

Den latente omsorg

Et studie af fødende par og jordemødres oplevelse af omsorg i den latente fase af fødslen

Christine
Hilding
Hyllested
(70009)

&

Johanne
Rose
Conrad
(70052)

Vejledere:

Hanne
Marlene
Dahl

&

Nicole
Thualagant

I samarbejde
med:

Hvidovre
Hospital

&

Mie
Gaarskjær
de Wolff



Billede: Jordemoder Karen Ingversen - Art&birth

Roskilde Universitet 2023

Speciale i Socialvidenskab og Sundhedsfremme + Sundhedsstrategier

Anslag: 203.991

Vi ønsker at rette en stor tak til vores kontaktperson på Hvidovre Hospital, Mie Gaarskjær de Wolff – postdoc og klinisk jordemoderspecialist. Tak for din nysgerrige, åbne og engagerede tilgang til samarbejdet. Vi er glade for, at du åbnede dørene, så vi kunne blive klogere på fødsels- og jordemoderfeltet.

Desuden en stor tak til alle de imødekommende førstegangsførældre, der lukkede os ind – selv med en få uger gammel baby på armen.

Indholdsfortegnelse

Bilagsoversigt.....	4
Abstract.....	5
Motivation	6
1. Problemfelt.....	7
2. Problemformulering	9
<i>2.2 Præsentation af case</i>	<i>9</i>
3. Begrebsafklaring.....	10
4. Videnskabsteori: Kritisk hermeneutik.....	11
5. Metode.....	12
<i>5.1 Kvalitativ metode</i>	<i>12</i>
<i>5.2 Rekruttering og repræsentation</i>	<i>13</i>
<i>5.3 En metode – to interviewformer.....</i>	<i>16</i>
5.3.1 Dyade interview	16
5.3.2 Det semistrukturerede interview.....	18
<i>5.4 Tematisk analyse.....</i>	<i>19</i>
<i>5.5 Etiske overvejelser</i>	<i>21</i>
<i>5.6 Undersøgelsens overførbarhed.....</i>	<i>21</i>
6. Teoretiske perspektiver	22
<i>6.1 Joan C. Tronto.....</i>	<i>23</i>
<i>6.2 New Public Managements betydning for fødeområdet.....</i>	<i>28</i>
<i>6.3 Robbie Davis-Floyd</i>	<i>31</i>
7. Analyse.....	34
<i>7.1 Første del: Par.....</i>	<i>35</i>
<i>7.2 Ude godt – hjemme bedst?</i>	<i>35</i>
7.2.1 Fortællingen og forestillingen om oxytocin.....	36
7.2.2 Forventningen.....	38
7.2.3 Usikkerheden	39
7.2.4 Køreturen.....	40
7.2.5 At være hjemme på hospitalet?	41
7.2.6 Afrunding	44
<i>7.3 Et sprog i tal.....</i>	<i>45</i>

7.3.1 Sproget	45
7.3.2 Teknologien	48
7.3.3 Afrunding	50
7.4 At ville eller ikke at ville kritisere	50
7.4.1 Hvis man ikke forventer noget, kan man ikke blive skuffet.....	51
7.4.2 Kritikken.....	53
7.4.3 Det gode.....	55
7.4.4 Afrunding	57
7.5 Anden del: Jordemødre	57
7.6 Farcen i faserne	57
7.6.1 Afrunding	60
7.7 Hvad er jordemoderfaglig omsorg?	61
7.7.1 Omsorg som en kompetence der skal tillæres	61
7.7.2 At finde frem til omsorgsbehovet.....	62
7.7.3 Relationens betydning.....	63
7.7.4 Partnerens betydning	65
7.7.5 Forberedelsens betydning.....	66
7.7.6 Afrunding	68
7.8 Den latente værdikamp.....	69
7.8.1 Distinktion mellem svangreomsorg og jordemoderfaglig omsorg	69
7.8.2 Driften.....	70
7.8.3 At leve op til sit ansvar	72
7.8.4 At finde sin vej.....	72
7.8.5 Afrunding	75
7.9 Opsamlende analyse.....	76
8. Diskussion og perspektivering.....	77
9. Konklusion.....	83
10. Litteratur	85

Bilagsoversigt

Bilag	Indhold
Bilag 1	Transskription par 1
Bilag 2	Transskription par 2
Bilag 3	Transskription par 3
Bilag 4	Transskription par 4
Bilag 5	Transskription par 5
Bilag 6	Transskription par 6
Bilag 7	Transskription par 7
Bilag 8	Transskription jordemoder 1
Bilag 9	Transskription jordemoder 2
Bilag 10	Transskription jordemoder 3
Bilag 11	Transskription jordemoder 4
Bilag 12	Deltagerinformation om deltagelse i en tværvidenskabelig undersøgelse - fødende og partner/støtteperson
Bilag 13	Deltagerinformation om deltagelse i en tværvidenskabelig undersøgelse - jordemødre
Bilag 14	Informeret samtykke til deltagelse i tværvidenskabelig undersøgelse
Bilag 15	Interviewguide - fødende og partner/støtteperson
Bilag 16	Interviewguide - jordemødre

Abstract

The labour ward of Hvidovre Hospital is the largest in Denmark. Lately, they have reorganized the maternity ward and have established rooms so that it is now possible to admit pregnant couples in the latent phase of birth. In this thesis we investigate why Hvidovre Hospital's labour ward has started focusing the latent phase. We will be doing so with a social science approach to health.

In the thesis we examine how first-time mothers, their partner, and midwives experience care during the latent phase of labour and how the institutional framework gives tension to their visions and imaginations. The problem area is investigated through qualitative interviews: Dyadic interviews with 7 couples and 4 semi-structured interviews with midwives. The thesis takes its theoretical point of departure in Joan C. Trontos critical reflections about care and Robbie Davis-Floyd three paradigms of health care that influence contemporary childbirth. New Public Management has had a heavy influence on the Danish public health care system and thereby it has also affected the labour wards. These three perspectives constitute our theoretical frame.

The analysis includes two parts: Part one treats the couple's perspective and part two the perspective of the midwives. Our analysis highlights three themes for the couples: 1) Out well, but at home best, 2) a language in numbers, 3) to criticize or not to criticize. And three themes for the midwives: 1) the farce in the phases, 2) what is midwifery care 3) the latent value struggle.

In conclusion, we find that the couples' and midwives' expectations and perceptions of the latent phase differ but resonates with a humanistic approach to care. The couples' perspectives are influenced by both the norms of society and the narratives of the health care institution. For the midwives the physical space and atmosphere represents their visions and wishes for their profession.

Motivation

Udgangspunktet for nærværende speciale er en fælles interesse for omsorg – og omsorgens plads i sundhedsvæsenet. Ser man omsorg som en del af behandlingen eller som glasur på en teknokratisk kage? I kraft af et samarbejde med Hvidovre Hospitals fødeafdeling blev det muligt for os at undersøge dimensioner af omsorg – konkret i forhold til omsorg i latensfasen. Et af RUC's kendetegn er tværfaglighed, fordi man tror på, at ingen væsentlige problemer kan løses med én faglighed alene (Roskilde Universitet, u.å). Således er dette speciale skrevet i to fag: Socialvidenskab samt Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier. Vi ønsker altså med socialvidenskab at belyse et sundhedsfagligt problem.

Vi mener, at fødselsfeltet er så komplekst og involverer så mange både direkte og indirekte aktører, at det kalder på at blive belyst med flere fagligheder. Der eksisterer en tydelig og betydningsfuld relation mellem fødselsfeltet og det omgivende samfund. Med hospitaliseringen af fødslen bliver det offentlige en central aktør. Socialvidenskab kan være med til at belyse, hvilke forandringer og udfordringer der er i vores velfærdssamfund, og hvad der sker mellem institution, sundhedsprofessionelle og borgere. Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier kan med dets fokus på betingelser for sundhed være med til at rammesætte diskussionen om sundhedsmæssige forhold vedrørende graviditet og fødsel. Således er vi gået til feltet med en viden om og forståelse af, at sundhedsmæssige spørgsmål ofte er forankret i sociale forhold.

1. Problemfelt

"(...) graviditet og fødsler til alle tider er blevet kulturaliseret ud fra, hvad et givent samfund og videnskaben har ment var den 'normale' måde at gennemleve disse på (...)" (Lehn-Christiansen & Thualagant, 2019:60). Eksempelvis var normen i 1940'erne at føde hjemme, og i 1970'erne ændredes den til at foregå på hospitalet, og jordemødrenes arbejdssted rykkede sig dermed (Espersen, 2022). Fødeområdet er, også fordi det handler om brugen af medicin og jordemoderens placering under fødslen, et politiseret felt, da det er genstand for samfundsmæssige reguleringer (Lehn-Christiansen & Thualagant, 2019:60).

