsler og fødselsomsorg gått fra å være en hjemmebasert hendelse til å ta plass innenfor spesialisthelsetjenesten og medisins sfære. Utviklingen har først og fremst medvirket til svært gode resultater der mødre- og spedbarnsdødelighet, i norsk og vestlig kontekst, er kraftig redusert (Helsedirektoratet 2010). Hospitalisering og bruk av ny høyspesialisert medisinsk teknologi og medikasjon har bidratt til endrede syn på fødsler og fødselsarbeid, og ledet til nye problemstillinger og diskusjoner i fagmiljø og samfunn. Gevinstene ved utviklingen er store, men samtidig peker faglige miljø og faglige føringer også på «kostnader» og utfordringer ved overforbruk av teknikk og medisinsk intervensjon (Bernitz, Øian og Rolland, 2009). I kjølvannet av utviklingen har det derfor oppstått en tydelig og uttalt målsetting om en demedikalisering av fødselsomsorgen

(Helsedirektoratet 2010). En slik målsetting om å utøve fødselsomsorg på mest mulig naturlig vis kan representere et dilemma for omsorgsutøveren dersom dette ikke er omsorgsmottakerens ønske. Dilemmaet oppstår der brukerønsker og fagtilnærming ikke harmonerer. Eksempler på problemstillingen finnes blant annet i diskusjoner om selvvalgt keisersnitt, bruk av epiduralbedøvelse eller igangsetting av fødsel. Dersom fødende kvinner i dag ønsker utstrakt bruk av tekniske muligheter og medisinsk kontroll, er således hele fødselsomsorgen preget av et stort og viktig dilemma. Dette dilemmaet har jeg valgt å kalle «den moderne fødselsomsorgs dilemma».

Diskurs, «har å gjøre med tale, språk, tekst og meningsutveksling i form av samtale, diskusjon og liknende» (Johannessen, Tuftes og Christoffersen 2010, 221). Kritisk analyse av diskurser peker på hvordan innholdet i kommunikasjon preges av, og preger, den konteksten kommunikasjonen foregår i, og på hvordan makt fordeles mellom de som deltar i diskursen (Fairclough 1995). Diskursene omkring forventninger til fødsel og erfaringer med fødsel er mange og foregår på ulike arenaer. Dilemmaet som denne oppgaven skal behandle er høyst aktuelt både internt i faglige sammenhenger og gjennom media i «det offentlige ordskiftet». Om og eventuelt hvordan en brukerdiskurs beskriver erfaringer med dilemmaet synes å være mer ukjent i faglig og vitenskapelig sammenheng. Moderne fødekvinne deltar i ulike diskurser og noen av disse oppstår i en kontekst der internett er kommunikasjonskanal. Gjennom ulike «mammanettsteder» utveksles mange tanker om, og erfaringer med, fødselsomsorg. I denne studien tar tekstanalysen utgangspunkt i fødselshistorier fra et slikt nettsted («www.babyverden.no»). Gjennom arbeidet søker jeg å finne svar på følgende problemstilling:

På hvilken måte blir «den moderne fødselsomsorgs dilemma» berørt gjennom brukerstemmenes historier om egne fødselsopplevelser?

og

På hvilken måte gir disse stemmene uttrykk for brukermedvirkning og medbestemmelse i egen fødsel?

Ved å svare på denne problemstillingen ønsker jeg å belyse viktige elementer ved samhandling mellom fødselshjelper og fødende. I tekster hvor fødekvinne forteller sin historie, vil hennes beskrivelse og opplevelse av relasjonen mellom henne og fødselshjelper være sentral. Videre vil hennes beskrivelser av egen «status» i forhold til brukermedvirkning

og medbestemmelse, og uttrykk for delaktighet i prosess og beslutninger være viktige. Samtidig vil eventuelle uttrykk for opplevelse og tanker omkring «den moderne fødselsomsorgs dilemma» være i fokus.

En studie som ser på kvinners opplevelser av ivaretagelse og medbestemmelse gjennom egen fødselsprosess, vil også handle om tillit og fordeling av makt. Brukernes beskrivelser av eventuelle erfaringer med dilemma og egen medbestemmelse blir viktige tilbakemeldinger til en fagdiskurs. Hensikten med studien er således å fremskaffe ny kunnskap om brukernes opplevelser, kunnskap som er vesentlig for faglig refleksjon.

1.2. Presentasjon av oppgavens oppbygning

I det følgende gis en kort presentasjon av innholdet i de ulike kapitlene i oppgaven. I *kapittel 2 «Rammeverk for fødselsomsorg og jordmor-virksomhet»* blir rammene for norsk fødselsomsorg og jordmor-virksomhet presentert. Myndighetskrav i form av faglige veiledere og lovgivning er sentrale for definisjon av ansvar og retning for faglig utvikling og praktisk gjennomføring. Videre vil også fagsammenslutninger og Verdens helseorganisasjon (WHO) være aktører som er med på å definere hvordan fødselsomsorg bør og skal utøves. Videre presenteres en nasjonal (og internasjonal) målsetting om demedikalisering av fødselsomsorgen.

Kravet om faglig forsvarlighet er sentralt i all helsetjenestevirksomhet, også for jordmor-virksomheten. Normen om enhver brukers/pasients rett til autonomi og medbestemmelse, uttrykt på ulikt vis - og her gjennom uttrykket brukermedvirkning- er et like grunnleggende prinsipp. Brukermedvirkning som begrep innen norsk helsesektor er i økende grad blitt en grunnleggende målsetting for både utforming og utøvelse av helsetjenester. Hovedtrekkene i denne målsettingen blir videre gjort rede for i kapitlet.

I *kapittel 3 «Endringer i fødselsomsorgen»* blir det først kort gjort rede for utviklingstrekk i fødselshistoriens siste ca. 100 år. Med dette vises hvordan behovet for en målsetting om demedikalisering oppsto. Videre omtales hvordan både faglig diskurs og kliniske problemstillinger utfordres av målsettingen. Dilemmaet konkretisert gjennom en nylig offentlig debatt som viser ulike syn og ulike tilnærminger til prosesser omkring medikalisering og demedikalisering.

Jordmors spesifikke ansvarsområde befinner seg først og fremst innenfor rammen av normale svangerskap og fødsler, og i utøvelse av barselomsorg. Hva som regnes som «normale fødsler» fører oss inn i en aktuell problemstilling omkring spørsmål som omhandler demedikaliserings- målsettingen. I *kapittel 4 «Den moderne fødselsomsorgs dilemma og studiens problemstilling»* vises hvordan ulike tilnærminger til fødsel kan føre til at prinsippet om faglig forsvarlig virksomhet og prinsippet om brukervedvirkning vil kunne havne i motsetningsforhold. Konflikten er høyst aktuell, og studiens problemstilling søker å finne viktige elementer i brukerstemmen i møte med denne. Brukerstemmene er hentet fra et «mammanettsted» hvor kvinner deler sine fødselshistorier med hverandre. Beskrivelsene fra denne brukerdiskursen ses som meget verdifulle for faglig refleksjon og forståelse av brukeropplevelser.

I *kapittel 5 «Metodisk tilnærming»* gis en innføring i metodisk tilnærming til analysen av studiens empiriske materiale, tekstene fra «mammanettstedet». Gjennom kritisk diskursanalyse utviklet av Norman Fairclough (Bratberg 2014) blir elementer ved brukerperspektivene i tekstmaterialet tilgjengelige. Videre gir metoden tilgang til analyse av den sosiale kontekst. Kontekst og tekst vil sammen kunne belyse en helhet som kan bidra til beskrivelse og forståelse av diskurser fødselsomsorgen påvirker og påvirkes av (Fairclough 1995). En slik analyse vil kunne avdekke ulike elementer som har betydning for forhold som preger samfunn, helsevesen, fødselsomsorg, jordmor-virksomhet, fødselshjelper, brukerperspektiv og ikke minst - sosial interaksjon i de mellommenneskelige møter som finner sted i en fødselsprosess. Videre følger en presentasjon av studiens tekstmateriale, en kortfattet redegjørelse for innholdet i dette, samt tilnærming til analyseprosessen.

I *kapittel 6 «Analyse del 1, diskursiv praksis»* starter analysen av tekstmaterialet. Som Fairclough foreslår i sin modell for analyse, vil tre dimensjoner ved diskursen til sammen utgjøre et hele. Kapittel 6 tar således for seg analysedimensjonen knyttet til den diskursive praksis. Dette utgjør analysens del 1 mens del 2 følger i *kapittel 7 «Analyse del 2, tekst og sosial praksis»*. Her blir den tekstlige analysedimensjonen presentert i sammenheng med viktige fokus fra den sosiale praksis – den kontekst som erfaringene oppstår i og tekstene omhandler. Eksempler fra tekstmaterialet inngår i kapittel 6 og 7 og utgjør en viktig del av presentasjonen. Fokuset på analyse av lingvistiske trekk ved teksten i kombinasjon med den sosiale og diskursive praksis, gir grunnlag for studiens fortolkning. Gjennom denne oppstår

studiens diskusjon i *kapittel 8 «Diskusjon»*, hvor forståelsen av analyseresultatene diskuteres opp mot det teoretiske og faglige rammeverk. *Kapittel 9 «Utblick»* utgjør studiens avslutning med en oppsummering av tilnærming, gjennomføring og resultat, samt et utblikk hvor resultatenes relevans for faglig forståelse og utvikling fremheves.

1.3. Forforståelse

Som jordmor ved en fødeavdeling vil det alltid være av interesse å vinne ny kunnskap om hvordan man kan bidra til at fødselshjelpen er av best mulig kvalitet og til det beste for den enkelte kvinne, innenfor de rammene som er gitt. Med respekt for hver enkelt fødende, og hennes pårørende sine ønsker og tanker om hva som er viktig for nettopp dem i akkurat denne situasjonen, bruker man seg selv og sin kunnskap etter beste evne for å møte deres aktuelle behov. Noen ganger er det enkelt å identifisere slike behov, andre ganger er det en vanskelig utfordring å finne frem til hvilken hjelp som er den rette i den gitte situasjonen.

Dilemmaet som danner bakgrunn og ramme for problemstillingen er et dilemma som jeg og mange av mine kollegaer opplever å møte jevnlig. En god balanse mellom faglig foretrukket tilnærming til en aktuell problemstilling og brukerens/pasientens ønsker kan være krevende å oppnå. Som fødselshjelper kan man erfare at et faglig ønske og en faglig målsetting om «demedikalisering» og «normalitet» kan kollidere med kvinners og ledsageres forventninger og ønsker om kontroll, medikamentell smertelindring og tiltro til medisinsk-teknisk overvåking. Dilemma-situasjoner krever betydelig faglig og relasjonell kompetanse, og gode løsninger betinges blant annet av god samhandling og forståelse. Dette er erfaringer og problemstillinger som overordnet sett kan gi bekymring for utviklingen av fødselsomsorgen, og gjennom fokus på problemstillingen ønsker jeg å forstå mer av kvinnenes beskrivelse av opplevelser knyttet til slike dilemma.

En forskers forforståelse vil prege forståelsen og fortolkningen av de dataene som er gjenstand for analyse. Johannessen, Tufte og Christoffersen beskriver «forskerens forforståelse» som et element som «vil kunne påvirke hva forskeren observerer, og hvordan disse observasjonene vektlegges og tolkes» (2010, 38). I dette prosjektet vil mine erfaringer som jordmor og min faglige forståelse av dilemmaer og kontekst påvirke hvordan jeg leser tekstmaterialet, stiller spørsmål til det og velger fokus fra det. Min fortolkning av kvinnenes diskurs vil være preget av min faglige forståelse, holdninger og verdier, og studiens resultater

vil bli til med bakgrunn i disse. Fortolkningen har en hermeneutisk bevegelse der min forforståelse og forståelse av kontekst danner grunnlag for å fortolke og forstå delene ved det materialet som blir gjenstand for analyse. Bevegelsen fra helheten (for eksempel min forståelse av hele teksten eller konteksten) til delene (for eksempel et utsagn eller et avsnitt i tekstmaterialet) og tilbake til helheten igjen, beskrives som en prosess i en hermeneutisk sirkel (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2010, 365). Forståelsen av tekstene og «svarene» på de spørsmål som reises i studien, blir til i en slik vekselvirkning. Studiens resultater blir således gyldige innenfor denne konteksten, og med erkjennelse av egen subjektivitet som del av forståelsen.

Som fortolker av elementer ved en brukerdiskurs, er min relasjon til fagdiskursen viktig. Sammenhengen mellom diskursene er et vesentlig poeng i kritisk diskursanalyse. Å etterstrebe å forstå brukerstemmer med «fagbriller» på kan i seg selv synes som et paradoks. Tekster fra sosiale medier og «mammanettsteder» har mindre plass i den faglige diskursen, og det finnes liten tradisjon for å se på denne diskursen som formidler av viktige tilbakemeldinger til faglig refleksjon. Intensjonen om å tilføre fagdiskursen nye elementer ved å bringe inn, og ta på alvor, en ny diskurs fra den samme diskursordenen (dvs. summen av «alle» diskurser som omhandler et tema, mer om dette i kapittel 5) er nettopp intensjonen med en slik studie. Sammenhengen mellom diskursene får således en betydelig funksjon.

1.4. Begrepsavklaring

I det følgende presenteres kort noen av studiens mest sentrale begrep.

«**Demedikalisering**» er et begrep som er benyttet i målsettinger om mest mulig naturlig tilnærming til fødselsomsorgen. Begrepet har sin bakgrunn i beskrivelsene av «medikalisering» som en utfordring i det moderne samfunnet. «Medikalisering» har ofte betydning knyttet til at tidligere ikke-medisinske (eller «naturlige») problemstillinger får medisinsk fokus, eller «uhensiktsmessig bruk av inngrep, teknologi og/eller helsepersonell» (Thomson 2000, oversatt i Blix 2010, 55). WHO legger følgende forståelse til grunn for målsettingen om demedikalisering som det første av 10 prinsipper for fødselsomsorgen: “Care for normal pregnancy and birth should be demedicalized, meaning that essential care should be provided with the minimum set of interventions necessary and that less rather than more technology be applied whenever possible” (Chalmers, Mangiaterra og Porter 2001).

Forståelsen knytter seg altså til en ønsket utvikling med mindre unødig bruk av teknologi og intervensjon.

«**Brukermedvirkning**» er i denne studien brukt som et samlende og overbyggende begrep for elementer som har med pasientens rett til autonomi og medbestemmelse å gjøre. Begrepet er brukt fordi det er sentralt i målsettinger som omhandler og beskriver «aktive», medbestemmende pasienter/brukere som i stor grad er involvert i beslutninger omkring egen helse og behandling. I studien problematiseres ikke nyanseforskjellene i de ulike begrepene som omhandler pasientens «status», da hovedessensen er at pasienten/brukeren skal ha mer makt over egen kropp og behandling. Om en fødende betegnes som *bruker*, *pasient*, *fødende*, *fødekvinne* eller *kvinne*, problematiseres heller ikke i studien. Betegnelsene brukes om hverandre, sammen med begrepet *taleren* (jfr. kapittel 5.1. Kritisk diskursanalyse), om den som forteller sin fødselshistorie.

«**Den moderne fødselsomsorgs dilemma**» er en betegnelse som i denne studien brukes på et dilemma som oppstår når prinsippet om demedikalisering og prinsippet om brukermedvirkning vanskelig lar seg kombinere. Dilemmaet redegjøres nærmere for i kapittel 3 og 4, etter en beskrivelse av kontekst.

Kapittel 2: Rammeverk for fødselsomsorg og jordmorvirksomhet

I det følgende presenteres sentrale momenter ved den konteksten som studiens problemstilling oppstår i. Hvilke rammer og myndighetskrav styres norsk fødselsomsorg og jordmorvirksomhet av, og hvilke grunnleggende prinsipper og målsettinger er retningsgivende for virksomheten? Videre er prinsippet om brukermedvirkning uttrykt gjennom ulike overbyggende målsettinger et av helsetjenestens sentrale fokus. Verdien knyttet til menneskets autonomi ligger til grunn for og inngår i en slik brukermedvirkningsdiskurs. Prinsippet er en sentral del av «dilemmaet» som skisseres i studien.

2.1. Organisering, ansvar og faglige tradisjoner

I Norge føder kvinner i dag på kvinneklinikker, fødeavdelinger og fødestuer over hele landet. En liten andel føder hjemme, mens majoriteten av fødsler foregår i de store fødeinstitusjonene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009 og Medisinsk fødselsregister og abortregisteret – statistikkbanker 2015). Jordmor bistår og gir omsorg og oppfølging til kvinner og familier gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Jordmoryrket er en profesjon med egen autorisasjon og et selvstendig ansvar for oppfølgingen innenfor sitt virkeområde. Der fødselsprosessen anses å forløpe normalt uten relevante risikofaktorer og komplikasjoner, jobber jordmor uten bistand fra lege. Dersom svangerskaps-, fødsels-, eller barselforløpet avviker fra det normale og ut over jordmors kompetansenivå, tilkaller jordmoren obstetriker/gynekolog (fødselslege) (evt. pediater (barnelege) etter fødsel) som overtar overordnet ansvar for beslutning om inngrep og behandling (endelig beslutningsmyndighet, Helsepersonelloven, § 4, 1999). Jordmor bistår da som en del av et team rundt kvinnen/barnet (Helsedirektoratet 2010).

Jordmorfaget vil, sammen med legevitenenskapen, danne, utvikle og stå ansvarlig for den faglige rammen for fødselsomsorg. Legevitenenskapen henter og danner sin kunnskap i en naturvitenskapelig tradisjon mens jordmorfaget også inkluderer andre kunnskapskilder. Både erfaringsbasert kunnskap og håndtverkslære/-kunst er relevante kunnskapstradisjoner som sammen med teoretisk og vitenskapelig kunnskap danner grunnlaget for «jordmorlæren» (Kringeland 2010). Slik vil ulike former for kunnskap sammen danne grunnlaget for faglige

overveielser i yrkesutøvelsen. Jordmorfagets og legevitenenskapens bakgrunn i ulike tradisjoner vil sammen bidra til at faglig utvikling sikres et solid og tverrfaglig fundament som «favner vidt». På samme måte som ulike tradisjoner og ulike tilnærminger kan være en styrke, vil dette forhold også kunne resultere i ideologiske og faglige konflikter.

2.2. Prinsipper for perinatal omsorg

ICM (International Confederation of Midwives), jordmødrenes internasjonale sammenslutning/«fagorganisasjon» samarbeider med WHO, FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) og UNICEF om arbeidet med å utvikle jordmorfaget. ICM har utarbeidet «De etiske retningslinjene for jordmorvirksomhet». Disse har utgangspunkt i menneskerettighetene og uttrykker et grunnlag for hvilke holdninger og verdier som forventes i jordmorarbeid. Retningslinjene har fokus på samarbeidet mellom jordmor og fødekvinne, yrkesutøvelse, ansvarlighet og fagutvikling.

Ulike fagorganisasjoner har bidratt og bidrar til å definere jordmorfaget, dets fokus og dets utvikling og WHO har i samarbeid med ICM utviklet globale retningslinjer for hvordan den normale fødsel skal håndteres i dokumentet «Care in normal birth: a practical guide» (WHO, 1996). I denne sammenheng er det lagt ned et stort arbeid for å oppnå enighet om en internasjonal definisjon av «normal fødsel». Definisjonen lyder som følger:

«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 fullgatte svangerskaps-uker. Etter fødselen er både morens og barnets tilstand god» (oversatt i Blix 2010, 54).

I arbeidet med globale retningslinjer for håndtering av normal fødsler utledet WHO «The ten Principles of Perinatal Care» (Chalmers, Mangiaterra og Porter 2001). «Perinatal» omsorg er betegnelse på omsorg i «tiden før, under og etter (den første uke etter) fødsel» (Nesheim 2014). De ti prinsippene er uttrykt for å sikre kvalitet og forsvarlighet i fødselsomsorgen samt for å ivareta grunnleggende rettigheter for den fødende i møte med helsetjenestene.

Dokumentet legges til grunn for håndtering av fødsler også i Norge da prinsippene er tydeliggjort som nasjonale målsettinger gjennom Helsedirektoratets kvalitetskrav til fødselsomsorgen «Et trygt fødetilbud» (Helsedirektoratet 2010, 17).

WHO's prinsipper uttrykker en forventning og en plikt til fødselshjelperen om å utøve omsorg for den fødende etter gitte «kriterier». Listen kan ses på som et sett med «regler» som fødselshjelperen baserer sine vurderinger på; overordnede prinsipper som ligger til grunn for de vurderinger som til enhver tid foretas i et fødselsforløp. Prinsipp nummer 1 og 2 omhandler demedikalisering og «riktig» bruk av teknologi, og viser hvordan demedikalisering er en vesentlig del av målsettinger for norsk fødselsomsorg. Prinsipp nummer 3-8 og 10 er deskriptive med hensyn til omsorgsbegrepet. Her omtales elementer knyttet til fagkunnskap, menneskesyn, tverrfaglighet, relasjon, individuelle behov, kultur og respekt. Prinsipp nummer 9 omtaler medbestemmelse og involvering i beslutningsprosesser. Prinsippene er gjengitt på norsk av Helsedirektoratet og følger i sin helhet her:

1. Omsorgen for normale svangerskap og fødsler bør være demedikalisert
2. Omsorgen bør være basert på hensiktsmessig og nødvendig teknologi
3. Omsorgen bør være desentralisert
4. Omsorgen bør være kunnskapsbasert
5. Omsorgen bør være tverrfaglig
6. Omsorgen bør være helhetlig
7. Omsorgen bør være familiesentrert
8. Omsorgen bør være kulturtilpasset
9. Omsorgen bør involvere kvinnene i beslutningsprosesser
10. Omsorgen bør respektere privatliv, verdighet og konfidensialitet

(Helsedirektoratet 2010, 17)

2.3. Myndighetskrav og rammeverk

Den praktiske handling og teoretiske overveielse i jordmøtøvelsen reguleres naturligvis ikke alene av kunnskapsform, ideologi eller menneskesyn hos den enkelte eller det kollektive fagfellesskap. Yrkesutøvelsen er regulert av et nasjonalt lovverk med forskrifter og retningslinjer for virksomheten, og myndighetene har ansvar for formell autorisasjon av den individuelle yrkesutøver. I det følgende vil jeg kort presentere noen hovedmoment ved myndighetskravene.

2.3.1. «Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen»

I 2010 utga helsedirektoratet veilederen: «Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen». I veilederen presiseres at «Målet med kvalitetskravene er å sørge for at fødeavdelingene, kvinneklinikkene og fødestuene gir fødselshjelp på et høyt faglig nivå i tråd med nasjonale retningslinjer». Videre beskrives en nasjonal faglig målsetting for fødselsomsorgen: «Målsettingen er minst mulig unødige inngrep under normal graviditet og fødsel, og med riktig intervensjon der det er nødvendig i tråd med kunnskapsbasert praksis.» (Helsedirektoratet 2010, 27).

Innledningsvis i veilederen presenteres de regelverk og lovkrav som regulerer virksomheten. I denne sammenheng rettes også fokus mot forsvarlig fødselshjelp, og mot kvinners rett til medvirkning og informasjon under og ved planlegging av fødsel. Veilederen bidrar med en presisering av sistnevnte prinsipp: «Kvinnen skal oppleve seg informert, veiledet og ivaretatt med en tilstrekkelig medvirkning når valg av behandlingsmåte skal treffes, herunder for eksempel valg av smertelindring, igangsettelse og forløsningsmetode» (8).

2.3.2. Lovverk

Alt helsepersonell er pålagt en rekke plikter gjennom de ulike lovene som regulerer helsetjenesten. Helsepersonelloven regulerer blant annet kravet til faglig forsvarlighet (§ 4), plikten til å utføre øyeblikkelig hjelp (§ 7) og taushetsplikten (kapittel 5) (Helsepersonelloven, 1999). Tilsvarende plikter er også regulert gjennom «Lov om spesialisthelsetjenesten» og «Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.» (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999 og Helse og omsorgstjenesteloven, 2011).

Videre er pasienten i norsk helsevesen gitt rettigheter som svarer til helsepersonellens plikter, hjemlet i «Lov om pasient- og brukerrettigheter» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Her nevnes spesielt retten til nødvendig helsehjelp (kapittel 2), retten til medvirkning og informasjon (kapittel 3) og hovedregelen om samtykke til helsehjelp (kapittel 4). Pasient- og brukerrettighetsloven definerer en pasient som: «en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfellet» (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 1-3,1999).

Innenfor fødselsomsorgen har det i nyere tid vært tradisjon for å bruke andre betegnelser, som «bruker» eller «fødekvinne», fordi ordet «pasient» gir assosiasjoner til sykdom og behandling av denne. Til tross for alternative betegnelser anses likevel de som er mottakere av helsehjelp og helsetjenester innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen å falle inn under pasientbetegnelsen, og er således i besittelse av de rettigheter som følger av dette gjennom pasient- og brukerrettighetsloven.

2.3.3. Prinsippet om forsvarlighet og prinsippet om medbestemmelse

For helsepersonell er kravet om å utøve forsvarlig helsehjelp et grunnleggende prinsipp som er hjemlet i loven. «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven, § 4, 1999). Formålet med hjemmelen er beskrevet i lovens § 1: «Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten» (1999). Kravet til faglig forsvarlighet er for en helsetjenesteutøver et ufravikelig krav og hjemmelens formål viser hvordan kravet er knyttet til sentrale verdier i helsetjenesten som sikkerhet, kvalitet og tillit.

Kvalitetskrav og faglige veiledere utgitt av myndighetene vil i tillegg til lovverket regulere den virksomheten som utøver fødselshjelp og slik danne basis for de vurderinger som fødselshjelperen gjør gjennom sitt virke. Likevel vil det for en omsorgsutøver være mange vurderinger og valg hvor riktig handlingsalternativ ikke på forhånd er gitt til tross for detaljerte førende prinsipper, lovverk og retningslinjer. Hva som regnes som forsvarlig, eller i motsatt fall uforsvarlig, vil i slike situasjoner kunne være vanskelig å avgjøre.

Helsepersonelloven fremholder tre «indikatorer»: sikkerhet (for pasienter), kvalitet (i helsetjenesten) og tillit (til helsepersonell og helsetjeneste). Sikkerhet og kvalitet reguleres i stor grad av faglighet. Tillit bærer også med seg et større fokus på den relasjonelle komponenten i situasjonen.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 presiserer pasientens rett til å medvirke ved valg av tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder:

«Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon» (1999).

Videre er organisert brukermedvirkning ved utforming og utvikling av helsetjenestetilbud hjemlet i samme paragraf: «Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud...» (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-1, 1999).

Retten til medvirkning er et like grunnleggende prinsipp for pasientbehandlingen som kravet om forsvarlighet. Medvirkning er likevel ikke det samme som å ha det endelige ordet i valg av behandlingsalternativ. En potensiell konflikt mellom pasientens ønsker og helsepersonellens vurderinger av hva som er forsvarlig helsehjelp vil kunne true disse grunnleggende prinsippene, i tillegg til å true viktige faktorer som tillit og trygghet i relasjonen pasient/bruker – helsepersonell. I kapittel 3 beskrives hvordan denne konflikten kan være aktuell i fødselsomsorgen.

Dette kapittelet omhandler både elementer knyttet spesifikt til fødselsomsorg, men også mer allmenne helsemoralske prinsipper som krav til faglig forsvarlighet og prinsippet om pasientens rett til medbestemmelse. I det følgende rettes fokus mot den allmenne diskursen knyttet til denne sentrale verdien i tradisjoner som preges av det humanistiske menneskesyn: fokuset på menneskets rett til autonomi og individets selvbestemmelsesrett, anvendt i helseadministrativ og helsepolitisk kontekst.

2.4. Brukermedvirkning og pasientautonomi

Brukermedvirkningsbegrepet, slik det her vil bli omtalt og anvendt, kan ses som en praktisk tilnærming til en overbyggende målsetting og grunnleggende verdi med relasjon til juss, filosofi og moralske anliggender. Menneskesyn, menneskerettigheter og relasjonelle komponenter er forsøkt samlet i dette politiske og helsefaglige begrepet: brukermedvirkning. Begrepet kan defineres slik: «Brukermedvirkning dreier seg slik sett om en relasjon mellom brukere og forvaltningen, der brukerne som part skal være aktive. På individnivå vil

medvirkningen handle om hvordan den enkelte bruker får medvirke i relasjonen med helse- og sosialarbeidere» (Humerfelt 2005; 16).

Verdien og intensjonene knyttet til brukermedvirkning i helsetjenesten er en viktig del av det rammeverket som former fødselsomsorgen. Prinsippet om autonomi og retten til selvbestemmelse ligger til grunn for og inngår som en del av, diskursen som omhandler brukermedvirkning. Det er et mangfold av begreper som omhandler pasientens «status»; empowerment, brukerinvolvering, bemyndigelse, delt makt, informert samtykke og samvalg, for å nevne noen. Man kan problematisere at de ulike begrepene har ulikt innhold og at brukermedvirkning som begrep har mangler i denne konteksten. Når jeg likevel velger å hente teoretiske innfallsvinkler fra vitenskapelig og politisk diskurs omkring brukermedvirkningsbegrepet i tilnærmingen til spørsmål som vedrører brukerstatus i fødselshistorier, er en vesentlig forklaring at begrepet etter hvert har blitt dominerende i samfunnets og i myndigheters helsediskurs.

«Brukermedvirkning» er uttrykk for et verdigrunnlag i en helsetjeneste, og anvendes sentralt i helsetjenestens strategier og målsettinger. Dette henger tett sammen med rettighetssamfunnets fokus på individets autonomi og kan ses som en del av en demokratisk samfunnsutvikling. Brukermedvirkning handler både om plan- og strategiarbeid og om individuelle prosesser og relasjoner mellom helsearbeider og pasient/bruker (Andreassen 2005, 21). Involvering i prosesser og beslutninger om utforming av tjenester omtales ofte som brukermedvirkning på tjenestenivå eller systemnivå. Individets mulighet til å medvirke i egen prosess og brukermedvirkning i de enkelte relasjonene blir definert som brukermedvirkning på individnivå (Helsedirektoratet 2005).

Moderne helsetjeneste preges av målsettinger om øket grad av brukermedvirkning og involvering fra pasienter og brukere på ulike nivå i både tjenesteutvikling og tjenesteutøvelse. Fokuset på brukermedvirkning vokste frem i en tid hvor sterk paternalisme preget helsevesen og pasientenes muligheter til å påvirke sin egen situasjon var liten. Helsepersonellens makt til å bestemme over utredning, omsorg og behandling var uovertruffen (Rothman 1991). I etterkrigsårene stod arbeidet med menneskerettigheter sterkt samtidig som det vokste frem et forbrukerelement i helse- og omsorgstjenesten. Innføring av markedselement og utvikling av helsetjenester preget av en sterk forbrukerliberalisme, bidro til et fokus på individets rettigheter og individets autonomi. Gjennom rettslige reguleringer ble pasientens rettigheter

styrket, og forholdet mellom helsepersonell og pasient endret seg. Bjørn Hoffmann beskriver utviklingen av pasientautonomiprinsippet som et mottrekk mot paternalismen, og beskriver at gjennom «det medisinske kunnskapsgrunnlaget...» var «... helsevesenets personell gitt en autonomi som gikk på bekostning av pasienters autonomi», fordi «... kunnskap legitimerte makt - makt til å bestemme over den enkelte pasient» (Hoffmann 2002, 39).

Nå regnes brukermedvirkning som en selvsagt og mer eller mindre integrert del av helsetjenesten, en av de moralske grunnpilarene i det moderne samfunn (39). Gjennom politiske målsettinger ses stadige intensjoner om økt realisering av brukermedvirkning i helsetjenesten. De senere år har et mangfold av strategiplaner, veiledere og stortingsmeldinger vært opptatt av hvor viktig det er å styrke brukerens status i møte med en helsetjeneste som tradisjonelt sett har gitt pasientene lite medvirkningsmuligheter. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005- 2015; «*Og bedre skal det bli*», er et politisk målbærende dokument for å sikre helsetjenester av god kvalitet. At tjenestene «involverer brukere og gir dem innflytelse», defineres som en av 6 forutsetninger for kvalitet i helsetjenesten. «God kvalitet forutsetter at brukerens og pasientens erfaringer og synspunkter påvirker tjenestene. God kvalitet innebærer at brukeren og pasienten blir sett og tatt på alvor... Brukere skal medvirke og ha innflytelse både i planlegging av tjenestene og i den enkelte konsultasjon/samtale» (Helsedirektoratet 2005, 23).

I 2015 utga Helse- og omsorgsdepartementet en ny «Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)», et dokument som legger den politiske kursen for helse- og sykehustjenester i perioden. Intensjonene om brukermedvirkning som en av de bærende søylene i helsevesenet, blir her presisert av en regjering som vil «skape pasientens helsetjeneste» (Helse- og omsorgsdepartementet 2015, 11). Dette fokuset er ett av 7 innsatsområder for helsetjenesten i tiden som følger. Om intensjonen skriver regjeringen følgende:

«Pasienten skal medvirke i utformingen av tjenesten, delta i valg av egen behandling og få bedre muligheter til å mestre eget liv. Målet er at pasientene ikke skal vente på utredning og behandling utover det som er medisinsk nødvendig. Regjeringen vil gi pasientene sterkere innflytelse. Pasientenes stemme skal veie tyngre i utformingen av morgendagens helsetjeneste. Pasientens behov og ønsker skal veie tyngre når det skal tas valg om hvilken behandling som skal gis, og hvordan den skal gjennomføres.

Pasientenes kompetanse skal tillegges vekt på linje med fagfolkens kompetanse» (10).

Hovedmålene for planperioden er uttrykt slik:

«Regjeringen vil styrke pasientens stilling i helsetjenesten, derfor bygger vi pasientens helsetjeneste. I pasientens helsetjeneste er pasient og helsepersonell likeverdige samarbeidspartnere. For å realisere pasientens helsetjeneste må makt og innflytelse flyttes fra systemet til pasienten...» (28).

Helsedirektoratets krav til fødselsomsorgen («Et trygt fødetilbud, kvalitetskrav til fødselsomsorgen») presiserer pasientrettighetslovens § 3-1 der retten til medvirkning er hjemlet. Videre innebærer dette også kvinnens rett til informasjon, og «informasjonen må være god nok til at kvinnen har et tilstrekkelig grunnlag for å medvirke og ta valg om egen helse» (Helsedirektoratet 2010, 8). Ved en evt. konflikt mellom preferanser sier veilederen følgende om forholdet mellom forsvarlighetskravet og medvirkningskravet:

«Helsepersonellet er ansvarlig for at helsehjelpen som ytes er forsvarlig. Den endelige beslutningen om å utføre inngrep, for eksempel keisersnitt, gjøres av den som har ansvar for den aktuelle helsehjelpen. Dersom det er snakk om keisersnitt vil det være en gynekolog som tar den endelige beslutningen. Ved vurderingen skal pasientens ønsker tillegges vekt men likevel slik at hensynet til faglig forsvarlighet er avgjørende» (9).

Som vi har sett, er begrepet brukermedvirkning og intensjonene om pasientens status som medvirkende aktør tydelig dokumentert og nedfelt i lovverk og en rekke nasjonale mål- og strategidokument. Spørsmål om menneskers rettigheter, medvirkning, involvering og autonomi er høyaktuelle i helse- og omsorgssammenheng, og reiser en rekke etiske dilemma med dertil hørende behov for moralske resonnement. Det finnes en rekke ulike forslag til metodisk tilnærming til etiske dilemma i helsevesenet og bioetikken, med ulike verktøy for å forstå relasjonelle situasjoner og moralske problem. I denne studien vil metodisk tilnærming til problemstillingen, kritisk diskursanalyse, presenteres i kapittel 5. I tilnærmingen til problemstillingen vil vesentlige elementer fra diskursen som omhandler brukermedvirkning i vår nyere tid være essensielle.

Kapittel 3: Endringer i fødselsomsorgen

I kapittel 2 er det vist hvordan myndigheter, lovverk og faglige føringer danner grunnlag for dagens fødselsomsorg i Norge. Fokuset på brukeren og pasientens status som medvirkende aktør ved mottak av helsehjelp er en vesentlig del av moderniseringen og målbeskrivelsen for omsorgen. Før vi ser nærmere på dilemmaer som reises i kjølvannet av disse føringene, vil det være vesentlig å rette fokus mot de endringer som har funnet sted i fødselsomsorgen. I det følgende gis en kort presentasjon av hvordan utviklingstrekk i samfunnet har påvirket, endret og utviklet fødselsomsorgen, og vår kulturs oppfatninger omkring fødsler og håndteringen av disse. Kunnskap om den historiske utviklingen vil forhåpentligvis kunne bidra til vår forståelse av både muligheter og utfordringer i norsk fødselsomsorg i dag.

3.1. Et historisk tilbakeblikk

3.1.1. Hospitalisering og medikalisering

En fødselsomsorg og et jordmorfag i stadig utvikling styres av og defineres blant annet ut fra forskning og medisinskteknisk nyvinning. Også andre sentrale faktorer danner basis for nasjonale og internasjonale retningslinjer. Både kultur, økonomi og politisk påvirkning er viktige element i så måte, og spørsmål knyttet til fødselsomsorg engasjerer bredt i hele befolkningen som bidrar på ulikt vis i en kontinuerlig endringsprosess. Vår historie kan berette om enorme endringer i samfunnet gjennom de siste 100-150 år. Historien om fødselsomsorgens utvikling viser hvordan mange generelle trekk i samfunnsutviklingen får betydning for spørsmål om reproduktiv helse. Historien om fødselsomsorgen er således ikke bare en historie om reproduksjon, overlevelse og medisinske fremskritt, men er i vesentlig grad også knyttet til industrialisering, urbanisering, medikalisering, sosiale roller og klasseskiller, kvinnerolle, kvinnesyn, individualisering, velferdsutvikling og mye, mye mer. Bente Haug beskriver denne utviklingen i sin hovedoppgave i sosiologi fra Universitetet i Tromsø i 1997.

Haug beskriver hvordan medisinsk utvikling revolusjonerte en fødselsomsorg som var preget av høy forekomst av sykdom og dødelighet (morbidity og mortalitet), spesielt da årsaken til barsel-feber ble oppdaget av Pasteur og Semmelweis på slutten av 1800 tallet. Før denne tid var fødslene i Norge en begivenhet som fant sted i hjemmene med hjelpekoner til stede som

fødselshjelpere. Det var ikke tilgang på jordmorhjelp i alle bygder, og der jordmor fantes, foretrakk kvinnene likevel ofte hjelpekonene. Dette skyldtes gjerne at det å få hjelp av lokale og kjente kvinner var en viktig trygghetsskapende faktor, og det faktum at ikke alle hadde mulighet til å betale for en jordmor. Ved fødsel løp kvinnene en relativ stor risiko da både mødredødelighet og perinatal dødelighet («død som inntreffer i tidsrommet fra 28. svangerskapsuke til én uke etter fødselen» (Nesheim 2014)) var stor, uavhengig av om hjelpen ble gitt av en hjelpekone eller en jordmor. Først da kunnskap om hygiene og aseptikk ble tilgjengelig, et godt stykke inn på 1900-tallet, ble jordmødrenes rolle i lokalsamfunnene styrket.

Parallelt med dette gjorde legevitenskapen store fremskritt. Medisinske teknikker ble utviklet og teknologi som kunne diagnostisere og behandle ble tilgjengelig. Denne teknologien kunne videre også underbygge teorier og bekrefte disse, slik at medisinsk kunnskap utviklet seg i takt med teknologien.

Fra ca. 1860 og i en periode på rundt 100 år utviklet den lokale og fremdeles hjemmebaserte fødselsomsorgen seg da jordmortjenesten ble en etablert velferdsordning. Tilgang på jordmortjenester ble en rettighet i alle deler av landet. Jordmoren ble etter hvert en «institusjon» i lokalsamfunnene, og spesielt i utkantstrøk fikk jordmoren ofte en viktig rolle som distriktslegens «høyre hånd». Jordmors rolle og posisjon sto sterkt et stykke inn i etterkrigstiden.

I samme periode gjorde industrien sitt inntog i Norge. Som en følge av dette endret samfunnet seg fra å være et bondesamfunn til å bli mer og mer urbanisert. Gjennom denne prosessen endret også kvinnesynet seg. Et kvinneideal der sterke, hardtarbeidende «bondekoner» hadde en vesentlig rolle og oppgave knyttet til arbeid og forsørgelse, ble forandret. Gjennom urbanisering ble kvinnerollen mer passiv, og «husmor-rollen» begrenset seg til oppgaver knyttet til barnefødsler og oppdragelse i hjemmet, mens mannen solgte sin arbeidskraft til industrien. I denne perioden vokste middelklassen frem, bestående av menn som i stedet for å selge sin fysiske arbeidskraft fikk mulighet til å selge sin kunnskap. I de øvre samfunnslag, som medisinerne var en del av, fikk kvinnene en mer passiv rolle. Etter hvert ble kvinneidealet endret fra idealet om den sterke «bondekongen» til et ideal med en mer svak og «sykelig» rolle i en urbanisert mellomklasse (Haug 1997).

I sin fremstilling peker Haug på hvordan disse forhold fikk betydning for endringene i fødselsomsorgen og synet på denne i tiden som fulgte. I etterkrigsårene flyttet de fødende - og jordmødrene - inn i sykehusene. Jordmoryrket ble dermed en del av sykehus-hierarkiet og den medisinske vitenskapen kunne tilføre fødselsomsorgen behandling og lindringsmuligheter som bidro til at både mødre- og perinatal morbiditet og mortalitet sank drastisk. Disse framskrittene medvirket også til at jordmors rolle ble endret. Jordmor som før var en sentral person i lokalsamfunnet, ble mer distansert fra dette. I perioden som fulgte gjennomgikk jordmorutdanningen store endringer, og jordmoryrket og -rollen ble gjenstand for en profesjonalisering. Utviklingen bidro til nye faglige fokus og jordmorutdannelsen ble en profesjonsutdannelse innenfor høyskolesystemet. Gjennom denne utviklingen oppsto en større distanse mellom den profesjonelle jordmoren og det lokale kvinne- og fødselsfellesskapet.

Samfunnets syn på fødsler og fødselskomplikasjoner endret seg drastisk i løpet av perioden som her er omtalt. Det som tidligere i stor grad hadde vært nært assosiert med sykdom, lidelse og død ble endret til å være et område hvor medisinen ble forventet å «ordne opp». Den tillit og skjebne som før var «i Guds hender» ble nå lagt «i medisinerens hender». Samtidig gikk fødslene fra å være en naturlig begivenhet i lokalsamfunnet til å bli en medisinsk begivenhet i sykehusinstitusjoner, behandlet som sykdom. Kvinnene fikk roller som pasienter og fødslene foregikk i rom som bar preg av dette. Sterile prosedyrer og medisinsktekniske hjelpemidler bidro til sykeliggjøring og begrenset valgmulighetene for både de fødende og fødselshjelperne. Et eksempel på dette er den praksis som utviklet seg der utstrakt bruk av episiotomi («klipp») og fødsler i fødeseng med benholdere nærmest ble fast rutine. Gjennom denne praksisen ble synet på fødsel som en normal og naturlig begivenhet nedtonet (Haug 1997).

3.1.2. Motreaksjon

Medikalisering av fødselsomsorgen handler om teknisk og medisinsk nyvinning og utvikling som først og fremst åpner for forbedrede muligheter og optimalisering av resultater. Gjennom hospitaliseringen ble fødslene i større grad et felles ansvar for medisinerne og jordmødrene. I samme periode har man utviklet muligheter omkring intervensjon som for eksempel epiduralbedøvelse, igangsettelse av fødsler og operative forløsninger som bidrar til at denne type inngripen har langt mindre risiko nå enn tidligere. Denne utviklingen har bidratt til svært gode resultater med dramatisk reduksjon i mødre- og spedbarnsdødelighet i norsk og vestlig

kontekst (Helsedirektoratet 2010). Videre oppsto det etter hvert et økende behov for å stille spørsmål ved om utviklingen og de ulike konsekvenser av denne var utelukkende positive. En uttalt målsetting om demedikalisering er et svar og en motreaksjon på en tid med økende medikalisering og hospitalisering av fødsler.

3.1.3. Ulike forståelser

De siste tiår har fødselsomsorgen vært preget av ulike forståelser og tilnærminger til fødsel. Tilnærmingene kan deles i to hovedkategorier, men ikke nødvendigvis fremstilles som dikotomier da det er grunn til å tro at de fleste - både fødselshjelpere og fødende - i virkeligheten befinner seg et sted på en skala mellom disse to ytterlighetene. Den ene kan beskrives som en medikaliserings-tilnærming og den andre en tilnærming som fokuserer på demedikalisering. Det er lett å tenke at medisinerere er representert i den første tilnærmingen mens jordmødrene står for argumentene i den andre forståelsen. Haug beskriver et bilde som peker på dette, samtidig som hun viser at jordmorgruppen er delt (Haug 1997). Det er grunn til å tro at debatten som var svært aktiv på 90-tallet, er noe mindre polarisert i dag og at grupperingene kanskje ikke er så ensartede. Likevel er temaet like aktuelt.

Debatten ble ledet an av brukerorganisasjoner og jordmødre som valgte å innta en kritisk holdning til eksisterende praksis på fødeavdelingene, og hadde den gang et sterkt faglig fokus. På tross av sterke brukerstemmer er sporene etter debatten i dag i stor grad preget av faglig argumentasjon med vitenskapelige dokumentasjon. Den jordmorfaglige forskning som presenteres i forbindelse med søk omkring dette temaet, retter i all hovedsak oppmerksomhet mot fagpersoners erfaringer, og mindre omkring fødekvinnens opplevelser. De siste 10-15 år har det imidlertid i vårt samfunn generelt, og innen helsevesenet spesielt, blitt et betydelig øket fokus på brukerstemmer og medbestemmelse (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

På samme måte som jordmødre og andre fagpersoner ikke kan plasseres i den ene eller andre ytterligheten er det grunn til å tro at heller ikke brukerne lett kan plasseres i en gruppe som preges av enten en medikalisert tilnærming eller en demedikalisert tilnærming til fødsel. Videre kan man se for seg en pendel som gjennom historien har svinget fra demedikalisert tilnærming (fordi man ikke hadde noe annet) til medikalisert tilnærming. Demedikalisering-fokuset som startet på 1970-tallet var en reaksjon på dette. Gunnhild Blåka beskriver at «prosesser som medikalisering og teknologi er mekanismer som kan frata kvinner muligheten

til naturlig fødsel og selvbestemmelse» (Blåka 2002, 52). Hva om kvinnenes muligheter for selvbestemmelse i retning bort fra «naturlig fødsel» begrenses av overbevisninger og målsettinger om demedikalisering? Kan det tenkes at pendelen, nå etter snart 50 år med utstrakt hospitalisering av fødsler, langt på vei er i sving tilbake slik at flere kvinner uttrykker et ønske om «mindre natur» ved sine fødsler? Slike endringer vil naturlig nok ofte skape reaksjoner i grupper som er berørt av temaet enten som aktører, hjelpere, pasienter eller publikum. Hvilke reaksjoner på den fødselsomsorgen som utøves i dag, uttrykker så vår tids moderne fødende kvinner, «fødestuens stemmer», i de fora disse lar seg høre?

Denne studien ser nærmere på dette fenomenet, men først belyses hvordan dagens fødselsdiskurs kan være preget av ulike tilnærminger. I det foregående har vi satt tematikken inn i en historisk kontekst, mens vi i det følgende skal se hvordan aktuelle dilemma kan gjøre seg gjeldende i «moderne» fødselsdiskurs.

3.2. «Moderne» fødselsdiskurs

3.2.1. Medikalisering

Jordmorprofessor Ann Thomson har definert medikalisering som: «uhensiktsmessig bruk av inngrep, teknologi og/eller helsepersonell i fødselsomsorgen» (2000, oversatt i Blix 2010, 55). Mange vil hevde at medikalisering av fødsler har funnet sted i uhensiktsmessig stor utstrekning og det pekes på at det har forekommet en økning i bruk av teknikker for inngripen i den fysiologiske fødselsprosess, deriblant igangsetting, stimulering og overvåking (Thomson 2000). Statistikk viser økende forekomst av keisersnitt (sectio) begrunnet i mors eget ønske og med fravær av medisinske indikasjoner (Kolås et.al. 2003). Det er grunn til å tro at problemstillingen er mest aktuell i de store fødeinstitusjonene da vår desentraliserte del av fødselsomsorgen i stor grad er betinget av lavrisikotilnærming (Backe et al. 2005). Likevel kan man spørre om ikke trender og holdninger i samfunnet peker mot en utvikling preget av økende forventning om medikalisert tilnærming? Et eksempel på dette er skildringen av debatten om selvvalgt keisersnitt i VG helg 12.12.2015 (Giske 2015, 18-28). Debatten som følger i kapittel 3.2.3. kan også underbygge en slik forståelse.

3.2.2. Demedikalisering som faglig målsetting

Parallelt med utvikling av medisinsk og teknisk nyvinning og økende hospitalisering og dermed sammenslåing av miljø for kompliserte høyrisiko-fødsler og normale lavrisikofødsler, har fagkulturen utviklet og endret seg. Endingene kommer til uttrykk gjennom blant annet prosedyrer, teknikker og ulike fokusområder. Samtidig har naturlig nok forventninger og krav til fødsler og fødselsomsorgen i samfunnet for øvrig også endret seg. Det er ikke dermed sagt at fødselsdiskursen nødvendigvis består av fokus og forventninger som samsvarer med hverandre.

Som vi tidligere har sett har Helsedirektoratet, gjennom sine kvalitetskrav, beskrevet en nasjonal faglig målsetting om «minst mulig unødige inngrep» og «riktig intervensjon» for fødselsomsorgen (Helsedirektoratet 2010, 27). Videre peker veilederen på bakgrunnen for denne målsettingen og på en utvikling innen fødselsomsorgen som gir nye muligheter, men også nye problemstillinger i kjølvannet av disse:

«Fødselsomsorgen har et høyt nivå med gode resultater. Utvikling av medisinsk avansert teknologi medfører mer kontroll av gravide med risiko... Det er stor enighet i fagmiljøene om at det er en riktig utvikling når det gjelder å prioritere kvinner med økt risiko. Derimot kan det være uheldig og medføre uønskede utfall med unødige inngrep og avansert overvåkning under fødselen hos gravide og fødende som er friske» (25).

Målsettingen om demedikalisering uttrykkes også gjennom WHO's prinsipper for normal fødsel. Hva som defineres som «unødige inngrep» (Helsedirektoratet 2010) kan det derimot være krevende å oppnå konsensus omkring. Videre reiser problemstillingen nye spørsmål, blant annet om hvem som innehar den kompetanse som skal til for å avgjøre hva som er «unødig» og hva som er «nødig»? Hvem har kompetanse til å avgjøre når en kvinne skal få innvilget selvvalgt keisersnitt? Er det kvinnen selv eller legen?

Slike spørsmål er utgangspunktet for tematikken og problemstillingen i denne studien.

«Moderne» fødselsomsorg har, som vi har sett, definerte formål og målsettinger, tradisjoner, lovverk og retningslinjer, og er grunnfestet i verdier som skal favne både forsvarlighet og autonomi samtidig som pasienten skal være i sentrum. Omsorgen utfordres av en kontekst med dilemma knyttet til spørsmål omkring medikalisering og demedikalisering. Hvordan kan

så standarder, normer og prinsipper balanseres når dilemmaene oppstår? Hvordan ivaretar man både prinsippet om forsvarlighet og prinsippet om medbestemmelse når fagperson og fødekvinne ikke er enige - og kanskje ikke blir enige?

Samfunnsdebatten omkring selvvalg keisersnitt belyser deler av dette dilemmaet. Gjennom debatten kan man også se hvordan ulike institusjoner har ulik fortolkning av problemstillingen, noe som viser seg gjennom ulik praksis. Et annet eksempel er avgjørelsen omkring riktig tidspunkt for igangsettelse av fødsel. Videre kan dilemmaer også gjøre seg gjeldende gjennom spørsmålene som angår bruk av medikamentell smertelindring (ofte epiduralbedøvelse) eller riestimulerende midler. I alle disse avgjørelsene er det mange komponenter som sammen fører frem til en beslutning eller et valg. Kvinnens eget ønske og rett til informert medvirkning er et av de mest sentrale hensynene. Valg av forsvarlig behandlingsalternativ er et annet. Ingen av disse hensynene er alltid entydige, og det motsatte av «forsvarlighet» er ikke alltid «uforsvarlighet».

Forsvarlighet innebærer også et annet hensyn, nemlig hensynet til nødvendige prioriteringer. I hverdagen på en fødeavdeling er ikke alltid fødekvinnens eller fagpersoners valg forenlig med de ideelle mulighetene, og i realiteten vil valg av et alternativ ofte virke inn på andre valg for andre pasienter. Disse prioriteringene kan for eksempel handle om tilgang på begrensede ressurser i form av fysiske rom, jordmødre/ leger, operasjonsstuer eller anestesipersonell.

Hva den enkelte fødselshjelper vurderer som forsvarlig praksis er avhengig av såkalte «ytre» rammer, kulturelle og organisatoriske rammer, samt kompetanse, evner, verdier, holdninger og tanker omkring hvordan fødselsomsorgen ideelt sett bør være. Vurderingene er stadig en avveining mellom tiltak som gjøres «for sikkerhets skyld» og kunnskap om hvilke tiltak som er nødvendige og tilstrekkelige i hvert enkelt tilfelle. Debatten om desentralisert fødselsomsorg speiler også dette, der spørsmål om hva som er tilstrekkelig overvåking og kompetanse gjør seg gjeldende. Man kan tenke seg den ene ytterligheten med tett overvåking (kontinuerlig monitorering av fosterlyd) av alle fødsler i umiddelbar nærhet til og med tilgang til all tenkelig medisinsk ekspertise. Med denne tilnærmingen vil alle fødsler måtte foregå i høyt spesialiserte fødemiljø i sentraliserte strøk, «for sikkerhets skyld». Den andre ytterligheten vil være å tenke seg alle slags fødsler i et lavrisiko-bilde der «naturen» ordner opp i fødselsarbeidet. Den siste ytterligheten vil man i mindre grad finne grunnlag for i faglig sammenheng, i alle fall ikke i rendyrket form. Den første ytterligheten er derimot mer

gjenkjennbar. I andre kulturer vil man derimot kunne finne et større «spenn» i synet på fødselsomsorg for eksempel gjennom langt høyere forekomst av keisersnitt parallelt med at kvinner med risikosvangerskap føder hjemme uten tilgang til medisinsk-tekniske muligheter.

I spennet mellom medikalisering, høyteknologi og «for sikkerhets skyld» på den ene siden og lavrisiko, demedikalisering og tro på «det naturlige» på den andre befinner fødselsomsorgen seg i Norge i dag. Som jordmor ved en av landets største kvinneklinikker har jeg ofte erfart hvordan dette spennet får betydning i praksis. Den faglige diskursen preges av at man lever med en slik tosidig tilnærming, og møtet med de fødende kan også være preget av dette. Anne Margrethe Fylkesnes skildrer dette spennet som en vesentlig utfordring for norsk jordmorvirksomhet knyttet opp mot prinsippet om demedikalisering av normale fødsler:

«Erfaringsmessig vet vi at det i mange tilfeller intervenseres i et ellers normalt fødselsforløp. Det kan være oksytocinstimulering ved langvarige fødselsforløp, ved sekundær risvekkelse eller som blødningsforebyggende tiltak. Det kan også være bruk av medikamentelle smertelindringsmetoder og teknologisk overvåking i fødselsforløpet... I tilfeller der det ikke er klare medisinske grunner til intervensering, argumenteres det ofte med effektivisering og liten tid. En kan undre seg over om det bak denne argumentasjonen ligger en grunnleggende verstefallstenkning som sier at en må være føre var, i tilfelle noe skulle gå galt. Eller kan det tenkes at det er skepsis til naturens egen prosess og til kvinnekroppens evne til å føde som synliggjøres gjennom disse argumentene?». I denne sammenhengen etterlyses det en grunnleggende endring i synet på normale fødsler i norsk jordmor- og fødselsomsorg «med WHO's prinsipper som grunnpilarer for endringsprosessene» (2010, 28).

3.2.3. Nylig debatt

En spennende debatt i dagspressen i nyere tid er et godt eksempel på hvordan fagpersoner og brukere kan være uenige om forsvarlig og fornuftig tilnærming til håndtering av normale fødsler. Debatten dreide seg i utgangspunktet om fødselssmerter og om bruk av epidural smertelindring. Videre dreiet debatten mot spørsmål om fødekvinnens medbestemmelsesrett, da en «bruker» svarte fagpersonene med å gå til rette mot den ene tilnærmingen.

Den 21.01. 2015 publiserte anestesilege Leiv Arne Rosseland en artikkel på «forsknings-sykehuset», en blogg fra Oslo Universitetssykehus, hvor han hevdet at en mer utstrakt bruk av epidural under fødsel kan bidra til at flere får en god fødselsopplevelse. Han hevdet at et slikt tiltak i neste rekke vil føre til færre kvinner med fødselsangst og av dette færre med ønske om elektivt sectio (keisersnitt). Videre var han opptatt av å formidle at bruk av epidural har en langt lavere risiko enn det mange fagpersoner påstår. Rosseland hevdet at: «Alle pasienter på sykehus med sterke smerter får smertelindrende behandling. Det er ingen grunn til å nekte de fødende samme rettigheter... de som føder sitt barn hos oss skal få en god fødselsopplevelse... at den fødende har følelse av kontroll og medvirkning» (2015). Rosseland viste til flere undersøkelser som viser at smertelindrende behandling ikke er blant de tre viktigste faktorene for å få en god fødselsopplevelse. Likevel var han opptatt av at epidural utgjør et godt tiltak for de fleste kvinner slik at fødselsopplevelsen blir god ved å si at «De negative fødselsopplevelsene som skyldes minnene om sterke smerter kan vi gjøre noe med». «Mange kvinner sitter igjen med fødselsopplevelser som er både vonde og traumatiske». Rosseland hevdet at: «dersom flere hadde fått smertelindring, hadde trolig færre tatt keisersnitt ved neste fødsel» (Rosseland, 2015).

Som en reaksjon på utspillet til Rosseland publiserte to jordmødre, Ellen Blix og Tine Schauer Eri en kronikk på «nrk.no/ytring» den 28.02. 2015. I kronikken vil jordmødrene holde frem hvordan det å føde «naturlig», altså uten bruk av epidural, gjør den fødende mer aktiv og gir en opplevelse av mestring. De fremholder epidural som et godt og viktig hjelpemiddel, men ønsker å peke på fordelene ved å føde naturlig og å kjenne på fødselssmerten. «Vi må våge å snakke om triumfen, gleden og mestringsfølelsen mange kvinner opplever etter å ha født uten epidural». Videre viser de til forskning som avviser påstander om at kvinner som føder med epidural er mer fornøyde enn kvinner som føder uten (Blix og Eri, 2015).

Blix, Eri og Rosseland har felles målsetting om at de ønsker å bidra til at kvinner får en så god fødselsopplevelse som mulig. Likefult er de uenige om hva som er hovedfokus i så måte, samt om fødselssmerte kan ha en verdi i seg selv. En reaksjon på debatten kom fra Silje Rainer-Atterbrand, publisert på hennes blogg og videre som debattinnlegg i «aftenposten.no» 02.03. 2015. Overskriften hennes, «Jordmortyranniet – kvinnefiendtlighet på fødestuen», vitner om en kraftig reaksjon på jordmødrenes kronikk. Rainer-Atterbrand skriver om sine egne opplevelser i forbindelse med ønske om keisersnitt uten medisinsk indikasjon. Hun forteller om at hun opplevde å møte stor motstand og negative tilbakemeldinger. Videre stiller hun

spørsmålstejn ved mange av holdningene i helsevesenet, blant annet påstanden om glede og mestringsfølelse etter en normal fødsel uten epidural bedøvelse. Dette betegner hun som «kvinnefiendtlige og neandertalske» holdninger og et «jordmortyranni». Videre setter hun spørsmålstejn ved hvorfor så mange skal ha en mening om hennes valg. Avslutningsvis legger hun vekt på at alle kvinner har rett til å bestemme selv, uten forstyrrelse av «bedrevitende» helsepersonell. Innlegget kan således ses som en sterk appell til medbestemmelsesretten (Rainer-Atterbrand, 2015).

Rainer-Atterbrands innlegg vakte også reaksjoner og Kari Løvendahl Mogstad, spesialist i allmennmedisin, skrev et innlegg i sin blogg som videre ble publisert i «aftenposten.no» 12.03.2015. Mogstad kommenterer Rainer-Atterbrands påstand om at kvinner har «ekspertrollen» i eget liv. Dette er en ekspertrolle som Mogstad utviser respekt for. Samtidig påpeker og etterlyser hun en respekt for at fagpersoner innehar ekspertise på svangerskap, fødsler, barseltid og kvinnesykdommer. Videre poengterer hun hvor viktig denne balansegangen er, samt nødvendigheten av å ha en god dialog preget av respekt for hverandres ekspertroller. «Å klare å kombinere denne «ekspert»-tematikken på en ydmyk måte, fra begge parter, er en av suksessfaktorene for å gi flest mulig kvinner en god opplevelse av svangerskap og fødsel» (Mogstad, 2015).

I dette kapittelet har vi sett hvordan historisk utvikling har ledet frem til dagens fødselsdiskurs, og hvordan denne konteksten leder frem mot «moderne» fødselsomsorg med «moderne» fokus og «moderne» dilemma. Debatten som er gjengitt i det foregående er et eksempel på hvordan faglig uenighet omkring spørsmål som angår demedikalisering blir et moderne dilemma der også spørsmålet om brukerstemmen har sin plass. I det følgende kapittelet vil «det moderne fødselsomsorgs dilemma» blir ytterligere konkretisert.

Kapittel 4: «Den moderne fødselsomsorgs dilemma» og studiens problemstilling

I kapittel 2 ble rammene for fødselsomsorgen presentert gjennom fokus på myndighetspålagte og faglige føringer. I kapittel 3 er det beskrevet hvordan omsorgen for fødende har utviklet seg i historisk kontekst, frem til dagens «moderne» diskurs som former (og formes av) nåtidens fødselsomsorg. I det følgende omtales hvordan denne diskursen ikke er entydig, og hvordan føringer og prinsipper kan være vanskelige å forene da de kan generere ulike motsetningsforhold i ulike situasjoner. Videre følger en beskrivelse av formålet med studien, før kapittelet munner ut i oppgavens problemstilling.

4.1. Ulik tilnærming til fødsel og til normalitets-begrepet

Som vist i forrige kapittel er det ulike tilnærminger til hvordan man tenker omkring fødsler og håndteringen av disse. Det er viktig å presisere at diskusjonene omkring temaet som regel har utgangspunkt i normale og naturlige prosesser og rammene for disse, altså selve begrepet «normal fødsel». Det er lite kontroversielt å hevde at der det blir avdekket avvik og patologi, er det generelt stor enighet om behovet for medisinsk intervensjon. Øket grad av overlevelse og mindre forekomst av sykelighet som et direkte resultat av den medisinske utviklingen, er i seg selv en udiskutabel gevinst. Det som er gjenstand for diskusjon, er knyttet til balansering av bruken av de mulighetene som er skapt gjennom medisinske og tekniske framskritt. Overforbruk av teknologi, medisinsk intervensjon og medikamentell behandling kan finne sted ved tilfeller som krever noen slike tiltak (men bruk av ett tiltak kan ha en tendens til «automatisk» å utløse andre tiltak som kanskje ikke var like nødvendige) og innenfor fødsler som regnes som lavrisiko eller naturlige, gjerne klassifisert som «normale» fødsler. Det kan tenkes at større grad av konsensus omkring begrepet «normal fødsel» ville kunne være tjenlig for debatten omkring medikalisering og demedikalisering.

Som beskrevet tidligere, har WHO definert begrepet «normal fødsel». Definisjonen er likevel ikke entydig og unngår å definere mer spesifikt hva som regnes som «lavrisiko» og hva som klassifiseres som «risiko». WHO-definisjonen gir derfor rom for ulike tolkninger som naturlig nok knytter seg til hvilken betydning som tillegges ordet «normal». Er det det som er mest naturlig eller det som er mest vanlig? Hva er naturlig, hvor mye «natur» vil vi ha og ikke

minst, hvor mye natur er vi villige til å tåle? I vårt dagligdagse språk blir begrepet «normalt» ofte brukt om det som er «vanligst» i betydningen mest utberedt. Innenfor faglig tradisjon blir fødsler som forløper helt uten intervensjon og bruk av teknologi eller medikamentell smertelindring ofte betegnet som «normale», «naturlige» eller «fysiologiske». Likevel er det uenighet fagmiljøene omkring hvorvidt bruk av medikamentell smertelindring utgjør en så betydningsfull intervensjon at fødselen ikke lenger kan kalles «normal». Når nærmere 40 % (Medisinsk fødselsregister og abortregisteret – statistikkbanker 2015) av alle fødsler i Norge i dag gjennomføres med bruk av epiduralbedøvelse må man likevel kunne si at det er en svært «vanlig» intervensjon. Selv om det ikke er full konsensus omkring tiltakets konsekvenser, vil mange jordmødre hevde at tiltaket er et skritt i retning bort fra «normal» fødsel. WHO's definisjon av normal fødsel unngår å spesifisere bruk eller ikke bruk av medikamentell smertelindring. Gjennom formuleringen «fortsatt lavrisiko (frem) til etter barnets fødsel» er likevel problemstillingen indirekte berørt da bruk av epidural smertelindring anses å være en intervensjon som krever tettere overvåkning. I norske fødeinstitusjoner er epiduralbedøvelse et tiltak som gjør at fødselen «flyttes» fra klassifiseringen «lavrisiko» til «risiko». I dette perspektivet vil epiduralbedøvelse falle utenfor det WHO definerer som «normal fødsel».

Kulturen og diskursen, den allmenne samfunnsdebatten, diskursen i de daglige fellesskap og den faglige diskursen, er alle viktige bidragsytere til vår forståelse av begrepenes mening. Et eksempel på hvordan kulturen utfordrer forståelsen vår av hva som er «normalt» finner vi i en beskrivelse fra en jordmor fra talerstolen ved Nordisk Jordmorkongress i Oslo i 2013. Jordmoren berørte dilemmaet omkring forhold i vår kultur som påvirker fødselsomsorgen og utviklingen av den, og hevdet at det i dag er mer sosialt akseptert å be om et keisersnitt uten medisinsk indikasjon enn å planlegge fødsel i eget hjem. Det som i en kulturell sammenheng regnes som sosialt akseptert, vil således være tett knyttet sammen med fortolkning og oppfattelse av hva som er «normalt». Jordmorens beskrivelse viser at vår «moderne» kultur har i seg vesentlige utfordringer i møte med en målsetting om demedikalisert fødselsomsorg.

Et annet eksempel som kan belyse problemstillinger i diskursen, er bruk av CTG («Cardio Toco Grafi», periodisk overvåking av fosterlyd) ved innleggelse i fødsel eller i fødselens utdrivningsfase (fasen hvor barnet fødes). En vedvarende fagdebatt omkring nytte og evt. skade ved overforbruk av denne teknologien (Devane et al. 2012) utfordrer forståelsen av «normal»-begrepet. Denne, og flere liknende problemstillinger i fagdiskursen omkring fødsler, vil ha vesentlig betydning for forståelsen av hva en «normal fødsel» er.

4.2. Prinsipper i motsetningsforhold

Gjennom WHO's ti prinsipper for perinatal omsorg (presentert i kapittel 2.5) vises i det følgende hvordan generelle prinsipper kan stå i motsetningsforhold til hverandre, og hvilket dilemma dette vil kunne utgjøre for fødselshjelpen.

WHO's ti prinsipper uttrykker en tydelig målsetting om en demedikalisert fødselsomsorg med hensiktsmessig bruk av nødvendig teknologi (Chalmers, Mangiaterra og Porter 2001).

Prinsipp nummer 1 og 2 stadfester at fødselshjelp skal utføres uten unødig bruk av teknologi og inngrep. Til grunn for disse verdiene og denne målsettingen ligger et syn på svangerskap, fødsel- og barseltid som normale prosesser og hendelser. Som vi har sett er avansert medisinsk teknologi og medikamentell inngripen nødvendige hjelpemidler som kan optimalisere resultatene, men som likevel representerer en risiko ved overforbruk som vil kunne true prinsippet om faglig forsvarlig virksomhet.

WHO's prinsipp nummer 6-10 omhandler elementer knyttet til respekten for kvinnens individuelle behov og ønsker for den fødselsomsorgen hun skal motta. Dersom man ser på brukeren i fødselsomsorgen i dag og hennes forventninger og krav til fødselsomsorgen, vil det være mulig å tenke seg en utvikling som står i motsetning til prinsippet om minst mulig bruk av teknologi og medisinsk inngripen. Man kan f.eks. tenke seg en situasjon der moderne fødende kvinner av ulike årsaker og hensyn med tiden etterspør en øket medisinsk kontroll som medfører øket grad av medikalisering og teknifisering av fødslene. I slike tilfeller er det nokså åpenbart at balansen mellom prinsippet om autonomi/ brukermedvirkning og faglig forsvarlighet kan bli enda vanskeligere å ivareta.

Spørsmålene som her stilles har ikke enkle og entydige svar. Imidlertid vil man kunne hevde at dersom prinsippet som sikrer pasientens autonomi, medfører en så uheldig praksis at prinsippet om forsvarlighet trues, eller vice versa, skapes et betydelig dilemma.

Fødselshjelperens holdninger og bevissthet omkring dilemmaet vil prege og utfordre møtene og behandlingen av den enkelte fødende, da alle menneskelige møter og samhandling preges av holdninger, kunnskap og ferdigheter hos dem som deltar. God samhandling krever kontinuerlig grunnleggende og systematisk individuelt og kollektivt arbeid med forståelse av prinsipper for god perinatal omsorg.

4.3. Brukerstemmen og formålet med studien

Ulike interesseorganisasjoner har i lengre tid hatt et sterkt fokus på lavrisikofødsler, og ytret ønske om valgfrihet og «alternativ fødsel» i et demedikalisert miljø. Som beskrevet i kapittel 3 vokste engasjementet og ideologien frem i en tid hvor det var stort fokus på hospitalisering og medikalisering av fødsler (Haug 1997). I de senere år har ikke brukerorganisasjoner hatt den samme aktiviteten omkring disse spørsmål som de hadde på 1980- og 90- tallet. Dette henger kanskje sammen med at moderne kvinner gjerne uttrykker sitt engasjement gjennom «nye» fora på internett (nettsider og sosiale medier som facebook, twitter, blogger etc.)?

På samme måte som kulturen i et samfunn til enhver tid er i utvikling, er det grunn til å tro at også synet på fødsler og på hva som regnes som «normalt» er i utvikling. Kanskje er ikke brukerstemmenes budskap det samme i dag som for 20-30 år siden? Er det også slik i dag at menn, som har fått en helt annen rolle i fødselsomsorgen gjennom denne tiden, har flere meninger om og er mer opptatt av fødselsomsorg og slik deltar i større grad i diskursene? Er det grunnleggende forutsetninger i samfunnet som har endret seg slik at mange kvinner og menn har andre holdninger, forventninger og ønsker til fødsler i dag enn det generasjonen før hadde? Kan man lese økt ønske om igangsetting av fødsel (induksjon), epidural smertelindring og keisersnitt (sectio) som et uttrykk for en grunnholdning som er preget av risikotenkning, føre-var-holdninger og tillit til medikalisering? Dette vil i så fall representere en motsetning til faglige målsettinger om lavrisikotilnærming og demedikalisering.

På tross av et øket fokus på brukernes rett til medvirkning, og en helsetjeneste med en uttalt målsetting om å fremme pasientenes autonomi, har ikke kvinners stemmer i forbindelse med dette dilemmaet i særlig grad blitt gjort synlig i det offentlige ordskiftet. Følgende fokus representerer unntak fra dette:

- Det foregår en stadig tilbakevendende debatt omkring desentralisert fødselsomsorg, og lokalbefolkningen i mange bygder har gjennom årenes løp kjempet aktivt for å beholde fødetilbudet sitt.
- Debatten omkring retten til selvvalgt keisersnitt dukker stadig opp i dagspressen og medisinsk- og jordmorfaglige eller psykologiske fora, til tider også med brukernes stemme i fokus.