I Danmark bliver der født omkring 60.000 børn om året, og for alle gælder det, at graviditet og fødsel, og derigennem skabelsen af en familie, er en omvæltende begivenhed i livet – både psykologisk, socialt og identitetsmæssigt (Sundhedsstyrelsen, 2021:9).

I Danmark har jordemødre været autoriserede siden 1714, og uddannelsen hviler på idealer om at lindre, yde omsorg, observere og handle (Schrøder, Vilhelmsen & Knudsen, 2022:13). Velfærdssamfundet og sundhedsvæsenet er bygget op omkring etik og skal leve op til et etisk ansvar overfor borgerne – i dette ligger omsorg som det oprindelige princip (Det Ethiske Råd, 2021:6). Relationen mellem system, borger og profession er dog i disse år udfordret af modsatrettede forventninger og krav (Schrøder et al., 2022:15).

I det danske velfærdssamfund er omsorgen reguleret mellem Sundhedsstyrelsen, regionerne, kommunerne og de omsorgsudøvende institutioner. Sundhedsvæsenets formål er blandt andet at levere en effektiv og faglig korrekt behandling. I kraft af denne tilgang kommer omsorg til at handle om objektive forhold ved patientens situation (Det Ethiske Råd, 2021:13).

Sundhedsstyrelsen udstikker med retningslinjer og anbefalinger for svangreomsorgen rammerne for det faglige tilbud (Bondo, 2022:63). I Sundhedsstyrelsens retningslinjer fra 1976 står det beskrevet, at alle fødsler bør foregå på specialafdelinger, fordi man nu anskuer fødslen som en potentiel risikopræget begivenhed (Sundhedsstyrelsen, 1976:48). I kraft af hospitaliseringen af fødslen opstod nye institutionelle vilkår for svangreomsorgen, og jordemoderprofessionens praksis ændrede sig gradvist, idet den medicinske videnskab fik mere plads (Thualagant, 2022:118). Aktuelt udfordres jordemødres selvstændige virksomhedsområde af øget medikalisering, centralisering og standardisering i sundhedsvæsenet (Schrøder et al., 2022:13). Desuden er professionens autonomi og

legitimitet også udfordret som følge af blandt andet New Public Management (Dybbroe, 2018).

Jordemoderens position er i Sundhedsstyrelsens anbefalinger blevet mindre med tiden.

Jordemoderen har hidtil været en central person under fødslen, men i 2013 blev positionen reduceret til, at den fødende kvinde kun har ret til jordemodertilstedeværelse i den aktive del af fødslen. I de seneste anbefalinger fra 2021 er 'jordemoderen' erstattet med 'sundhedsperson'. På trods af denne reduktion af jordemoderens position under fødslen anskues Danmark internationalt som et land med en humaniseret fødselskultur netop på grund af, at fødslen ledes af en jordemoder. Svangreomsorgen er påvirket af et sundhedspolitisk mål om at forebygge sygdom og død samt en generel økonomisk nedskæring i sundhedsvæsenet (Thualagant, 2022:118-121). Således har den risikoorienterede tilgang til fødslen, der befordrer medicinske interventioner, hegemonisk status (Lehn-Christiansen & Thualagant, 2019). Det har fået nogle jordemødre til at sætte spørgsmålstegn ved, om fødslen hører hjemme på hospitalet (Bondo, 2022:62).

De pressede fødegange har været et aktuelt og diskuteret emne de sidste par år. Forholdene for både de fødende, men også for jordemødrene kalder på opmærksomhed. Travlhed og et stort arbejdspress for jordemødrene på de danske fødegange skyldes dels, at der er for få ansatte, dels for få ressourcer. Arbejdsforholdene har gjort det svært både at holde på de jordemødre, der i forvejen er ansat på sygehusene og tiltrække nyuddannede (Pallesen, Ernst & Flach, 2021). Fødende par har også fortalt om oplevelser med et presset fødeområde, som for nogle har skabt frustrationer, stress og utryghed (Bølling-Ladegaard, 2016). Det pressede fødeområde kan måske forklare, hvorfor antallet af hjemmefødsler er svagt stigende.

Sundhedsdatastyrelsen viste, at antallet af hjemmefødsler fra 2015 til 2016 steg med 600, hvilket svarer til en stigning på 0,9 procent. I 2016 lå andelen af hjemmefødsler således på 3,1 procent (Sundhedsdatastyrelsen, 2017). I tråd med denne strømning besluttede Region Hovedstaden i 2018 at etablere fødeklinikker på 4 ud af regionens 5 fødesteder. Formålet er blandt andet at imødekomme gravides ønske om at føde i hjemlige rammer. Hvidovre Hospitals fødeafdeling, som vi i specialet undersøger, indviede i 2019 tre fødestuer på deres fødeklinik. Det øgede antal af hjemmefødsler og indvielsen af fødeklinikker kan ses som udtryk for en modkultur, hvor idealet er en fødsel uden indgreb. Således ses modsatrettede forestillinger om, hvad velfærden skal kunne (Barfoed, 2019).

For fødende par foregår den latente fase typisk derhjemme, men med Hvidovre Hospitals fødeafdelings etablering af latensfaserum i 2022 kan par komme ind og være tidligt i deres fødsel, hvis der er behov for det. Således er latensfasen for fødende par transitionen mellem hjemmet og hospitalet. Latensfaserummene skal give mulighed for at udvide rammerne for omsorg. Latensfasen har tidligere ikke været prioriteret. Grunden er sandsynligvis multifaktoriel og kan blandt andet forklares med den operationalisering, der er sket med hospitaliseringen af fødslerne. Desuden har studier vist associationer mellem indlæggelse i latensfasen og flere obstetriske indgreb i fødslen (Gjærum, Johansen, Øian, Bernitz & Dalbye, 2022). Der er nu opstået tvivl om sammenhængen mellem de to faktorer (Sundhedsstyrelsen, 2021:118-119).

Da det er nyt for Hvidovre Hospitals fødeafdeling at have rammerne til at kunne invitere de fødende par ind tidligt, kalder det på en afsøgning og undersøgelse af par og jordemødres oplevelser med omsorg i denne fase. De institutionelle rammer kan fordre eller hæmme omsorgsoplevelser. Derfor lyder problemformuleringen således:

2. Problemformulering

Hvordan oplever fødende par og jordemødre omsorg i latensfasen på Hvidovre Hospital i spændingsfeltet mellem forestillinger og visioner på den ene side og institutionelle rammer på den anden?

1. Hvilke forventninger har institution, par og jordemødre til hinanden?
2. Hvordan forstår fødende par og jordemødre omsorg?
3. Hvordan fordrer eller hæmmer de institutionelle rammer muligheden for at praktisere og modtage omsorg?

2.2 Præsentation af case

Vi fik adgang til Hvidovre Hospitals fødeafdeling (herefter HH) gennem et samarbejde med en jordemoder, der dels er ansat som klinisk jordemoderspecialist, dels som postdoc. Det gav os mulighed for at rekruttere informanter fra barselsafsnittet – par, der lige havde født, og ansatte jordemødre på fødeafdelingen.

HHs fødeområde er landets største med over 7000 fødsler om året samt 80.000 ambulante besøg hvert år. Fødeområdet på HH består af et barselsafsnit, et familieambulatorium, en

fødemodtagelse, en fødegang, en fødeklinik, et jordemodercenter, et svangreafsnit og et svangreambulatorium (Hvidovre Hospital, u.å).

Samarbejdet opstod, da HH i 2022 omstrukturerede deres fødeafsnit, så fødemodtagelsen og fødegangen nu er samlet. I den forbindelse har de oprettet det, de kalder latensfaserum, hvor par har mulighed for at komme ind i den tidlige fase af fødslen: latensfasen. Tanken med latensfaserummene er, at jordemødrene har mulighed for at invitere parrene ind og lade dem forblive indlagt i hjemlige omgivelser, men tæt på en jordemoder, hvis de føler sig utrygge derhjemme eller på anden måde har behov for det. Rummene består af en dobbelt briks, en stol, et skab og et toilet med bad, der deles med et andet latensfaserum.

3. Begrebsafklaring

I følgende afsnit definerer vi udvalgte begreber, der har relevans for forståelsen af specialet. Begreberne anvender vi enten på en særlig måde, eller også har de flere betydninger, der kræver en nuancering.