- I 2013 gjennomførte Folkehelseinstituttets Kunnskapssenter en brukererfaringsundersøkelse: «Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen»... Undersøkelsen viser at «... mange kvinner og partnere har positive erfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen». Likevel konkluderes det med at det er forbedringspotensialer på flere områder, spesielt innenfor barselomsorgen, men at selve fødselsomsorgen har den høyeste tilfredshets-scoren. Gjennom denne undersøkelsen fikk kvinner spørsmål som omhandlet «relasjonen til helsepersonellet», «opplevelse av ivaretagelse av partneren» og «opplevelse av rammer og organisering på fødeavdelingen». Når man ser på alle enkeltspørsmålene innenfor disse temaene ser man at mellom 95 % og 98 % av besvarelsene har valgt en av de «positive» svar kategoriene: «I noen grad», «I stor grad» eller «I svært stor grad» (Kunnskapssenteret 2013). Det er viktig og interessant at brukerne i stor grad rapporterer positive erfaringer med den fødselsomsorgen de har mottatt. Likevel er det grunn til å tro at en slik undersøkelse ikke fanger opp alle nyanser som er viktige for få kunnskap om brukerstatus, medvirkning og opplevelse av tillit og relasjon til fødselshjelperen.

På bakgrunn av egen oppfatning av at flere nyanser i brukerperspektivene sjeldnere kommer frem i aktuelle diskurser, ønsker jeg i denne studien å belyse andre perspektiv av diskursen som foregår omkring fødsel i dag. Et viktig element i dette er kjennskap til hvilke arenaer diskursen foregår på. Er det slik at fagpersoner og brukere uttrykker sine tanker og holdninger i felleskap og for hverandre, eller er det like ofte slik at diskursen foregår i adskilte fora? Når brukere søker å finne informasjon og å uttrykke sine holdninger og erfaringer, søker de jordmødre om råd eller henvender de seg til sine medsøstre «der ute» gjennom nettbaserte diskusjonsfora? Det er grunn til å tro at virkeligheten inneholder dialog på flere arenaer og i ulike kontekster.

Gravide kvinner har til alle tider søkt råd og erfaringsutveksling hos andre kvinner. Moderne kvinner søker dette både gjennom «virkelige» møter men også gjennom møter i nettbaserte mammasider/-forum, nettsteder som omhandler tema som er aktuelle i forbindelse med graviditet, fødsel, barseltid, det å skulle bli mamma osv. I denne studien undersøkes nærmere kvinners historier fra det mest besøkte mammanettstedet; «www.babyverden.no». Gjennom analyse av tekster - kvinnenenes egne fødselshistorier - er formålet å identifisere viktige elementer, fellestrekk og forskjeller i disse tekstene, som kan speile kvinnens opplevelse av samhandlingen mellom henne og fødselshjelperen. Er fortellingene preget av forventninger og opplevelser som uttrykker tillit eller mistillit til den tekniske og medikaliserte tilnærming?

Er de preget av tillit eller mistillit til fødsler som naturlige og «normale» prosesser? Hvordan vil kvinnene beskrive relasjoner og samhandling, og hvordan beskriver de sin egen «status» som delaktig i beslutninger gjennom fødselsprosessen?

Hvordan kvinnene beskriver egen opplevelse av den fødselsomsorgen de har mottatt er interessant fordi slike beskrivelser utgjør en sentral og vesentlig del av brukerdiskursen omkring fødselsomsorg i dag. Denne brukerdiskursen er en tilnærmet «ren» brukerdiskurs, i den forstand at den ikke involverer fagfolk. Kvinnenes historier er ikke fortalt til fagpersoner, slik de i større grad ville ha vært om tekstmaterialet ble samlet inn av fagpersoner. Fortolkning av tekster fra et «kvinnefelleskap» som inneholder rike beskrivelser av egne erfaringer i møte med fødselshjelper/-ne, vil kunne fremstå som spennende og viktige tilbakemeldinger for den faglige refleksjon. Studien tar ikke mål av seg å gjøre verken kvalitative eller kvantitative undersøkelser for å avklare den rådende oppfatning om brukerinvolvering, fødselsopplevelser eller normal fødsel i vår kultur i dag. Enhver kvinne (og par) som søker og mottar fødselshjelp har sin unike historie og sine unike forventninger og ønsker omkring det som skal foregå. Poenget i studien er derfor ikke å finne en slags «gjennomsnittsholdning» da dette vil være av liten verdi.

Hos den enkelte fødende vil opplevelse, innstilling, forventning og forståelse av fødselsprosess variere, avhengig av hvem man er, hvem man møter, hvilke erfaringer man har og hva man påvirkes av. Videre vil naturlig nok de fleste historier ikke speile tanker, holdninger og oppfatninger som befinner seg ved ett eller annet ytterpunkt, men kanskje et sted midt imellom? Dette gjelder for både fødselshjelper og for den som skal motta fødselshjelpen, og er et viktig poeng i en kontekst hvor medikalisering og demedikalisering kan synes å representere hver sin ytterlighet. Likevel vil en studie som belyser brukerstemmer fra et «mammanettsted» forhåpentligvis kunne bidra til bevissthet omkring vesentlige faktorer i en eventuell utvikling som vil kunne skape store dilemmaer for samhandling og behov for nytenkning omkring fødselsomsorgen. Brukermidvirkning og faglig forsvarlighet er grunnleggende prinsipper som skal ivaretas, og en utvikling med «sprikende» tilnærminger vil problematisere og kunne bidra til økende grad av motsetning mellom prinsippene. Det vil være i alles interesse å belyse ulike sider ved et slikt dilemma og mulige behov for endring i dialoger og tilnærming. Denne studien vil kunne være en viktig bidragsyter i en slik prosess.

4.4. Problemstilling

I det foregående er det skissert et høyst aktuelt dilemma innen moderne norsk fødselsomsorg. Dilemmaet er ikke bare nasjonalt, men vil kunne finne gjenklang i andre i-land verden over. «Den moderne fødselsomsorgs dilemma» representerer reelle utfordringer i vår kultur. I et globalt perspektiv kan slike utfordringer virke mindre betydningsfulle fordi mangel på tilgang til helsetjenester og kvalifisert helsepersonell gjør at dødelighet og komplikasjoner knyttet til svangerskap, fødsel og barseltid er blant et av verdenssamfunnets største problem («FNs tusenårsmaal» 2000).

Med utgangspunkt i «dilemmaet» i fødselsomsorgen i vår kultur og i fødselshistorier fra et «mammanettsted», er brukerstemmens budskap om egen medvirkning og involvering i egen fødselsprosess en viktig og ny kunnskapskilde og premiss for den faglige og offentlige debatten. Dette gir en todelt problemstilling der andre del spesifiserer et sentralt element i problemstillingens første del. Med bakgrunn i faglige føringer og myndighetskrav, brukermedvirkning som mål på kvalitet, historisk utvikling og «moderne dilemma» blir følgende problemstillinger aktuelle:

På hvilken måte blir «den moderne fødselsomsorgs dilemma» berørt gjennom brukerstemmenes historier om egne fødselsopplevelser?

og

På hvilken måte gir disse stemmene uttrykk for brukermedvirkning og medbestemmelse i egen fødsel?

Kapittel 5: Metodisk tilnærming

I de foregående kapitler beskrives et dilemma som oppleves som høyst aktuelt i moderne, «vestlig» fødselsomsorg. Dilemmaet skisserer den kontekst fødselsdiskursen lever i. I det følgende vises hvordan bevissthet omkring og beskrivelse av kontekst er en vesentlig forutsetning for å kunne analysere en diskurs.

I denne studien er kritisk diskursanalyse valgt som metode fordi den er ment som et verktøy som kan belyse og fremme kritisk spørsmålsstilling ved viktige elementer i samfunnet. Norman Fairclough, britisk professor i lingvistik og en av grunnleggerne av metoden kritisk diskursanalyse, er opptatt av hvordan makt uttrykkes gjennom språket. Metoden er utviklet for å kunne studere språk og tekst og dets relasjon til makt og ideologi (Fairclough 1995, 23). I profesjonsetikk og i kritisk forskningstradisjon er begrepet makt sentralt, fordi det er et element som inngår i all menneskelig samhandling og i alle relasjoner. Den kritiske forskningen har som mål å «avsløre makt og maktbruk, og gjøre dem til gjenstand for kritisk drøfting» (Jensen og Ulleberg 2011, 72). Boka «Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis» omhandler sammenhengen mellom makt og kommunikasjon. Jensen og Ulleberg hevder her at «Gjennom språkbruk kan man fremme undertrykkende ideer der man opprettholder et skille mellom vi og de andre» (74). Forfatterne formidler hvordan kritisk diskursanalyse kan bidra å avdekke og synliggjøre også «den usynlige og mindre synlige makten» (197).

Brukermedvirkning ved mottak av helsehjelp er et sentralt element i helse- og omsorgssektoren og i profesjonsetikken. Brukerens opplevelse av egen «status» som autonom fødende og medbestemmende i fødselsprosessene, i en kontekst som kan være preget av sprikende forventninger til prosessen, er i analysens fokus. Den metodiske tilnærmingen til problemstillingen er valgt med bakgrunn i en forståelse om at den fanger opp viktige elementer i kontekst, og kombinerer dette med et språklig fokus. I denne formen for analyse av diskurs vil dermed også lingvistiske trekk i tekstene kunne åpne for refleksjoner omkring deling av makt i relasjonene mellom fødselshjelper og fødende (Fairclough 1995).

5.1. Kritisk diskursanalyse

Kritisk diskursanalyse fokuserer på selve teksten i samspill med andre forutsetninger for forståelse av problemstillingen og meningsinnholdet. Metoden har således elementer fra forskningstradisjoner innen lingvistikk, sosiologi og sosialvitenskap (Fairclough 1995, 20). Ytre rammer, sosial setting, kontekst og diskursiv praksis inngår i en analyse, i tillegg til selve teksten og lingvistiske karakteristika ved denne. Metoden skal kunne bidra til kritisk belysning av bestående rammer, og er spesifikt opptatt av å avdekke hvordan ulike maktstrukturer konstruerer og opprettholder strukturer og praksis i samfunnet. Formålet er slik å kunne bidra til sosiale forbedringer (Fairclough 1995). Kritisk diskursanalyse som metode presenteres i det følgende.

5.1.1. Diskurs og diskursorden

Marianne Winter Jørgensen og Louise Phillips beskriver metoden til Norman Fairclough i boken «Diskursanalyse som teori og metode». Her beskrives **diskurs** som «en bestemt måte at tale om og forstå verden (eller et udsnit af verden) på» (Winter Jørgensen og Phillips 1999, 9). Denne bestemte måte av tale og forståelse oppstår i ulike former i ulike miljøer, da diskursen både formes av, og former, samfunnet og konteksten den oppstår og lever i. På den måten vil man kunne si at diskursen både er konstituert og at den virker konstituerende (74). Kritisk diskursanalyse er en metodisk tilnærming der man gis mulighet til å trenge dypere ned i tekster og plassere disse i en samfunnsmessig og diskursmessig kontekst. Metoden egner seg godt til å undersøke ulike elementer ved kommunikasjonsprosesser. Disse elementene settes inn i en sosial ramme slik at den kontekst kommunikasjonen opptrer i er et essensielt element i analysen. Metoden vil derfor kunne fokusere på relasjoner mellom aktørene i kommunikasjonen, og maktelementet i relasjonene (Winter Jørgensen og Phillips 1999).

Alle diskurser kan plasseres og fortolkes i en spesifikk kontekst. Den medisinske diskurs er et eksempel på en slik diskurs som oppstår i en spesiell ramme. Likeledes kan man si at jordmordiskursen er det. Disse diskursene fremstår likevel ikke som fastlåste størrelser, men kan finnes som ulike diskurser innenfor en institusjon eller et fag. Summen av alle diskursene innenfor et spesifikt domene kalles for «**diskursordenen**» (Winter Jørgensen og Phillips 1999, 83). Det er således ikke en entydig diskurs innen jordmorfaget, men mange ulike diskurser som i sum utgjør én diskursorden. Diskursen er i stor grad et resultat av den praksis

som regnes som normen innenfor en diskursorden. Videre formes den også av andre elementer innenfor den kontekst den befinner seg i, som for eksempel sosiale posisjoner, økonomi og den enkelte aktørs evne og ressurser til å uttrykke seg gjennom de tilgjengelige kommunikasjonsformer. Slik kan man si at diskursen konstitueres av diskursordenen.

En diskursorden er likevel ikke en konstant størrelse, men i stadig utvikling. Den formes og dannes av «specifikke tilfælde af sprogbrug» og dersom aktørene i diskursen trekker inn elementer fra andre diskursive praksiser (Winter Jørgensen og Phillips 1999, 83). Et aktuelt eksempel på dette er når markedsdiskursen brukes innenfor helsetjenestediskursen. Helsetjenesten har tradisjonelt sett har vært preget av en velferdsdiskurs. I en slik ny forbrukerdiskurs vil pasienter lett bli omtalt som kunder og tjenester som varer. Eksempelet viser hvordan en endring i helsetjenestediskursen vil påvirke helsetjenesten til å endre seg i en eller flere bestemte retninger. Diskursen virker konstituerende og samtidig forandrende og utviklende for den konteksten den oppstår i. Tekster kan produseres i «repetende» (repetition) eller «skapende» (creation) form. Dersom diskursen stadig praktiseres i et kjent og «gammelt» mønster, peker Fairclough på at den opprettholder eksisterende maktrelasjoner og at den da fungerer som reproduserende av disse (Fairclough 1995, 8).

Når ulike diskursordener lever i ulike kontekster, men der kontekstene er delvis sammenfallende, vil diskursordenene naturlig nok påvirke og påvirkes av hverandre. Innen fødselsomsorgen kan man da tale om at en jordmordiskurs blir påvirket av en medisinsk diskurs og vice versa. For «fødselsdiskursen» har konteksten (både nasjonalt og internasjonalt), som vi har sett i kapittel 3, vært i stor endring de siste 100 år, der for eksempel systematisk institusjonalisering av fødsler har funnet sted. En konstituerende kontekst har bidratt til endring i diskurs og en konstituerende diskurs har bidratt til endring i kontekst gjennom denne tiden. Denne gjensidige påvirkning mellom diskurs og kontekst, der jordmorfaget endres av diskursen og diskursen endrer jordmorfaget er et viktig bakgrunnstykke og utgjør en del av problemstillingen i denne studien.

Som tidligere nevnt, finnes mange ulike diskurser innenfor et domene. Det er altså ikke mulig å snakke om én «fødselsdiskurs». På samme måte finnes det ulike «jordmordiskurser» i de ulike jordmorfaglige miljøene og det som er normen innenfor én diskurs, for eksempel ett arbeidssted, vil ofte kunne avvike noe fra normen et annet arbeidssted. Det er grunn til å tro at det på bakgrunn av felles faglig plattform er svært mange likhetstrekk i jordmordiskursene,

men kanskje kan fokusene og verdier variere. Det er ikke vanskelig å forestille seg hvordan diskursen på en mindre fødestue kan være annerledes enn den som foregår blant ansatte på en høyspesialisert avdeling i en større kvinneklinikk. Videre vil man også lett kunne forestille seg at en jordmordiskurs innenfor et forskningsmiljø er av annen art enn diskursen innenfor ren klinisk virksomhet. Bente Haugs hovedfag-studie (1997) viser også hvordan jordmødre er av ulik oppfatning til medikalisert og teknisk fødselsomsorg, innenfor ett og samme arbeidssted.

På samme måte som en faglig diskurs vil variere vil også «brukerdiskursene» være ulike. Igjen kan vi ta eksempelet med fødestuer eller mindre fødeavdelinger. Kvinner som føder ved mindre enheter hvor tekniske og medikamentelle hjelpemidler kanskje ikke er tilgjengelige, vil sannsynligvis bidra med andre fokus og nyanser i en diskurs enn kvinner som føder ved større fødeenheter. Kvinner som har født før, vil med sine erfaringer bidra til andre diskusjoner og fokus enn kvinner som ikke har erfaring med fødsler. Kontekst og sjanger påvirker diskursen. Diskursen i et nettbasert forum vil sannsynligvis være annerledes enn de diskurser som oppstår i de virkelige møter, i en «face-to-face»- setting. En nettbasert diskurs vil også være preget av fokus og formål for den spesifikke nettsiden, den skriftlige formidlingsformen, anonymiseringen, forventninger om «fellesskap», at teksten ligger åpent og tilgjengelig for andre, og mange flere faktorer.

Det finnes således et mangfold av diskurser innenfor domenet fødselsomsorg. Dersom man tenker seg at alle disse inngår i en slags sum, snakker vi om det som Fairclough, i følge Winter Jørgensen og Phillips, vil kalle for en diskursorden (1999, 83). La oss tenke oss en slik diskursorden og avgrense denne både geografisk, kulturelt og i tid, til vår nasjonale sammenheng og til tiden vi lever i nå. Hvordan snakker man om fødselsomsorg i Norge i dag? Hvilke utsagn er «tillatt» og innenfor normen? Hvilke er ikke det? I denne «ordenen» hersker en slags «fødsels-makt». Hvem er i posisjon og i stand til å utfordre det bestående? Kan man gjøre dette uten å støte for mange eller true etablerte goder, interesser og verdier? Kanskje er det nettopp først når man utfordrer goder, interesser og verdier at bestående maktkonstellasjoner utfordres?

Den tidligere belyste diskusjonen om bruk av epiduralbedøvelse og naturlig fødsel i kapittel 3, viser hvordan to ulike synspunkt hver på sin måte utfordrer normen i diskursordenen. På den ene side utfordrer Rosseland en forståelse av naturlig, ikke-medikamentell fødselshjelp som et

gode (Rosseland, 2015). På den andre side utfordrer Eri og Blix en forståelse av smertelindring med epiduralbedøvelse som et nødvendig tilgjengelig gode, ved å fremheve verdien av å føde uten medikamentell smertelindring (Blix og Eri, 2015). Både Rainer-Atterbrands og Løvendahl Mogstads innlegg viser at temaet engasjerer og synspunktene utfordrer en slags «norm». Videre kan man se av kommentarer i kommentarfeltene i etterkant av innleggene at diskusjonen ikke er avsluttet med de nevnte innlegg, men at tema og utspill engasjerer leserne. Fra å være to innlegg som diskuterer fordeler ved naturlig vs. medikamentell smertelindring i fødsel, dreier fokuset i senere innlegg seg til å handle om hvem som er ekspert og hvem som best har kompetanse til å bestemme og ta avgjørelser i en fødsel; kvinnen selv eller fødselshjelperen (Rainer-Atterbrand, 2015 og Mogstad, 2015).

5.1.2. Fem vesentlige elementer ved Faircloughs kritiske diskursanalyse

Formålet med den kritiske diskursanalyse er å avdekke dominans og skjevheter i maktforhold, og derav fremheve undertrykte stemmer og synspunkt og eventuelle mekanismer som bidrar til dette. Forskningen har således et ideologisk element (Fairclough 1995, 17). Analysen har fokus på selve diskursen og forholdet mellom den og de diskursive praksisene. I følge Winter Jørgensen og Phillips tolkning av Faircloughs kritiske diskursanalyse, utgjør følgende fem punkt hovedtrekk ved metoden:

1. Sosiale og kulturelle prosesser og strukturer har en delvis lingvistisk-diskursiv karakter. Dette medfører at tekstanalyser kan bidra til å avdekke forhold ved sosiale og kulturelle prosesser og således tilføre tradisjonell samfunnsvitenskapelige forskning nye dimensjoner. Videre ligger det også en begrensning i fortolkningen av de lingvistiske trekk, slik at analysen må se tekstdimensjonen i sammenheng med sosiokulturelle dimensjoner.
2. Diskurs er både konstituerende og konstituert på grunn av språkets tette sammenheng med den sosiale praksis.
3. Analyser av språkbruk skal inkludere den sosiale sammenhengen språkbruken oppstår og lever i. Fairclough foreslår en empirisk tilnærming med bruk av en tredimensjonal modell for en slik analyse. Modellen presenteres senere i dette kapittelet.
4. All diskurs fungerer ideologisk. Fordi diskursiv praksis bidrar til å skape og opprettholde maktforhold, fungerer diskursen ideologisk og analysen skal ikke løsrives fra dette elementet.
5. Kritisk diskursanalyse er kritisk forskning og metoden er ikke politisk nøytral.

Diskursanalysen gir kritisk tilgang til sosial forandring fordi den søker å avdekke skjevheter i samfunn og sosiale relasjoner. Av dette kan forskeren vanskelig ha en objektiv tilnærming (Winter Jørgensen og Phillips 1999, 73-76).

5.1.3. Makt og diskurs

Fairclough er opptatt av å identifisere elementer av maktbruk i den språklige praksis og i diskursordenene. Ethvert tilfelle av diskurs bidrar til reproduksjon av maktrelasjoner (Fairclough 1995, 18). Diskursordenene, og alle sosiale prosesser, preges av maktrelasjoner. Disse kan blant annet opprettholdes gjennom hegemoni. Gjennom den diskursive praksis vil man kunne reprodusere de eksisterende maktbalanser eller utfordre disse. Dersom diskursive elementer uttrykkes på nye måter vil den diskursive praksis endre seg. Maktrelasjonene er derfor ikke nødvendigvis konstante, men formes stadig av diskursiv praksis og diskursordenenes bruk av nye sjangre og bruk av diskurser fra andre diskursordener. Om dette sier Fairclough: «Resistance is more likely to come from subjects whose positioning within other institutions and orders of discourse provides them with the resources to resist» (1995, 24). Maktrelasjonene anses som en ustabil likevekt. I denne forståelsen lar det seg ikke gjøre å oppnå varig konsensus. Konsensus er variabel og dominerende betydninger lar seg stadig utfordre. Denne spenningen kan forsyne folk med ressurser til å gjøre motstand mot de dominerende betydningene (Fairclough 1995).

5.1.4. Faircloughs tredimensjonale modell

Metoden som Fairclough foreslår for tekstanalyse, er en praktisk tilnærming der tre dimensjoner både må sees i sammenheng med hverandre og analyseres hver for seg; teksten, den diskursive praksis og den sosiokulturelle komponenten i den diskursive begivenheten (Fairclough 1995, 23). Ethvert tilfelle av språkbruk inneholder alle de tre dimensjonene. Selve *teksten*, og fokuset på egenskapene i denne, utgjør modellens første og «innerste» dimensjon. En detaljert analyse av tekstens egenskaper følges så av et fokus på hvilken *diskursiv praksis* teksten lever i. De to elementene analyseres adskilt men også sammen, fordi de er så tett bundet sammen. Når man skal se på den diskursive praksis, er elementer som tekst-produksjon, -konsumpsjon og -distribusjon sentrale dersom man skal kunne avdekke forhold ved den diskursive praksis som har betydning for selve teksten og vice versa. Den *sosiale praksis* utgjør den «ytterste» dimensjon i modellen (Winter Jørgensen og Phillips 1999, 80). En utdyping av forståelsen av hver enkelt dimensjon presenteres i det følgende:

- Dimensjon 1: Teksten

Gjennom analysen av selve teksten rettes fokus mot grammatiske elementer i de språklige praksisene. Detaljer i teksten, helt ned til setningsoppbygging og bruk av enkeltord, blir gjenstand for analyse. Begrepet «taleren» brukes om den som er forfatter av teksten eller uttaler av språket (Winter Jørgensen og Phillips 1999, 92). Følgende analyseredskaper er aktuelle hjelpemidler:

Interaksjonell kontroll – har fokus på hvordan forholdet er mellom tekstens ulike talere. Hvem setter dagsorden i samtalen og hvilken posisjon får leseren? Er noen av talerne underordnet eller privilegert (95)?

Modalitet – handler om hvordan taleren plasserer seg selv i forhold til utsagnene i teksten. Er talerens tilslutning og affinitet åpenbar? Beskriver taleren sin tilslutning til hendelsene og utsagnene som presenteres? Et eksempel på bruk av ulike modaliteter er ulike måter å uttrykke en følelse eller oppfatning av et fenomen, som gir uttrykk for ulik grad av tilslutning og som også speiler i hvor stor grad utsagnet slår noe fast: «Det er sent», «Jeg synes det er sent», «Kanskje det er litt sent?» (95).

Uttrykk for «tillatelse» og «sannhet» er også former for modalitet (96). Tillatelse uttrykt som for eksempel: «6 uker etter fødsel kan du gå til kontroll hos din fastlege». Eksempelet kan også uttrykkes med «skal», «må» eller «bør». Bruk av modalverb som «burde, kunne, måtte, skulle, tore, ville» (*Store norske leksikon, s.v. «Modalverb-grammatikk»*, lest 29. oktober 2015) uttrykker ulik grad av handlingsrom. Er handlingen fremstilt som en ordre, en anbefaling eller er det et åpent valg? Analyseredskapene kan bidra til å avdekke skjevheter i maktforhold, elementer som er vesentlige i beskrivelser av spørsmål omkring autonomi og medbestemmelse.

Sannhet kan uttrykkes i ulike grader og evt. modereres ved bruk av ord som «kanskje» eller «litt». Eksempler på dette er «anestesilegen var opptatt», fremstilt som en udiskuterbar og objektiv sannhet. Dette kan også sies som «jordmor sa at anestesilegen var opptatt», et utsagn som fremstilles med et subjekt og som en subjektiv sannhet. Utsagnet vil da alltid innebærer en teoretisk mulighet for at det kanskje ikke er en sannhet. Videre kan dette uttrykkes som «jordmor sa at anestesilegen kanskje var litt opptatt» eller «jordmor sa at anestesilegen var

litt opptatt». Alle utsagnene over formidler det samme, men med små nyanseskjeller. Bruk av ulike fremstillingsmåter gir teksten ulike nyanser og de ulike nyansene kan være uttrykk for ulike sosiale strukturer.

Transitivitet – er uttrykk for hvordan begivenhetene og prosessene som blir omtalt, er forbundet med subjekter og objekter i teksten (95). Brukes passiv form eller aktiv form med tydelig aktør? Utsagnet «barnet ble lagt på brystet mitt», er en uttalelse i passiv form der objektet er åpenbart mens subjektet er uttalt. I utsagnet «jordmor la barnet på brystet mitt» er både subjekt og objekt tydelig uttalt.

Disse ulike måtene å fremstille noe på har ulike ideologiske konsekvenser da de forteller om ulike balanser i maktforholdene i den sosiale praksis som teksten beskriver. Å fjerne subjektet fra en handling kan være med på å distansere den handlende fra selve handlingen og således nedtone ansvaret for den. Videre, som i eksempelet her, kan man spørre om talerens valg av ordlyd kan ses som en måte å distansere seg selv som objekt fra det handlende subjektet? I analysen av tekstene vil også andre redskaper kunne være aktuelle. Eksempler på dette kan være å identifisere «konstruksjon av identiteter (etos)» og bruk av metaforer og ordvalg (Winter Jørgensen og Phillips 1999, 95). Et eksempel på dette har vi sett i debatten gjengitt i kapittel tre der jordmødre omtales som tyranner («jordmortyranniet») (Rainer-Atterbrand 2015). Her vil denne metaforen bidra til å understreke debatt-forfatterens poeng, og opplevelse av å være «offer» for et «tyranni». Det vil igjen appellere til leserens forståelse av problemstillingen som sosial undertrykkelse, og kunne bidra til en oppfatning av taleren som utsatt for en urettferdighet som må rettes opp.

- Dimensjon 2: Diskursiv praksis

Når man så skal analysere den neste dimensjonen ved teksten, den diskursive praksisen, blir spørsmål om tekstens produksjon aktualisert. Kritisk diskursanalyse er opptatt av hvilken diskursiv praksis teksten er produsert innenfor. Videre er det fokus på hvilke trekk ved denne diskursive praksis som er konstituerende for de egenskaper og den mening som finnes i teksten. Hvordan former den diskursive praksis teksten, og hvordan former teksten den diskursive praksis?

Både produksjonen og konsumpsjonen av teksten er viktige for analysen av den diskursive praksis. Spørsmål om hvem det er som er taler i teksten, hvem taleren henvender seg til eller ikke henvender seg til, og hvilke kvaliteter taleren tilegner leseren, er aktuelle å stille for å få et inntrykk av de sosiale relasjoner mellom taler og leser. Det er ikke slik at leser av en tekst er passiv i den forstand at mening er produsert før den når leseren. Mening produseres av leser og er ikke nødvendigvis den mening som taler ville uttrykke. Denne produksjonen av mening er en viktig del av forståelsen av den diskursive praksis (Fairclough 1995, 10).

Dersom teksten viser til andre tekster eller inngår i en kjede av tekster, fremstår den som intertekstuell. Analyse av intertekstualitet vil i stor grad kunne vise sammenhengen mellom diskursiv praksis og tekster (Fairclough 1995). Eksempelet i kapittel tre fremstår som en intertekstuell kjede. De ulike talerne svarer på hverandres utspill og deres påstander påvirkes av den forrige talerens ytringer og egne reaksjoner på disse.

Videre er Fairclough opptatt av hvilke sjangre som brukes i den diskursive praksis, og hvordan man eventuelt trekker veksler på sjangre fra andre diskursive praksiser for på denne måte å utfordre og utvikle den aktuelle praksisen. Dette betegnes som interdiskursivitet (Fairclough 1995, 24). Et eksempel på dette er, som tidligere nevnt, når markedsdiskursen brukes innen medisinsk diskurs eller når forbrukerdiskurs blir benyttet innenfor tradisjonell velferdsdiskurs. Dette kan illustreres med en utvikling der den tradisjonelle borgerrollen i større grad preges av en «forbrukerstatus» i møte med offentlige velferdsordninger (Christoffersen 2005 a, 31).

- Dimensjon 3: Sosial praksis

Teksten og den diskursive praksisen er en del av en bredere sosial praksis og kan ikke løsrives fra den konteksten den oppstår i. Det er to viktige aspekter ved denne kontekstualiseringen. Tekstmaterialets diskursive praksis inngår, sammen med annen diskursiv praksis, i en diskursiv orden. De ulike diskursive praksiser - og relasjonen mellom disse og diskursordenen - er viktige for analysen av den sosiale praksis. Hvilke diskurser inngår i den diskursive orden, og hvordan blir disse regulert og distribuert? Videre finnes det elementer i de sosiale og kulturelle relasjoner og strukturer som er ikke-diskursive og som også er med å skape rammen for den diskursive praksis. Dette kan for eksempel være økonomiske eller institusjonelle betingelser, og en kartlegging av disse er nødvendig for å forstå diskursen i sin helhet. Dette

lar seg imidlertid ikke gjøre ved en diskursanalyse, men beskrivelse av den sosiale praksis må foreligge som et bakteppe. Når dette bakteppet blir satt sammen med analysen av den diskursive praksis, vil eventuelle konklusjoner med spørsmål om sosial forandring kunne oppstå (Winter Jørgensen og Phillips 1999).

Når språk og tekst blir uttrykt og konsumert blir sosiale strukturer og maktrelasjoner, som diskursiv praksis formes av, opprettet, opprettholdt eller forandret. Kritisk diskursanalyse bidrar til økt bevissthet omkring rammer som styrer menneskers språkbruk, og språkbruk som styrer sosiale rammer. Nye synsvinkler kan forhåpentligvis åpne for ny og utvidet forståelse av ulike fenomen knyttet til samhandlingen mellom fødselshjelperen og den fødende.

5.2. Valg av metode og tekstmateriale

I denne studien blir det viktig å se på to dimensjoner ved det beskrevne dilemmaet. Dilemmaet har utgangspunkt i berører faglige spørsmål som reises i forbindelse med målsetting om demedikalisering. Samtidig er den relasjonelle samhandlingsdimensjonen viktig, der fødende og fødselshjelper skal finne en felles «vei» i fødselsforløpet, hvor faglig autoritet og den fødendes autonomi begge er vesentlige prinsipper. Fødende kvinners opplevelser av denne samhandlingen er sentrale for forståelsen av dilemmaet.

I en kontekst der en fødende kvinne møter en profesjonell fødselshjelper, vil relasjonen være preget av faste maktstrukturer. Profesjonsutøveren, i denne sammenheng jordmoren, er satt til å forvalte en myndighet på vegne av samfunnet. Dette gir et ubalansert maktforhold da den profesjonelle gjennom sin institusjonelle makt for eksempel vil kunne tildele eller ikke tildele goder til pasienten (Jensen og Ulleberg 2011). Relasjonen mellom den profesjonelle og den som søker helsehjelp er likevel ikke på forhånd gitt, og opplevelsen av god relasjon og godt samarbeid avhenger av en rekke faktorer.

Profesjonelle vil ha mange tanker om og opplevelser av denne samhandlingen, og av dimensjonene i dilemmaet. Den profesjonelle stemme er viktig, og refleksjoner omkring profesjonell rolle og praksis vil være av stor betydning for samhandlingen og utvikling av fag og faglighet. I det moderne helsevesen og i den moderne fødselsomsorgen skal også brukerstemmene løftes frem. En studie om fødekvinners opplevelse av autonomi ville være mangelfull om den ikke baserte sine analyser på et materiale som inneholdt brukernes

stemme. Intensjonen om å få frem viktige elementer i kvinnenens beskrivelser av sine opplevelser har vært til stede fra starten av arbeidet med studien. Innsamling av empirisk materiale gjennom kvalitative dybdeintervju ville kunne gi slik tilgang. Jeg har imidlertid valgt internett som en ny og spennende kilde for innhenting av empirisk materiale; internett har gitt nye kommunikasjonsarenaer også for fødekvinner hvor empirisk materiale ligger åpent og tilgjengelig. Dette datagrunnlaget er lite utforsket og representerer en ny erfaringsdimensjon i moderne fødselsdiskurs. Mammanettsteder som «Babyverden.no» inneholder mengder av rike beskrivelser av opplevelser i forbindelse med fødsel. I kapittel 5.4. gis en fyldigere beskrivelse av søkeprosess og egenskaper ved materialet.

Kritisk diskursanalyse er, som vi har sett i det foregående, en metode som lar språklig praksis gi tilgang til analyse av strukturer og maktdimensjoner i den kontekst tekster oppstår i. Kvinnenens beskrivelser av den helsehjelpen de har mottatt, og av de relasjonene som har oppstått gjennom denne prosessen, er dermed høyst relevante. Det at metoden inngår i en kritisk forskningstradisjon med ideologiske intensjoner om avdekking av dominans og undertrykkelse (Fairclough 1995), er spesielt relevant for profesjonsetiske refleksjoner. Ulike redskap for analyse tar høyde for at tekst, diskursiv praksis og sosial praksis samlet sett vil kunne peke på elementer med høy grad av relevans for fødselsomsorgen.

Gjennom arbeidet med tekstene fra mammanettstedet ble det tydelig hvor relevant dette materialet er for belysning av de aktuelle problemstillinger. Det er spesielt to dimensjoner ved tekstmaterialet som aktualiserer en kritisk diskursanalyse. Relevansen har å gjøre med den diskursive praksis tekstene oppstår i, hvor produksjonen av tekstene og intertekstualiteten er vesentlige forutsetninger for fortolkning:

1. Fødselshistoriene utgjør ikke en direkte kommunikasjon mellom kvinner og helsepersonell. Historiene fremstår som monologer og er kvinnenens fortellinger om sine møter med helsepersonellet. Studien åpner derfor ikke for refleksjoner omkring forståelse av makt ut fra en dialog mellom den profesjonelle og brukeren. I tekstmaterialet er det kun kvinnene som er talerne, ikke helsepersonellet. Tekstene er heller ikke skrevet til helsepersonell. Diskursen er derfor en diskurs som i utgangspunktet er fri for eventuelle tilpasninger til en fagdiskurs. Det faktum at den diskursive praksis oppstår utenfor en faglig sammenheng, gjør at fagpersonenes dominans i form av sin kunnskap ikke er til stede. Et materiale som er innsamlet av en fagperson er ofte produsert til og av den profesjonelle, og vil derfor i større grad være preget av og tilpasset den profesjonelles språk, stemme og forståelse. «Mammanettsted»-tekstene

blir således et materiale som vil kunne gi unik tilgang til en form for «usensurert» tilbakemelding til helsetjenesten. På bakgrunn av dette vil metoden kunne gi tilgang til ny kunnskap om kvinners beskrivelse av egen medvirkning i egen fødselsprosess; kunnskap om kvinners opplevelse av egen status og kunnskap om tillit og makt i relasjonene. Når tekstene ikke er påvirket av en faglig dominans, vil slik kunnskap i større grad kunne utfordre fødselshjelperens faglige forståelse.

2. Mammanettstedets tekster fremstår som uavhengige av hverandre, men også i en intertekstualitet. Intertekstualiteten består i det at tekstene er produsert av kvinner som har født og til kvinner som har født. Kvinnene skriver på den måten til «hverandre», og det er grunn til å tro at talerne således påvirkes av og påvirker hverandres tekster. Av denne grunn gir kritisk diskursanalyse av tekstene tilgang til forståelser av en kultur og et fellesskap der opplevelsen av møtet med en helsetjeneste omtales.