Stat og region: Vi er bevidste om, at det er regionerne, der varetager driften af sygehusvæsenet (Vrangbæk, Birk & Kousgaard, 2020:123-125). Når vi i specialet henviser til staten, er det med en forståelse af, at prioritering på sundhedsområdet sker i et samspil mellem stat og region.

Institution: Når vi i specialet refererer til 'institution', mener vi Hvidovre Hospital, da vi ser det som en ramme, hvor et sæt af formelle eller uformelle regler omkring menneskelig handling knytter sig til (Larsen, 2011:273).

Svangreomsorg: 'Svangreomsorg' henviser til den indsats, sundhedsvæsenet udfører i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel. Svangreomsorg bør ifølge Sundhedsstyrelsen forebygge sygeliggørelse og overbehandling og fremme den spontane og normale fødsel (Sundhedsstyrelsen, 2021:10).

Fødslen uden indgreb: Dette begreb er 'vores eget'. Det er i tråd med begreber som 'naturlig' og 'normal', der ofte anvendes i anbefalinger og retningslinjer, men i vores forståelse er der i disse begreber indlejret et ideal om en bestemt fødsel som den gode (Sundhedsstyrelsen, 2021:216, Thualagant, 2022:121).

Latensfase: Definitionen på denne fase er ikke entydig, men kendetegnende for fasen er, at man har veer og udvider sig. Veerne kan have karakter af menstruationslignende smerter eller

være mildere eller kraftigere. Veerne kan være korte og komme med stor uregelmæssighed (Dixon, Skinner & Foureur, 2013).

4. Videnskabsteori: Kritisk hermeneutik

Som det fremgår af vores problemformulering, er vi interesserede i, hvordan fødende par og jordemødre oplever omsorg i latensfasen, og hvordan de institutionelle rammer møder parrenes forestillinger og jordemødrenes visioner. Ambitionen er ikke at komme med forklaringer eller objektive sandheder, men gennem fortolkninger at kaste lys over, hvad der er på spil. Således udspringer vores videnskabsteoretiske ståsted fra hermeneutikken, fordi vi gennem fortolkninger søger at få forståelser af fænomenet (Juul, 2012). Mere specifikt læner vi os op ad kritisk hermeneutik, der anskuer det fortolkende og kritiske element som forbundne. Jürgen Habermas og Poul Ricœur er begge kritiske hermeneutikere. Ricœur kobler hermeneutikken med den kritiske teori ved at gøre plads til et normativt perspektiv. Det normative standpunkt skal dog ifølge ham forstås hermeneutisk og altid opfattes foranderligt. Idealet er kontekstafhængigt og bestemmes i et samspil mellem den sociale og historiske kontekst. Den kritiske hermeneutik hviler på en forståelse af, at udgangspunktet for enhver erkendelse er forskerens fordomme, der bringes i spil i forståelsesprocessen, men samtidig lader sig udfordre gennem konkrete undersøgelser. Nogle af disse fordomme kan rumme et kritisk perspektiv, der danner rammen for den normative horisont, forskeren møder feltet med (Juul, 2012:137-145). Da vi begge er professionsuddannede som henholdsvis fysioterapeut og sygeplejerske gør det, at vi dels går til feltet med en forståelse for at agere i en institution i sundhedsvæsenet, dels har et særligt blik på omsorgens betydning. Således har vi nogle fordomme, vi møder feltet med, der er blevet til i kraft af vores sundhedsfaglige uddannelser og arbejde i sundhedsvæsenet. De udgør det normative perspektiv, vi bringer med ind i undersøgelsen, men som vi har forsøgt at være bevidste om ved at skrive dem ned i begyndelsen af processen. Det har vi gjort for at kunne korrigere dem i mødet med nye erfaringer og for at være transparente i forhold til undersøgelsens udgangspunkt (Juul, 2012:143). Da vi er uddannede i, at den menneskelige omsorg er afgørende for vores velbefindende, og den dermed har en central betydning i al behandling, bærer vi den forståelse med os som det normative perspektiv, vi møder feltet med. Sagt på en anden måde har vi en bestemt opfattelse af den gode behandling i sundhedsvæsenet. Samtidig har vi i

kraft af vores arbejds erfaringer oplevet, at det ikke altid er muligt at give omsorg den plads, vi finder nødvendig.

Begge hovedteoretikere, vi anvender i specialet, anlægger et kritisk blik på eksisterende selvfølgeligheder og strukturer – Joan Tronto med et socialt politisk perspektiv på omsorg, og Robbie Davis-Floyd med et kulturelt og medicinsk fokus på fødende og jordemødres oplevelser indenfor fødeområdet. Det normative perspektiv for undersøgelsen ligger i tråd med valget af teoretikere. Vi har med et kritisk hermeneutisk udgangspunkt haft for øje, hvilken fornuft eller mening der er herskende i en konkret sundhedsinstitution, og hvordan de knytter sig til omsorgsoplevelser. Vi har i kraft af vores indsamling af empiri indgået i en dialog med fødende par og jordemødre, altså det praksisnære og konkrete, for derefter at opstille en kritisk analyse, der kan være med til at pege på eventuelle fejludviklinger (Juul, 2012:144).

5. Metode

I dette afsnit vil vi redegøre for vores metodiske udgangspunkt. Vi vil præsentere vores empiri og grundlaget for indsamlingen af denne. Endeligt drøfter vi de etiske spørgsmål, undersøgelsen har rejst, og undersøgelsens overførbarehed.

5.1 Kvalitativ metode

For at forstå de fødende par og jordemødres oplevelse af omsorg i den latente fase af fødslen på HH har vi valgt en kvalitativ tilgang, da vi ønskede at forstå et socialt fænomen og få beskrivelser af informanternes livsverden. Formålet med kvalitativ forskning er at analysere meninger og fortolkninger ud fra informanternes perspektiv og derigennem forstå den betydning, fænomener har for de involverede (Järvinen & Mik-Meyer, 2017:10). I specialet har vi interviewet ansatte jordemødre på HH og par, der lige havde oplevet fødslen på egen krop, fordi vi ville undersøge oplevelser med omsorg i latensfasen. Vores analyse indeholder ikke en til en gengivelser af informanternes perspektiver, men analytiske fortolkninger af den. Oplevelserne skal ses forankret i en tidsmæssig og kulturel kontekst (Järvinen & Mik-Meyer, 2017:10-11).

Vores tilgang til feltet har været eksplorativ. Den opdagende undersøgelsesmetode kommer til udtryk ved, at vi i udgangspunktet ikke havde bestemte hypoteser, der skulle afprøves

(Thagaard, 2010:182). Tidligt i processen foretog vi interviews uden på forhånd at have et veludbygget kendskab til feltet. Vi havde initialt hverken viden om jordemoderprofessionen eller fødeområdet, men vi har begge en professionsbaggrund og dermed kendskab til at udøve en profession.

Med undersøgelsen har vi forsøgt at udvide forståelsen af feltet, og med udgangspunkt i en indledende rammeforståelse interviewede vi tidligt i processen først par, der lige havde født og derefter jordemødre. Vi har under hele specialet bygget videre på vores forståelse, efterhånden som undersøgelsesprocessen producerede spørgsmål og indsigter. Den eksplorative tilgang har betydet, at undersøgelsen løbende har skiftet omdrejningspunkt, og fokus og teorier har ændret sig undervejs i takt med, at undersøgelsen af feltet har skredet frem. På den måde er problemstillingen konstant blevet skærpet. Med vores eksplorative tilgang til undersøgelsesfeltet har den metodiske tilgang båret præg af en abduktiv tilgang, hvor der er et dialektisk forhold mellem teori og empiri (Thagaard, 2010:184). Den abduktive tilgang gør sig gældende både i forhold til vores tilgang til vidensprocessen, men også i selve interviewsituationen. En kvalitativ abduktiv tilgang (dynamisk tilgang) til vores interviews har givet os mulighed for at inkorporere indsigter, vi løbende har fået. Det var indsigter, vi fik i interviewene, men også fra teori, vi har læst undervejs. Eksempelvis blev vi opmærksomme på den skelnen, der for jordemødrene er mellem svangreomsorg og jordemoderfaglig omsorg. Denne vekslen mellem at kigge på del og helhed har tilladt os løbende at blive skarper på vores undersøgelsesfelt, og vi har hele tiden kunnet ændre og optimere forståelsen for det undersøgte fænomen. Dette er blandt andet sket ved, at vi har været opmærksomme på tendenser i vores materiale og samtidig knyttet empirien sammen med teoretiske perspektiver (Thagaard, 2010:181-184).

5.2 Rekruttering og repræsentation

Vi fik adgang til vores informanter via vores samarbejdspartner fra HH. Kontakten til jordemødrene og tilladelsen til at rekruttere fra barselsafsnittet fik vi altså herigennem.

Parrene er rekrutteret fra HHs barselsafsnit henover to dage (se karakteristik, tabel 1). Parrene er først og fremmest udvalgt på baggrund af in- og eksklusionskriterier, der skulle indkredse studiepopulationen. Vores inklusionskriterier var kvinder, der var gået spontant i fødsel, har født til termin, har haft en ukompliceret graviditet, har oplevet latensfasen enten hjemme eller på hospital, som snakker og forstår dansk og kvinder, der er førstegangsfødende. Parrene blev

ekskluderet, hvis kvinden havde en kronisk sygdom eller anden diagnosticeret sygdom eller skulle have tvillinger. In- og eksklusionskriterierne er valgt dels ud fra et etisk hensyn, dels et ønske om at rekruttere par, der har oplevet latensfasen, uden at den har været påvirket af sygdom eller komplikationer.

Parrene blev rekrutteret fra barselsgangen, fordi det var her, de var mest tilgængelige og havde oplevelsen present. På barselsgangen fik vi udleveret den fulde indlæggelsesliste, og herudfra kunne vi i første omgang krydse de kvinder af, der var førstegangsfødende, og som havde født ét barn. I samarbejde med de tilknyttede jordemødre og sygeplejersker fik vi kendskab til, om kvinderne var gået spontant i fødsel. Kvinder med diagnostiske psykiske problemer blev frasortet. Det skyldes vores etiske ansvar, samt at deres beskrivelser ikke i samme grad ville være overførbare på grund af deres situation. Herefter gik vi ind til parrene, spurgte om lov til at præsentere vores projekt, udleverede deltagelsesinformation (bilag 12) og hørte, om de umiddelbart kunne være interesserede i at deltage. Hvis de var positivt stemte over for deltagelse, fik vi noteret deres telefonnumre. Parrene blev informeret om, at de ville blive ringet op ca. en uge efter med henblik på deltagelse i interview ca. 2-3 uger efter fødslen.

Vi havde et ønske om at kunne sikre en vis grad af forskellighed. HHs optageområde er det største i Region Hovedstaden (Region Hovedstaden, 2015:37). Det betyder blandt, at hospitalet dækker et område, hvor befolkningssammensætningen er meget lig den, der ellers ses i Danmark. De par, vi har rekrutteret er overordnet en homogen gruppe i forhold til uddannelseslængde og alder. De placerer sig et sted mellem den høje og lave middelklasse (se karakteristik, tabel 1). Kun ét ud af vores syv par er af anden etnisk herkomst. Ud fra vores in- og eksklusionskriterier har vi valgt par med en ukompliceret fødsel, der har oplevet den latente fase i sin helhed. Det kan ikke udelukkes, at disse kriterier har påvirket muligheden for en større repræsentativitet, eftersom kronisk sygdom er forbundet med en social gradient (Diderichsen, 2011:23-41). Dog kan det også ses som et udtryk for, at det generelt i sundhedsforskning, og særligt i forskning hvor der rekrutteres fra eksempelvis et hospital, kan være svært at opnå en bred repræsentation. De professionelle kan ofte ikke deltage grundet travlhed, og patienter/borgere kan på grund af forskellige socioøkonomiske faktorer have færre ressourcer til at deltage (Lyngsø, Grew & Schiøtz, 2020:11). Ønsket om

repræsentativitet hænger blandt andet sammen med diskussionen om generaliserbarhed (Kvale & Brinkmann, 2008:287-290). Det vil vi berøre i afsnit 5.8.

Jordemødrene er også rekrutteret fra HH (se karakteristik, tabel 2). Vores samarbejdspartner sørgede for, at vores deltagerinformation blev vedhæftet i det ugentlige informationsbrev til afdelingen (bilag 13). Her var der dog ikke mange, der henvendte sig, og vores kontaktperson gjorde dermed også brug af snowball sampling, idet hun spurgte jordemødre, hun kendte, om de kunne tænke sig at deltage (Aarhus Universitet, u.å-a).

Tabel 1. Par karakteristika

Par	Alder og uddannelse*	
1	Kvinde: 30 år Lang videregående uddannelse	Mand: 32 år Mellemlang videregående uddannelse
2	Kvinde: 35 år Lang videregående uddannelse	Mand: 35 år Lang videregående uddannelse
3	Kvinde: 33 år Kort videregående uddannelse	Mand: 32 år Lang videregående uddannelse
4	Kvinde: 28 år Mellemlang videregående uddannelse	Mand: 31 år Kort videregående uddannelse
5	Kvinde: 29 år Mellemlang videregående uddannelse	Mand: 31 år Kort videregående uddannelse
6	Kvinde: 40 år Lang videregående uddannelse	Mand: 37 år Lang videregående uddannelse
7	Kvinde: 40 år Lang videregående uddannelse	Mand: 40 år Gymnasial uddannelse

* Informanternes højest fuldførte uddannelse

Tabel 2. Jordemoder karakteristika

Jordemødre	Anciennitet
1	10 år
2	10 år
3	15 år
4	18 år

5.3 En metode – to interviewformer

I det følgende afsnit vil vi behandle de to interviewformer, vi har gjort brug af, adskilt. Vi har valgt at gøre brug af dyade interviews med par og semistrukturerede individuelle interviews med jordemødre. Til de to interviewformer knytter sig forskellige refleksioner og metodiske overvejelser. Fælles for udførelsen af dem er, at vi ved alle interviews udpegede en hovedinterviewer, mens den anden fungerede som observatør. Observatøren kunne løbende supplere hovedintervieweren med uddybende spørgsmål og være garant for, at de væsentligste emner blev berørt undervejs. Inden udførelsen af interviewene udarbejdede vi en interviewguide til hver målgruppe, hvor spørgsmålene var tilpasset henholdsvis det at være omsorgsmodtager og omsorgsgiver i latensfasen (bilag 15 og 16). Vi forholdt os åbne over for ændringer i rækkefølge og form – også for at gøre plads til, at nye spørgsmål kunne opstå undervejs. Således foregik interviewet som en vekselvirkning mellem at stille spørgsmål og gå med det, informanterne var optagede af at fortælle om (Kvale & Brinkmann, 2008:151). Her kommer den abduktive tilgang også til syne.

5.3.1 Dyade interview

Dyade interviewformen var oplagt i denne undersøgelse, da vi var interesserede i både den nybagte mor og partnerens oplevelser. Det var vigtigt at få begge perspektiver, da en fødsel ofte er en fælles begivenhed mellem to mennesker.

Dyade interview er en interviewform, hvor to personer indgår. Indenfor forskningstradition er dyade interview blevet brugt i området for familieforskning, og det har typisk involveret par, som har en eksisterende relation. I dyade interviewformen er interaktionen mellem deltagerne vigtig. Kommentarer, som den ene deltager kommer med, kan blive suppleret med respons fra den anden, og på den måde kan deltagerne stimulere og supplere hinanden undervejs. Måske genkender og husker den ene noget tydeligere end den anden, og de kan på den måde påvirke hinanden til nye refleksioner (Morgan, Ataie, Carder & Hoffman, 2013). Ifølge Graham Allan (1980) kan dyade interview lede til en mere fyldestgørende præsentation af det undersøgte felt. Et dyade interview minder om et fokusgruppeinterview, da det også involverer muligheden for, at deltagerne kan dele, sammenligne oplevelser og forlænge det, den anden har sagt (Morgan et al., 2013)

Parrenes interaktion i nærværende undersøgelse bar præg af, at det ofte var kvinden, der tog

teten i forhold til at fortælle om fødselsforløbet. Dynamikken blev sådan, at det var kvinden, der i første omgang besvarede spørgsmålet, hvorefter partneren supplerede. Dialogen blev derfor ofte asynkron mellem informanterne. Netop dette pointerer Graham Allan (1980) som en af dyade interviewets faldgruber, da det kan få indflydelse på validiteten.