5.3. Søk etter tekster med brukerperspektiv

Som vist i de foregående kapitler er «den moderne fødselsomsorgs dilemma» en aktuell problemstilling. Med ønske om å hente frem brukerstemmen i fødselsomsorgen, har jeg i møte med problemstillingen valgt å søke etter kvinners ytringer på møtesteder som synes aktuelle for dem.

5.3.1. Søkeprosess

Utgangspunktet for valg av tekstmaterialet var en tanke om at kvinner deler verdifull informasjon om sine erfaringer på ulike nettsteder: blogger, nett-aviser, mammanettsider og mammaforum. På jakt etter brukerstemmen i dette landskapet ble søkeordet «fødselshistorier» valgt som utgangspunkt i søkemotoren Google. Et alternativ til dette var ordet «fødsel». Dette ga imidlertid en del «andre» treff en de relevante. Ordet «fødselshistorier» ledet direkte til mammanettsteder og mammaforumene mens ordet «fødsel» for eksempel også ga treff på mange fagartikler eller ulikt informasjonsmateriell.

Et Google-søk med søkeord «fødselshistorier» utført den 28.05.2015, ga uoverkommelig mange treff. Av rekkefølgen i treffene fremkom hvilke nettsteder som på den aktuelle datoen var mest besøkte for dette temaet: «www.babyverden.no», «www.altformamma.no»,

«www.forum.kvinneguiden.no», «www.snartmamma.com», «www.mammanett.no», såkalte mammanettsider/-forum. Det første treffet, og derav mest besøkte nettstedet, var «www.babyverden.no». Det ble etter hvert tydelig at den aktuelle siden hvor kvinner deler sine fødselshistorier på «www.babyverden.no» (også kalt «Babyverden.no»), inneholdt rikelig av det som ville være et relevant tekstmateriale for studien.. Her deler kvinner sine fødselshistorier med egne ord, i fortelling-form, som monologer. Dette er innlegg som ikke har diskusjons-preg men som er rene fortellinger om fødselen, hendelsesforløpet og egne følelser knyttet til egne erfaringer. Det er dette tekstmaterialet som gjøres til gjenstand for kritisk diskursanalyse i denne studien.

5.3.2. Resultat av søk

Som tidligere nevnt er «www. babyverden.no» det mest besøkte mammanettstedet i nasjonal sammenheng. Nettstedet er reklamefinansiert, og har 250 000 ukentlige unike brukere («Annonser på Babyverden?» 2016). Blant annet med bakgrunn i denne utbredte bruken av nettstedet, vurderes disse tekstene som et meget aktuelt kildegrunnlag med stor relevans for studien av dagens fødekvinnens opplevelser. Dette gjør det også mer sannsynlig at man evner å fange et større mangfold av ulike historier, erfaringer, følelser, tanker og meninger. På den aktuelle nett-siden fant jeg den aktuelle datoen 85 fødselshistorier. Gjennom arbeidet med tekstene ble det naturlig å inkludere alle 85 historiene i studien. Det er i utgangspunktet tre grunner til dette valget. For det første er historiene relativt korte. I noen av dem finnes mye relevant materiale, i andre mindre. For det andre er historiene delvis publisert i kategorier. Det å foreta et utvalg av tekster, ville kunne utfordre sikring av tekstenes representativitet. Det tredje og viktigste argumentet for å inkludere alle fødselshistoriene i studien, er den kritiske diskursanalyses fokus på den diskursive praksis. Nettstedets side der fødselshistoriene er publisert, fremstår som en diskurs hvor det oppstår en diskursiv praksis. En grundig analyse av materialet vil nettopp innebære et fokus på hva som er særegent og vesentlig ved diskursen.

Historiene ble skrevet ut og nummerert fra 1-85, i den rekkefølge de er publisert på siden. Fødselshistorie nummer 1 (1) er altså den historien som på datoen for søket var publisert øverst/først på siden. Nettstedet har valgt å kategorisere historiene noe. De fire kategoriene/kapitlene som er brukt er «Fødselshistorier» (nr. 1-13), «Keisersnitt» (nr. 14-21), «Hjemmefødsel» (nr. 22- 29) og «Flere fødselshistorier» (nr. 30- 85). Historiene er ikke

daterte og størrelsen på dem varierer fra 0,5- 4 sider. Alle er publisert med en overskrift og et eller flere bilder, privat foto eller et illustrasjonsfoto. Det kan synes som om overskriften noen ganger er gitt av forfatter og noen ganger laget av redaktør, som et utsnitt fra teksten/ett av sitatene i teksten. I samtlige historier er kvinnen som har født, forteller og forfatter. Historiene, eller narrative, er således mors egen fortelling om egne erfaringer i forbindelse med fødselen.

5.3.3. Tekstmaterialet og analyseprosessen

I arbeidet med tekstene har jeg prioritert å vektlegge ulike uttrykk og detaljer som kan ha betydning for problemstillingen. Ved gjennomarbeiding av fødselshistoriene har jeg sett etter likhetstrekk i teksten (gjerne som bruk av spesifikke ord, vendinger eller spesielle måter å omtale noe på) og forskjeller, samt tematikken de berører. Med andre ord har fokuset vært både på hva de forteller og hvordan de forteller dette. I en kritisk diskursanalyse vil nettopp dette «hvordan» også danne utgangspunktet for «hva». Bruk av ord, vendinger og spesielle uttrykksmåter vil ved hjelp av en analyseprosess bli en viktig del av tekstens budskap.

Jeg har lagt vekt på å lese tekstene med et så «åpent sinn» som mulig, og ikke la min tolkning i for stor grad bli preget av min forforståelse. Jeg ble overrasket over at innholdet var så mangfoldig og absolutt ikke synes å representere en spesiell gruppe fødende. Min forforståelse av diskursen inneholdt en type skepsis til en slik nett-praksis. Et eksempel på dette var tanker om at veldig unge mødre delte tilsynelatende ureflekterte, sensasjonelle og lite troverdige og beskrivelser av egen fødsel. Et annet eksempel på denne forutinntattheten var en tanke om at nettstedet fremstod som et «syte»- eller «klage»-fellesskap, fylt av historier fra kvinner som i stor grad uttrykker misnøye ved den hjelpen de har fått. Gjennom lesingen av materialet ble imidlertid denne forutinntattheten gjort til skamme, og historiene fremstod som troverdige narrative med en tilsynelatende bred «representativitet» fra gruppen norske barselkvinner. Kvinnene skriver ikke mye som forteller om hvem de er, men som leser får jeg forståelse av at her er det både førstegangsfødende og flergangsfødende, yngre og «eldre» fødende, kvinner fra by og landsbygd, kvinner med høyere og lavere utdanning og med opplevelser som spenner fra glede og lettelse til sorg og fortvilelse osv, som deler sine opplevelser.

Videre i lesingen opplevde jeg at min skepsis i stor grad ble endret til interesse og respekt for det materialet som er delt. Dette er kvinnenens fortellinger som de fortrinnsvis deler med hverandre – rett fra hjertet. Det er altså ikke skrevet og delt til meg som fagperson, men til «medsøstre». Med dette materialet som utgangspunkt for analyse, med det formål å løfte frem brukeropplevelser delt på internett, tilføres fagdiskursen en ny praksis.

Tekstene ble først lest relativt raskt og uten stopp ved ulike elementer eller fokus på analysedimensjoner. Ved neste gjennomlesning ble tekstene komprimert slik at følgende temaer ble mer tilgjengelige:

- beskrivelse av tanker og forventninger omkring normalitet og demedikalisering eller medikalisering og ønske om teknisk kontroll i fødsel
- beskrivelse av tanker og følelser omkring det å skulle kontakte fødestedet/melde seg selv med mulig begynnende fødsel
- omtale av seg selv og sin egen rolle og deltakelse underveis i fødselen
- beskrivelse av beslutninger og beslutningsprosesser, tilbud om eller mangel på tilbud om behandling
- relasjonen til fødselshjelperne, omtale av fødselshjelperne og fødestedet og beskrivelse av samarbeid eller mangel på samarbeid
- beskrivelse av tillit eller mangel på dette, enten til egen kropp/seg selv, fødestedet eller hjelpere
- beskrivelser av følelser som redsel, glede, smerte osv.
- beskrivelser som henger sammen med tekstens produksjon og konsumpsjon, for eksempel henvendelser til leseren eller beskrivelse av intensjonen med å dele sin fødselshistorie.

I arbeidet med tekstmaterialet ble innhold som for eksempel babyutstyr, detaljert fremstilling av dagene og tiden før fødsel, middagsbesøk, handleturer og bilturer, detaljer om fremgangen i fødsel (time for time og centimeter for centimeter) klippet bort. Dette gjorde de aktuelle temaene mer tilgjengelige for et videre analysearbeid.

Deretter ble fokuset mer orientert mot både likheter og ulikheter i tekstene. Noen tema og beskrivelser viste seg å være mer gjennomgående enn andre, mens enkelthistorier pekte seg ut som særskilt interessante nettopp på grunn av sin særegenhet. Tekstene ble grundig gjennomgått med fokus på metodens tre analysedimensjoner, med dertil hørende aktuelle analyseredskap, og etter hvert pekte noen hovedtema seg ut som fokus. I dette arbeidet ble det

benyttet fargekoder for å finne sammenhenger, likheter og ulikheter som var aktuelle for fortolkningen.

Etter å ha studert 85 fødselshistorier nøye er det først og fremst ett inntrykk som gjør seg gjeldende: Som leser opplever jeg at opplevelsene og erfaringene som kvinnene deler fra egen fødsel er unike og ulike fra kvinne til kvinne. Spennet mellom fortvilelse og glede, entusiasme og nedstemthet, skuffelse, tillit og mistillit, trygghet og utrygghet osv. er stort, og hvert narrativ representerer sin talers unike opplevelse. Noen av kvinnene beskriver opplevelser der fødselen ikke går slik de har planlagt, men tar en dramatisk vending som for eksempel prematur fødsel, akutte keisersnitt og store blødninger. Andre beskriver hendelsesforløp uten dramatik, og forløp som tilsynelatende har overrasket dem i positiv retning. Felles for dem alle er at de forteller historier der «det går bra til slutt». Ingen av dem angir at egen eller barnets fysiske helse er negativt påvirket av fødselen.

5.3.4. Forskningsetiske betraktninger

Arbeidet med tekstene er et arbeid med fortolkning av menneskers personlige erfaringer som innebærer beskrivelser av til dels sensitiv art. Historiene er anonymiserte, men noen av dem inneholder elementer som kan gjøre dem delvis identifiserbare (se kap. 6.1.1.). Videre er ikke historiene delt med tanke på analyser i vitenskapelig kontekst. Talerne er ikke invitert til deltakelse i et forskningsprosjekt, og de har derfor heller ikke gitt sitt samtykke til at historiene blir gjenstand for forskning.

Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) definerer forskning på kommunikasjon og interaksjon via nettet som «internettforskning» (NESH 2014). Her vurderes materiale fra såkalte åpne fora som fritt tilgjengelig for forskning uten innhenting av samtykke. Likevel er det forskerens plikt å vise aktsomhet og respekt for et materiale som kan ha uklare grenseganger mellom forståelse av offentlig og privat (4). Den som deler sine erfaringer kan selv ha en opplevelse av at informasjonen er privat, på tross av at den er delt i et offentlig fora. Respekten for talerens integritet, privatliv og anonymitet er derfor vesentlig å tilstrebe å ivareta gjennom hele forskningsprosessen. Som leser og fortolker av kvinnenens åpenhjertige fortellinger har jeg ønsket å utvise aktsomhet og respekt for materialet og for kvinnene som har delt historiene sine.

Kvinnenes beskrivelser av opplevelsene virker spontane og til dels usensurerte. I analysen fremstilles mine fortolkninger, som kanskje ikke alltid vil samsvare med det kvinnen har ment å si. Gjennom den metodiske tilnærmingen muliggjøres ikke slik etterprøvbarhet. I analyseprosessen har jeg derfor tilnærmet meg teksten med et grunnleggende ønske om å prøve å forstå. Gjennom hele arbeidet med tekstene har jeg benyttet et rikt antall sitat. Intensjonen med dette har vært å tilstrebe å ikke «miste» kvinnenes stemmer på veien.

I min lesing og fortolkning av tekstene har jeg både personlige erfaringer som sårbar og usikker fødende kvinne med meg, samtidig som «jordmorbrillene» preger min forståelse av mening i tekstene. I den prosessen har jeg ønsket å innta en åpen og kritisk posisjon til praksiser i eget fag, slik at jeg i lesing og analyse primært har forsøkt å se opplevelsene fra kvinnenes synsvinkel. Beskrivelser av den handlende jordmors/fødselshjelpers opplevelser er ikke tilgjengelige i de aktuelle historiene. Fordi jeg som leser også er fagperson, vil jeg likevel kunne forestille meg hendelsene fra fagpersonens ståsted. Jeg har respekt for at det ligger en stor begrensning og mulig feilkilde i denne forestillingen. Den kritiske holdningen til fagutøvelsen er likevel vesentlig, dersom en studie av brukermedvirkning skal ha verdi og kunne tilføre ny kunnskap og forståelse av prosesser i fødselsomsorgen. Dette er nettopp kjernen i den kritiske diskursanalyse, at etablerte maktstrukturer skal kunne kritiseres med det formål å endre/forbedre bestående strukturer i samfunnet (Fairclough 1995).

I de følgende kapitler, Analyse del 1 og 2, sees nærmere på hvordan studiens tekstmateriale utgjør en aktuell diskurs som inngår i en større diskursorden. Videre vil også selve tekstene og forståelsen av den sosiale praksis som disse lever i, være sentral i analysen.

Kapittel 6: Analyse del 1, diskursiv praksis

I kapittel 5 ble det gitt en fremstilling av kritisk diskursanalyse som metode. Som vi har sett, fokuserer Faircloughs analyseredskaper på tre dimensjoner i den språklige praksis: 1. selve teksten, 2. diskursiv praksis og 3. sosial praksis (Fairclough 1995).

I det følgende vises hvordan studiens tekstmateriale både er en del av og et resultat av en diskursiv praksis. Denne praksisen inngår i en diskursorden, og diskursordenen står i relasjon til øvrig sosial praksis, en større sosial sammenheng som danner kontekst for diskursen. I dette kapittelet blir elementer ved den diskursive praksis gjort rede for og analysert. Selve tekstmaterialet vil bli analysert i kapittel 7, hvor også beskrivelser av den sosiale praksis kommer tydelig frem. En slik oppdeling er valgt for å tilstrebe å skape en oversiktlig fremstilling av arbeidet med fødselshistoriene i lys av de ulike analysedimensjonene ved den kritiske diskursanalysen. Dimensjonene behandles likevel ikke uavhengig av hverandre, men står i gjensidige påvirkningsforhold.

6.1. Den diskursive praksis

I forbindelse med presentasjonen av tekstene i kapittel 5 ble enkelte elementer i den diskursive praksis synlige. I det følgende vil flere sider ved denne dimensjonen bli behandlet. Når vi nå skal se nærmere på den diskursive praksis vil produksjonen og konsumpsjonen av teksten være i fokus. I den sammenheng vil det også være aktuelt å se på hvilken sjanger tekstene lever innenfor, og hvilke trekk som er typiske for denne.

6.1.1. Tekstproduksjon og tekstkonsumpsjon

Fødselshistoriene som utgjør tekstene i denne analysen, fremstår ikke i en kjede men mer som en samling av ulike historier med samme tema. «Siden» der fødselshistoriene er delt er sortert under hovedfane «fødsel», underfane «fødselshistorier». Nettstedet «www.babyverden.no» oppgir at de har en intensjon om å drive med opplysning, der fagredaktører inntar en veiledende eller opplysende rolle («Om Babyverden» 2015).

- Om nettstedet, tekstproduksjon, redaksjon og publisering

Nettsider som «Babyverden.no» er medium hvor kvinner - i en fase hvor de høster erfaringer med svangerskap, fødsel og barseltid - leser, beskriver, diskuterer og «chatter» om sine tanker og erfaringer knyttet til disse store hendelsene i sine liv. Nettstedet «www.babyverden.no» sier om seg selv: «Babyverden.no er Norges ledende nettsted for deg som prøver å bli gravid, er gravid eller har barn» («Om Babyverden» 2015) og «Babyverden.no er det største nisjenettstedet for gravide og småbarnsforeldre i Norge, med 250 000 unike brukere hver uke» («Annonserer på Babyverden?» 2016).

Opplysningene er viktige fordi man med dette kan legge til grunn at tekstene på dette nettstedet har stor grad av relevans som beskrivelse av en diskurs i en kultur. I og med at bruken av nettstedet er så utstrakt, er det grunnlag for å anta at tekstene som publiseres der ikke kun representerer «spesielle» eller «sære» gruppers beskrivelser, og at disse fødselshistoriene leses av et «bredt» publikum.

Ved å opprette en anonym bruker vil man kunne delta aktivt i diskusjoner i nettstedets «forum» omkring ulike forhold som angår denne tematikken. Kvinnene forteller, deler erfaringer og spør etter andres erfaringer og råd. Andre brukere kommer til med svar på disse utspillene og dialogen oppstår i lenker som kan pågå over lang tid. På denne måten pågår en dialog mellom mennesker som ikke kjenner hverandre, men som fremstår med et brukernavn slik at de evt. kan følge hverandre over en tid. De kan også finne sammen i ulike grupper, for eksempel basert på når de har termin, og slik følge hverandre tett. I forumene, som er en del av nettstedet, er ikke spørsmålene rettet til fagpersoner men til «medsøstre». Andre faner på nettstedet er laget for å ivareta en opplysningsintensjon. «Babyverden.no» sier om seg selv:

«Vi ønsker at Babyverden skal være en side som du bruker aktivt. Enten du velger å følge svangerskapet eller utviklingen til barnet ditt på "min side", bruke våre smarte verktøy eller søke deg fremt til et emne som opptar deg. Her finner du informasjon om alt fra svangerskapskvalme, kynnere og fødsel til søskenkjærlighet og trassalder. På Babyverden kan du også stille spørsmål til jordmødre, ammehjelper, farmasøyt og helsesøster, og utveksle meninger og erfaringer i vårt populære diskusjonsforum. Vi har et panel av fagfolk som konsulenter og artikkelforfattere som kvalitetssikrer artiklene våre.» («Om Babyverden» 2015)

Ytringene og dialogene ligger åpne for alle som vil lese, og leseren må ikke opprette en egen bruker for å få tilgang til tekstene. Alle mennesker med interesse for tematikken kan således lese alt som ligger publisert på sidene. For leseren kan det se ut som at mange kvinner bruker nettstedet til å finne sammen med «medsøstre» i et felleskap hvor man kan dele gleder, bekymringer, frustrasjon og undring, samt finne svar på mange av de spørsmål som man har som gravid, fødende og nybakt mor. I flere av fødselshistoriene henvender taleren seg direkte til leser, der leser innforstått er en «medsøster». Følgende sitater viser denne intersubjektiviteten:

Kom dere på fødestua i tide... (5)

Keisersnitt er ingen enkel måte å føde på (40)

Til alle fødende: Jeg håper dere får en fin fødsel som min!(44)

Noen fødsler går ikke som planlagt. Men dere skal vite at det er verdt det når det går bra til slutt (69).

Denne moderne formen for kommunikasjon er en interessant og etter mitt syn en sentral kilde til kjennskap til og kunnskap om «brukerstemmen» i fødselsomsorgen i dag. I vår tid er nettbasert kommunikasjon og nettbaserte forum mer enn tilfeldig meningsutveksling og en arena hvor ordet er fritt og ytringen uforpliktende. Det er grunn til å tro at forumene også utgjør et betydelig «kvinnefellesskap», der utveksling av erfaring som kanskje før ble gjort i samværet med andre kvinner som sto en nær, nå har funnet sin arena i en ny og anonym form. En slik endring i diskursiv praksis vil påvirke språket. Det som før var muntlig, vil gjennom denne praksisen være skriftlig, men ofte skrevet i muntlig stil. Det kan tenkes at det som før var ømfintlig, «privat» og kanskje vanskelig å ta opp, i større grad kan få uttrykk fordi det gjøres i en anonymsammenheng. Fremmede kvinner blir «medsøstre» som trøster hverandre, forstår hverandre og «parkerer» hverandre. Ordet er fritt, men likevel underlagt en viss sensur.

Nettaktøren «Babyverden.no» opplyser om at de forholder seg til pressens «vær-varsom-plakat» og «redaktørplakaten». Videre oppgir de at de foretar kvalitetskontroll av råd og ideer som publiseres på deres nettside, men at de ikke kan garantere for kvaliteten av rådene som legges inn av besøkende. Videre sier de om seg selv at:

«Babyverden forbeholder seg retten til å anonymisere personer som nevnes i innlegg fra den enkelte bruker. Babyverden forbeholder seg også retten til, etter eget skjønn, å redigere bort støtende eller på annet vis upassende deler av innlegg.» («Vilkår for bruk», ikke datert)

Nettstedet viser til en «policy» og en praksis der redaktører redigerer bort ord og budskap som ikke er ønsket publisert på nettsiden. Det er grunn til å tro at den sensuren som nettstedets redaktører utfører, hindrer publisering av eventuell negativ omtale av navngitte sykehus eller personer. Slike beskrivelser er ikke å finne i tekstene. Videre er det grunn til å tro at nettstedet også redigerer bort eventuelle innsendte tekster der kvinner i u-anonymisert form blottlegger egen sårbarhet, eller tekster som kan bidra til at gravide (eller andre) lesere får et svært unyansert bilde av en helsetjeneste eller en prosess som kun bidrar til å skremme. At gravide kan «google» seg til fødselsangst (Dåstøl 2015) er en omtalt problemstilling som nettstedet aktivt må forholde seg til som profesjonell og seriøs aktør i et nett-marked.

- Motivasjon til å skrive og publisere

Fødselshistoriene er kvinnenens fremstillinger av egne opplevelser i forbindelse med fødsel. «Babyverden.no» oppfordrer kvinner til å sende dem sin fødselshistorie. Etter min forståelse fungerer dette slik at kvinnene sender fødselshistorien sin på e-post til redaktør eller deler den i forumet. Redaktør plukker dem da fra forumet og legger dem på den aktuelle siden. Om redaksjonen sier «Babyverden.no» at de «... forbeholder seg rettigheten til å redigere og refusere innsendte bidrag» («Slik sender du inn din fødselshistorie», ikke datert).

Det aktuelle nettstedet er ikke konstruert slik at kvinner bes personlig om å skrive og publisere egne erfaringer. Nettstedet har en åpen oppfordring til leserne, og etter min forståelse velger kvinner selv aktivt å skrive og publisere egen historie. Det kan synes som om det foreligger en egen motivasjon og et eget ønske om å få delt sin historie. På bakgrunn av dette kan man gjøre seg tanker om at taleren muligens har et behov for å få fortelle og et behov for å bli hørt, lest og kanskje også sett? I en kulturell sammenheng der sosiale medier har mye plass i mange, spesielt unge menneskers liv, er det å publisere en fødselshistorie på internett kanskje ikke så annerledes og langt fra moderne nett-praksis der bilder, kommentarer og reportasjer fra eget liv daglig postes og sendes til et bredt publikum.

Men det å dele en fødselshistorie er ikke spesielt «nymotens» eller spesifikt kulturelt betinget. Det kan synes som om det å få fortelle ligger som et sterkt ønske hos mange, og jordmødre har bred erfaring med å lytte til kvinners fødselshistorier. Historier om fødsler deles om de er

relativt nye eller 50-60 år gamle, og kvinner husker ofte godt detaljene i erfaringene. Å dele sin fødselshistorie med noen som vil lytte kan gjerne ha terapeutisk effekt for noen. Videre kan man tenke at fødsler generelt sett er hendelser som er så sjeldne, store og skjellsettende i den enkeltes liv at det er situasjoner som ikke skal glemmes, opplevelser som det er godt å få dele med noen.

De fleste av fødselshistoriene i studiens tekstmateriale inneholder begrenset med opplysninger om hvorfor taleren har valgt å skrive og dele sin historie. I noen av historiene kommer det imidlertid tydelig frem hvilken intensjon taleren har ved å skrive og dele sin fødselshistorie:

Jeg vil dele min fødselshistorie for å vise at det ikke trenger å ta så lang tid selv om man er førstegangsfødende (77).

Vi gravide får med oss mange skrekk-fødselshistorier... det er slike historier man IKKE ønsker å høre om... man blir stressa for man vil jo at alt skal gå som det skal. Jeg synes det er altfor lite av fine og flotte fødselshistorier, så derfor deler jeg min... (56)

Noen fødsler går ikke som planlagt. Men dere skal vite at det er verdt det når det går bra til slutt (68)

I disse utsagnene blir intersubjektiviteten i tekstene tydelig, i det kvinnen direkte eller indirekte henvender seg til andre gravide og nærmest uttrykker et omsorgs-ønske for leseren. I dette kan det se ut til å ligge et ønske om å gjøre leseren trygg i forkant av sin fødsel. En annen kvinne angir at det å få dele sin historie nærmest har hatt terapeutisk effekt på henne:

Nå som jeg skriver historien, kjenner jeg at dette var ganske tøft. Jeg har felt noen tårer mens jeg skrev fødselshistorien. Men det var godt å få tenkt gjennom det, og satt ord på det. (63)

Historiene har et emosjonelt preg, da kvinnene i stor grad beskriver følelser i opplevelsene de gjengir. Noen av historiene har en lett og glad undertone der budskapet er positive følelser som beskriver lettelse, takknemlighet og glede for opplevelsen og prosessen underveis. De historiene som inneholder navn på fødested er alle av en slik karakter. Videre beskriver noen av historiene mer nedstemthet, frykt og skuffelse. Flere av historiene munner ut i en takknemlighet for at det gikk bra- mot alle odds! Eksempel på dette sistnevnte:

I vår familie har vi tunge fødsler, så jeg følte meg utrolig heldig siden det ikke ble slik for meg (46)

Hadde ikke riene mine startet den dagen, kunne vi dødd begge to... min mirakelbaby (83)

Hadde jeg ikke kranglet meg til den sjekken, kunne det gått veldig galt (52)

Ut fra beskrivelsen som forteller at «det gikk bra – mot alle odds» eller intensjon om å trygge «medsøstre», kan det se ut som mange har et krevende utgangspunkt før de skal føde. At gravide er usikre og redde i forkant av fødsel er ikke så uvanlig, og kanskje en del av en naturlig forberedelse til det forestående. Likevel kan man spørre om hvilken rolle diskursiv praksis spiller i fødselsforberedende forbindelse. Det finnes et utall av eksempler som kan peke på «nettets» og medias ansvar for å gjøre kvinner engstelige før fødsel. Dette blir nærmere kommentert og eksemplifisert i avsnittet om forholdet mellom diskurser i en diskursorden.

- Anonymitet

Talerne i tekstene i denne studien må i all hovedsak kunne sies å fremstå som anonyme. Det er ikke mye leseren kan finne ut om taleren, men enkelte elementer gir opplysninger som er delvis identifiserbare.

I publikasjonen av tekstene kan kvinnene legge ved bilde av seg selv eller barnet. Dersom fødselshistorien er delt på forumet, kan kvinnen ha et brukernavn som inneholder hennes for- eller etternavn. På den nettsiden hvor fødselshistoriene i denne studien er publisert, er imidlertid ikke talerens brukernavn gjengitt. I tekstene velger de fleste å fremstå som anonyme eller delvis anonyme. Noen av historiene inneholder elementer som kan være identifiserbare, som for eksempel mannen eller barnets fornavn. I et par av historiene kommer talerens alder frem, som i dette eksempelet:

... en uke etter 18 års dagen min... (38)

Videre er det noen av kvinnene som skriver at de har født en eller flere ganger før, mens flere oppgir å være førstegangsfødende, som i følgende eksempel:

Jeg ventet mitt første barn (84)

Enkelte av historiene forteller noe om sivilstatus, boligforhold, egen alder og navn på stedet hvor de føder. På bakgrunn av at de fleste historiene ikke inneholder slike opplysninger, er det ikke mulig i denne studien å vite så mye om informantene, om de er i den ene eller andre aldersgruppen, om de har mange barn, hvor de føder, sosiale forhold osv. Det som kan identifiseres som felles for dem, er at talerne er kvinner som deler sin erfaring med og opplevelse av egen fødsel.

Det er grunn til å tro at den anonyme statusen til talerne i tekstene påvirker både språk og innhold i historiene. Anonymiteten bidrar til at den som er taler ikke må stå til ansvar for sine utsagn i «den virkelige verden». Det kan medføre at taleren blir mer fri i sin ytring og at tekstene er underlagt en mindre grad av sensur enn de ville vært om de ble delt under andre forutsetninger. Dette forhold gir spennende tilganger, fordi det er grunn til å tro at taleren i liten grad føler behov for «å veie sine ord» eller pynte på sannheten. På den andre siden kan man risikere at ytringene er lite veloverveide. Spontanitet og stor grad av frihet til å skrive det man selv ønsker, vil både være en styrke og en svakhet i en analyse av disse tekstene. Innholdet må derfor tolkes med bevissthet omkring begge disse forhold.

- Styrker og svakheter i sjangeren

Kvinnenes fødselshistorier er et spennende tekstmateriale fordi de er en direkte fortelling fra brukerens perspektiv om erfaringer de gjorde seg under sin fødsel. I materialet finnes det eksempler på sitater som tyder på at flere av tekstene er skrevet relativt kort tid etter fødselen, mens andre er skrevet flere år etter fødselen. I sitatene som følger ser vi eksempler på tidsangivelse for produksjon av teksten:

Nå har det gått noen måneder (68)

Lillesøster er nå 2 ½ år gammel...(64)

Det kan tenkes at de som har deltatt i en gruppe på forumet, venter på hverandres fødselshistorier. Disse kvinnene har gjerne delt hverandres gleder, følelser, tanker og bekymringer i løpet av svangerskapet. Det er grunn til å tro at disse kvinnene deler historiene sine i relativ nær tid til fødselen. Om historiene produseres i nær tid til hendelsen de beskriver eller i lang tid etter, kan bety noe for innholdets pålitelighet. Det at tekstene kan ha ulike forutsetninger omkring produksjonen, trenger likevel ikke ha så stor betydning. Tekstene

fremstår som troverdige og «ekte», og nærhet i tid til hendelsen som beskrives synes irrelevant. I denne sammenheng er det nærhet til opplevelsen som har relevans. Kvinnene gjengir egne opplevelser, noe som også blir tydelig gjennom tekstenes detaljerte beskrivelser av hendelsene, kombinert med emosjonelle beskrivelser.

Videre kan man få inntrykk av at historiene deles i relativt usensurert form, muntlig stil og gjerne skrevet litt «i farta», gjerne på mobilen (i flere av historiene er dette oppgitt). Dette gir tekstene både en styrke, men også en svakhet. Det er ikke mulig å etterprøve utsagnene med spørsmål. Noen av tekstene inneholder beskrivelser av sterke følelser og opplevelser som en leser eller mottaker i en face-to-face setting etter stor sannsynligvis ville hatt en reaksjon på, en reaksjon som man kan tenke seg kunne fremkalt en bekreftelse eller korrigerende utspillet. Sjangeren som her er brukt, mangler denne responsmuligheten. Taleren kan være bevisst på dette og selv ha en relativt streng sensur ved tekstproduksjon. Videre kan det også tenkes at denne sensuren ikke er tilstede.

Det at mange av tekstene tilsynelatende fremstår i en spontan «rett-fra-leveren»-form, vil jeg velge å se på som en av styrkene i tekstmaterialet. Som fortolker må bevisstheten omkring evt. svakheter og feilkilder i en slik form være tilstede. Likevel kan en vektlegging av gevinstene ved en slik usensurert form absolutt være en styrke når man er på jakt etter brukers opplevelser. Eksempelvis vil kvinners historier i et intervju mellom en jordmor og en kvinne som har født, sannsynligvis bære preg av at vedkommende lytter er jordmor, og kanskje vil man slik miste verdifull informasjon om kvinnens opplevelse av egen «brukerstatus».

Som vi vil se i analysearbeidet med selve teksten, har fødselshistoriene mange likhetstrekk seg imellom. Sjangeren fremstår som relativt homogen, ikke nødvendigvis med tanke på hendelsene som beskrives, men med hensyn til hvordan de fortelles. Elementer i dette vil bli behandlet i kapittel 7, men her vil jeg bemerke at homogeniteten kan ses som et uttrykk for en intertekstualitet. Det er grunn til å tro at den som er taler av en fødselshistorie, også er leser av mange av de andre historiene. I en slik forståelse vil taleren «arve» sjangertrekk fra andre talere. Fenomenet er vesentlig å legge merke til for forståelsen og fortolkningen av den diskursive praksis.

- Om forholdet mellom diskurser i en diskursorden

På «Babyverden.no» deles tekster mellom kvinner som har det til felles at de vil dele opplevelser fra sine fødsler med hverandre og med omverden. Denne tekstdelingen kan vi kalle en diskurs. Diskursen inngår i en diskursorden. I denne sammenheng kan vi tenke oss at alt språk og all tekst som produseres om temaet fødselsomsorg, inngår i en slik orden. De ulike diskursene står i gjensidig påvirkningsforhold til hverandre. Forståelse av sammenhengen mellom de ulike diskursive praksisene er en del av forståelsen av den sosiale praksis. Mer om denne dimensjonen fremstår som beskrivelser i kapittel 7. I det følgende skal vi se hvordan den diskursive praksis på «Babyverden.no» lever i relasjon til annen diskursiv praksis.

Diskursen på «Babyverden.no» synes i stor grad å være relativt fri for deltakelse fra fagpersoner. Historiene utsettes imidlertid for redigering av en redaksjon (herav en fagredaktør) og kvinnene publiserer åpent på nettet, noe som medfører at taleren vet at også profesjonelle kan lese dette. Foruten disse forhold er det en diskurs uten faglig innblanding. Fødselshistoriene blir ikke delt i dialog mellom bruker og profesjonell, og balanser i maktforhold kan ikke leses ut fra den enes ord til den andre osv. Fordelen med en diskurs som i utgangspunktet er fri for profesjonelle deltakere, er at talerne ikke nødvendigvis har en sensur eller tilpasning på bakgrunn av det å tilhøre en gruppe som «vet mindre». Man kan tenke seg at det i en slik tekstproduksjon i utgangspunktet ikke er enkelte talere som har en sterkere makt-posisjon på bakgrunn av en fagkunnskap, som andre talere eller leseren mangler. I monologene blir innholdet i fortellingen en beskrivelse fra den ene aktøren i situasjonene. Handlinger og kommunikasjon beskrives, og kvinnens egen forståelse av egen status blir utgangspunktet for å se etter maktbalanser i relasjonene i fødselsforløpet.

Andre diskurser om samme tema vil kunne være mer preget av kontakt og dialog mellom profesjonelle aktører (jordmor eller lege) og fødende/ pasient. Eksempler på dette kan være samtalen mellom barselkvinne og helsesøster på en helsestasjon, samtale mellom gravid og jordmor, helseopplysninger på nett eller i brosjyrer, eller diskurser i media.

Som vi har sett, kan for eksempel faglige diskurser være preget av ulike holdninger, kulturer og fokus. Media er en annen aktør i diskurser om fødselsomsorg. Mediadiskurser kan ha en tendens til å fremme det sensasjonelle. Det er grunn til å tro at diskursen på «Babyverden.no» er preget av det talerne har tilgang til fra både fagdiskurser og mediadiskurser. Mange ulike

oppslag i media utgjør en del av konteksten som nødvendigvis vil prege kvinnenes historier. Sommeren 2015 kunne man for eksempel lese i en overskrift i Aftenposten at «jordmødre frykter «fød and go»- tilstander» i forbindelse med plassproblemer på fødeavdelingene og opplevelsene til den førstegangsfødende kvinnen som ikke slapp inn på fødeavdelingen ved Ullevål sykehus før hun hadde syv centimeter åpning (Dommerud og Fjelltveit 2015). Videre kan man lese at flere kommuner i utkantstrøk mister ordningen med følgetjeneste av jordmor (Røys 2015) og at «Jordmordekningen på sykehusene er urovekkende dårlig» (Schjelderup-Eriksen 2015). ABC nyheter skrev at «Fødetoppen har gått fra vår til sommer: - Jordmødrene er utslitte» (Løvik 2015), mens det i følge avisen Vårt Land er et fenomen at «googling» gir fødselsangst (Dåstøl 2012). Medieoppslagene er en del av kulturen og preger de diskursene som omhandler fødselsomsorg i vårt samfunn. Oppslagene vil også prege diskurser på nettet, og en av kvinnene i tekstmaterialet gir uttrykk for å ha lest en del negative tekster når hun skriver følgende: *noe så sjelden som en fin fødselshistorie* (56). Hun uttrykker her hvordan hun opplever at kulturen er preget av det motsatte av «fine» fødselshistorier. Fødselshistoriene i denne studiens materiale fremstår i stor grad som positive beskrivelser, noe jeg forstår som en kontrast til det denne taleren forteller. Dette kan selvfølgelig ha noe med redaksjonen på nettstedet å gjøre, samtidig som vi i eksempelet over ser hvordan talerne «tar ansvar for» hverandre gjennom å sørge for at kvinnene som leser på nettstedet møtes av positive beskrivelser.