Vi oplevede, at der var nuanceforskelle i parrenes oplevelser af fødselsforløbet i kraft af deres forskellige positioner og roller i fødslen, men deres oplevelser var ikke divergerende i en sådan grad, at det blev et empirisk fund. Vi har derfor valgt at bruge parrenes oplevelse som en enhed. I interviewguiden havde vi spørgsmål, der lagde op til, at deres forskellige perspektiver kunne bringes i spil, og retrospektivt har vi undret os over, at oplevelserne ikke står mere forskelligt frem. Det kan tænkes både at hænge sammen med den måde, vi har udformet og stillet spørgsmålene på, men det kan også handle om, at vi interviewede dem 2-3 uger efter fødslen, hvor man som nybagte forældre typisk befinder sig i en sårbar og ny situation, og dermed læner sig op ad hinanden. Vi har efterfølgende tænkt over, om vi i højere grad skulle have udnyttet dyade interviewets muligheder ved for eksempel at lade kvinden og partneren hver især lave en tegning, de kunne tale ud fra eller finde tre ord, der kunne beskrive deres oplevelser. Dog var vi gennem hele interviewet opmærksomme på, at begge informanter kom til orde ved at spørge direkte, hvis den ene part ikke havde været på banen. Det har været gunstigt at have begge parter med i interviewet, fordi kvinden i en fødsel ofte er i store smerter, og det, der opleves, sanses og bemærkes er forskelligt fra partnerens 'udenforstående' blik. Partneren kunne for eksempel supplere med sin fornemmelse af tid og rum. På den måde fik vi fyldestgørende beskrivelser.

Vi forberedte os til udførelsen af dyade interviewene ved at foretage et pilotinterview – dels for at trykteste interviewguiden, dels for at afprøve dyade interviewformen.

Inden vi gik i gang med interviewet, fortalte vi kort om vores projekt, og hvad vi ønskede at spørge dem om, herunder formål og kontekst. Vi fortalte om optageren og spurgte, om de havde spørgsmål.

Det endelige antal af dyade interviews endte på syv. Her oplevede vi at få teoretisk mættethed, da de samme pointer blev gentaget. Vi fandt derfor, at vi havde fået udtømmende beskrivelser af fænomenet for den gruppe, parrene repræsenterede (Aarhus Universitet, u.å-b). Slutteligt er det vigtigt at have for øje, at interviewene fandt sted 2-3 uger efter fødslen af parrenes første barn. Alle interviewede par har, grundet vores inklusionskriterier, haft fødsler,

hvor barnet er kommet til verden uden større komplikationer. Det kan ikke udelukkes, at parrene retrospektivt opfatter fødslerne mere positivt, fordi de i interviewsituationen sidder med et sundt og raskt barn. At vi interviewede parrene 2-3 uger efter fødslen kan tænkes at have spillet en rolle i forhold til deres oplevelser. Generelt huskes oplevelser anderledes, når de kommer på afstand. Det kan tænkes, at parrene, hvis vi havde interviewet dem på et tidspunkt, hvor fødslen var kommet mere på afstand, ville have gjort sig nogle andre refleksioner.

5.3.2 Det semistrukturerede interview

Vi har i alt foretaget fire individuelle semistrukturerede interviews med jordemødre ansat på HH. Alle de interviewede jordemødre har en særlig rolle/stilling på fødeafdelingen og har været en del af en arbejdsgruppe med fokus på latensfasen. I kraft af deres position og interesse for latensfasen fik interviewene karakter af ekspertinterview. Dorte Staunæs og Dorte Marie Søndergaard (2005) bruger metaforen at forske opad eller nedad, som handler om, hvilken samfundsmæssig magt og position der tilskrives forskeren i forhold til dem, der undersøges (Staunæs & Søndergaard, 2005:60). Kvale og Brinkmann kalder interview, der foregår opad for eliteinterview, og de karakteriserer elitepersoner som mennesker, der er vant til at blive spurgt om deres meninger og tanker. En faldgrube kan være, at eksperten kan have 'forberedte indlæg', der fremmer de synspunkter, de ønsker at kommunikere. Hvor der ellers mellem forsker og informant typisk er et mere fremherskende asymmetrisk magtforhold i interviewsituationen, giver ekspertinterviewet mulighed for at skabe større symmetri (Kvale & Brinkmann, 2008:167).

Det semistrukturerede interview med jordemødrene har givet os mulighed for at få en specifik viden om jordemødrenes omsorgsarbejde i forbindelse med latensfasen, som var ekstra nærværende på grund af den nylige etablering af latensfaserummene. Vi dykkede ned i den enkelte jordemoders livsverden i forbindelse med hendes arbejde på HH. Jordemødrene er i besiddelse af en særlig viden via deres mangeårige erfaring og den sammenhæng, de indgår i (Kvale & Brinkmann, 2008:45). I forhold til antallet af interviewede jordemødre er det vores overbevisning, at vi med de fire interviews overvejende fik materiale, der kunne repræsentere professionen og jordemødrene på HH. Når vi skriver, at vi overvejende fik et fyldestgørende materiale, er det, fordi vores informanter, som skrevet tidligere, enten har en langvarig ansættelse eller en ansættelse med specialfunktioner. Vi har i den forbindelse

reflekteret over, om vi manglede informanter, der repræsenterede de nyuddannede og basisjordemødrene - altså dem, der er 'på gulvet'. Hvordan latensfaserummene fungerer i praksis, får vi derfor ikke stort kendskab til i denne undersøgelse. Til gengæld får vi viden fra en særlig gruppe af jordemødre, der over længere tid har arbejdet med visioner for netop dette område. Vi ville gerne imødekomme jordemødrenes travlhed og gøre det så bekvemt for dem som muligt. Derfor lod vi det være op til dem, hvor interviewet skulle foregå. Tre af dem valgte hospitalet, altså deres arbejdsplads, og én valgte sit eget hjem. Placeringen af interviewet kan have indflydelse på informanternes tryghed og derfor villighed til at tale frit (Kvale & Brinkmann, 2008:148-150). Vi sad dog i et aflukket lokale – væk fra deres afdeling, og det er vores indtryk, at jordemødrene følte sig godt tilpas. Et emne, der aktuelt fylder for jordemødrene er presset på fødegangene. For at interviewet ikke skulle gå ned ad et spor, hvor det i højere grad ville komme til at handle om deres arbejdsforhold frem for omsorgen i deres arbejde, valgte vi ikke at spørge direkte ind til dette. Presset på fødegangene indgår dog stadig som et forhold, der er afgørende for omsorgsarbejdet.

5.4 Tematisk analyse

I følgende afsnit vil vi begrunde og beskrive vores valg af analysestrategi. Vi laver en tematisk analyse inspireret af Braun og Clarke (2006) for at skabe overblik over og identificere relevante temaer på tværs af empirien. Den tematiske analyse kan være med til at beskrive den indsamlede empiri og bidrage til at skabe en analytisk retning for dermed at kvalificere svar på problemformuleringen (Braun & Clarke, 2006:79, Jensen, Gjødsbøl & Bogicevic, 2021:87). Ifølge Braun og Clarke indeholder en tematisk analyse seks trin:

1. Indledende kendskab til data for eksempel ved transskription
2. Første kodning af materialet
3. Udledning af potentielle temaer ud fra kodninger
4. Udvælgelse af relevante temaer
5. Løbende analyse af temaer - frembringe klare definitioner og finde tematitler
6. Rapportskrivning (Braun & Clarke, 2006:87)

Allerede under indsamlingen af empiri, der strakte sig over tre uger, begyndte vi at have refleksioner og samtaler om, hvad der rørte sig i interviewene. Senere i processen, under

transskriptionen af interviewene, blev vores samtaler mere konkrete og begyndte at kredse om indledende analysetanker – for eksempel overraskende udsagn, modsætningsforhold og mønstre. Vi noterede løbende tanker om empiri og teori og udvekslede dem med hinanden. På den måde udvidede vi konstant vores horisont. Det gjorde vi på en måde, så vi både havde vores viden og teser for øje, men samtidig forholdt os åbne overfor nye indsigter og retninger (Jensen et al., 2021:87). Under de indledende punkter (1-4) pendulerede vi desuden i en abduktiv bevægelse mellem et fokus på empirien og en søgen efter og læsning af teori (Järvinen & Mik-Meyer, 2017:11). Transskriptionerne har været en del af vores første analytiske proces. Interviewene er alle optaget på telefon, og da de er grundlaget for vores analyse, har vi valgt at transskribere dem in extenso (Kvale & Brinkmann, 2008:202-210). Punkt 1 og 2 smeltede i høj grad sammen for os, foruden at den abduktive tilgang prægede de indledende faser. Inden udvælgelse af relevante temaer blev det tydeligt for os, at empirien kaldte på en analyse, der var bygget sådan op, at par- og jordemoderperspektivet blev behandlet særskilt. Vi arbejdede derfra videre med at finde temaer for henholdsvis parrene og jordemødrene. Med det in mente gennemgik vi transskriptionerne hver for sig og noterede, når relevante og interessante udsagn i forhold til forskningsspørgsmålene og til vores indledende samtaler dukkede op. Ifølge Braun og Clarke indfanger et tema noget vigtigt og relevant i forhold til forskningsspørgsmålene. Ideelt går 'sporene' på tværs af empirien. Det er dog ikke et krav (Braun & Clarke, 2006:82).

Da vi under punkt 3 identificerede og udledte temaer, havde vi noter og kommentarer, der stak i mange forskellige retninger. Vi prøvede derfor at have særligt øje for mønstre. Det vil sige, at vi kiggede efter, om de samme ting gik igen på tværs af data for dermed at se, om der tegnede sig et billede af et tema (Braun & Clarke, 2006). Efter faglige diskussioner endte vi under punkt 4 med tre temaer i parperspektivet og tre temaer i jordemoderperspektivet. Vi valgte de temaer, som havde empirisk belæg for at kunne besvare vores problemformulering. Af samme grund fravalgte vi eksempelvis et tema om præstation. Punkt 5 og 6 slog vi sammen, så vi analyserede, mens vi skrev. Det mundede ud i, at indholdet i to af temaerne ændrede sig og blev skærpet i takt med, at bevægede os længere ind i materialet. Af den grund ændrede to af temaernes titler sig også, fordi formen af dem blev en anden end først antaget. Således har vores proces – og analyse – bølget frem og tilbage mellem empiri, teori, nye indsigter og forståelser. Fleksibilitet er netop en af den tematiske analyses fordele (Braun & Clarke, 2006:78).

5.5 Etiske overvejelser

Det har været væsentligt at være vores etiske ansvar bevidst. Vores overvejelser spænder bredt – fra vigtigheden af det informerede samtykke til snakke om, hvorvidt vi kunne tillade os at forstyrre nybagte forældre med en få dage gammel baby, og hvem vi valgte at gå ind til på barselsafsnittet. Overvejelserne dukkede også op, da vi stod ude foran døren ind til stuerne og overvejede, om det var klogest at banke på eller lade være af hensyn til babyens søvn og parrets intimsfære.

Vores informanter til dyade interviewene stod i en særlig og sårbar situation i kraft af, at de timer forinden var blevet forældre for første gang. Vi lænede os op ad vores kontaktpersons viden som jordemoder, der mente, at det var en etisk forsvarlig måde at rekruttere informanterne på – til trods for den sårbare situation, de befandt sig i. Da vi fik deres telefonnumre, med henblik på at ringe til dem, fik de at vide, at det ikke var bindende at sige ja, samt at det var frivilligt at deltage. Af samtykkeerklæringen fremgik det, at parrene ville blive anonymiserede, hvornår optagelserne ville blive slettet, at de til hver en tid kunne trække deres deltagelse tilbage, samt at alle oplysninger holdes fortroligt og internt. Dette fremgik af samtykkeerklæringen til både par og jordemødre (bilag 14). Vores undersøgelse lægger sig ind under et større studie om latensfasen, som HH står i spidsen for. Studiet er godkendt af Datatilsynet og har journalnummer R-22038689. Interviewdata er opbevaret der på et lukket drev tilhørende vores samarbejdspartner.

Af hensyn til parrene valgte vi, at interviewene skulle foregå i deres hjem, med mindre de havde et andet ønske. Det var med tanke på, at de skulle føle sig trygge og bekvemme – særligt, hvis der opstod noget med deres baby undervejs i interviewet. Få kvinder, der ellers levede op til inklusionskriterierne, blev ekskluderet, da vi befandt os ude på barselsafsnittet. Det handlede om kvinder, der indgik i 'Team Sårbar Gravid' forløb. De blev ikke ekskluderet på baggrund af indgåelse i forløbet, men i samarbejde med den sygeplejerske, der havde kontakt med dem på barselsafsnittet. Her lænede vi os op ad sygeplejerskens vurdering af, om parret havde overskud og ressourcer til at indgå i studiet.

5.6 Undersøgelsens overførbarhed

Vi har ovenfor redegjort for vores metodiske fremgangsmåde, og vi vil her kort komme ind på undersøgelsens mulighed for at skrive sig ind i en større sammenhæng.

Troværdighed i kvalitative studier er bygget op om, at undersøgelsen er udført på en tillidsvækkende måde. Fordi kvalitativ forskning hviler på princippet om subjektivitet og er indflettet i sociale kontekster, er det svært at binde det op på fastlagte kriterier, som i den kvantitative forskning med begreberne; reliabilitet, validitet og generaliserbarhed (Thagaard, 2010:176, 185). Undersøgelsens validitet må derfor i stedet handle om godt håndværk og transparens i processen, og dette skal gøre sig gældende ikke kun for en enkelt fase, men for hele undersøgelsen (Kvale & Brinkmann, 2008:274).

Et ofte stillet spørgsmål til interviewundersøgelser er, hvorvidt resultaterne kan generaliseres, da opfattelsen er, at videnskabelig viden skal stille krav om generaliserbarhed (Kvale & Brinkmann, 2008:287). Ifølge Kvale og Brinkmann bliver denne søgen efter den universelle generalisering dog erstattet af den sociale videns kontekstualitet, herunder at kunne overføre viden fra en situation til en anden (Kvale & Brinkmann, 2008:288). Vores empiri har ikke til formål at skabe verificeret viden, men kan måske, som Kvale og Brinkmann skriver, være med til at producere input til den løbende sociale dialog og praksis i samfundet, i nærværende undersøgelse i forhold til omsorg på fødeområdet (Kvale & Brinkmann, 2008:284). Vi har fået indblik i forskellige par og jordemødres livsverden. Udvælgelsen og metoden heraf kan diskuteres. Trods det er det vores forhåbning, at undersøgelsen med udvælgelsen af informanter, transparens og akademisk håndværk kan opnå overførbarhed (Thagaard, 2010:192).

6. Teoretiske perspektiver

I følgende afsnit introducerer og redegør vi for de teoretiske perspektiver, vi i specialet gør brug af.

I første del af det teoretiske afsnit inddrager vi Joan C. Tronto som teoretisk ramme for at forstå, hvordan omsorgen historisk er blevet værdisat og deraf, hvilken placering den har i dag. Med valget af Tronto anlægger vi dels et kritisk blik på omsorgens placering i samfundet, dels anvender vi hende til at identificere omsorgens rolle i latensfasen. Hendes analyse er skrevet på baggrund af det amerikanske samfund, og hun skriver om, hvordan samfundet kan gøres mere omsorgsfuldt og retfærdigt. Det amerikanske samfund er, ifølge hende, et markedsbaseret demokrati med markedsorienterede borgere. Det er altså et samfund, der er styret af konkurrencelogikker, og dette får indflydelse på omsorgens værdisætning og plads – både i familierne og i samfundet generelt. I Danmark har vi et

velfærdssamfund, men her har markedslogikkerne også sneget sig ind. Det ses blandt andet med New Public Management, der har haft indflydelse på sundhedsvæsenet, heriblandt velfærdsprofessionerne. Derfor vil vi argumentere for, at Tronto også kan anvendes i en dansk kontekst.

I andet afsnit skildrer vi New Public Managements (herefter NPM) betydning for fødeområdet – særligt med blik på jordemoderprofessionen og brugerne. NPM tilgangen og dens indtog i den offentlige sektor har med dens diskurs og styring haft, og har stadig, indvirkning på fødeområdet. Afsnittet skal være med til at indkredse, hvilke institutionelle vilkår der er for svangreomsorg.

Overordnet er vi interesserede i, hvilke omsorgsoplevelser fødende par og jordemødre har i latensfasen, og hvilket forhold der er mellem deres forestillinger og visioner og de institutionelle rammer. I tredje del anvender vi derfor Robbie Davis-Floyds beskrivelser af tre paradigmer, hun ser gør sig gældende i sundhedsfeltet. Paradigmerne præger det nutidige fødeområde, særligt i vesten. Vi er interesserede i, hvilke forståelser der viser sig hos de to grupper, fordi det kan pege på, hvad de hver især forstår ved omsorg og dermed sige noget om, hvornår og hvordan de oplever omsorg. Vi er bevidste om, at Davis-Floyd ikke taler direkte ind i forståelser af omsorg, men vi bruger paradigmerne til at forstå, hvilke rationaler og værdier der er udslagsgivende for hvilken tilgang, der er dominerende og dermed hvilken omsorg, der gives. Davis-Floyd tager sit udgangspunkt i en kritik af det teknokratiske paradigme, som hun ser er fremherskende. Vi er bevidste om, at det teknokratiske paradigme ikke er en de facto tilstand, men et analytisk begreb, der i forskningen er blevet brugt til at pege på ulemper, der kan opstå ved denne særlige måde at organisere omsorg på.