Interdiskursivitet oppstår når sjangertrekk fra en diskursiv praksis tas i bruk i en annen praksis. Interdiskursivitet kan utfordre bestående maktrelasjoner. Diskusjonen i kapittel 3 er et eksempel på en slik interdiskursivitet. Faglige innlegg hentes fra en sykehusblogg og får et «media-uttrykk» gjennom nettavispublisering. Det samme gjøres med mer private blogg-innlegg. Nettavisen blir en blanding mellom blogg-sjangeren der mote, bollebakst og «det dagligdagse» lever side om side med faglig-vitenskapelig diskurs. Denne moderne formen for diskurs må ses som en spennende tilførsel til diskursordenen fordi ulike aktører kan «møtes» og kommunisere i en kontekst der flere sjangre kan leve side om side. Eksempelet hentet fra en nettavis viser hvordan sammenblanding av de ulike sjangrene er «tillatt» i en ny diskursiv praksis. En slik ny praksis vil kunne utfordre de bestående maktrelasjoner fordi «nye» stemmer lettere kan nå frem med sitt budskap når det på denne måten dannes en ny og felles akseptert arena for diskusjon og dialog.

Om sammenhengen mellom ulike diskursive praksiser utfordrer bestående maktrelasjoner er vanskelig å svare på. Sammenhengen mellom «babyverden»-diskursen og den faglige diskurs er kanskje det viktigste momentet her. For det første er det, som vi har sett, tilsynelatende liten innblanding av faglige «stemmer» i diskursen. Gjennom sjanger og diskurs later kvinnene til å oppnå et slags fellesskap med hverandre. Dette fellesskapet blir en arena for felles forståelse og felles meningsdannelse. Det å delta i en slik diskurs på en slik arena, kan være et uttrykk for opplevelsen av sin underlegne posisjon i relasjonen med den profesjonelle. På den andre side er det kanskje ikke en bevissthet omkring en eventuell slik mekanisme. Det faktum at historiene har et «lett» og «hverdagslig» uttrykk vil kunne motsi argumenter om at fellesskapet fungerer som en arena hvor kvinnene samler seg for «å stå sammen mot den faglige autoritet». Kvinnenes historier virker beslektet med elementer fra en type «blogg-sjanger» hvor historier om fødsler gjengis i en lett «tone», der hverdag, innkjøp, bollebaking, jobb og hus framstår med sin naturlige plass i fortellingene. Sammenblanding av «lette» hverdagshendelser og «tyngre» fødselsopplevelser kan ses som et ønske om å «normalisere» opplevelsene. Videre kan det også ses som en aksept av det bestående. Dersom fødselshistoriene faktisk er beskrivelser av underlegenhet i møte med det profesjonelle apparatet, kan det synes som om enkelte «lette» sjangertrekk ved nettdiskursen nettopp er i konflikt med alvoret i beskrivelsene.

For det andre tilføres fagdiskurs nye elementer når denne studien henter tekster fra en brukerdiskurs inn i en faglig sammenheng. Belysning av og fokus på hva talerne i fødselshistoriene har å fortelle og tilføre fagdiskursen, vil kunne utfordre bestående maktrelasjoner i den diskursive orden. Slik sett blir kvinnenes stemmer gitt mer makt gjennom dette arbeidet.

Gjensidig påvirkning mellom ulike diskurser vil være en del av beskrivelser av den sosiale praksis som diskursene inngår i. Den sosiale praksis vil bli mer utførlig behandlet i kapittel 7.

6.2. Uttrykk for tanker om demedikalisering/ medikalisering.

Gjennom arbeidet med denne studien har jeg hatt jeg stor interesse for å undersøke om kvinner uttrykker en «grunnholdning» til fødsel og til «normalitet» i fødsel som eventuelt er i konflikt med eller samsvar med en faglig målsetting om demedikalisering. Problemstillingens første del reiser følgende spørsmål omkring dette som er beskrevet som «den moderne

fødselsomsorg dilemma»: «På hvilken måte blir «den moderne fødselsomsorgs dilemma» berørt gjennom brukerstemmenes historier om egne fødselsopplevelser»?

Spørsmål om demedikalisering/medikalisering og eventuell harmoni/disharmoni mellom brukerinnstilling og faginnstilling er altså formulert som et dilemma. Samtidig handler dilemmaet om brukermedvirkning, eller pasientautonomi, også formulert som et eget spørsmål i problemstillingens del to. For å kunne svare på den første delen av problemstillingen, vil beskrivelser av demedikalisering eller medikalisering i kvinnenes tekster være relevante. I dette ligger for eksempel uttrykk som omhandler normal/naturlig fødsel, igangsetting, medikamentell smertelindring (for eksempel epiduralbedøvelse), forløsningsform (for eksempel keisersnitt). Det kan også være om det er uttrykk for spesifikke holdninger/ innstillinger i den ene eller andre retning, eller uttrykk for disharmoni mellom egne og fagpersonens preferanser omkring spørsmål som angår demedikalisering.

Tidlig i studieprosessen ble det tydelig at kvinnene i sine tekster relativt beskjedent uttrykker holdninger eller tanker med eventuelle preferanser omkring medikalisering eller demedikalisering. Ingen av kvinnene problematiserer dilemmaet direkte i sine tekster. Dette er en interessant oppdagelse sett i forhold til hvor stort temaet kan synes i faglig sammenheng. På den ene siden vil man kunne si at et tilnærmet fravær av problematisering av temaet er oppsiktsvekkende. På den andre siden er det kanskje også ganske naturlig at fagpersoner har fokus på noen problemstillinger, mens brukere og pasienter ser utfordringene på annet vis. I dette kapittelet skal vi se hvordan analysedimensjonen diskursiv praksis kan bidra til å belyse en slik observasjon.

Det kan tenkes at den faglige målsettingen om demedikalisering, sett i sammenheng med prinsipp om brukermedvirkning og eventuelle utfordringer med å kombinere disse, er en faglig og fødepolitisk debatt og ikke en debatt som fødekvinnene i stor grad forholder seg til. På den ene siden kan man tenke at beskrivelser av et slikt dilemma krever en fagsforståelse fordi målsettinger om demedikalisering først og fremst er beskrivelser av faglig uttalte utfordringer. På den andre side vil debatten i kapittel 3 kunne motsi en slik påstand. Her går en bruker og blogger til angrep på jordmorfaglig argumentasjon om verdien ved den naturlige fødsel (Rainer-Atterbrandt 2015). Eksempelet viser at problemstillingen lar seg håndtere også fra et brukerperspektiv. Det vil derfor være grunnlag for å forstå det beskjedne uttrykket på annet vis. I min forståelse kan dette være uttrykk for flere forhold som angår diskursiv

praksis. Jeg vil komme tilbake til dette i kapittel 6.2.2. Først skal vi se på hvordan noen av talerne forteller om at de ønsker naturlig fødsel eller fødsel med epiduralbedøvelse. Når jeg her velger å trekke frem noen eksempler, minner jeg om at et av analysens poeng knyttes til at temaet er lite behandlet. Når sitatene som følger likevel er viet plass, er det fordi de gir tilgang til fortolkning av hvordan noen av kvinnene omtaler beskrivelser av ønske om eller ikke ønske om intervensjon.

6.2.1. Forståelse av normalitet

I eksemplene som følger ser vi noen taleres beskrivelse av erfaringer med ønske om, eller ikke ønske om, intervensjon i sin fødsel:

Jeg hadde lenge sett for meg hvordan fødselen skulle bli. Jeg ønsket å føde i vann og ta ting som de kom (4)

Jeg ble flyttet til et annet rom som hadde badekar, for jeg ønsket ikke vannfødsel... jeg skrek og hylte etter epidural... Jeg skulle endelig få epidural. (43)

Jeg skrek «Epiduraaaaa!» før jeg fikk sagt hei til jordmødrene (47)

Andre sitater viser et utgangspunkt med ønske om normal/naturlig fødsel der kvinnen underveis ønsker epiduralbedøvelse:

Jeg hadde valgt å føde på en jordmordrevet avdeling med kun vann og akupunktur som smertelindring... Det var så vondt at jeg ba mannen fikse epidural fort... (34)

Jeg ville egentlig føde uten [epidural], men orket ikke mer... (40)

Kvinnene i eksemplene som følger, omtaler et ønske om å kombinere det «naturlige» med intervensjoner som epidural og igangsetting.

Jeg satt i badekar/ basseng fordi jeg ønsket vannfødsel ... jeg fikk epidural, som dessverre gjorde at jeg ikke kunne føde i vann. Men jeg er glad for at jeg tok den, for da fikk jeg en pust i bakken (56)

Jordmor spør meg om jeg har noen ønsker. Jo, jeg vil i badekar sier jeg. Det går dessverre ikke siden du er satt i gang får jeg som svar og blir kjempeskuffa. Smertene var så vonde nå at jeg måtte ha epidural, men det fikk jeg heller ikke... fikk jeg endelig epidural (72).

I min forståelse av sitatene over, er ønsket om vannfødsel/badekar et uttrykk for et ønske om en naturlig tilnærming til fødsel, et ønske om å benytte tilgjengelig ikke-medikamentell smertelindring. Ønsket harmonerer med faglige målsettinger om demedikalisering, om å benytte «minst mulig unødige inngrep»... «og med riktig intervensjon der det er nødvendig» (Helsedirektoratet 2010, 27). Videre endrer kvinnene oppfatning underveis og ser at de har et behov for epidural smertelindring. I eksemplene kan det synes som om kvinnene ikke har vært kjent med at intervensjon som epidural eller igangsetting ekskluderer muligheten for naturlig fødsel med bruk av badekar. Dette kan ses som uttrykk for at kvinnene ikke kjenner til sammenhengen mellom intervensjoner og begrensning i normalitets-/naturlig-forståelsen. Eksemplene kan foreslå en fortolkning av et brukersyn der normalitet og intervensjoner blir tettere knyttet sammen. En annen taler bekrefter denne fortolkningen:

Jeg må si at det ble en drømmefødsel som førstegangsfødende, selv om det ble helt uten smertelindring (84).

Kvinnen i det siste eksempelet har tidligere i fødselshistorien beskrevet hvordan hun ikke rakk å få epiduralbedøvelse men at annen smertelindring ble forsøkt (uten at hun opplevde effekt av dette). Etter min forståelse uttrykker kvinnen her at smertelindring - tolket som epiduralbedøvelse - er en ingrediens i hennes «drømmefødsel». Hva som er «drømmen» i forbindelse med fødsel, vil være subjektivt og avhengig av en rekke faktorer. Det er likevel grunn til å tro at det i dette ligger et mer universelt ønske om et godt utfall med et friskt barn og en frisk mor. En «drømmefødsel» i et jordmorfaglig perspektiv med et demedikalisering-fokus, vil nok i utgangspunktet være epiduralfri. Likevel vil dette være situasjonsbetinget, og epiduralbedøvelse vil i mange sammenhenger nettopp være en god og nødvendig intervensjon.

Fødselshistorienes beskrivelser av epiduralbedøvelse er interessante fordi flere av dem samtidig beskriver et ønske om en så naturlig fødsel som mulig. Her aktualiseres spørsmålet om «naturlig» og «normalt». Det kan synes som om ulike diskurser kan ha ulike forståelser i

møte med dette. Dette ser vi også i diskursen i kapittel 3, hvor det fremkommer en ulik forståelse av hvordan «normal» fødselsomsorg skal og bør være. En anestesilege og to jordmødre har ulike syn på hva som bør være «normen», mens en representant fra brukerne hevder sterkt at det alltid må være kvinnens valg (Rosseland 2015, Blix og Eri 2015, Rainer - Atterbrandt 2015). Diskusjonen knytter studiens to spørsmål sammen og speiler således «dilemmaet».

Spørsmålene handler ikke enestående om epiduralbedøvelse eller ikke epiduralbedøvelse, men om hvordan aktørene uttrykker forståelse og vektlegging av ulike verdier og prinsipper. En jordmor som er opptatt av å bidra til demedikalisering, vil være opptatt av hvordan hun best mulig kan hjelpe kvinnen gjennom fødsel uten unødvendig intervensjon. Epiduralbedøvelse (og annen intervensjon) vil noen ganger være nødvendig og noen ganger unødvendig. Hvem av aktørene som skal definere når intervensjon er nødvendig vil noen ganger være krevende å balansere, og ulike forståelser henger blant annet sammen med kunnskap om prosesser og sammenhenger. Fagpersoner har tilgang til annen kunnskap og innsikt enn brukere og pasienter har, mens brukeren har individuell kunnskap om seg selv. Rainer-Atterbrandt peker nettopp på denne vektleggingen av ulik kunnskap; fagkunnskapen og den fødendes kunnskap om seg selv (2015).

6.2.2. Beskjedent fokus

Til tross for eksemplene som er nevnt i det foregående, er den iøynefallende oppdagelsen ved materialet at det er relativt få som er opptatt av å uttrykke en eventuell «grunninnstilling». Det er ikke slik at det er mulig å se en «trend» i en tilnærming til enten den ene eller den andre «grunnholdningen», slik man kan få inntrykk av for eksempel i beskrivelser om økning av keisersnitt uten medisinsk indikasjon (Kolås, et al. 2003) eller utbredelse av epiduralbruk i norske fødeavdelinger (Blix 2010). Det er derfor nettopp denne observasjonen som blir hovedfokuset i den videre analysen av diskursiv praksis. I refleksjonene som følger, reises mange spørsmål som studien ikke gir konklusive svar på. Likevel er undringen viktig for å fremheve ulike tanker om dilemmaet ut fra fortolkningen av tekstene.

Man kan spørre om fødende kvinner (og kanskje mennesker generelt) har en tilbøyelighet til å være mindre problemfokuset i retrospektiv vinkling, når resultatet av prosessen ble godt. Talerne i tekstene gjør alle et tilbakeblikk. Gjennom lettelsen over at fødselen er overstått kan

man tenke at kvinnene er mindre opptatt av å beskrive det de opplevde som krevende i situasjonene. Kanskje kan elementer av preferansesensitiv art i prosessene ha blitt mindre viktige ved disse tilbakeblikkene? Videre kan man spørre om fraværet av fokuset kan være et uttrykk for at kvinnene har en naturlig forventning til et variert fødselstilbud, der ønske om og tilgang på intervensjoner ses som et «selvfølgelig gode»? Gjennom dette ses i tilfelle en grunnleggende tillit til at man blir ivaretatt av det norske helsevesenet når behovet er der. Som vi skal se i kapittel 8, vil dette i så tilfelle stå i kontrast til manges opplevelser av den første kontakten med sykehuset. Det vil også stå i kontrast til beskrivelsene av medias påvirkning i kapittelet over. I og med at historiene nettopp er retrospektive, vil det være grunnlag for å tenke at et tillitsfullt utgangspunkt nå også er preget av erfaringer.

Jeg vil i det følgende trekke frem ytterligere tre muligheter for forståelse, refleksjoner som i stor grad har betydning for diskusjon omkring resultatene i kapittel 8.

For det første kan man spørre om diskursen som er gjenstand for analyse, er preget av en diskursiv praksis som ikke «tillater» uttrykk for ønske om medisinsk-teknisk intervensjon? Det er grunn til å tro at fødende i stor grad er opplyst om «hva som er bra» og «hva som ikke er bra» i forkant av sin fødsel, og at de av den grunn vet at det å uttrykke ønske om det «normale» og «naturlige» er «det riktige». Kan det tenkes at for eksempel beskrivelser som «jeg ville ha keisersnitt – men de hørte ikke på meg» eller «jeg bryr meg ikke om hva jordmødrene synes er best – jeg vil ha epidural» anses som lite aksepterte i denne aktuelle diskursen? Det vil i så tilfelle være et eksempel på intersubjektivitet, der talernes utsagn reguleres av det som forstås som det leseren «vil ha». Elementer av faglig diskurs blir således også tatt med i den aktuelle brukerdiskursen. Jeg har tidligere hevdet at en av tekstmaterialets store styrker er at den er fri for faglig innblanding. Likevel kan man i forbindelse med slik refleksjon undre seg over om ikke «faglige stemmer» likevel gir seg uttrykk gjennom brukerstemmen. Beskrivelser av ønske om det naturlige og normale kan gi assosiasjoner i retning flink, tøff, normal... mens uttrykk som bærer preg av ønske om teknikk og medisinsk intervensjon kan gi assosiasjoner i retning av svak, angstfull, unormal... osv. Det kan altså tenkes at nettstedets diskursive praksis reguleres av mekanismer som kan bidra til at kvinner uttrykker det de vet er «rett» å uttrykke. Fairclough vil nettopp hevde at alle diskurser er et resultat av den praksis som regnes som «normen» innenfor en diskursorden (Fairclough 1995). Stemmene i fødselshistoriene vil altså også være preget av den større diskursive orden. Det vil blant annet bety at fagtekster og informasjon som brukerne har tilgang til, vil være

med på å prege diskursen på mammanettstedet, slik at disse virker konstituerende. Kanskje er det slik at fordi man «vet» at normal fødsel og naturlig tilnærming til fødsel er en faglig norm, så er dette holdninger som også blir å lese i tekstene på nettstedet? Ett sitat er spesielt interessant i denne sammenheng:

Jeg hører mange damer si jeg er heldig som fødte med keisersnitt... (40)

Denne kvinnen uttrykker at hun selv hadde et ønske om en normal fødsel, men at hun opplever at mange kvinner ikke har det samme ønsket. Hun beskriver hvordan hun opplever at kvinner rundt henne omtaler henne som «heldig» fordi hun fødte med keisersnitt. Utsagnet kan ses som et uttrykk for at denne kvinnen opplever at mange fødende kvinner i dag primært ønsker å føde med keisersnitt. Kvinnens utsagn harmonerer i større grad med min forforståelse av dilemmaet; opplevelsen av beskrivelser i media av en brukergruppe som ønsker en øket grad av kontroll og medikalisering/teknifisering, samt faglige beskrivelser av dilemmaet (Blix 2010). Stemmene som taleren refererer til er likevel ikke er å finne i diskursen på nettstedet. Det fører oss til en annen mekanisme som er med på å regulere diskursen; spørsmålet om hvorvidt og hvordan en dominerende holdning eller en norm i diskursen vil kunne ekskludere personer med andre holdninger fra å delta i den? Kanskje kan kvinner med en annen tilnærming til normal fødsel søke å finne andre steder å fortelle sin historie, nettopp fordi de ikke kjenner seg igjen i det som er denne nettsidens «norm»? Dersom kvinner som har tanker og opplevelser som ikke harmonerer med nettstedets «gjennomsnittlige» holdning velger å uttrykke seg i andre fora, foregår det en seleksjon av kvinner som deltar i diskursen, altså en form for eksklusjonsmekanisme. En slik mekanisme vil være et eksempel på forholdet mellom en diskurs og en diskursorden, og på hvordan diskursen ikke utfordrer, men konserverer, den bestående normen i diskursordenen.

For det andre kan fraværet av fokus på problemstillingen ses som et uttrykk for at kvinnene ikke har et stort fokus på egen medbestemmelsesrett, men har en tilbøyelighet til å adlyde. I dette ligger en form for aksept og kanskje en naturlig tilpasning til det som blir bestemt og det som tilbys dem. Dette kan ses som uttrykk for lite behov for - eller liten mulighet til - å protestere. Dilemma knyttet til uenighet blir derfor nedtonet og kanskje ikke engang identifisert. Delaktighet i beslutninger og aksjoner gjennom egen fødsel er formulert som en egen del av studiens problemstilling og vil mer utførlig bli behandlet i kapittel 7.

For det tredje vil jeg spørre om det kan tenkes at «den moderne fødselsomsorgs dilemma» i stor grad handler om problemstillinger som oppstår når relasjonene er så brutte som de ofte er i norsk helsevesen, og i mindre grad handler om preferanser tilknyttet behandlingsalternativ eller normalitetstilnærming? Kanskje er spørsmål om behandlingsalternativ sekundære i forhold til behovet for å oppleve gode relasjoner gjennom fødselsprosessen? Uttrykk for opplevelsen av relasjon er også et tema i kapittel 7. Her vil vi se at kvinnenens beskrivelse av relasjonene med fagpersonene bærer preg av distanse. Dette uttrykket er svært framtrødende i tekstene, og oppdagelsen vil således kunne tolkes som en viktigere bruker-tilbakemelding enn eventuelle fokus på behandlingspreferanser og dilemma knyttet til dette.

6.3. Oppsummering

Oppdagelsen i materialet omkring studiens problemstillings første spørsmål viser at talerne i liten grad er opptatt av å beskrive erfaringer med «den moderne fødselsomsorgs dilemma». Videre har vi sett hvordan kvinner omtaler tanker om «normalt» og «naturlig» i kombinasjon med igangsetting av fødsel og epiduralanestesi. Kanskje snakker fødende og fødselshjelpere to ulike «språk» som primært ikke handler om ulike grunnholdninger eller tanker om hva som er foretrukket av behandling eller intervensjon. Det kan synes som det er helt andre verdier som er viktige. Verdier knyttet til relasjon og det å bli sett synes langt viktigere enn verdien i medisinsk-teknisk kontroll, medikamentell smertelindring eller en demedikalisert tilnærming.

Forståelsen gir grunnlag for videre diskusjon og refleksjon (kapittel 8) omkring to viktige forhold:

- Hvilken betydning har fraværet av «dilemmaet» i denne brukerdiskursen for faglig forståelse av dilemmaer knyttet til målsetting om demedikalisering?
- Hvilken betydning har brukeres fortelling om «normal» og «naturlig» fødsel i kombinasjon med intervensjoner, for faglig diskurs omkring begrepene?

Kapittel 7: Analyse del 2, tekst og sosial praksis

7.1. Analysedimensjonene tekst og sosial praksis

I dette kapitlet drøftes den tekstlige dimensjonen i den kritiske diskursanalyse. I samme forbindelse blir den tredje og «ytterste» analysedimensjonen, sosial praksis, beskrevet. Som vi har sett i beskrivelse av metode (kapittel 5), er sosial praksis den konteksten som diskursen lever i. Beskrivelsen av denne er en viktig forutsetning for diskursanalysen. Deler av den sosiale praksis ses som ikke-diskursiv, for eksempel vil det kunne være rammer og betingelser omkring den sosiale og relasjonelle samhandlingen som ikke betinges av diskursen som lever her. Denne sosiale praksis inngår i analysen som et bakteppe, og ikke som gjenstand for analyse (Winter Jørgensen og Phillips 1999). Relasjonene mellom de diskursive praksiser som lever i en og samme diskursorden ses også som en viktig del av beskrivelsen av den sosiale praksis. Dette elementet ved den sosiale praksis blir også et resultat av arbeidet med den diskursive praksis og dens fokus på produksjon og konsumpsjon av tekstene.

I kapittel 6 har vi sett hvordan diskursiv praksis regulerer, og reguleres av, tekstmaterialets produksjon og konsumpsjon. Fordi denne nett-praksisen er en viktig del av kommunikasjon mellom barselkvinner i vår tid, vil også dette temaet være en del av en beskrivelse av moderne sosial praksis på nye «møtesteder». Den aktuelle diskursen inngår som et svært vesentlig element i en større «fødselsdiskurs», nettopp fordi den inneholder brukerens opplevelser i større grad enn mange andre tekster som vil inngå i en slik diskursorden. Faglige tekster som retningslinjer, lovverk, interne rutiner, nasjonale føringer, vitenskapelige studier innenfor både medisin, jordmorfag, psykologi, jus og sosiologi (for å nevne noen) er naturligvis også en del av denne fødselsdiskursen. Videre vil informasjonsmateriell til fødekvinner, kursmateriell, medias dekning av temaet, blogger, nettfora og dialog på ulike arenaer også være en del av diskursordenen. Fødselshistorier delt av fødekvinner i det aktuelle nettbaserte forumet påvirkes av og påvirker alle disse diskursene, og trolig mange flere. Flere av disse momentene er behandlet i kapittel 6.

Å gjøre uttømmende beskrivelser av relasjonene mellom diskursene i en diskursorden vil være omfattende, og sannsynligvis uoverkommelig i denne studien. De samme begrensninger vil også gjelde for fullstendige beskrivelser av rammer og strukturelle faktorer omkring de

ikke-diskursive elementene i en sosial praksis, og den sosiokulturelle ramme rundt de problemstillingene som reises. I studien beskrives derfor viktige utvalgte deler av den sosiale praksis som tekstmaterialet er en del av. Jeg har i studien valgt å ha fokus på relasjonen mellom fødende og fødselshjelper og viktige elementer som angår denne samhandlingen.

Deler av en relevant kontekst er beskrevet i kapittel 2, 3 og 4. Her er faglige perspektiv og utvikling satt i et historisk perspektiv, og en «moderne» debatt er presentert for å belyse et dilemma. Andre elementer ved sosial praksis vil bli beskrevet underveis i presentasjonen av arbeidet med den tekstlige analysedimensjonen. Oppbygningen er valgt for å skape en tematisk sammenheng. Gjennom arbeidet vil ulike tema og ulike fokus bli presentert, enten på bakgrunn av kvinnenens fokus på temaet, eller fordi lingvistiske trekk peker på fokuset. Avsnittene som spesifikt omhandler beskrivelse av sosial praksis vil være merket med overskriften «sosial praksis».

I det følgende vil fokuset også inkludere den tekstlige analysedimensjonen i kritisk diskursanalyse. Faircloughs analyseredskaper for den tekstlige dimensjonen ble presentert i kapittel 5, og ved hjelp av disse vil særtrekk elementer ved tekstenes egenskaper bli trukket frem. Selv om analysedimensjonen diskursiv praksis er behandlet i forrige kapittel, vil sammenhengen mellom tekst, diskursiv praksis og sosial praksis være aktuell gjennom hele analysen. Intensjonen er å finne svar på studiens problemstilling som omhandler brukernes stemmer i forbindelse med både «den moderne fødselsomsorgs dilemma» og i forbindelse med brukermedvirkning. Tekstene er rike, og ulike lesere vil finne ulike fokus som vil påvirke tolkningen av resultater gjennom en analyseprosess. I selve analysen vil det i det videre fremkomme en rekke sitater fra tekstene. Eksemplene er tatt med for å vise tematikkens gyldighet. Hvert sitat etterfølges av en tallhenvisning. Denne viser til hvilken fødselshistorie (nummer i rekken) sitatet er hentet fra.

7.2. Involvering og medbestemmelse i prosess og beslutninger i egen fødsel

Et av studiens hovedspørsmål er hvorvidt kvinner opplever seg involvert i egen fødselsprosess og i de beslutninger som angår deres egen fødsel. Problemstillingens andre del er formulert slik: «På hvilken måte gir disse stemmene uttrykk for brukermedvirkning og medbestemmelse i egen fødsel?»

Opplevelsen av medvirkning eller medbestemmelse vil ofte dreie seg om konkret samhandling omkring beslutninger. Det kan også dreie seg om andre elementer i samhandlingen, kanskje bedre uttrykt som «samspillet» med den andre. Teorier om makt er opptatt av eventuell dominans og asymmetri i maktforholdet – og i samhandlingen (Jensen og Ulleberg 2011). Den subjektive opplevelsen av samhandlingen inneholder mange faktorer, og eventuelle «konklusjoner» om god eller dårlig samhandling vil være svært person- og situasjonsbetinget. Det er denne studiens intensjon å belyse elementer som har betydning for forståelsen av samspillet i den gitte konteksten, og på denne bakgrunn vise hvordan «sosiale medier» kan gi ny informasjon og kunnskap i fødselsomsorgen.

Fortolkning av tekstenes lingvistiske trekk utgjør en vesentlig del av kritisk analyse av diskurs (Fairclough 1995). Et av analyseredskapene i den tekstlige dimensjonen av den kritiske diskursanalyse er den interaksjonelle kontroll. Hvordan forholder ulike talere seg til hverandre i tekstmaterialet? Fødselshistoriene på «Babyverden.no» er i utgangspunktet tekster som ikke henger sammen. Hver tekst har en taler. Det er altså ikke snakk om at kvinnene kommuniserer med hverandre direkte i en tekstrekke. På den andre side kan man se at tekstene har relasjon til hverandre på den måte at taleren i den enkelte historie må antas å være leser av mange av de andre historiene. Det vil være naturlig å tenke at en «bruker» av et nettsted gjerne er aktiv som leser før hun blir aktiv som «taler». Denne sammenhengen mellom tekstene knytter dem sammen, og får betydning for diskursiv praksis. Samtidig får dette sannsynligvis også betydning for tekstlige egenskaper og sjangertrekk, og kan være noe av forståelsen bak hvorfor så mange av tekstene fremstår med relativt like «trekk». Vi skal komme tilbake til disse lingvistiske trekkene i det følgende.

En kritisk diskursanalyse med den intensjon å avdekke maktstrukturer i relasjon mellom aktører ville kunne gripe tak i den interaksjonelle kontrollen mellom talerne. I og med at denne studien ikke spør etter elementer i relasjon mellom fødende og fødende, men mellom fødende og fødselshjelper, vil ikke en eventuell interaksjonell kontroll mellom talere ha slik betydning. Fødselshjelperne er ikke i aksjon som talere i dette materialet. Relasjonen mellom fødende og fødselshjelper må derfor analyseres ut fra det den fødende forteller om den. Ettersom brukerinvolvering er et klart definert og absolutt mål for kvalitet i tjenestene i fødselsomsorgen, skulle man kunne tenke seg at direkte og indirekte beskrivelser av

pasientautonomi har en sentral plass i kvinnes fødselshistorier. I det følgende skal vi se hvordan fokus på tekstenes modalitet og transitivitet viser noe annet.

7.2.1. Modalitet og transitivitet

Tekst som medium åpner for muligheten til å se på bruk av formuleringer og valg av ord som beskriver brukerinvolvering og egen status som subjekt. Tekstens transitivitet, uttrykk for plassering av objekter og subjekter ved de ulike begivenhetene, er et viktig redskap for slike analyser (Winter Jørgensen og Phillips 1999). I det følgende skal vi se på om, og eventuelt hvordan, kvinnene beskriver seg selv som handlende subjekt i de avgjørelser som tas og de handlinger som utføres. Modalitet i tekstene vil kunne si noe om kvinnes tilslutning til hendelsene som beskrives. Bruk av formuleringer som viser tildeling eller tillatelse er en del av en slik modalitet. Som en del av dette er bruken av og formen på modalverb i tekstene.

En av oppdagelsene ved dette aktuelle tekstmaterialet er at kvinnene i stor grad beskriver sin egen rolle som passiv, og at så godt som samtlige narrativ har en utstrakt bruk av modalverb (burde, kunne, måtte, skulle, tore, ville) (*Store norske leksikon*, s.v. «Modalverb-grammatikk», lest 29. oktober 2015) ved beskrivelse av den aktiviteten som foregår ved fødselen. Dette plasserer den fødende kvinnen i en passiv posisjon med status som et objekt snarere enn et handlende subjekt. Forståelsen av dette forsterkes også gjennom historienes utstrakte bruk av verb som beskriver en form for tildeling, tillatelse eller fravær av dette; «jeg fikk»/«jeg fikk lov til», eller på den andre siden; «jeg fikk ikke»/«fikk ikke lov til». Denne gjennomgående bruken av ord som beskriver direktiv i form av tillatelser eller ikke, kan ses som uttrykk for at kvinnen i egen fødsel opplever å være gitt et begrenset handlingsrom. Eksempelene som følger viser dette:

Jeg ble satt i gang... jeg fikk tabletter... Etter mange timers slit skulle jeg få epidural. (1)

... ble vist inn på et undersøkelsesrom der... ble jeg koplet til... måtte trykke på en knapp.

Fikk en fødestue... lå i badekaret en time før jeg måtte opp... fikk prøve lystgass... (2)

Jeg måtte ligge på en bære... vi ble kjørt til...(4)

Ved midnatt ble jeg sjekket igjen... Jeg ble sydd og måtte ligge på... han ble liggende... og måtte ligge i lys...(6)

Jeg ble sendt frem og tilbake til sykehuset... Etter en hel dag med venting og sjekking, fikk vi beskjeden: Vi setter i gang fødselen din i kveld... Jeg ble satt på en observasjonspost... Kjæresten min fikk beskjed om å reise hjem og sove... han burde prøve å slappe av (11).

I eksemplene over er det handlende subjektet fraværende. Dette er en del av en transitivitet som er et gjennomgående trekk i de fleste historiene. Handlingene beskrives i passiv form og kvinnene beskriver seg selv som objekter som tildeles eller ikke tildeles behandling, beskjeder osv. Eksemplene viser hvordan formuleringer som «jeg ble», «jeg fikk beskjed om», «jeg måtte» eller «jeg skulle få», plasserer taleren utenfor de beslutninger som tas, og i en underordnet rolle som er underlagt en beslutnings- eller tildelingsmyndighet. I tekstmaterialet er det samtidig ofte uklart hvem som tildeler eller ikke tildeler og hvem som gir direktivene og utfører handlingene. Likevel er det i beskrivelsene underforstått at «den» eller «de» handlende er fødselshjelperen/-ne. Kvinnene selv fremstår som «noe»/«noen» som det «blir gjort noe med», et «objekt» som er underlagt et direktiv fra det fraværende subjektet.

Når bruken av denne modaliteten og transitiviteten blir utstrakt, forstås det som at kvinner er lite delaktige i beslutninger om egen fødsel. Språkføringen kan peke på at beslutningene later til å bli tatt uten kvinnens deltakelse. Hun blir da selv å se som et objekt i gjennomføringen av beslutningen. Fenomenet peker på et normativt aspekt ved samhandlingen mellom fødselshjelper og fødende, og speiler kvinners opplevelse av at avgjørelser blir til uten gjensidig samhandling.

Sosial praksis

Forståelse av samhandling underveis i en fødsel er å forstå som samhandling i en akutt situasjon. I utgangspunktet er den fødende i en situasjon der behovet for hjelp er akutt. Situasjonene vil være preget av emosjonelle uttrykk (for eksempel smerte, glede, redsel og utslitthet) og av behov for mye praktisk hjelp (for eksempel stillingsendring, væskebehov, toalettbesøk og hjelp med oppkast). I tillegg er tidsaspektet avgjørende for samhandlingen, da mange kvinner kommer i kontakt med fødselshjelpen og fødselshjelperen så langt ut i forløpet at kommunikasjon kan være vanskelig. Dette er dermed ofte ikke situasjoner hvor det er mye rom for informasjon og refleksjoner omkring de ulike valg eller risiko. Situasjonene vil i

større grad kreve gjensidig tillit og faglig klokskap hva gjelder tilpasning til hva akkurat denne kvinnen trenger. Det er ikke alltid den rasjonelle formen for kommunikasjon får så stor plass i relasjonen, men annen kommunikasjon, som å «lese» den andre og være nær og varsom blir mer aktuell.

Som vi har sett kan sitatene fortelle noe om hvilken rolle den fødende (og fødselshjelperen) får, eller tar, i forhold til de beslutninger som skal tas eller de handlinger som utføres. Når talerne beskriver sin egen rolle som passiv, er ikke dette nødvendigvis uttrykk for en opplevelse av underlegenhet i en dominant relasjon. Tekstlig praksis kan også ses som et uttrykk for et *behov for* å være mindre aktiv og delaktig. Det kan tenkes at den fødende opplever at det er godt å kunne «legge seg» i det de har tillit til er faglige gode og omsorgsfulle «hender» som «vil dem vel». I den forståelsen vil man kunne si at kvinnene enten uttrykker en grunnleggende tillit til fødselshjelperen før møtet har oppstått, at fødselshjelper og kvinner raskt oppnår gjensidig tillit ved starten av kontakten eller at situasjonene er så akutte og krevende i seg selv at relasjonen til fødselshjelperen blir sekundær.