6.1 Joan C. Tronto

Joan C. Tronto er professor i statskundskab. Hun beskæftiger sig med 'care ethics' og skriver sig ind i en tradition af politisk kritisk teori. Omsorg er for Tronto dybt politisk, og med sin teori ønsker hun at gøre op med tidligere tiders moralfilosofi og tanken om, at omsorg er et apolitisk felt.

Tronto plæderer for, at moralfilosofi skal rumme omsorgsbegrebet. Omsorgen har tidligere været fraværende i den vestlige filosofiske tradition og hos de vestlige politiske teoretikere (Tronto, 1993:4). De skotske moralfilosoffer (Hutcherson, Hume og Adam Smith) tanker om moral i slutningen af 1700-tallet forholder sig til følelser og fornuft, og moralen hviler på en

opfattelse af de rette samfundsmæssige rammer. Immanuel Kant tog udgangspunkt i fornuften alene. Hans moralfilosofi var universel og handlede om, hvad der var rigtigt frem for det gode. Moral består af et sæt af principper, som er universelle og upartiske, og som kan danne grundlag for moralske domme (Tronto, 1993:27). Tronto bruger de skotske moralfilosoffer til at vise, at før kantiansk moralteori forsøgte man at bygge bro mellem fornuft og følelse i modsætning til Kants rene fornuft. Den samtidige samfundsudvikling førte til en øget social distance og til, at mænd og kvinders verdener blev mere adskilte. Hvor undertrykkelsen af kvinder før 1700-tallet kunne begrundes i behovet for at kontrollere kvinder, blev kvinder i slutningen af 1700-tallet udgrænset og henvist til kernefamilien, som blev stedet, hvor kvinder kunne udfolde deres særlige moralske værdier som omsorg, pleje og menneskelige relationer. Omsorg bliver kvinders område i modsætning til det buldrende erhvervsliv.

Tronto viser med sin historiske analyse, at tanken om kvinders særlige omsorgsmoral har historiske rødder, og den er dermed ikke medfødt, men noget der kræver øvelse, og dermed bliver det en kompetence (Tronto, 1993:53-55).

Idéer om moral skal ifølge Tronto indeholde mere end blot den kantianske fornuft. Problemet med den universelle moral er, at den ikke tager højde for sociale forskelle, kønsforskelle og racemæssige forskelle (Tronto, 1993:16). Hvis ikke den politiske sammenhæng inddrages, vil en undersøgelse af moral altid privilegere de i forvejen privilegerede, fordi præmisserne er designet ud fra deres forudsætninger og værdier (Tronto, 1993:20). Tronto vil med sin 'ethics of care' give mulighed for, at omsorg kan forstås bredere og tage højde for de sociale, racemæssige og kønslige forskelle (Tronto, 1993:91).

Tronto skriver, at de mest bemærkelsesværdige forandringer i 1800-tallet var de økonomiske og sociale forandringer, der kom i kølvandet på kommercialismen og det ekspanderende marked (Tronto, 1993:27). Som andre sociale teoretikere har påpeget før hende, gør markedet os afhængige på det upersonlige plan og reducerer samtidig vores forbundethed med andre (Tronto, 1993:129).

Ifølge Tronto handler omsorg ikke kun om menneskelig interaktion, men det kan også handle om omsorg overfor objekter og vores miljø – den er hverken dyadisk eller individualistisk. Den dyadiske opfattelse af omsorg bliver ofte romantiseret og beskrives som en nødvendighed, et eksempel kan være det tætte forhold mellem mor og barn. Denne opfattelse

undlader det vigtige element, at omsorg også fungerer socialt og politisk i en kultur. Omsorg defineres kulturelt og vil derfor også variere mellem kulturer. Den er altid igangværende og kan karakterisere både en enkelt aktivitet og en proces. Omsorg skal, som ovenstående indikerer, forstås meget bredt og kan ikke reduceres til en intellektuel bekymring eller et individualistisk karaktertræk. Det handler om hverdagen som hele (Tronto, 1993:103-104). På baggrund af dette definerer Tronto omsorg således: *“On the most general level, we suggest that caring be viewed as a species activity that includes everything that we do to maintain, continue, and repair our 'world' so that we can live in it as well as possible. That world includes our bodies, ourselves, and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web.”* (Tronto, 1993:103).

Hvor moral i korte træk handler om forestillinger om rigtigt eller forkert, så handler politik om, hvordan ressourcer er allokeret, hvordan offentlig orden vedligeholdes, og hvordan disse henholdsvis distribueres og løses (Tronto, 1993:6). Omsorg og politik bliver ofte set som to adskilte verdener. Omsorg er en bredere bevægelse med medfølelse og venlighed, og politik er et “one man show” – måske særligt i USA (Tronto, 2015:1).

Ifølge Tronto er et samfunds omsorgskultur kongruent med de sociale og politiske institutioner og dets bredere kultur og praksis. Vores institutioner former hvem vi er, og hvordan vi tænker om os selv som borgere. På den måde er der en sammenhæng mellem politik som nationale politikker og hverdagslivets politik (Tronto, 2015:17).

Problemet er ifølge Tronto, at omsorg bliver devalueret og ikke bliver anerkendt for dens moralske kvaliteter (Tronto, 1993:157). Devalueringen finder sted, når vores omsorgsinstitutioner for eksempel udhules økonomisk og samtidig er med til at opretholde ulighed. Uligheden kommer sig blandt andet af, at demokratier historisk har ladet nogen stå udenfor det politiske liv og givet omsorgsarbejdet til dem. Tronto bygger på amerikanske forhold, men det antages, at noget lignende gør sig gældende i Danmark. Tronto påpeger derfor vigtigheden af, at vi anerkender omsorgsarbejde og mener, at vores politiske systemer bør indrettes derefter (Tronto, 1993:112-117). Tronto argumenterer for, at omsorg kun kan reevalueres i vores samfund, hvis vi forstår omsorg som en politisk ide. En ændring af omsorgens værdisætning kræver, at vi får ændret den måde, hvorpå vi konstruerer vores moralske grænser (Tronto, 1993:157).

Omsorg som koncept er relationel, for omsorg handler altid, i mødet med et menneske eller en gruppe, om at imødekomme behov. Det handler om at skabe betingelser for, at et andet menneske for eksempel kan føle tryghed (Tronto, 2015:4). Tronto har identificeret fire faser, som omsorg består af. Den første er at erkende, at omsorgsbehovet findes (caring about). Den anden indeholder at tage ansvar for det erkendte omsorgsbehov (taking care of). Tredje fase er at udføre arbejdet med at dække omsorgsbehov (caregiving), og fjerde fase handler om at identificere omsorgsmottagerens situation bagefter (carereceiving) (Tronto, 1993:105-108). Et eksempel kan være, at omsorgspersoner og ansatte i for eksempel sundhedsvæsenet møder patienter med forskellige behov, og allerede her erkendes det, at der eksisterer et omsorgsbehov. Dernæst tager man ansvaret på sig og identificerer behovet i samarbejde med patienten. Omsorgen gives, og omsorgspersonen vælger måske at trøste, berolige eller håndtere patientens smerter. Til sidst vurderer sundhedspersonen responsen på den omsorg, der er givet. Tronto påpeger dog, at behovet for omsorg altid eksisterer, og der altid kan identificeres nye behov.

Personer, som udfører omsorgsarbejde, har en relativ magt over deres patienter. Omsorg kalder derfor på at blive koblet til politik, da forskellige aktører med ulige magt mødes og deraf bestemmes et udfald (Tronto, 2015:7-9).

Tronto skriver i *Creating Caring Institutions: Politics, Plurality, and Purpose*, at vores institutioner, for at give god omsorg, bliver nødt til at være mere eksplicitte om deres omsorgsydelse, fordi den ofte er udtalt. Der skal tages højde for, at den institutionaliserede omsorg ikke på samme måde opleves naturlig/automatisk, som den gør i familien, men kan være god, da den professionaliserede omsorg kan opleves frisættende (Tronto, 2010). Tronto taler for, at omsorg skal italesættes for at gøre den tilgængelig for politiske overvejelser og krav (Tronto, 1993). Omsorg er allestedsnærværende, og måske derfor tænker vi sjældent over den. Den eksisterer, når vi handler ind, og maden ligger klar i supermarkedet, og når skraldet bliver hentet (Tronto, 2015:8-9). Netop derfor kan det lønnede omsorgsarbejde risikere at blive usynligt.