Kanskje kan transiviteten også ses som et uttrykk for en tillært rolle som «pasient»? Det kan tenkes at både den fødendes forventninger til pasientrollen og helsepersonellens forventninger til pasientrollen har et langt mer konservativt fortegn enn de beskrivelser man finner i den diskursen som omhandler brukermedvirkning og pasientautonomi. Brukermedvirkning definert som «brukere som part skal være aktive» (Humerfelt 2005), «pasient og helsepersonell likeverdige samarbeidspartnere» og «må makt og innflytelse flyttes fra systemet til pasienten» (Helse- og omsorgsdepartementet 2015, 28), gir liten gjenklang i tolkningen av historiene på mammanettstedet. Likeledes synes WHO's forståelse av involvering i fødsel, uttrykt gjennom prinsipp nr.9 (for perinatal omsorg); «Omsorgen bør involvere kvinnene i beslutningsprosesser» (Helsedirektoratet 2010, 17), også å kolliderer med kvinnenes beskrivelser. Brukermedvirkning uttrykt i helsetjenestens retningslinjer harmonerer altså i liten grad med fortolkningen av hvordan kvinnene i denne studien beskriver sin egen status som lite delaktige i prosessene.

I fødselshistoriene finnes det kun noen få beskrivelser av kvinner som opponerer eller «neker» å gjøre det de blir fortalt at de skal gjøre. De fleste later til å akseptere fenomenet uten å reagere eller protestere på sin underordnede status. Informasjon om hvorvidt kvinnene

opplever sin posisjon og mangel på innflytelse som et problem eller ikke, er lite tilgjengelig i historiene. Beskrivelsene gjengir en form for stilltiende aksept til en forventet rolle der man underordner seg en faglig ekspertise.

Eksempelet som følger viser en kvinne som beskriver kritiske og spørrende holdninger til samhandlingen med den profesjonelle. Kvinnen beskriver at hun ikke blir hørt, men at hun likevel innordner seg:

Så sjekket de om jeg var moden... fikk beskjed om at jeg skulle få en ny... jeg sa ifra men fikk beskjed om at dette bare var såkalte kynnere... Jeg reiste meg opp for å gå siden det hjalp veldig! Smerten forsvant nesten! Men jeg fikk streng beskjed om å legge meg ned fordi jeg måtte hvile siden jeg skulle føde dagen etterpå... Jeg fortalte at det gjorde fryktelig vondt og at dette måtte være rier. De «målte» riene mine, og sa at det ikke var rier. Så da lå jeg der da, i senga med store smerter og prøvde å være stille for ikke å vekke hun andre som lå på rommet... men vi hadde jo fått beskjed om at dette kom til å ta flere dager, og jeg hadde ikke født før, så da stolte jeg jo på det de sa. (11)

Sitatet over er eksempel på en situasjon hvor kvinnen beskriver seg selv som et objekt som er underordnet det «de» forteller henne at hun skal gjøre. Modalitet og transitivitet gjennom beskrivelser av tildeling og mangel på tilslutning til hendelsene medvirker til leserens forståelse av kvinnens passive rolle. Mange av fødselshistoriene beskriver denne passive rollen, men de beskriver ikke at de verken reagerer eller opponerer mot det som blir bestemt. I eksempelet over ser vi hvordan kvinnen forsøker å protestere: «jeg sa ifra» - «men fikk beskjed», «jeg reiste med opp» - «men fikk streng beskjed», «jeg fortalte at» - «og sa at det ikke var rier». Videre forteller hun også at hun «hadde store smerter» - «men vi hadde fått beskjed om...». Til tross for hennes beskrivelser av flere tilløp til å fremme egen opplevelse og hevde egne preferanser, opplever hun at hun må innfinne seg med det «de» bestemmer. Samtidig uttrykker hun at hun har tillit til («stolte... på») den eller de som bestemmer hva som skal skje med henne fordi hun «hadde ikke født før». I uttrykket ligger en anerkjennelse av den faglige kunnskapen til fordel for hennes egen kunnskap om hva som skjer med kroppen hennes, og hvilke behov hun har. Samtidig som hun uttrykker aksept for beslutninger og tillit til fagpersonens kunnskap, har fortellingen likevel en oppgitt «undertone», og kvinnen beskriver en skuffelse over at hun ikke ble hørt på. Skuffelsen kan ses som en etterlysning etter å få bestemme mer selv, å få være mer autonom i egen fødsel.

Opplevelsen av samarbeidet og samspillet mellom aktørene blir en viktig premis for kvinnenes opplevelse av involvering og autonomi. Beskrivelser av relasjonen til fødselshjelperen blir en avgjørende del av forståelsen av brukerinvolvering. I det følgende skal vi ha fokus på denne relasjonen. Det er verdt å merke seg at i sitatene som følger i det neste kapittelet er også tekstenes modalitet og transitivitet tydelig, på samme måte som i sitatene over.

7.2.2. Uttrykk for distanse i relasjon til fødselshjelperen/-ne

Et viktig aspekt ved medbestemmelse og brukermedvirkning er samhandlingen i relasjonen mellom fødekvinnen og den profesjonelle. Ved henvendelse til sykehuset og videre i beretningene om hendelsesforløpene, beskrives den profesjonelle hjelperen, jordmoren, legen eller andre, som «sykehuset», «de» eller «føden». «De» er mye brukt om den handlende personen eller fødeinstitusjonen. Flertall brukes på tross av at det mange ganger er grunn til å tro at det primært tales om én jordmor. I andre eksempler er subjektet utelatt slik at den handlende, den som står bak beslutningene, ikke er oppgitt. I sitatene under ser vi dette:

Jeg fikk fødestue og det ble bestilt epidural... Fikk jeg akupunktur, men det var helt forferdelig. Drypp ble satt og lillegutt fikk en sensor på hodet... ved midnatt ble jeg sjekket igjen... (6)

Jeg ringte til føden. De sa jeg skulle vente til det var fem minutter mellom siden jeg var førstegangsfødende... ringte jeg tilbake... De sa at jeg kunne komme ned på sykehuset, men jeg hørte at de var i sterk tvil. (9)

... får beskjed om å komme til poliklinikken klokken 10:30 dersom ingenting mer har skjedd innen da. ... vi fikk beskjed om å komme inn klokken 8...(15)

Sosial praksis

Fødende og fødselshjelpere har som regel ikke en på forhånd opparbeidet relasjon. Når kvinnene kommer inn i fødsel, er det ofte deres første møte med fødestedet og med fødselshjelperne. Svangerskap, fødsel og barseltid er beskrevet som en tid med et oppstykket tjenestetilbud preget av korte relasjoner mellom den profesjonelle og brukere. Omsorgen for

den fødende er i stor grad fragmentert gjennom sin mangel på kontinuitet (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Fødselsomsorgen foregår i stor utstrekning ved store kvinneklinikker eller fødeavdelinger der kvinnene får oppfølging fra flere personer i et større team gjennom sin fødsel. En fødsel av lengre varighet vil kunne strekke seg over flere skift der ulike jordmødre vil hjelpe kvinnen gjennom fødselen. Fødselsleger kommer til der situasjonen krever det, og barnepleiere er ofte også profesjonelle aktører ved fødselen. Det er derfor ikke uvanlig at kvinner får hjelp av 4-5 ulike personer i løpet av fødselen, i kortere eller lengre tidsrom.

Når kvinnene er i fødsel er de i utgangspunktet i en «desperat» situasjon med et stort hjelpebehov. Situasjonens intensivitet tillater ofte ikke at den fødende og fødselshjelperen får anledning til å bli kjent med hverandre. Kvinnens situasjon gjør henne avhengig av den hjelperen som er der, og hun har ofte ikke andre muligheter enn å gi seg hen og stole på den profesjonelle. Organisering og rammer får betydning for relasjoner og mulighet for opparbeidelse av tillit. Blant annet vil jordmors mulighet til å være tilstede hos den fødende ha betydning for hvordan relasjonen mellom dem blir.

Med utgangspunkt i den kontekst fødselsomsorgen utøves innenfor, er kanskje ikke beskrivelsene av distanse i relasjonene så unaturlig? Kvinnene uttrykker at de opplever fødselshjelpen som «noe» eller «noen» som representerer en institusjon. Uttrykket kan ses som en forståelse av egen rolle som «liten» i møte med det «store ukjente». Denne formen for «de» og «jeg» -diskurs speiler en opplevelse av å være «den lille fødende» i møte med «det store sykehuset» og «det store hjelpeapparatet». Tekstens lingvistiske uttrykk viser kvinner som gjennom sine tekster forteller om seg selv i en slik posisjon. Fortolkning av dette forhold vil kunne uttrykke en brukeropplevelse av å være «liten» - og passiv - i sin egen fødselsfortelling. Videre vil dette kunne ses som et uttrykk for en situasjon der brukere opplever seg som underlegne i en relasjon der den faglige rollen, her uttrykt som «de» i den store institusjonen, er dominant.

Uttrykk for distanse er et gjennomgående trekk. En fortolkning av fenomenet kan foreslå at kvinnene enten har en *opplevelse av distanse* i situasjonene de gjengir, eller at gjengivelsen uttrykker et *behov for distanse* til den profesjonelle som hjalp dem under fødselen. *Opplevelse av distanse* er beskrevet i det foregående. En slik forståelse vil kunne samsvare med og finne forklaringer i en beskrivelse av sosial praksis. Samtidig er det interessant å spørre om hva et

eventuelt distanse*behov* kan være et uttrykk for? Kan det handle om situasjonenes mangel på opplevelser av god relasjon? Kan kvinnenes uttrykk ses som et ønske om å opprettholde en avstand som forbruker i et mer kunde –leverandør perspektiv? I en slik fortolkning vil man kunne hevde at sjangertrekket er et eksempel på interdiskursivitet der elementer fra en markedsdiskurs inngår i en fødselsdiskurs. Likeledes kan fenomenet forstås som et uttrykk for et behov for å la den profesjonelle være en ukjent, distansert «allmakt», og at tilliten til helse- og velferdsapparatet henger sammen med at denne allmakten nettopp er distansert og allmechtig? En slik forståelse vil ha sammenheng med kvinnenes behov for å legge situasjonen i noen andres hender, slik at både makt, myndighet og ansvar plasseres utenfor en selv. Endelig kan man foreslå at enten det er snakk om et distanse*behov* eller en *opplevelse av* distanse, vil dette tekstlige trekket kunne henge sammen med at den fødende går inn i en rolle som pasient, og at det til en slik rolle ligger bevisste eller ubevisste forventninger. Forforståelser av fødende som autonome eller mindre autonome vil påvirke hvordan den fødende inngår i rollen. Videre kan det tenkes at den fødendes opplevelse av egen rolle, bevisst eller ubevisst, er så langt fra autonom at relasjonene av denne grunn ikke kan beskrives som annet enn distanserte -som uttrykk for skuffelse?

7.2.3. «Inngangsbilletten»

Denne studien spør blant annet etter hvordan kvinner gir «uttrykk for brukermedvirkning og medbestemmelse i egen fødsel?». I gjennomgangen av studiens tekstmateriale får man tidlig et inntrykk av at det første møtet med helsehjelpen, ved starten av en fødsel, er en viktig «scene» i analysen av brukermedvirkningen. Situasjonene og samhandlingen rundt innleggelse fremstår som konkretisering og kontekstualisering av problemstillinger omkring medbestemmelse. I de aller fleste fødselshistoriene beskrives detaljer fra denne fasen der kvinnen henvender seg til fødeinstitusjonen ved starten av fødselen. Kvinnene beskriver en telefonhenvendelse, enten for å få råd, eller fordi hun vil komme inn til sykehuset – en anmodning om innleggelse i fødeavdelingen. Av historiene leser jeg at det er her det første «møtet» mellom den fødende og hjelperen finner sted, og det er her førsteinntrykket (både kvinnens og fødselshjelperens) oppstår. Historiene tar så ulike vendinger. Noen kvinner inviteres til å komme inn, andre blir bedt om å vente for så å ringe igjen. De fleste historiene beskriver en form for tillatelse eller eventuelt ikke tillatelse til å komme inn til sykehuset. Noen historier beskriver et valg, andre gir uttrykk for å bli tildelt en form for «inngangsbillett»

når visse kriterier er oppfylt. I de fleste historiene beskrives imidlertid en eller annen form for usikkerhet omkring denne avgjørelsen.

- Uttrykk for usikkerhet og emosjoner

Fødselshistorienes beskrivelse av den første kontakten innebærer en henvendelse med en forespørsel om vurdering om innleggelse skal finne sted. Implisitt i dette ligger at en avgjørelse skal tas, og en forståelse av at den ikke bare skal tas av kvinnen selv, men også av noen andre. Ved henvendelsene kan man tenke seg at forventningen om at «nå er det min tur» er stor, og denne spenningen skinner tydelig gjennom i historiene. Her er det beskrivelser om å glede og grue seg. Videre formidles en underliggende usikkerhet i selve forespørselen. Usikkerheten gjør seg gjeldende både der jordmor i stor grad tilsynelatende overlater avgjørelsen for når kvinnen skal komme til fødestedet til kvinnen selv, men også der jordmor er tydeligere på om kvinnen skal komme eller om kvinnen må vente hjemme.

Det er grunn til å tro at usikkerheten kvinnene gir uttrykk for i tekstene også er sammenblandet med andre emosjonelle stemninger. Opplevelse av *smerte* og av å være *utslitt* er uttrykt i flere av historiene:

... til slutt hadde jeg så vondt at jeg ville ha smertelindring. (33)

... nå klarer jeg ikke mer. (51)

En av talerne uttrykker at hun føler på *tvil* i forbindelse med den avgjørelsen som blir tatt og det rådet hun får i telefonsamtalen:

Tvilende godtok vi dette og la på. (79)

Talerene i eksemplene under uttrykker opplevelser av *uro*, *sinne/skuffelse* (ved hjelp av metaforen «rive hodet av») eller *surhet*:

Jeg la på og satt der å følte meg ganske urolig... Jeg brydde meg ikke om hva jordmoren sa, jeg ville på sykehuset nå jeg... (22)

Jeg ville rive hodet av henne. «Da må dere dra meg ut herfra», tenkte jeg. (45)

Jeg valgte å ringe føden likevel... fikk beskjed om at jeg skulle vente i noen timer for å se om riene ble regelmessige. Surt la jeg på røret og fortsatte å pese...(4)

Skuffelse og usikkerhet kan også leses i tekstens modalitet, der kvinnene relativt gjennomgående beskriver seg selv som individer som adlyder de beskjedene de får, og der deres egen tilslutning til hendelsene og avgjørelsene kommer i bakgrunnen. «... fikk beskjed om», «måtte jeg reise hjem» er eksempler på hvordan dette blir tydelig. Denne språklige praksisen vitner om en avstand til beslutninger som blir tatt. Dette viser at også ved spørsmål om innleggelse, fremstår kvinnene som «lydige» i forhold til de instruksjoner som blir gitt. Modaliteten kan ses som et uttrykk for en skuffelse, men den trenger ikke være det. Måten å uttrykke seg på kan henge sammen med sjangertrekk, og en tekstpraksis som taleren «arver» fra sine medsøstre. Et argument for dette er at også historier som først og fremst har en positiv undertone også fortelles med disse teksttrekkene. Ut fra dette kan man si at modaliteten har liten betydning for forståelsen av maktelementet i den relasjonelle samhandlingen. På den andre siden vil en slik avvisning av modalitetens betydning medføre at man mister refleksjonene omkring hvilke forhold ved samhandlingen som har medvirket til at teksttrekkene i sjangeren blir som de blir, eller hvorfor det ser ut til å være akseptert blant de fødende at deres status ikke fremstår som autonom.

Som beskrevet over, er usikkerhet og emosjoner knyttet til anmodningen om å få komme til sykehuset, en viktig del av kvinnenes beskrivelser. Samhandlingen om avgjørelsen er ulikt beskrevet i de forskjellige fødselshistoriene. Som vi også ser i mange av eksemplene fra tekstene er det variasjon i om kvinnene blir invitert til å ta avgjørelsen selv, om hun får et direktiv om at hun må komme, eller om hun evt. må være hjemme en stund til (avslag). Felles for mange av historiene er at de fødende henvender seg med en forespørsel, møtes med et svar og ser tilsynelatende ut til å akseptere svaret fra fødselshjelperen.

Sosial praksis:

Slik fødselshjelpen organiseres i Norge i dag, vil telefonkontakten før innleggelse ofte være den første kontakten med fødestedet. Det vil som regel ikke være opprettet en nærmere relasjon mellom fødselshjelper og fødende før de to møtes i fødselen. Kvinnene har i mange tilfeller ikke vært på fødestedet før, og de har liten eller ingen kjennskap til hvordan det ser ut

der, hvem som jobber der eller hvordan man blir tatt imot. Ved telefon-henvendelsen vil kvinnene ofte være slitne, smertepåvirket, kanskje redde og veldig spente på hva som skal skje. Disse to forhold - emosjonelle og kroppslige spenninger kombinert med mangel på opprettet relasjon og kjennskap til hverken stedet, menneskene eller praksisen der - vil ligge til grunn for den kontakten som opprettes i telefonen. Når kvinnene henvender seg er de i en situasjon der de venter på at fødselen skal komme godt i gang. De første tegn til fødsel har startet, og det vil variere fra kvinne til kvinne hvor lenge hun kjenner på disse før hun henvender seg. I utgangspunktet kan man forvente at når en kvinne ringer til fødeinstitusjonen ved starten av en fødsel, vil det ofte være fordi hun tenker at det nærmer seg en avgjørelse om innleggelse. I sammenhengen har hun vært hjemme og hatt ansvar for vurderingene uten faglig hjelp. Ved henvendelse deler hun ansvaret med den hun ringer. Den profesjonelle overtar dermed, i kraft av sin profesjonelle rolle, ansvaret for vurderingene. Vurderingen krever god og åpen kommunikasjon i telefonen, slik at avgjørelsen kan tas på et godt grunnlag. Den faglige vurderingen omkring fødselsstart baseres på medisinskfaglige faktorer som for eksempel rier, vannavgang, termin, eventuelle tidligere fødsler eller svangerskapsrelaterte spørsmål. Samtidig baseres vurderingen på kvinnens opplevelse av trygghet, ro, psykiske helse og støtte av pårørende (psykososiale faktorer). Geografiske/logistiske faktorer som har betydning for selve reisen til sykehuset, for eksempel avstand, spiller også inn.

Kvinnenes beskrivelser av kommunikasjonen og opplevelsen av denne omkring spørsmålet om innleggelse i fødeavdelingen, viser at kvinnene er opptatt av erfaringer som knytter seg til spørsmål om å komme inn «for tidlig»/å bli «sendt hjem igjen»/å komme inn for «en sjekk»/å ikke rekke inn i tide. Det dreier seg om en anmodning om helsehjelp med en underliggende usikkerhet som spør: Når er det min tur? Kvinnen har en forventning om at innleggelse nærmer seg, og forventningen møtes med en bekreftelse, åpenhet eller avslag.

At mange kvinner i denne situasjonene er usikre, er kanskje ikke et oppsiktsvekkende funn. Historiene som fortelles gir grunnlag for refleksjoner som knytter seg til om usikkerheten blir større eller mindre ved kontakten med den profesjonelle. Studien besvarer ikke dette spørsmålet entydig, men beskrivelsene belyser ulike konsekvenser av kontakten mellom den fødende og den profesjonelle. Kunnskap om slike til dels motstridende virkninger av den første kontakten mellom den fødende og fagpersonen er viktig for den faglige forståelsen av

rollen som profesjonsutøver, og danner grunnlag for refleksjoner som kan bidra til forbedring av praksis.

I eksemplene under ser vi hvordan kvinnen søker råd hos jordmor på fødestedet for å finne rett avgjørelse. Gjennom denne henvendelsen blir deres avhengighet av det profesjonelle rådet de får tydelig. Mange av talerne refererer til hva jordmor mente, og ikke til hva de selv mener. Videre beskrives rådet fra sykehuset som viktig for avgjørelsen om å komme eller ikke, i stede for å beskrive egne tanker om avgjørelsen:

Jordmor mente at dette kjente jeg best selv, siden jeg hadde født før. (26)

Ringte til føden og fikk vite at fødselen var i gang... (43)

Vi ringte til føden for å høre hva de mente... (82)

Slik jeg oppfatter fødselshistoriene er vurderingene omkring tidspunkt for innkomst en krevende prosess for kvinnene. Kvinnenes eget ansvar i situasjonen handler blant annet om ansvar for å kontakte fødestedet, og om ansvar for å kjenne til signalene på fødsel, observere, tolke, vurdere, velge å henvende seg, ansvar for å formidle, eventuelt å måtte overbevise osv. I historiene gir mange uttrykk for følgende elementer i prosessen:

- at de vurderer rier, tid og reisevei
- at de ringer fødeinstitusjonen flere ganger
- at de er engstelige for å komme for tidlig inn/bli sendt hjem igjen
- at de er engstelige for å ikke rekke inn «i tide»
- at de i situasjonen er preget av emosjoner
- at de må overtale/forhandle med både samboer og fødselshjelper

Mange av historiene beskriver utførlig denne delen av fødselen, og beskrivelsen av usikkerheten har ulike uttrykksformer og preges av følgende hensyn. På den ene siden virker det som om kvinnene vil være sikre på at fødselen er i gang før de kommer til fødeinstitusjonen. I dette ligger en tanke om at for tidlig innleggelse medfører en risiko for og eventuelt en skuffelse ved det å skulle bli sendt hjem igjen, og av den grunn «rykke like tilbake til start». På den andre siden later kvinnene til å være redde for å komme for sent til sykehuset fordi de naturligvis ønsker å komme inn i tide. Dette kan kanskje også være et

uttrykk for en uro for at det skal være fullt på fødeavdelingen? I disse situasjonene beskriver flere av kvinnene at de gjerne ønsker å få «komme inn for en sjekk». Hensynene omkring «for tidlig» og «i tide» er i seg selv utfordrende å håndtere fordi de til dels «kolliderer» med hverandre. Ansvar for å finne det «perfekte» tidspunkt for innleggelse synes derfor krevende, et ansvar som først hviler på den fødende, men som ved henvendelse deles med jordmoren. Med andre ord er situasjonen ansvarstynget og krevende for både jordmor og fødende.

- Å komme inn «for tidlig»/å bli «sendt hjem»/å «få komme»

I noen av historiene er det et tydelig fokus på at kvinnen er engstelig for å komme inn «for tidlig» eller engstelig for å bli «sendt hjem igjen» dersom fødselen ikke skulle være skikkelig i gang likevel:

Vi ringte føden... og de sa at jeg kunne komme når jeg ville... De sjekket åpningen min... betydde ... at jeg ikke kom til å bli sendt hjem. (2)

Det var fremdeles ikke nok til å ringe jordmora. Jeg ville ikke bli sendt hjem igjen. (23)

... jeg ringte sykehuset. De sa at jeg gjerne kunne komme inn på en sjekk, men at jeg måtte være forberedt på å bli sendt hjem igjen siden jeg var førstegangsfødende... (30)

Gjennom tekstene kan det synes som om både kvinnene, partnerne og jordmødre kjenner på usikkerhet omkring når fødselen starter. De følgende eksempler viser hvordan kvinnen uttrykker at jordmor i telefonen også er usikker på fødselsstart og gjerne tilnærmer seg dette ved å gi kvinnen tilbud om å komme inn på «en sjekk»:

Jeg ringte til føden. De sa jeg skulle vente til det var fem minutter mellom siden jeg var førstegangsfødende... ringte jeg tilbake... De sa at jeg kunne komme ned på sykehuset, men jeg hørte at de var i sterk tvil. (9)

Jeg ringte føden, og fikk beskjed om å ta paracet og en varm dusj... Jeg ringte til føden igjen og fikk beskjed om å komme inn for en sjekk... (13)

Når klokken nærmer seg 05.00, ringer samboeren føden for å forklare ståa. De sier at vi får komme inn på en sjekk... (31)

Flere av kvinnene beskriver at de er inne på sykehuset for «en sjekk» men at de så må, bør eller kan reise hjem igjen:

Da jeg kom til føden så de bare på bindet jeg hadde på... måtte jeg reise hjem og komme tilbake når jeg hadde regelmessige rier som varte i ett minutt med fem minutters mellomrom... (4)

Der (på sykehuset) fikk vi beskjed om å dra hjem igjen og slappe av, og komme tilbake når det ble verre eller vi følte oss usikre... (19)

Sosial praksis

Som jordmor har jeg erfaring med at vurderingene omkring tidspunkt for innleggelse i fødeavdelingen kan være krevende, også for fagpersonen. Hensynene er mange og vurderingen skal romme den enkelte kvinnes behov kombinert med ansvaret for prioriteringer. Myndighet til å avgjøre spørsmålet om innleggelse i fødeavdelingen ligger først og fremst hos fagpersonen. En person kan i utgangspunktet ikke selv velge å skrive seg inn i spesialisthelsetjenesten. Avgjørelsen om innleggelse baseres på faste kriterier og skjønn omkring vurderingene som den innleggende jordmor gjør. Videre skal kvinnen ha medvirkning i beslutningen. Slik jeg kjenner denne prosessen fra praksis, gjøres det ofte slik at kvinnen inviteres til å komme inn til sykehuset for en sjekk. Ved denne konsultasjonen og samtalen med kvinnen avgjøres spørsmålet om innleggelse eller ikke. Mange av historiene gjengir en slik praksis.

I Tine Eris` doktorgradsarbeid fra 2011 blir jordmødrene beskrevet som «portvoktere» som bestemmer når innleggelse av den fødende skal skje, med en strategi der de vil holde kvinnene som henvender seg hjemme så lenge som mulig (2011). Strategien er gjerne faglig begrunnet i argumenter om at for tidlig innleggelse ofte tenderer til å medføre flere intervensjoner og dårligere utfall av fødselen. Samtidig beskriver jordmødrene i Eri sin studie at de ønsker å la kvinnene selv ta avgjørelsen for når de vil komme til sykehuset, og aller helst bli enig med jordmor i hennes avgjørelse. I spørsmålet om å la kvinnen selv ta avgjørelsen og samtidig få henne til å bli hjemme så lenge som mulig, ville det ofte være aktuelt å invitere

kvinnen inn «for en sjekk». I sin studie beskriver Eri hvordan kvinnene først forhandler med seg selv og de vurderinger hun selv gjør omkring fødselstart, og så forhandler med partner eller andre rundt seg. Når kvinnen så har blitt rimelig sikker på at hun vil henvende seg til fødestedet, beskrives en forhandling med jordmor om egen troverdighet for å få komme inn (Eri 2011). Eris studie er viktige beskrivelser av den sosiale praksis basert på førstegangs-fødendes (og jordmødres) erfaringer. Om situasjonen forholder seg likt for flergangsfødende vites ikke. Denne studien skiller ikke mellom førstegangs- og flergangsfødende. Det er likevel interessant å se at tekstene på «Babyverden.no» kan bekrefte Eris beskrivelse av en sosial praksis.

Portvokterrollen er i seg selv et uttrykk for ubalanse i maktforholdet mellom aktørene. Kvinnen ringer med en form for anmodning om å få komme inn. Fødselshjelperen skal vurdere om det kvinnen forteller henne «passer» i forhold til de kriterier hun vurderer innleggelse på. Dette er en ganske spesiell situasjon i helsetjeneste-kontekst. Vanligvis er det helsepersonell som foretar henvisningen til spesialisthelsetjenesten på vegne av pasienten, og på bakgrunn av egne faglige vurderinger. Relasjonen vil da til dels være preget av en balanse (eller evt. ubalanse) i makt mellom helsepersonell og helsepersonell. Den profesjonelle har fagkunnskapen og er satt til å forvalte innleggelsesbeslutningen. I fødselsomsorgen og i de aktuelle historiene er det kvinnen (kanskje sammen med sin ledsager) som vurderer når hun skal kontakte fødeinstitusjonen. Kvinner vil vurdere dette ulikt, og behovet for når innleggelse skal skje vil også variere. Samtidig vil kvinnenes ressurser til å komme i «maktposisjon» være ulike. I denne sammenheng vil kvinnens evner til å tolke sin egen kropp og sine egne fødselstegn, samt evne til å fremlegge sin situasjon for den profesjonelle, ha betydning.

Det er også et annet moment ved situasjonen som det er verdt å merke seg. Fødsel og fødselsstart er i utgangspunktet akutte situasjoner i den forstand at det er en ikke-planlagt prosess som krever umiddelbar helsehjelp – når tiden er moden. Det vil si at man venter på at det akutte skal «sette inn» og at man så får hjelp når situasjonen er blitt «akutt nok».

Henvendelsestidspunkt må kvinnen selv vurdere, mens beslutningsmyndighet og -ansvar for innleggelse er lagt til fagpersonen. For den profesjonelle innebærer dette også et ansvar for at faghjelpen er parat når situasjonen krever det. Det betyr at det må foretas prioriteringer. Prioriteringer innebærer et ansvar for felles tildelte ressurser som skal fordeles på alle som trenger det, og de som trenger det mest først! Man kan således tenke seg at det oppstår mange dilemma i forbindelse med vurderingene i telefonen og avgjørelser omkring

innleggelse. Fra et faglig ståsted vil man hevde at for tidlig innleggelse vil kunne ha flere negative konsekvenser. Nå kan man hevde at «for tidlig» er et relativt begrep som avhenger av en subjektiv forståelse – for hvem er det «for tidlig»? Fagpersoner vil på den ene siden kunne peke på risiko for intervensjon med dertil tilhørende komplikasjoner, eller ressursargumenter som hevder at jo tidligere kvinner kommer inn i fødsel, jo flere må man dele den totale omsorgskvoten på samtidig. Sistnevnte vil representere en forringelse av kvaliteten på den omsorg og behandling som kan gis. På den andre siden vil man kunne hevde at kvinners opplevelse av trygghet – herunder opplevelse av å være velkommen og at fødselshjelperen er klar når hun trenger det- vil være en meget vesentlig faktor for fødselens fremgang, utfall og opplevelse. For den profesjonelle blir utfordringen å kombinere disse faktorene på en måte som gjør at ressursene fordeles klokt og rettferdig, kvinner opplever seg velkommen, medbestemmende og trygge, og innleggelse foretas på et tidspunkt som ikke skader prosessen. Dette speiler de fire grunnprinsipper i den medisinske etikken; rettferdighet, velgjørenhet, ikke- skade og autonomi (Beauchamp og Childress 2009).

Sitatene over ser ut til å «harmonere» med den sosiale praksis som her er beskrevet. Dersom kommunikasjonen i telefonhenvendelsene er preget av at både den fødende og jordmor vil at innleggelse skal skje «sent nok» og samtidig «tidlig nok», kombinert med at jordmor har en portvokterfunksjon med en strategi der hun vil holde kvinnen lengst mulig hjemme (Eri 2011), må situasjonen nødvendigvis være preget av usikkerhet. Et hovedtrekk ved den språklige praksis er at kvinnene i liten grad gjengir et samarbeid der makten om innleggelsesvurderingene deles. I stedet er det slik at beskrivelsene i større grad er preget av at den profesjonelle har rolle som en «allmektig» portvokter. Tolkningen knyttes i stor grad til forståelsen av at situasjonene er gjengitt med ord som uttrykker at tillatelse blir gitt eller ikke. I de følgende sitater viser tekstenes modalitet at talerne er blitt gitt en form for tillatelse til å komme inn ved henvendelsen til fødeinstitusjonen i starten av fødselen:

Vi ringte til sykehuset, og fikk komme inn. (6)

... Etter å ha vekket samboeren min, ringte jeg til sykehuset, og de lot meg komme inn. (83)

Andre kvinner uttrykker en annen form for tillatelse, mer et direktiv om at nå er det på tide å komme til sykehuset:

Deretter ringte vi føden og vi fikk beskjed om å komme inn... (54)

... ringte vi til føden. Vi fikk beskjed om å komme... (81)

Eksemplene som er tatt med her viser hvordan kvinnene beskriver at de inntar en tvilende og usikker rolle i avhengighet til det «sykehuset» eller «føden» beslutter. Kvinnene uttrykker at de «fikk komme», «de lot meg komme inn», og «fikk beskjed om å komme». Modaliteten og transitiviteten har betydning for forståelsen av samhandlingen, og bruk av tillatelse og direktiv gir talerne en passiv, underordnet rolle som innordner seg de bestemmelsene og den tildelingen som den profesjonelle har myndighet over. Den eller de profesjonelle omtales også her med distanse.

Når jeg har valgt å vie beskrivelsene av henvendelsene til fødeinstitusjonene relativt stor plass, er det fordi spørsmålene omkring maktbalanse – eller ubalanse – aktualiseres i stor grad allerede fra første kontakt. I det følgende vil jeg trekke frem eksempler der kvinnene gjengir en uenighet som plasserer dem i en type forhandlingssituasjon/overtalelsessituasjon overfor den profesjonelle.

- Å forhandle/overtale

I eksemplene som følger beskrives henvendelser der jordmors tilbakemeldinger i telefonen fører til en opplevelse av at kvinnen må vente enda en stund hjemme før hun får, kan eller bør komme til fødeinstitusjonen. Her oppgir kvinnen et avslag på anmodningen om å komme inn, og flere av disse gir inntrykk av at kvinnen sitter igjen med en opplevelse av ikke å være velkommen. Beskrivelser av dette som en negativ opplevelse følges så enten av aksept, eller av at kvinnen insisterer på å få komme.

Jeg valgte å ringe føden likevel... fikk beskjed om at jeg skulle vente i noen timer for å se om riene ble regelmessige. Surt la jeg på røret og fortsatte å pese...(4)

Tvilende godtok vi dette og la på. (79)

Kvinnene beskriver her en tvil og en frustrasjon («surt») som kan ses som uttrykk for en type mangel på tillit til den avgjørelsen som blir tatt, eller til personen som tar avgjørelsen. Likevel

beskriver de en lydighet mot avgjørelsen. Andre beskriver en annen tilnærming til liknende opplevelser, der de gir uttrykk for ikke å akseptere avslaget på anmodningen om å få komme.

Derfor valgte jeg å ringe til føden for å være helt sikker... jeg prøvde å holde en samtale med damen i telefonen som mente jeg bare kunne gå og legge meg for dette kunne ta tid, og skulle bli mye verre... jeg tror jeg holdt ut i senga i noen minutter før jeg insisterte på at dette ikke gikk an, og at vi måtte kjøre til sykehuset...(9)

Mannen er ferdig og jeg har overtalt damen på sykehuset om å få komme inn på en sjekk... (42)

Hadde ikke jeg kranglet meg til å komme opp på sykehuset for en sjekk, kunne dette gått veldig galt. Det nytter ikke å skylde på at føden er full... Halv tolv gikk vannet, og jeg ringte føden. Der fikk jeg beskjed om å fortsette å vente, og trengte ikke å ringe tilbake før det var rundt fem minutter mellom riene. Det tok bare én time, og jeg ringte opp igjen. Da fikk jeg beskjed om at det var fullt på føden, og om riene var så korte som 45 sekunder, så var jeg ikke kommet nok i gang... Fortvilet la jeg på og gikk inn til svigerinnen min i stuen. Hun insisterte på at jeg skulle ringe opp igjen for forlange å komme inn for en sjekk... Jeg måtte krangle meg opp på føden, og den sure og gretne jordmoren sa at vi måtte regne med å bli sendt hjem igjen. (52)

I eksempelet over beskriver kvinnen hvordan hun får hjelp av noen rundt seg til å «forlange» å få komme inn til sykehuset i en situasjon der jordmor ser ut til å prøve å holde kvinnen hjemme så lenge som mulig på grunn av plassutfordringer på føden. Kvinnene oppgir ord som «insistere», «forlange» og «krangle» om opplevelsen av diskusjonene de fører med personen i telefonen på fødeinstitusjonen. Videre beskriver de også egne følelser som «surt», «fortvilet» og «forskrekkelse», beskrivelse av emosjoner som kan ses som uttrykk for maktesløshet i relasjonene. Disse sitatene er eksempler som viser at kvinnene blir skuffet og lei for det avslaget de opplever å få fra den de snakker med i telefonen. I disse eksemplene bruker kvinnene sine ressurser til å tvinge gjennom egen overbevisning, et uttrykk for at de tar brukervedvirkningen «i egne hender». Dette kan likevel ikke ses som at de «tar makten» fra den profesjonelle, da det i alle tilfeller vil ligge en makt-ubalanse i en profesjonell- pasient relasjonen (Jensen og Ulleberg 2011). Det viktigste poenget med å fremheve disse fortellingene er å synliggjøre at noen av kvinnene tilsynelatende har opplevd at de har måttet

«kjempe» og «argumentere» for sitt syn/sine opplevelser for å få lov til å komme til fødeavdelingen. Dette beskriver hvordan den fødende kan få status som lite autonom, der brukermedvirkning betinges av at brukeren selv har ressurser til å kjempe for denne.

I eksemplene som følger skal vi se hvordan noen kvinner forteller om sin opplevelse når de ikke rakk inn til fødeavdelingen i tide. En av talerne oppfordrer tydelig sine «medsøstre», leserne på «Babyverden.no», til å ta mer ansvar for beslutningen om innleggelsestidspunkt i fødeinstitusjonen, nettopp med tanke på dette:

Kom dere på fødestua i tide, og bli der til fødselen er over! (5)

Videre beskriver hun at hun fødte hjemme, etter å ha reist hjem fra fødeavdelingen tidligere på dagen. Om dette besøket sier hun:

Jordmora synes jeg skulle dra hjem, eller gjøre noe annet trivelig, som å dra på kafè for å få tiden til å gå, og få tankene over på noe annet... hun mente det ville ta lang tid... jeg minnet henne på... men hun mente jeg bare skulle dra. Jeg var ikke så vanskelig å be. (5)

Fødselen gikk så veldig raskt fremover og hun rakk ikke å komme tilbake til sykehuset før hun fødte. Denne og et par andre historier beskriver opplevelsene omkring ikke-planlagte og ufrivillige hjemmefødsler. Eksempelet ovenfor viser hvordan kvinnen er inne på sykehuset for en sjekk. Hun får så en opplevelse av at hun må dra hjem igjen, og hennes påminnelser til jordmoren nedtones av jordmors mening om at de bare skal dra hjem. Her blir kvinnens opplevelse og synspunkt dominert og overkjørt av en faglig mening fra en «portvokter». Kvinnen protesterer ikke, men innfinner seg med den faglige ekspertises beslutninger. Konsekvensen blir at fødselen skjer hjemme, uten hjelp fra jordmor. Opplevelsen kvinnen beskriver må klart kunne sies å være negativ, og hun oppfordrer alle «andre» til å sørge for at de blir innlagt i tide. Gjennom dette oppfordrer hun leserne til ikke å «bøye av» for autoritetens beslutninger, men stole mer på egne vurderinger. Utsagnet kan ses som en oppfordring til alle om å hevde sin «brukermedvirknings-rett».

Inntrykket av hvorvidt kvinnene opplever at makten har blitt delt i situasjonene de beskriver, varierer selvsagt. Det er likevel et relativt gjennomgående fenomen at beslutningen om innleggelse beskrives å kunne ut i en form for tillatelse, gitt gjennom ulike modalverb som

«kunne» og «måtte» (..få komme/ komme) eller som tillatelse i form av «fikk lov til»/«fikk ikke lov til», eller som et direktiv; «fikk beskjed om å komme». Å være prisgitt at noen gir en slik tillatelse eller ikke, er et uttrykk for en ubalanse i makt, ressurser og posisjon i forhold til den avgjørelsen som tas. Beskrivelsene av tildeling av «inngangsbillett» - enten den er lett tilgjengelig eller den må forhandles om – kan ses som et uttrykk for at kvinnene i liten grad opplever at makten er delt og at ansvaret for avgjørelsen deles.

Den kritiske diskursanalysen gir tilgang til analyse av situasjoner og relasjoner som strekker seg ut over det åpenbare innholdet i tekstene. I det følgende vender vi fokuset tilbake til tekstenes transitivitet, som kanskje her gir den mest interessante tilgangen til refleksjoner omkring kvinnes medbestemmelse. Kvinnes beskrivelse av egen status i historiene er ofte i objektsform, og mer sjeldnere i subjektsform. Tekstene inneholder påfallende lite bruk av personlig pronomen i 1. persons form som «jeg» eller «meg» som subjekt, og ofte er subjektet utelatt. Som vi har sett omtales også den handlende ofte gjennom personlig pronomen 3. person flertallsform: «de». Uttrykk for distanse til fødselshjelperen og avpersonifisering vil kunne leses som mangel på affinitet til, samt nedtoning av ansvaret for, de beslutninger som tas.

Beskrivelsen av seg selv som et objekt med liten eller ingen tilslutning til de beslutninger som tas, ses som et uttrykk for manglende autonomi/medvirkning i situasjonene. Til tross for at flere av historiene tilsynelatende beskriver en reell medvirkning i beslutningen om innleggelse, er sjanger-trekk som her er beskrevet relativt gjennomgående. Den diskursive praksis er således preget av en språklig praksis som vitner om en type undertrykkelse. Vi må imidlertid ikke se bort ifra at disse fenomener også er en del av en språklig, «muntlig» fortellerstil som er med på å forme teksten, samtidig som den språklige praksisen kan bidra til å opprettholde en type undertrykkelse som ikke må bortforklares med sjanger-argumenter.

7.2.4. Kontraster

To av de 85 fødselshistoriene skiller seg markant ut i mengden. Begge historiene beskriver planlagte hjemmefødsler, og talerne bruker språket på en måte som står i klar kontrast til de andre fødselshistoriene. Den første (nr.27) er skrevet som slags hyllest og kjærlighetserklæring fra mor til barn. Utsagn som

Jordmor Ina... og Doula... ble ringt... Jeg fortalte Ina at nå ville vi presse. (27)

Eksempellet beskriver en prosess som kvinnen selv har kontroll over. Kvinnen «eier» fødselen selv. Hun er i sin egen stue, og de ordner alt selv slik de har planlagt det. Hun beskriver lite dialog i løpet av fødselen, kun en slags indre dialog med barnet.

... jordmoren visste hvordan vi ønsket oss fødselen. Så vi slappet helt av med det og bare konsentrerte oss over det som skjedde. (27)

Nr. 28 er også en planlagt hjemmefødsel. Kvinnen angir at hun er førstegangsfødende og forteller:

Vi ringte jordmora som ville snakke med meg for å høre hvordan jeg hadde det. «Nå er det ordentlig vondt, du bør nok komme» sa jeg. (28)

Kvinnen har kontrollen og bestemmer når jordmor skal komme. Dette beskrives også avslutningsvis hvor hun skriver at:

Jordmor sjekket at vi hadde det bra og det hadde vi. Klokken halv ett sendte vi henne hjem. (28)

Det interessante med historiene om de to planlagte hjemmefødslene er den markante forskjell i tekstenes modalitet og transitivitet i forhold til de andre tekstene. Den språklige praksisen står dermed i sterk kontrast til praksisen i de andre fortellingene. I disse to tekstene fremkommer en beskrivelse av en maktbalanse mellom fødende og hjelper som ikke er beskrevet i noen av de andre fødselshistoriene.

Ved hjemmefødslene er det beskrevet at i forkant av fødselen er det opprettet en relasjon mellom kvinnen og fødselshjelper. I denne relasjonen er fødselen blitt planlagt og kvinnen gir uttrykk for å ha styringen selv. Kvinnen avgjør når jordmor skal komme til henne, og kvinnen avgjør når jordmor skal «sendes hjem». Kvinnen forteller jordmor når hun vil presse, det er ikke jordmor som gir kvinnen direktiv om at hun må starte å presse. Kontrastene viser en radikal endring i relasjon mellom den fødende og den profesjonelle, en relasjon der rollene nærmest er «byttet om». Den fødende beskriver seg selv som den handlende og det styrende

subjektet. Hun er hjemme og har selv avgjørelsesmyndighet, og myndighet til å tilkalle jordmor når hun selv mener at det er tid for det. Og da kommer jordmoren. Hun er lydig mot det de fødende beslutter. Brukermedvirkning synes å få en helt annen betydning i disse historiene, og betraktninger omkring «likeverdige partnere» (Helse- og omsorgsdepartementet 2015, 28) får relevans. Begrepets betydning virker med ett reelt og kvinnens kunnskap fremstår som vektet på lik linje eller fremfor den faglige kunnskapen.

Sosial praksis

Initiativet og beslutningen om at fødselen skal skje hjemme er kvinnens, dersom ikke det avdekkes risikofaktorer. Hjemmefødsler er lite utbredt i norsk, moderne fødselsomsorg. Organiseringen av tilbudet er privat og lokalt og utgår fra enkeltjordmødres initiativ. Til tross for at en slik organisering stadig er gjenstand for debatter, er hjemmefødsel-ordningen faglig forankret blant annet i «Nasjonale retningslinjer for hjemmefødsel» (Helsedirektoratet 2012). Ved en hjemmefødsel blir arenaen en helt annen. Kvinnen er på hjemmebane- en kontekst hun er kjent med og har kontroll over. Den sosiale praksis blir derfor annerledes. Jordmor er «gjest». I sykehus er det motsatt. Den fødende er gjest mens den profesjonelle er på hjemmebane og har kontrollen. Kontrastene i modalitet og transisitivitet, for eksempel uttrykt gjennom *Jeg fortalte Ina at nå ville vi presse* (27), viser hvordan kvinnens affinitet til hendelsen er en annen enn om hun hadde sagt at «jordmoren sa at nå skulle jeg presse», eller om hun hadde skrevet «jordmor ville at jeg skulle presse nå». Det er også verdt å bemerke at gjennom å skrive «jordmor Ina», som en kontrast til «jordmoren», «hun» eller «de», forteller kvinnen om en relasjon som er opparbeidet. Det er således en nærhet til den profesjonelle og ikke en distanse slik mange av de andre beskrivelsene gir uttrykk for. Det er grunn til å tro at en slik relasjon er en grunnleggende forutsetning for tillit, en følelse som står i sterk kontrast til den usikkerhet som preger fortellingene tidligere i kapittelet.

Ved å endre sosial praksis endres også relasjonelle elementer. Dette får uttrykk gjennom en annen maktbalanse der den fødende fremstår som den dominante. Tatt i betraktning at hjemmefødsler er lite utbredt og ikke er en del av det offentlige fødetilbudet (Helsedirektoratet 2012), kan man tenke seg at det er kjennetegn ved de kvinnene som velger å initiere en slik ramme rundt fødselen sin som er annerledes enn «den store mengden» av fødende i vår kultur. Likeledes kan man tenke seg at de jordmødrene som velger å ta ansvar for organiseringen av hjemmefødsler også har egenskaper og holdninger som avviker fra «mainstream» tilnærming blant norske jordmødre. Slike faktorer vil påvirke den relasjonelle

samhandlingen mellom fødende og fødselshjelper. I en ramme der aktørene gis mulighet til å opprette en tett og nær kontakt før fødsel, oppstår sannsynligvis en annen trygghet og oppgave- og ansvarsfordeling. Den fødende får anledning til å bli trygg på hvem som skal hjelpe henne og hva som er forventningene til henne som fødende. Dette setter henne i stand til å håndtere avgjørelser og gjennom dette «lede» sin egen fødsel. Faktorene som er beskrevet ved hjemmefødsel står i sterkt kontrast til rammene på en større fødeinstitusjon hvor effektivitet og korte relasjoner preger omsorgen, omsorgsutøveren og omsorgsmottakeren.

7.3. Oppsummering

I det foregående har vi sett hvordan lingvistiske trekk, i kombinasjon med forståelse av diskursiv og sosial praksis, kan danne grunnlag for refleksjoner omkring brukermedvirkning i fødsel og samhandling mellom fødende og fødselshjelper. Tolkningen viser at i diskursen på mammanettstedet beskriver kvinnene seg selv som passive aktører i sin egen fødsel. Kvinnene beskriver således fødselshjelperne som den dominante og styrende aktør, og seg selv i en underordnet rolle. Relasjonen mellom aktørene i fødselshistoriene forstås som distanserte, da kvinnene betegner fødselshjelperen/-ne som «de» eller «føden», eller beskriver fødselshjelperens handlinger uten subjekt. To kontraster som beskriver planlagte hjemmefødsler viser hvordan endring av den sosiale praksis medfører en radikal endring av diskursen, der relasjonen til fødselshjelperen beskrives som nær og der den fødende beskriver seg selv som aktiv og som den som beslutter og utfører.

I det neste kapitlet skal vi se nærmere på hvilken betydning resultatene har i møte med prinsippet om autonomi og målsettingen om økt brukermedvirkning. Refleksjonen omkring brukernes beskrivelser er viktige tilbakemeldinger til en fagdiskurs, og funnenes betydning for utvikling av faglig forståelse blir aktuell.

Kapittel 8: Diskusjon

I kapitlene som omhandler analyse av fødselshistoriene (kapittel 6 og 7) har jeg vurdert hvordan brukerstemmen «svarer på» de spørsmål som reises i studiens problemstilling, dvs. brukerstemmenes uttrykk for «den moderne fødselsomsorgs dilemma» og brukermedvirkning/medbestemmelse. Fortolkningen av tekstmaterialet er basert på kvinnenes «stemmer» som uttrykker erfaringer fra selve fødselen og opplevelser av samhandlingen i fødselssituasjonen. Resultatet av arbeidet viser for det første at kvinnene er lite opptatt av å uttrykke opplevelser av dilemma relatert til spørsmål om medikalisering/demedikalisering. Funnet er noe overraskende og ulike forståelser av dette blir diskutert i det følgende. Som en del av et skissert dilemma blir imidlertid forståelsen av selve normalitetsbegrepet relevant. Resultatene viser at det kan være misforhold mellom fagpersoners forståelse av «normal fødsel» og enkelte fødekvinnens forståelse, og av dette får spørsmål omkring bruken av begrepet relevans i den faglige diskursen.

For det andre viser analysen av kvinnenes fødselshistorier også hvordan kvinnene beskriver seg selv i en passiv rolle som en kontrast til idealet om den autonome pasienten. Beskrivelsen bærer preg av en underordnet posisjon i møte med en dominant helsetjeneste der relasjonen til fødselshjelperen beskrives som distansert. To kontrasterende fødselshistorier fra planlagte hjemmefødsler viser imidlertid hvordan endring av sosial praksis representerer endring av språklig praksis som uttrykk for en endring i forståelse av relasjon og medbestemmelse. Disse talerne beskriver seg selv som autonome aktører i en samhandling preget av nærhet i relasjonen til fødselshjelperen. I avsnittene som følger vil disse funnene bli diskutert med utgangspunkt i hvilken betydning de har for faglig utøvelse.

8.1. Relevans

Med utgangspunkt i en forforståelse av tekstene på «mammanettsteder» som begrenset med hensyn til faglig relevans, har prosessen med fortolkning av disse bidratt til ny innsikt. Forforståelse – og kanskje fordommer – omkring tekstene som av mindre verdi for faglig refleksjon blir således gjort til skamme. Diskursen har stor verdi for faglig forståelse av brukeropplevelse da den bringer inn nye og andre momenter enn de som preger den faglige diskursen. Det er spesielt to forhold ved tekstene som ikke harmonerer med forforståelsen.

Det ene dreier seg om det mangfoldet og den heterogenitet tekstenes talere representerer. Her synes det absolutt ikke å være én gruppe kvinner som har én type holdninger eller én spesifikk agenda. Budskapet i tekstene forstås derfor å være av større relevans. Talernes stemmer representerer et mangfold som kan romme flere og mer nyanserte tilbakemeldinger til helsetjenesten.

Den andre oppdagelsen som bryter med min forforståelse av denne type materiale, er tekstenes lite uttalte tilbøyelighet til opprør. Av diskursen kan man slik lese en form for innordning eller aksept av den samhandlingskulturen de inngår i. Det er ytterst få av talerne som beskriver at de forsøker å opponere eller gå på tvers av det som blir bestemt. Bildet av den moderne, autonome «forbruker»-pasient blekner dermed og tilbakeføres til tidligere tiders mer paternalistiske forståelse av relasjonen fødselshjelper – pasient. Når disse funnene inngår i en analyse som rammes inn av et beskrevet «dilemma» knyttet til ulike målsettinger, blir faglig refleksjon omkring brukervedvirkning, normal fødsel og fødekultur viktige og høyst relevante.

8.2. Fravær av dilemmaet?

Kvinner synes altså ikke, i en diskurs på «Babyverden.no», å være opptatt av problemstillinger knyttet til medikalisering eller demedikalisering. De uttrykker ikke i særlig grad at de ønsker større innslag av teknisk og medikamentell intervensjon i fødsel. Videre synes de heller ikke å etterlyse demedikalisering i form av mer fokus på de naturlige elementene i fødselsprosessen. Noen vil kunne hevde at dette er et lite oppsiktsvekkende funn, og at spørsmål om demedikalisering tilhører en fagdebatt og betinges av faglig forståelse. Et fraværende dilemma vil således kunne ses som positivt, fordi brukere ikke nødvendigvis skal «påføres» faglige bekymringer som de ikke i utgangspunktet kjenner til. Samtidig kan en slik holdning ses som uttrykk for paternalisme der brukerens synspunkter ikke tillegges særlig vekt. Når et av faglighetens viktigste prinsipp handler om autonomi, her uttrykt som brukervedvirkning, vil jeg hevde at faglige debatter i aller høyeste grad bør angå brukeren. Dersom kulturen har som mål å skape «pasientens helsetjeneste» (Helse- og omsorgsdepartementet 2015, 11), må pasienten involveres i de viktige debattene i faglige diskurser. Hvordan faglig diskurs og brukerdiskurs kan knyttes tettere sammen og finne felles arenaer blir således et viktig anliggende dersom målsettinger skal kunne forenes.

Det finnes også eksempler på at «den moderne fødselsomsorgs dilemma» ikke kun lever i en fagdiskurs, men også håndteres av brukere. I perioden hvor hospitalisering av fødsler fant sted i stor utstrekning, kom kvinnene etterhvert med en motreaksjon på den medikaliseringen som fant sted. Kvinneorganisasjoner sto i denne perioden i bresjen for fremveksten av sykehusenheter der valgfrihet og «naturlig fødsel» sto i fokus (Fjell 1996). I dagens forståelse synes fokuset på kvinners selvbestemmelse i forbindelse med fødsel i stor grad å være dreiet mot retten til selvbestemt keisersnitt. Disse eksemplene viser hvordan kvinner og fødende i stor grad kan og vil engasjere seg i problemstillinger vedrørende spørsmål om medikalisering eller demedikalisering. Det synes derfor ikke å medføre riktighet at kvinnene ikke beskriver erfaringer knyttet til «dilemmaet» fordi disse spørsmål enestående tilhører en fagdiskurs, og det må således være andre grunner for forståelse av dette fenomenet ved brukerdiskursen.

I en tid hvor fokuset på brukermedvirkning er større enn noen gang, vil man kunne tenke at eventuell asymmetri mellom egne preferanser som bruker og faglige preferanser absolutt bør kunne ha stor plass i en diskursorden. Innslag av markedselement i moderne helsediskurs vil i tillegg kunne peke på forbrukermentalitet med høyt preferansefokus. Tekstene bærer ikke preg av slike asymmetrier eller preferansefokus. Det er bemerkningsverdig at tekstene ikke inneholder konkrete, identifiserte «etterlysninger» i det hele tatt. Dette gjør refleksjonene omkring transivititet og modalitet særlig viktige for fortolkningen av både fraværet av «dilemmaet» og uttrykkene for brukermedvirkning. Kan det tenkes at opplevelsen av underlegenhet og innordning medfører at preferanser stilles i bakgrunnen? Blir eventuelle preferanser om «naturlig» eller «teknisk» fødsel underordnet opplevelsen av egen status preget av manglende autonomi? Denne forståelsen viser hvordan «dilemmaet» eventuelt kan stilles i bakgrunnen av opplevelser som synes mer dominerende.

«Hypotesen» om at tradisjonelt jordmorfaglig fokus på demedikalisering – i eventuell krevende harmoni med en beskrevet utvikling – vil være synlig i brukernes beskrivelser, er altså ikke bekreftet, men den er kanskje heller ikke avkreftet? Studiens intensjon er imidlertid heller ikke å bekrefte eller avkrefte en hypotese og et «fødsels-dilemma», men snarere å belyse denne/dette. En viktig del av forståelsen av dette dilemmaet er hvordan diskursene bruker begrepet «normal fødsel». I det følgende vil bruken av begrepet «normal fødsel» - med utgangspunkt i analysen av tekstene - bli diskutert med tanke på en utvidet forståelse for fagdiskursen.

8.3. Normalitet

Fortolkningen av kvinnenes fortellinger bekrefter at diskursenes forståelse av begrepet «normal fødsel» ikke er entydig, og at bruken av begrepet «normalitet» eller «naturlig fødsel» kan avvike fra faglig bruk og forståelse. Noen av kvinnene uttrykker at forståelsen knytter seg til fravær av elektronisk overvåking eller epiduralbedøvelse ved å ønske å føde på en «normalenhet» eller «i vann». Det er likevel usikkert om kvinnene kjenner til detaljene i en slik tilnærming. En av talerne viser at hun ikke er kjent med slike detaljer ved ikke å kjenne til at igangsetting av fødsel innebærer en risikotilnærming og dermed ikke er forenlig med fødsel i vann (nr. 72). Eksempelet viser at forventninger og ønsker ikke alltid er i harmoni med faglig tilnærming til forsvarlig oppfølging.

Forståelsen av normalitet vil variere, og kanskje kan man tenke seg at begrepet i stor grad knyttes til det som er «vanlig». «Vanlig» i denne sammenheng vil kunne bety vaginale fødsler i motsetning til keisersnitt. En «vanlig» tilnærming til normalitet vil kunne være å «ta det litt som det kommer», ønske det friske og «godartede», samt ha tilgang til intervensjoner som epiduralbedøvelse eller andre nødvendige tiltak ved behov. En slik tilnærming vil altså kunne sies å være et uttrykk for at «normal» og «naturlig» fødsel ikke nødvendigvis må være epiduralfri. Et utgangspunkt med «naturlig» tilnærming, med tilgang til intervensjon ved behov, er ikke i kontrast til faglig forståelse av god fødselsomsorg. Likevel vil fødselen, idet teknisk eller medisinsk intervensjon setter inn, i fagkretser som regel ikke lenger kategorisere som «normal». Helsedirektoratet uttrykker at «Målsettingen er minst mulig unødige inngrep under normal graviditet og fødsel, og med riktig intervensjon der det er nødvendig i tråd med kunnskapsbasert praksis» (Helsedirektoratet 2010, 27). Forståelsen av «normal fødsel» med tilgang til intervensjon som epiduralbedøvelse ved behov, står ikke i kontrast til denne målsettingen. Spørsmålet knytter seg imidlertid mer til vurderingene omkring hva som er en «nødvendig intervensjon», og om for eksempel i hvilke tilfeller epiduralbedøvelse kan anses som dette. Dersom vurderingen av «nødvendig» medfører en øket bruk av epiduralbedøvelse, vil dette utfordre målsettingen om demedikalisering. Ulike intervensjoner ekskluderer fødselen fra å falle inn under WHO's definisjon av «normal fødsel» (gjengitt i kapittel 2.2). I WHO's globale retningslinjer fra 1996 diskuteres eksplisitt om epiduralbedøvelse kan inngå i definisjonen og viser til kulturelle ulike forståelser av begrepet «normalt». Likevel vil forfatterne presisere at epiduralbedøvelse ses som «one of the most striking examples of the

medicalization of normal birth» (WHO 1996, 28), og en økning av forekomst synes således å true målsettinger og faglige *ideal* om normalitet og epiduralfrie fødsler. Så kan man spørre hva som er brukernes eller fremtidens normalitets*ideal*?

Om et faglig ideal om mindre bruk av epiduralbedøvelse synes truet av den økende bruken (jfr. Medisinsk fødselsregister og abortregisteret – statistikkbanker 2015), er det likevel ikke sikkert at økende bruk av epiduralbedøvelse nødvendigvis må sies å kollidere med prinsippet om og kravet til faglig forsvarlighet. Det avhenger av hvordan man forstår innholdet i «krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp...» og hva det er «... som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven, § 4, 1999). I situasjoner der fødselshjelpere ikke synes å bidra til demedikalisering kan man stille spørsmål ved den faglige forsvarligheten. Utstrakt og ukritisk bruk av igangsetting, stimulering, keisersnitt uten medisinsk indikasjon eller epiduralbruk der dette ikke anses som «nødvendig», må kunne sies å true plikten til faglig forsvarlig yrkesutøvelse. Selv om målsettinger og ideal henger tett sammen med forsvarlighet, er det likevel forskjell på å true ideal og å true forsvarlighet. I den forståelse blir idealene og formidlingen av idealene vesentlige. Kvinnerens utfordring til fagutøvelsen om forståelsen av normalitet, handler kanskje like mye om hvordan man *snakker om* normalitet som hvordan man tilnærmer seg den praktiske omsorgen. Spørsmålet er om det er behov for en romsligere bruk av begrepet? Vil en utviding av forståelsen representere en trussel for en faglig «ryggmarg», eller vil man kunne jobbe videre med de samme målsettinger selv om man velger å snakke om normalitet på annet vis? Videre kan man spørre om hvilke konsekvenser en eventuell justering av målsetting om demedikalisering vil få, og om eller hvordan dette eventuelt representerer en trussel for forsvarlighetskravet?

Kvinnerens appell i historiene på «babyverden» knyttes i liten grad opp mot ønsker om keisersnitt eller om igangsetting. I hovedsak kan det se ut som det for flere av dem handler om tilgangen på epiduralbedøvelse ved behov – i kombinasjon med omtale av normalitet. Samtidig som behovsprøvd intervensjon i stor grad harmonerer med faglig forståelse, utfordres fagligheten til å omtale normalitet på en ny måte og i en større «ramme» der forståelsen av «normalitet» utvides til også å inkludere epiduralbedøvelse og kanskje andre intervensjoner. Et viktig spørsmål som aktualiseres da, er om en slik eventuell faglig utvikling kan forenes med et fortsatt fokus på en demedikaliserende fagutøvelse? Analyse av tekstmaterialet kan foreslå at inkludering av epidural i en «normal»-forståelse i større grad vil

kunne åpne for relasjon og samarbeid slik at målsettingen om demedikalisering i større grad lar seg realisere. Kanskje vil nettopp færre kvinner oppleve epiduralbedøvelse som en «nødvendig intervensjon» dersom brukerdiskurs og fagdiskurs på en slik måte blir knyttet nærmere sammen?

Forståelsen av denne faglige utfordringen handler i stor grad om hvordan man velger å uttrykke idealer, målsettinger og hvilke ord man bruker i omtale av demedikalisering. I en kronikk kalt «Fødekvinnehierarkiet» (som også kom som en respons på den gjengitte debatten i kapittel 3) bes jordmødre om å tenke seg om *hvordan* de omtaler normalitet. Det pekes på den ofte normative omtalen av det å føde uten/med medikamentell smertelindring, og at det gjennom denne gjerne skapes «vinnere» og «tapere» blant kvinner i sårbare situasjoner. Ord som «triumf», «mestring», «glede» og «lettelse» er positivt ladede ord som brukes om kvinner som føder uten epidural. Gjennom slike omtaler vil kvinner som føder med epiduralbedøvelse kunne identifisere seg med det motsatte av disse beskrivelsene; negativt ladede ord som ikke gir en opplevelse av å ha lyktes (Thobro 2015). Mindre normativ omtale av normalitet - eller ikke-normalitet – fremstår som en utfordring til den faglige utvikling. Dersom fagdiskursen evner å omtale normalitet på mindre «moraliserende» vis, vil kanskje brukerdiskursen bli mer bevisst og åpen omkring forhold som angår demedikalisering. Det kan tenkes at en slik endring vil kunne tjene målsettingen og den «forsvarlige» utvikling i langt større grad enn slik de aktuelle diskursene lever side om side i dag. Det er således tid for å endre språket omkring «normal fødsel».

8.4. Brukermedvirkning

Spørsmålet knyttet til brukermidvirkning er et av de viktigste i denne studien. Den kritiske diskursanalyses fokus på lingvistiske trekk gir grunnlag for å tolke kvinnenes beskrivelser av egen status som mindre autonom. Den passive rollen de forteller om er utgangspunktet for spørsmålet omkring forhold som angår samhandlingen mellom den fødende og fødselshjelperen. Samfunnets beskrivelse av brukermidvirkning som et ideal får betydning i denne sammenheng. Diskusjonen tar utgangspunkt i følgende forståelse: Kvinnes beskrivelser av egen rolle og status som mindre autonom i fødselshistoriene harmonerer lite med overbyggende målsettinger om brukermidvirkning.

Fokuset kan ses i sammenheng med deler av forståelsen av problemstillingens første spørsmål; at kvinnene i liten grad er opptatt av å uttrykke egne preferanser gjennom sine fødselshistorier. Kanskje er det grunn til å spørre om autonomi og brukermedvirkning egentlig ikke synes å være et viktig prinsipp for de fødende? Det er kanskje grunnlag for å hevde at lite fokus på egen autonomi skyldes at kvinnene opplever seg godt ivaretatt og trygge i den situasjonen og de relasjonene som oppstår. Fokuset på autonomi identifiseres gjerne først når man opplever seg som ikke-autonom. Behovet for å være autonom vokser frem i situasjoner der uenighet oppstår, der man ikke får tilgang til det man selv ønsker og synes man trenger (for eksempel uenighet om innleggelsestidspunkt eller tidspunkt for epiduralbedøvelse), eller der opplevelsen av ikke å være sett og hørt manifesterer seg. Det betyr ikke at opplevelsen av autonomi er irrelevant i samhandlingsrelasjoner som oppleves som positive. Den autonome status er absolutt et tema også da, men fokuset er kanskje nedtonet eller uidentifisert nettopp fordi man opplever seg i en «likeverdig» situasjon? Argument som peker på at grunnleggende prinsipper i mindre grad er identifisert når samhandlingen fungerer godt, vil kunne foreslå at studiens tekster nettopp beskriver god samhandling, med bakgrunn i at kvinnene i sine tekster i liten grad direkte etterlyser større grad av medvirkning. I det følgende skal vi se at fraværet av etterlysninger også kan ha andre betydninger.

Talernes beskrivelser av sine passive roller med redusert grad av medbestemmelse forteller historier om kvinner som ikke opponerer, men som viser lydighet mot det som blir bestemt og aksept for det som tildeles/ikke tildeles dem. Relasjoner til de som tildeler og bestemmer blir beskrevet som distanserte. Fortolkningen vil kunne foreslå at uttrykkene - lydighet og distanse - er en form for resignasjon. En slik resignasjon kan ha utgangspunkt i følelser som for eksempel «her er det ikke jeg som bestemmer, så derfor legger jeg helt fra meg eventuell egen autoritet og autonomi», eller «her er det jordmor og lege som bestemmer, derfor orker jeg ikke engang prøve å ta kontroll». En slik forståelse binder også de to del-problemstillingene sammen, da resignasjon eller underkastelse kanskje vil kunne skjule uttrykk for eventuelle opplevelser knyttet til dilemmaer omkring medikalisering og demedikalisering. I resignasjonen ligger en form for aksept. I aksepten blir maktuttrykket sterkere, fordi den ubalanse som eksisterer mellom «dominant» og «undertrykket» av ulike årsaker ikke finner utløp i et oppgjør men blir godtatt av den «undertrykkede». Gjennom aksept blir maktdominansen i relasjonene derfor konservert, ikke utfordret. Den kritiske diskursanalyse vil likevel ikke stoppe fortolkningen her. De lingvistiske trekks betydning for forståelse av

makt i relasjoner lar ikke kvinnenens passive beskrivelser av seg selv «passere» uten refleksjoner omkring hvordan dette ikke harmonerer med et brukermedvirkningsideal.

Helsedirektoratets krav til fødselsomsorgen fra 2010 («Et trygt fødetilbud, kvalitetskrav til fødselsomsorgen») presiserer pasient- og brukerrettighetslovens § 3-1, der retten til medvirkning er hjemlet. Kvinnens rett til informasjon presiseres: «informasjonen må være god nok til at kvinnen har et tilstrekkelig grunnlag for å medvirke og ta valg om egen helse» (Helsedirektoratet 2010, 8). Videre følger en konkretisering av medvirkningens innhold i fødsel: «Kvinnen skal oppleve seg informert, veiledet og ivaretatt med en tilstrekkelig medvirkning når valg av behandlingsmåte skal treffes, herunder for eksempel valg av smertelindring, igangsettelse og forløsningsmetode» (Helsedirektoratet 2010, 8).

Det er grunn til å merke seg ordlyden i veilederen, der det i enhver situasjon og relasjon er en relativ målestokk knyttet til «tilstrekkelig medvirkning». Hva som oppleves som tilstrekkelig medvirkning er i utgangspunktet opp til den profesjonelle å bedømme, da den faglige kompetansen vil kunne påberope seg en fagkunnskaps overlegenhet i slike vurderinger.

Likevel vil vurderingen av tilstrekkelig medvirkning i aller høyeste grad angå brukeropplevelsen. Denne studiens funn gir grunn til å løfte fram kvinnenens beskrivelser av *utilstrekkelig* medvirkning. Utdragene fra tekstene viser etter min vurdering mange eksempler på utilstrekkelig medvirkning og gir inntrykk av en paternalistisk tilnærming til omsorg. Dette gir seg bl.a. utslag ved manglende medvirkning ved spørsmål om tidspunkt for innleggelse i fødeavdelingen.

Forståelsen av kvinnenens tilbakemelding av ikke å oppleve seg som involvert og medbestemmende i egen fødsel står i sterk kontrast til idealet om brukermedvirkning og delt makt i helsetjenesten. Kan det være at brukermedvirkningsdiskursen ikke er treffende for de reelle utfordringene i de reelle møtene og samhandlingen? Gjennom fortolkning av lingvistiske trekk ses kvinnenens stemmer å uttrykke en passiv, lite medbestemmende rolle i en relasjon som bærer preg av distanse til fødselshjelperen. Følgende definisjon på brukermedvirkning står i kontrast til dette forhold, da den forutsetter brukeren som en aktiv part i en relasjon: «Brukermedvirkning dreier seg slik sett om en relasjon mellom brukere og forvaltningen, der brukerne som part skal være aktive. På individnivå vil medvirkningen handle om hvordan den enkelte bruker får medvirke i relasjonen med helse- og sosialarbeidere» (Humerfelt 2005; 16). Definisjonen har fokus på brukeren som «aktiv» part som «får medvirke i relasjon». Det relasjonelle fokuset bidrar til å fjerne/nedtone forståelsen

av medvirkning som en form for forhandling. Medvirkning med betoning mot det rasjonelle, «instrumentelle» valget kan ofte forstås *uten* en relasjonell komponent. Eksempel på dette er «det informerte samtykket» som gjerne kan foregå i skriftlig form og der pasienten undertegner og slik gir sitt samtykke. Det relasjonelle fokuset – eller mangelen på dette – bidrar til forståelse av brukermedvirkning som noe mer enn et samtykke eller en preferansevalg-situasjon.

I det følgende skal vi se nærmere på målsetting om brukermedvirkning og på hvordan brukermedvirkningsdiskursen kan synes mangelfull. Manglene knytter seg primært til to aspekt som begge viser hvordan den aktuelle brukermedvirkningsdiskursen synes tuftet på sviktende grunnlag:

1. Diskursen forutsetter at maktsymmetri i relasjonen mellom helsepersonell og pasient er en mulighet.
2. I diskursen synes brukermedvirkning å være betinget av rasjonelle fokus i samhandlingen og dialogen.

Maktsymmetri

Den offisielle brukermedvirkningsdiskursen som er presentert i kapittel 2, betegner målsettingen for brukerens status som «likeverdig samarbeidspartner» (Helse- og omsorgsdepartementet 2015, 28). Videre sies at: «Pasientens helsetjeneste innebærer å flytte makt fra systemet til pasienten. Pasienten skal være en aktiv og likeverdig partner» (49). «Regjeringen vil gi pasientene sterkere innflytelse. Pasientenes stemme skal veie tyngre i utformingen av morgendagens helsetjeneste. Pasientens behov og ønsker skal veie tyngre når det skal tas valg om hvilken behandling som skal gis, og hvordan den skal gjennomføres. Pasientenes kompetanse skal tillegges vekt på linje med fagfolkens kompetanse» (10).

«Likeverdig samarbeidspartner», «sterkere innflytelse», tyngre vektning av behov og ønsker og likevekt mellom pasientens og fagfolkens kompetanse – er alle ord og uttrykk som beskriver hvordan pasientens status skal og bør være i samhandlingsrelasjonen med den profesjonelle. Historier som forteller om forhandling og overtaling for å få komme til sykehuset for en sjekk, er beskrivelser som må sies å gå på tvers av målsettinger om «likeverdig» og «makt... til pasienten». Samtidig synes målsettinger å være i konflikt med den grunnleggende asymmetrien i relasjonene mellom den profesjonelle og brukeren. Christoffersen sier det slik: «Enhver relasjon mellom mennesker innebærer en eller annen

form for makt. Makten i det profesjonelle møtet er først og fremst basert på den profesjonelles faglige kompetanse og på at vedkommende representerer en institusjon. Denne formen for profesjonell makt betyr at makten i forholdet er asymmetrisk fordelt. Det dreier seg ikke om et likeverdig maktforhold. Den profesjonelle har en makt som den andre ikke har» (2005 b, 66). Ruyter kaller slagord som «pasienten først» for «selvbedrag» som kan føre til «at man blir desillusjonert fordi det høyverdige målet ikke lar seg gjennomføre» (2005, 113). At brukervedvirkningsdiskursen har høye mål etterlater beskrivelsene liten tvil om. Spørsmål om hvorvidt målsettingene er oppnåelige eller «desillusjonerte» blir vesentlige for verdien av målsettingene og for faglig og profesjonsetisk refleksjon omkring egen praksis. Det krevende med målsettinger som strekker seg ut over det oppnåelige er at man kan slutte å strekke seg mot dem.

Et annet spørsmål som blir like aktuelt er om det virkelig er slik at det høyeste ideal er at den profesjonelles makt og brukerens makt er symmetrisk og «likeverdig»? Dersom man klarte å oppnå en slik målsetting, hvilke konsekvenser ville det få for forståelsen av ansvar? Vil ikke nettopp delt makt også være delt ansvar? Vil man slik sett kunne tenke seg en situasjon der det faglige ansvar for beslutninger forvitres og der pasienter overføres et ansvar som de verken ønsker eller er tjent med å bære? Det er grunn til å stille spørsmål ved om idealet om lik makt-vekting virkelig er gjennomførbart eller i det hele tatt ønskelig? Videre skal vi se på det andre grunnlaget som brukervedvirkningsdiskursen tuftes på, den rasjonelle forståelse og den «instrumentelle» beskrivelsen av brukervedvirkning som valg-situasjoner.

Den rasjonelle diskursen

Idealet om det informerte samtykket er et av de tydeligste «uttrykk» i diskursen om pasientautonomi, og fremstår som et grunnleggende prinsipp for den medisinske praksis (Ruyter, Førde og Solbakk 2014, 24). Agledahl, Førde og Wifstad peker - i sin artikkel «Choice is not the issue. The misrepresentation of healthcare in bioethical discourse»- på hvordan medisinsk praksis har «arvet» begrepet og forståelsen av «informed choice» (informert samtykke) fra den biomedisinske forskningsdiskurs, og på hvordan dette begrepet ofte er uegnet i klinisk praksis. Forfatterne peker på hvordan dette grunnleggende prinsippet og idealet ikke evner å favne de moralske aspektene ved samhandlingen i helsetjenesten (Agledahl, Førde og Wifstad 2010). Fokuset på det informerte samtykket som en vesentlig del av forståelsen av brukervedvirkning, fremstår som et konkret eksempel på hvordan omtale av medvirkning og autonomi er instrumentelt og rasjonelt fokusert. I denne studiens

fødselshistorier reflekterer kvinnene i liten grad ønsket om- eller mangel på muligheten til – å velge selv. Fordi lingvistiske trekk peker på passivitet og liten delaktighet, blir likevel konklusjoner om manglende medvirkning reelle. Dette viser at det må være andre aspekt ved samhandlingen som er mer vesentlige for forståelse av makt og autonomi enn fokus på valgsituasjoner. Dette er en erkjennelse som etter min vurdering i større monn bør løftes fram og diskuteres i fagmiljøene.

Brukermedvirkningsdiskursens instrumentelle fokus på beslutningsprosesser vektlegger og betinger pasienten som rasjonell aktør. Det rasjonelle grunnlag har også i seg elementer fra en markeds kontekst der pasienten ses som en rasjonell forbruker. Hun forutsettes å ha ressurser til å foreta de rasjonelle valgene, og overta makt fra den tradisjonelle beslutningstakeren, den profesjonelle. I en slik kontekst synes pasientens spesielle rolle som sårbar; redd, i sjokk, i sorg – og av dette emosjonelt orientert – å bli oversett. Den ikke-rasjonelle pasient synes ikke å eksistere i brukermidvirkningsdiskursen. Gjennom denne studiens tekster blir imidlertid denne kontrasten tydelig. Kvinnenes fokus på emosjoner – usikkerhet, smerte, redsel, utslitthet og så videre- viser hvordan rasjonelt orienterte ideal kan være uegnede. Hvordan kan man forvente rasjonell kommunikasjon i akutte situasjoner? I disse situasjonene har jo ikke pasienten valgmuligheter! Det oppstår en avhengighet til hjelperen som ikke svarer til den rasjonelle samhandlingen som brukermidvirkningsdiskursen legger til grunn. I kvinnenes emosjonelle uttrykk ligger nettopp en avhengighet til at den profesjonelle ivaretar rasjonalitet mens hun gir seg hen til den profesjonelle ivaretagelse. Det ligger i all akuttomsorgs natur at rasjonalitet må ivaretas av andre enn den som er midt i «krisen». Dette gir den profesjonelle et tyngre mandat og et større ansvar for ivaretagelse. Akuttomsorg utfordres derfor i større grad til å vektlegge andre elementer i forståelsen av brukermidvirkning. Hvordan språket konstituerer og konserverer ubalanserte maktforhold blir således et viktig fokus for faglig forståelse.

Autonomi og deling av makt må altså favne langt videre enn den begrensning som den rasjonelle tilnærming bringer med seg. Brukermedvirkning handler også om et normativt og mellommenneskelig grunnlag i en helsetjeneste. Brukermedvirkning handler om menneskesyn, makt, tillit, møter mellom mennesker, respekt, avhengighet, personlige egenskaper, kontroll, tap av kontroll og mye, mye mer. Ruyter, Førde og Solbakk hevder at «Å bli sett og forstått er antakelig viktigere enn selvbestemmelse» (2014, 109). I en artikkel om pasientautonomi viser Bjørn Hoffmann hvorfor tillit egner seg bedre enn begrepet

autonomi til å få frem grunnleggende maktforhold i helsevesenet. Han hevder at autonomi og paternalisme ikke er to motsatte begreper som er gjensidig ekskluderende, men at begge er knyttet til makt og tillit. Videre påpeker han at godartet makt medfører tillit. Den grunnleggende asymmetrien mellom pleier og pasient aktualiserer tillit, og tillit er derfor et mer sentralt begrep for helsetjenesten enn autonomi. Autonomibegrepet kan således ha en tendens til å skjule makten fordi «autonomibegrepet forutsetter en idealisert symmetri mellom pleier og pasient, som ikke stemmer med den moralske grunnsituasjon» (Hoffmann 2002,11). Jordmorfaglig refleksjon omkring tillit - i tett sammenheng med relasjon og språkets betydning- får derfor større relevans enn teorier om brukermedvirkning.

Som vi har sett representerer diskursen omkring brukermedvirkning en stor utfordring da den synes å være tuftet på sviktende grunnlag. Kanskje utgjør den derfor nettopp selv den største utfordringen for realiseringen av målet om å styrke pasientens status i helsetjenesten? Er den å se som ren retorikk som legitimerer, bevarer og forsterker den profesjonelles suverene posisjon? Slik målsettingene blir formulert og rasjonalisert kan man lett overse viktige elementer ved samhandling og mellommenneskelig relasjon samt ikke-diskursive sosiale praksiser, som nettopp må ha fokus for at brukerens status skal forbedres.

Kvinnens fortellinger om sin passive rolle som mottakere av tildelinger fra jordmødre som «portvoktere» har en sterk appell til den profesjonsetiske refleksjon. I sin studie av kvinner og jordmødres erfaringer med fødselsstart og innleggelse i sykehus, konkluderer Tine Eri blant annet med at individualisering av fødselshjelpen vil kreve et mer differensiert tilbud til oppfølging i denne fasen av fødselen (2011, 82). Videre vil en større grad av valgfrihet for de fødende betinges eller begrenses av den profesjonelles handlingsrom – som igjen avhenger av sosiale og strukturelle faktorer som for eksempel samsvaret mellom oppgaver og ressurser. Eris konklusjoner om behov for et differensiert tilbud og individualisering av fødselshjelpen er viktige og konkrete forslag til forbedring. Likevel må refleksjoner omkring mulighetene for forbedring også inneholde fokus på elementer i mellommenneskelig samhandling som dreier seg om den profesjonelles holdninger, dømmekraft, evne til å initiere samhandling og innby til medvirkning. Beauchamp og Childress er opptatt av hvordan autonomiprinsippet ikke kun er en innstilling eller knyttet til holdninger, men også er et prinsipp som krever aktiv handling. Om dette sies følgende: «To respect autonomous agents is to acknowledge their right to hold views, to make choices, and to take actions based on their personal values and beliefs. Such respect involves respectful *action*, not merely a respectful *attitude*» (2009, 103). Den

profesjonelle har derfor et ansvar for å fremme pasienters selvbestemmelse, og fravær av aktiv handling inn mot dette målet kan hemme muligheten for autonomi. Ansvar for kvalitet i samhandling innebærer et ansvar for alle aktørene som inngår i den, og spesielt et profesjonelt ansvar i kraft av den ubalanse som maktstrukturen er preget av. Videre vil en stor del av ansvaret også ligge i strukturelle og administrative betingelser i den sosiale praksis.

I det foregående har vi gjennom diskusjon av normalitetsforståelse og brukermedvirkningsideal sett hvordan brukerdiskursen på «Babyverden.no» peker på betydelige utfordringer for faglig refleksjon. Videre viser resultatene av analysen at sosial praksis fremstår som konstituerende for en diskurs og at endring av sosial praksis også representerer en endret diskurs. Gjennom disse diskusjonene og refleksjoner er det grunn til å stille spørsmål relatert til den sosiale praksis der kvinnene beskriver seg som passive og underordnet.

8.5. Sosial praksis

Divergensen mellom fødekvinnes uttrykk i denne studien og målsetninger for helsetjenesten har appell om endring av maktbalanse, og endring i samhandlingen og relasjonene mellom aktørene. Kontrasthistoriene om hjemmefødsler er interessante i så måte, fordi man her ser hvordan aktørene kommer nærmere målsettinger om delt makt. Eksemplene med hjemmefødsler viser hvordan pasientautonomi realiseres gjennom nærhet i relasjon og bytte av kontekst. Forståelsen blir et eksempel på hvordan det «lille» og det «nære» bidrar til at viktige prinsipper for relasjonell samhandling lar seg gjennomføre. På den andre siden vil man kunne si at i større institusjoner som er preget av effektivitet, «samlebånds-omsorg» og korte relasjoner, «kveles» prinsipper som samfunnet går langt i å hevde at skal realiseres. Fortolkningen av studiens materiale peker på at det må endring i sosial praksis til for å oppnå målsetting om «pasientens helsetjeneste». Relasjonene kommer her i fokus. Profesjonell samhandlingskompetanse, dømmekraft, personlig moral og faglige motiv er selvsagt relevante for forståelse av samhandling og aktørenes evne til å bidra til «delt makt» og tillit i relasjonene. Likevel vil aktørene og den relasjonelle samhandlingen formes av den sosiale praksis. Sentralisering av fødselsomsorgen bidrar til distanse i relasjoner og krav om effektivisering i større fødeinstitusjoner (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Utviklingen bringer med seg store utfordringer, og kvinnenes stemmer i studiens tekstmateriale peker på noen av disse. Hvordan kan så institusjonene og relasjonell samhandling i institusjonene

unngå det distanserte preget? Hvordan kan rollene, aktørene og samhandlingen ikke bli for instrumentell? Finnes det mulighet for bevegelse i riktig retning?

En kontekst av hjemmefødsel synes å kunne bringe inn viktige elementer som virkeliggjør felles målsettinger. Utstrakt institusjonalisering, nedleggelse av mindre fødeenheter og prioritering av knappe ressurser bringer således med seg dystre utsikter for forandring. Der fødselshjelper og fødende begge er del av en sosial praksis som vanskeliggjør felles målsetting om brukermedvirkning, vil man måtte spørre hva som eventuelt kan bidra til forbedring? Hvordan kan faglig utvikling bidra til at rammene for nærhet og individuell omsorg som fremmer pasientautonomi ikke begrenses?

Studien og refleksjonene viser hvordan fødselshjelper og fødende eier et felles problem der det eksisterer en disharmoni mellom målsetting om autonome fødende og dagens praksis. Videre viser noen av fødehistoriene at ved endring av sosial praksis (hjemmefødsel) endres også maktbalansen. På tross av at det nok er flere elementer som kan forklare denne kontrasten, kan man si at konteksten ikke er irrelevant. Hjemmefødslenes erfaringer omkring brukermedvirkning vil derfor kunne stå som viktige bidrag til institusjonell praksis. På den ene siden kan man si at ved å ta hjemmet i bruk som arena for fødsler i større grad enn i dag, vil man lykkes i å oppnå målsetting om mer brukermedvirkning kombinert med demedikalisering. Kanskje vil man gjennom faglige diskusjoner og administrasjon kunne se for seg organisering av hjemmefødsler gjennom den offentlige fødselsomsorgen, slik flere andre land organiserer denne virksomheten? Det er grunn til å tro at en felles organisering vil kunne bidra til at alle delene av fødselsomsorgen vil kunne «dra veksler» på de positive erfaringene fra de ulike kontekstene. På den andre siden kan man spørre om det er elementer ved institusjonaliseringen som kan dras i en mer «hjemmeorientert» retning, slik at rommet for individualitet i omsorgen for den fødende blir større? I forbindelse med fremvekst av såkalte «normal-enheter»/«lavrisikoenheter» på 1990-tallet var fokuset på hjemme-miljø i institusjon og valgfrihet for den fødende viktig (Fjell 1996). Denne tanken er en del av den moderne omsorgen også i dag, og flere av de store fødeklinikkene er organisert med en slik fødeenhet. Likevel foregår majoriteten av norske fødsler på «vanlige» fødeavdelinger uten særskilt fokus på faktorer fra «hjemmeorientert» omsorg. Resultatene i denne studien viser at fokuset må utvides til å gjelde «hele» fødselsomsorgen, ikke bare deler av den, dersom felles målsettinger om brukermedvirkning skal kunne oppnås. En utvikling av omsorgen med et effektiviserende fokus utfordrer tid og rom for relasjon og individualitet i omsorgen. Den

profesjonelles muligheter begrenses av portvokterrollen der prioriteringer og ansvar for fordeling av «plass i køen» virkelig kan handle om tildeling og begrensnings. Dette samsvarer med kvinnenens beskrivelser av en rolle som mottaker av tildelinger. I en effektiv virkelighet vil kun effektive profesjonelle fungere godt. Effektivitet vil i mange tilfeller kunne «kvele» raushet, romslighet og tilpasning, også når tiden faktisk kunne ha tillatt en slik tilnærming. Da blir «føre var»-adferd viktig, fordi effektivitet ikke tillater at man er «bakpå». Tekstenes beskrivelse av jordmødrene som portvoktere fremstår som et godt eksempel på dette. Der jordmor som faglig omsorgsperson trenger tid og «ledige rom» for å kunne gi den fødende en mer autonom status, vil gode intensjoner om delt makt, gode samhandlings- og omsorgsegenskaper og god dømmekraft måtte vike for institusjonelle krav om effektivitet og plass-hensyn.

Det vil være grunnlag for å spørre om ikke økonomiske insentiver i enda større grad vil være de førende krefter i fremtiden. Selv om utblikket kan være pessimistisk er det helt nødvendig å stille grunnleggende spørsmål om det som står igjen av målsettinger og prinsipper er ren retorikk – i konflikt med dagens realitet. Profesjonell yrkesutøvelse i skvis mellom uoppnåelige mål og virkelighet, vil kunne være desillusjonerende og i liten grad tjene nødvendig faglig utvikling eller realisering av lovfestede pasientrettigheter og allmennmoralske prinsipper om tillit og autonomi. Den sosiale praksis – og de såkalt ikke-diskursive faktorene ved denne – synes å være konstituerende for diskursen. Om myndigheters målsettinger om «likeverdige samarbeidsparter» kan virke aldri så urealistiske, vil en eventuell utvikling mot en realisering av disse i alle fall være betinget av en sosial praksis som tillater og virkeliggjør verdier som både romslighet, tid, relasjon og individuell tilpasning.

Kapittel 9: Utblikk

I denne studien av dagens brukerstemmer har vi sett etter nye og viktige perspektiv i fødselsomsorgen. Gjennom kritisk diskursanalyse av 85 fødselshistorier fra nettstedet «www.babyverden.no» har studien belyst spørsmål relatert til det som her skisseres som «den moderne fødselsomsorgs dilemma». Brukermedvirkning - som et grunnleggende prinsipp i fødselsomsorgen - inngår i dilemmaet som aktualiseres der brukerpreferanser knyttet til teknifisering og medikalisering av fødselsomsorg ikke synes å harmonere med faglige vurderinger og målsetting om demedikalisert tilnærming. Problemstillingen stiller spesifikt spørsmål til hvordan kvinner beskriver seg som delaktige og medbestemmende aktører. Gjennom studien problematiseres så hvordan prinsipp om autonomi og faglig forsvarlighet kan stå i motsetningsforhold, og hvordan dilemmaer kan utfordre forening av prinsippene.

Fortolkning av tekstmaterialet viser at kvinnene gir lite uttrykk for erfaringer med «den moderne fødselsomsorgs dilemma». Derimot rettes fokus mot hvordan forståelsen av «normal fødsel» kan variere, og at fagdiskurs og brukerdiskurs omkring dette begrepet ikke nødvendigvis harmonerer. Videre gir den kritiske diskursanalysens lingvistiske fokus grunnlag for refleksjon omkring kvinnenens beskrivelse av subjekter og objekter i sine fortellinger, og et gjennomgående trekk ved diskursen på nettstedet synes å være at kvinnene beskriver seg selv i en passiv og underordnet rolle. Beskrivelsene bærer også preg av distanserte og kortvarige relasjoner mellom den fødende og fødselshjelper/-ne. Fortolkningen peker på disse funnene som uttrykk for kvinners opplevelse av å være «små» og lite autonome i møte med «det store hjelpeapparatet». Fenomenene synes i liten grad å harmonere med samfunnets beskrivelse av et brukermedvirkningsideal i en helsetjeneste, og gir grunnlag for å stille spørsmål både ved praksiser i fødselsomsorgen og ved brukermedvirkningsdiskursen. Ved hjelp av to fødselshistorier som fremstår som kontraster til de 83 andre, viser studien hvordan en radikal endring i sosial praksis representerer en radikal endring i diskursiv praksis. I en kontekst der fødselen er godt forberedt og planlagt til å foregå i hjemmet synes kvinnenens status med hensyn til autonomi å være radikalt forandret og brukermedvirkningsidealet synes å få relevans.

Fortolkningen av tekstene gir i utgangspunktet tre utfordringer til den profesjonelle refleksjon. Den første knytter seg til forståelsen av «normal fødsel». Faglige definisjoner og forståelse av

begrepets betydning utfordres av elementer fra en brukerdiskurs som etterspør en ny og romsligere definisjon. Videre viser refleksjonene omkring denne forståelsen at tradisjonell faglig diskurs omkring «normalitet» utfordres til å bli mindre normativ, i en utvikling som kanskje kan bidra til større grad av forening av fag- og brukerdiskurs.

Den andre utfordringen dreier seg om brukermedvirkning. Den offentlige beskrivelse av et prinsipp og et ideal om delt makt og mer pasientmedvirkning synes å være betinget av et usannsynlig utgangspunkt – en lik maktbalanse i relasjonen mellom pasient og profesjonell. Brukermedvirkningsdiskursen har i tillegg et teoretisk preg hvor samhandlingen betinges av rasjonelle forutsetninger. Diskursen mister da den relasjonelle komponenten og de ikke-diskursive rammebetingelsene av syne. Dette gjør den lite egnet for beskrivelse av pasientautonomi i fødselsprosessen, da fødsler – og annen akutthjelp – i virkelighetens verden sjelden vil bære preg av ro og tid til informasjon og overveielser knyttet til valg underveis i prosessen. Fødselshistoriene som denne studien ser nærmere på, viser også nettopp hvordan samhandlingen ikke er preget av rasjonell kommunikasjon. Tvert om er de emosjonelle uttrykk langt mer fremtredende. Brukermedvirkningsdiskursen synes derfor å være lite egnet, en forståelse som peker på at den kanskje nettopp selv utgjør en trussel mot realisering av målet? Pasientautonomi må derfor omtales på annet vis. Kanskje handler ikke kvaliteten i samhandlingen eller målet om delt maktbalanse primært om autonomi? Mellommenneskelige aspekt som tillit, relasjon, respekt og å bli sett er sannsynligvis mer vesentlige. Det er således grunnlag for å hevde at en «rasjonell» brukermedvirkningsdiskurs må ta inn nye, relasjonelle fokus dersom den skal kunne tjene felles målsettinger.

Det sviktende grunnlaget for omtale og forståelse av brukermedvirkning er en del av en kultur hvor fødende kvinner – av ulike årsaker – tilsynelatende gis liten grad av autonomi og medvirkning. Studien peker derfor på kvinnens beskrivelser som underordnede, i samhandlingsrelasjoner som bærer preg av distanse, som en sterk appell til endret og økt fokus på medvirkning i faglig forståelse.

Den tredje utfordringen relateres til refleksjon omkring betydningen av den sosiale praksis for maktbalansen i samhandlingen mellom den fødende og fødselshjelperen, fordi den sosiale praksis ikke-diskursive rammebetingelser for samhandling synes å være vesentlige for eventuelle dilemma knyttet til pasientautonomi. Det kan synes som om det må endringer til i den sosiale praksis dersom idealer og prinsipper om pasientautonomi og demedikalisering

skal kunne forenes. Institusjonell praksis må i større grad virkeliggjøre muligheter for relasjoner og nærhet, og tillate den fødende å være på «hjemmebane» - også i en institusjonskontekst. Samorganisering av fødselsomsorg i institusjon og hjemmefødsel-tilbud kan være et tiltak i en utvikling hvor en institusjonell praksis vil kunne ta inn vesentlige elementer fra hjemmeomsorg. Videre vil utstrakt sentralisering i store fødeenheter medføre behov for et økt fokus på hvordan man kan unngå «oppstyking» av omsorgen, og hvordan relasjoner mellom fødselshjelper og fødende kan bli mer verdsatt og gitt mulighetsrom for. Gode intensjoner om samhandling og «nærhet» i omsorgen synes vanskelig å realisere dersom relasjonelle faktorer ikke gis rom for der beslutninger omkring organisering av institusjonell praksis blir tatt. Institusjonell kultur og administrasjon må således erkjenne at brukermedvirkning og idealet om «autonome pasienter» betinges av tid, ressurser og muligheter for den profesjonelle til å fremme og skape rom for en aktivt handlende og autonom fødende.

«Ethical analysis ought to concentrate as much in how one sees moral dilemmas as deciding how one should act in response to them» (Chambers 1999, 21). Denne studien har ikke som mål å gi konklusive svar på etiske dilemmaer som er skissert i balansepunktet mellom faglig forsvarlighet og brukermedvirkning, eller medikalisering og demedikalisering. Sannsynligvis vil ingen studier, uavhengig av metodisk tilnærming og teoretisk fundament, kunne gjøre dette. Det er derfor ikke en målsetting å presentere en fasit, men å hente flere sider ved de aktuelle problemstillingene frem i lyset. I en prosess hvor ulike synsvinkler belyses vil ny forståelse, nye diskurser og ny kunnskap oppstå. Felles arenaer for og kontakt mellom faglig diskurs og brukerdiskurs vil kunne gi viktige bidrag til utvikling og realisering av felles målsettinger. Dette innebærer blant annet at fagdiskursen verdsetter og tar på alvor de «tilbakemeldinger» som blir tilgjengelige gjennom brukerdiskurser på «mammanettsteder».

Et «hjemmeorientert» fokus for alle fødende synes å kunne bidra til forbedring av pasientens status i institusjonell praksis. Dette innebærer mindre fokus på *rasjonelt orientert* brukermedvirkning – en praksis der den fødende i stor grad informeres og spørres om hva hun vil ha eller hvordan hun vil ha det- til fordel for økt fokus på *relasjonelt orientert* brukermedvirkning - der den profesjonelle i større grad, i både holdning og handling, lar den fødende få en mer aktiv rolle og en opplevelse av å være på «hjemmebane». Et «hjemmeorientert» fokus i en institusjonell kontekst må således kombineres med en fagdiskurs som kommuniserer en vid – fremfor snever – forståelse av hva som regnes som

«normalt». Et profesjonelt språk som bringer en stor andel fødende inn i en forståelse av egen fødsel som «unormal», vil sannsynligvis begrense fremfor å fremme idealer om brukervedvirkning – og kanskje også målsettinger om demedikalisering!

Fordi elementer i kontekst og diskurs aldri vil kunne bidra til god samhandling dersom de løsriveres fra mellommenneskelige relasjonelle forutsetninger som tillit og respekt, lar jeg bloggeren «JannOrama» få de avsluttende ordene:

«Kjære jordmor... jeg har en bønn til deg. En bønn om at du ser meg, om enn bare i ett lite øyeblikk. Jeg trenger ikke mer, men jeg trenger det... Så jeg ber deg om bare dette ene; se meg... Se hele meg. Se forbi fasaden og inn i øynene mine. Se de små tegnene som jeg vet at du kjenner så godt. For da blir jeg trygg. Da vet jeg at du vet. Da tør jeg gå gjennom smerten uten deg der inne. Da tør jeg å stole på meg selv og min egen kropp» (Reitevold 2015).

Referanser

- Andreassen, Tone Alm. 2005. *Brukermedvirkning i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Babyverden.no. 13.04.2015. «Om Babyverden». Lest 16.juni 2015.
<http://www.babyverden.no/sider/Lister/Footerliste/Om-Babyverden/>
- Babyverden.no. 12.01.2016. «Annonser på Babyverden». Lest 30.mars 2016.
<http://www.babyverden.no/sider/Lister/Footerliste/Annonsering-pa-Babyverden/>
- Babyverden.no. (ikke datert). «Fødselshistorier». Lest 22.februar 2015.
<http://www.babyverden.no/Fodsel/Fodselshistorier/>
- Babyverden.no. (ikke datert). «Vilkår for bruk». Lest 16.juni 2015.
<http://www.babyverden.no/sider/Lister/Footerliste/Om-Sandvik-as/Vilkar-for-bruk/>
- Babyverden.no. (ikke datert). «Slik sender du inn din fødselshistorie». Lest 16.juni 2015.
<http://www.babyverden.no/Fodsel/Fodselshistorier/Slik-sender-du-inn-din-fodselshistorie/>
- Backe, Bjørn og Pål Øian, Britt Eide, Stein Tore Nilsen, Steinar Pleyrn Pedersen, Nina Schmidt, Elisabeth Schou og Sølvi Taraldsen. *Desentralisert og differensiert fødselshjelp- et paradigmeskifte*. Tidsskr Nor Lægeforening nr. 5, 2005; 125; 606-607.
- Beauchamp, Tom L. og James F. Childress. 2009. *Principle of Biomedical Ethics. Sixth edition*. New York and Oxford: Oxford University Press.
- Bernitz, Stine og Pål Øian, Rune Rolland, Leiv Sandvik og Ellen Blix. 2014. «Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: A cohort of low-risk nulliparous women». *Midwifery*. 2014 Mar;30 (3):364-70. PubMed PMID: 23684697.
- Blix, Ellen. 2010. «Ulike syn på svangerskap og fødsel». I *Jordmorboka*, redigert av Anne Brunstad og Eva Tegnander, 53-55. Oslo: Akribe.

- Blix, Ellen og Tine Schauer Eri. 2015. «Fødselssmerter er mestring». *Nrk.no/ytring*, 28.02.2015. (Lest 29.februar 2015). <http://www.nrk.no/ytring/fodselsmerter-er-mestring-1.12228480>
- Blåka, Gunnhild. 2002. *Grunnlagstenkning i et kvinnefag. Teori, empiri og metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bratberg, Øivind. 2014. *Tekstanalyse for samfunnsvitere*. Oslo: Cappelen Damm.
- Chalmers, Beverley og Viviana Mangiaterra og Richard Porter. 2001. *WHO principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal, and postpartum Care Course*. Tidsskriftet *Birth*, Volume 28, Issue 3, pages 202-207, September 2001. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1523-536x.2001.00202.x/full>
- Chambers, Todd. 1999. *The fiction of bioethics, cases as literary texts*. New York and London: Routledge.
- Christoffersen, Svein Aage. 2005 a. *Handling- person- samfunn. Innføring i etikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Universitetsforlaget
- Christoffersen, Svein Aage. 2005 b. «Profesjonsetikk som dømmekraft» I *Profesjonsetikk. Om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker*. Redigert av Svein Aage Christoffersen, 63-84. Oslo: Universitetsforlaget
- Devane, Declan, Joan G. Lalor, Sean Daly, William McGuire og Valerie Smith. 2012. *Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing*. Intervention Review. Cocrane database of Systematic Reviews. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005122.pub4/epdf/abstract>
- Dommerud, Tine og Ingvild Fjelltveit. 2015. «Jordmødre frykter «fød and go» - tilstander». *Aftenposten*, 14.07.2015. (Lest 27. juli 2015). <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Jordmodre-frykter-fod-and-go-tilstander-8093951.html>
- Dåstøl, Astrid. 2015. «Jordmor: Google gir fødselsangst». *Vårt land*, 31.12.12. (Lest 18.august 2015). <http://www.vl.no/2.615/jordmor-google-gir-f%C3%B8dselsangst-1.79005>

- Eri, Tine Schauer. 2011. «Labour onset and early labor. An exploration of the first-time mothers` and midwives` experiences». Dissertation for the degree of philosophiae doctor (Phd), University of Bergen, Norway.
- Humerfelt, Kristin. 2005. «Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv – honnørord med lavt presisjonsnivå». I *Brukernes medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*, redigert av Elisabeth Willumsen, 15-33. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fairclough, Norman. 1995. *Critical discourse analysis: the critical study of language*. Essex: Pearson Education Limited.
- Fjell, Tove Ingebjørg. 1996. «Blikket vendes: fødsel i endring». Avhandling til framstilling for dr.art.graden, Historisk- filosofisk fakultet, Universitetet i Bergen.
- FN-sambandet. United Nations Association of Norway. 2000. «FNs tusenårsmaal». Lest 20.januar 2016. <http://www.fn.no/Tema/FNs-tusenaarsmaal>
- Folkehelseinstituttet. 06.05.2011. «Lav mødredødelighet i Norge». Lest 18.mars 2015. <http://www.fhi.no/artikler/?id=89737>
- Folkehelseinstituttet. «Medisinsk fødselsregister og abortregisteret – statistikkbanker». Lest 20.januar 2016. <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Fylkesnes, Anne Margrethe. 2010. «Internasjonale føringer for jordmorvirksomhet». I *Jordmorboka*, redigert av Anne Brunstad og Eva Tegnander, 23-29. Oslo: Akribe.
- Giske, Ida. 2015. «Kampen om kniven». *VG HELG*. 12.12.2015:18-28
- Haug, Bente. 1997. «Modernitet- epoke eller erfaring? En analyse av endringene i fødselsomsorgen». Hovedoppgave, Universitetet i Tromsø.
- Helse- og omsorgsdepartementet. «En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg». St. meld. nr. 12 (2008-2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2009. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/>

- Helse- og omsorgsdepartementet. «Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)». St. meld. nr. 11 (2015-2016). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2015.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>
- Helse og omsorgstjenesteloven. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24.juni 2011 nr. 30* [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse og omsorg](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorg)
- Helsedirektoratet. 2005. «Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005-2015... og bedre skal det bli». Oslo: Veileder fra sosial- og helsedirektoratet, IS-1162. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-20052015>
- Helsedirektoratet. 2010. «Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen». Oslo: Veileder fra Helsedirektoratet, IS-1877.
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen>
- Helsedirektoratet. 2012. «Retningslinje for hjemmefødsel – svangerskap, fødsel og barseltid i trygge hender». Oslo: Helsedirektoratet, 2012. IS-2012.
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-retningslinje-for-hjemmefodselse-svangerskap-fodselse-og-barseltid-i-trygge-hender>
- Helsepersonelloven. *Lov om helsepersonell, Helse- og omsorgsdepartementet av 2. juli 1999 nr. 64* <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hoffmann, Bjørn. 2002. «Pasientautonomi som etisk rettesnor, en kritisk gjennomgang» Tidsskriftet sykepleien 01/2002; 90(17):39-44.
DOI: 10.4220/sykepleiens.2002.0048.
- Jensen, Per og Inger Ulleberg. 2011. *Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Johannessen, Asbjørn og Per Arne Tufte og Line Christoffersen. 2010. *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kolås, Toril og Dag Hofoss, Anne K. Daltveit, Stein T. Nilsen, Tore Henriksen, Renate Häger, Ingemar Ingemarsson og Pål Øian. «Indications for cesarean deliveries in

Norway». *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 864-70.

[http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(02\)71537-8/pdf](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(02)71537-8/pdf)

Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet. 2013. «Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Nasjonale resultater». PasOpp-rapport nr. 4- 2013. Oslo: Folkehelseinstituttet.

<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/brukererfaringer-med-svangerskaps-fodsels-og-barselomsorgen-nasjonale-resultater>

Løvik, Hanne. 2015. «Fødselstoppen har gått fra vår til sommer: - Jordmødrene er utslitte». *ABC Nyheter*, 19.08.2015. (Lest 26. august 2015).

<http://www.abcnyheter.no/nyheter/2015/08/19/194702573/jordmodrene-er-utslitte>

Mogstad, Kari Løvendahl. 2015. «Keisersnitt- tanker fra en «bedreviter» og mamma».

Aftenposten, 12.03.2015. (Lest 15.mars.2015).

<http://www.aftenposten.no/meninger/Keisersnitt---tanker-fra-en-bedreviter-og-mamma-7924931.html>

NESH (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora). 2014.

Etiske retningslinje for forskning på Internett.

<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/etiske-retningslinjer-for-forskning-pa-internett/>

Nesheim, Britt-Ingjerd. 2014. «Perinatal dødelighet». *Store medisinske leksikon*. (Lest

18.mars 2015). https://sml.snl.no/perinatal_d%C3%B8delighet

Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov om pasient og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63*

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient>

Rainer-Atterbrand, Silje. 2015. «Jordmortyranniet- kvinnefiendtlighet på fødestuen».

Aftenposten, 02.03.2015. (Lest 15.mars 2015).

<http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/Jordmortyranniet---kvinnefiendtlighet-pa-fodestuen-7920529.html>

- Reitevold, Janne. 2015. «Kjære Jordmor». *Jannorama.no*. Lest 13.april 2016.
<http://www.jannorama.no/2015/08/03/kjaere-jordmor/>
- Rothman, David J. 1991. *Strangers at the bedside – a history of how law and bioethics transformed medical decision making*. USA: BasicBooks – A division of HarperCollins Publishers.
- Rosseland, Leif Arne. 2015. «Skal fødende kvinner få smertelindring?». *Forskning.no, Forskningssykehuset*, 21.01.2015. (Lest 29.februar 2015).
<http://forskning.no/blogg/forskningssykehuset/skal-fodende-kvinner-fa-smertelindring>
- Ruyter, Knut og Reidun Førde og Jan Helge Solbakk. 2014. *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Røys, Mari Ryland. 2015. «Står uten følgtjeneste med jordmor - Eg er redd». *Fjordenes Tidende*, 24.07.15. (Lest 27.juli 2015)
<http://www.fjt.no/kommentarer/article11348677.ece>
- Schjelderup-Eriksen, Hanne Charlotte. 2015. «Jordmordekningen på sykehusene er urovekkende dårlig». *Aftenposten*, 17.07.2015. (Lest 27. juli 2015).
<http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/Jordmordekningen-pa-sykehusene-er-urovekkende-darlig-8098263.html>
- Spesialisthelsetjenesteloven. *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61*
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelse>
- Store norske leksikon*, s.v. «Modalverb-grammatikk» (14. februar 2009). Lest 29.oktober 2015, <https://snl.no/modalverb%2Fgrammatikk>
- Thobro, Suzanne Anett. 2015. «Fødekvinnehierarkiet». *www.verdidebatt.no*, 05.03.2015. (Lest 27.januar 2016).
http://www.verdidebatt.no/debatt/cat1/subcat8/thread11562839/#post_11562839
- Thomson, Ann. 2000. «Is there evidence for the medicalization of maternity care?» *Midwives Information and Resource Service (MIDIRS) 2000*; 10(4): 416-420.

Winter Jørgensen, Marianne og Louise Phillips.1999. *Diskursanalyse som teori og metode*.

Roskilde: Roskilde universitetsforlag/København: Samfundslitteratur.

World Health Organization, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. 1996.

«Care in normal birth: a practical guide». Lest 11.april 2016

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/