Ud fra de fire faser identificerer Tronto fire etiske elementer, som er med til at beskrive god omsorgspraksis: opmærksomhed, ansvar, kompetencer og lydhørhed. Opmærksomhed er en moralsk præstation, da det at opdage et behov kan være en svær opgave. Tronto refererer til Simone Weil, der mente, at opmærksomhed var vigtig for enhver oprigtig menneskelig

interaktion. Ansvar er både central og problematisk i etikken af omsorg, da den indeholder politiske motivationer, kulturelle praksisser og en individuel psykologi. Kompetencer er også et ressourcespørgsmål, og det moralske handler også om kvaliteten af omsorg. Lydhørhed handler om at imødekomme individers skrøbelighed og uligheder (Tronto, 1993:127-137).

For Tronto skal omsorg forbindes til en teori om retfærdighed og knyttes sammen med en demokratisk beslutning. At forstå hvordan menneskers behov er forskellige skal være med til at forme demokratiet. Tronto ser en fare i markedsliggørelsen af omsorgen i samfundet – for eksempel i forhold til New Public Management, hvor der analyseres på effektivitet og institutionaliseret omsorg. Her bliver patienter forbrugere, og undersøgelser om patienttilfredshed bruges som kvalitetsmål. Tronto påpeger, at det at tilfredsstille forbrugere ikke er det samme som, at der ydes tilstrækkeligt med omsorg. De antagelser, som knytter sig til forbrugeren som rationelt agerende, i stand til at træffe et valg og med nok information til at gøre det, gælder ikke nødvendigvis for mennesker, der befinder sig i en situation, hvor de er omsorgsmodtagere (Tronto, 2010:159).

Trontos historiske horisont begrænses til en modstilling mellem den tidlige kapitalisme i slutningen af 1700-tallet, og udviklingen i et liberalistisk samfund, hvor statens rolle i omsorgen er mindre end i det danske velfærdssamfund. I det danske samfund har det offentlige spillet en langt større rolle i udviklingen af omsorg over for blandt andet gravide, fødende og småbørn. Velfærdsstaten har på mange måder overtaget den omsorg, der før foregik i familierne. Velfærdsstatens guldalder med en offentlig omsorg, der i høj grad blev tilbudt universelt, lå ifølge Søren Kolstrup fra 1961-1974, men blev udbygget helt op til 1989. Efter 1989 kom det til et opgør med den universalistiske velfærdsstat. Keynes blev erstattet af nyliberalistiske udbudsøkonomer og resultatet blev, i samklang med udviklingen internationalt, den markedsgjorte velfærdsstat. Her lå vægten på optimal mobilisering af arbejdskraft, ressourcer og kapital (Kolstrup, 2015:305). Selvom denne udvikling ikke er blevet ført helt igennem i Danmark, er det tydeligt, at samfundsansvaret er blevet nedtonet til fordel for individansvaret, hvor den enkelte bliver set som en arbejdskraft, der skal yde, for der kan nydes (Kolstrup, 2015:314).

6.2 New Public Managements betydning for fødeområdet

I afsnittet nedenfor gives indblik i, hvordan NPM har præget fødeområdet, herunder tiltag, der er afstedkommet af denne form for styring og tankegang, NPMs betydning for jordemoderprofessionen og brugerne af fødeområdet.

NPM blev introduceret i 1990'erne under socialdemokratiske regeringer, men filosofien og den konkrete udmøntning af dens værdier udfoldede sig først i reformer, der var styret af venstre-regeringer fra 2001 (Bondo, 2022:61). NPM var begyndelsen på en politisk strategi, eller diskurs, der omhandlede staten, de professionelles rolle og styring. NPM fusionerer to forskellige strømninger: en neoliberal økonomisk og en managementorienteret med rod i Human Resource Management (Dahl, 2015:114, 484). Gennem denne strategi begyndte reformer, inspireret af NPM, at omdanne den offentlige sektor. NPM er karakteriseret ved at have markedet og produktionen for øje. Det handler om *“(...) intern konkurrence i institutionerne og mellem institutionerne, stærk ledelse, kontrakt- og personalestyring ud fra resultatmål og økonomiske produktivitetsparametre, omkostningseffektivisering af arbejdet og markedsorientering.”* (Dybbroe, 2018:211).

Jordemoderprofessionen er ligesom andre velfærdsprofessioner i det danske velfærdssamfund karakteriseret ved nogle særlige kendetegn. Professor Betina Dybbroe beskriver disse som et særligt synligt og forhandlet forhold til statsmagten, magtfulde aktører og civilsamfundet. Hertil kommer et specialiseret og eget defineret vidensgrundlag. Denne viden er teoretisk og forskningsbaseret og rettet mod praksis, og professionerne har hel eller delvis autonomi i opgaveplanlægning og udførelse. Dog har NPM haft indflydelse på deres legitimitet og autonomi (Dybbroe, 2018:204-206). Netop autonomien bliver sat under pres, når professionerne er kommet under styring og ledelse, overvågning og kontrol med krav om dokumentation og evalueringer af deres indsatser, og på den måde har NPM været med til at standardisere arbejdsopgaverne (Kristensen, 2021:165). Ifølge Dybbroe har standardisering væsentlig betydning for presset på de fagprofessionelles forståelse af kvalitetsarbejde, og der er risiko for, at det, de forstår som kvalitetsarbejde usynliggøres (Dybbroe, 2018:214). Jordemødre har egne faglige interesser, som indebærer at kunne udfolde deres faglige kunnen, og denne forhandles i samarbejde med statsmagten og civilsamfundet. Jordemoderprofessionen deltager på den måde også i statens disciplinering og regulering af borgerne. Velfærdsstaten kan med dets rammer være et udfordrende sted at arbejde, da

jordemødrene i udførelsen af deres velfærdsarbejde kan blive fanget mellem systemets krav og borgeren (Schrøder et al., 2022:15). NPM har ikke kun ændret professionernes faglige dispositioner, men har også ændret forholdet til patienterne, som i dag i højere grad ligner et sælger/kundeforhold (Bondo, 2022:62).

Jordemødre er uddannet til at varetage den normale, ukomplicerede fødsel med udgangspunkt i fysiske, emotionelle, sociale og moralske aspekter (Romme, 2022:132). Ifølge Dybbroe kan forskellige mål og interesser risikere at komme i konflikt med hinanden med NPM som politisk strategi. På den ene side eksisterer et politisk mål, der vægter kvantitative udfald. På den anden side har hver enkelt profession egne faglige og kvalitetsmæssige mål, som er vanskelige at nå inden for en institutionel ramme, der er styret af NPM. Det konfliktfyldte forhold mellem de politiske mål på den ene side og professionens mål på den anden kan komme til udtryk ved, at den institutionelle opsætning skjuler den svigtende kvalitet af arbejde, der ikke længere udføres (Dybbroe, 2018:213). I relation til jordemoderprofessionen kan et eksempel være, at der er få og korte jordemoderkonsultationer og næsten ingen offentlig fødselsforberedelse (Kristensen & Hansen, 2022). Til trods for, at NPM ikke længere er målet har konceptet påvirket den offentlige sektor i en sådan grad, at der stadig kan trækkes tråde til det (Dybbroe, 2018:214). Vi vil i analysen vise, at elementer af NPM stadig fungerer og påvirker parrenes oplevelser og jordemødrenes praksisser.

Som et led i en større reform af den offentlige sektor blev strukturreformen iværksat i 2005 og implementeret i 2007, og dermed blev amterne samlet til fem regioner. Strukturreformen betød en centralisering af fødeområdet, da flere små fødesteder blev reduceret til fordel for større enheder. Sammen med kravet om 2 % besparelse i den offentlige sektor blev sengepladser til gravide og fødende reduceret, og det at huse de fødende i 12 timer, som en fødsel i gennemsnit varer, var ikke længere muligt (Lehn-Christiansen & Thualagant, 2019:66). De nuværende decentrale enheder, der fremkom af strukturreformen, kan betragtes som kæmpestore, serviceproducerende, professionelle, moderne offentlige koncerner, som gjorde plads til en professionalisering af ledelsen med styringsparadigmer som NPM og New Public Governance (Klausen, 2013:199). Netop strukturreformen kom til at påvirke organiseringen af svangreomsorgen, fordi jordemoderopgaven både retter sig mod raske og syge familier, og dermed lægger sig indenfor både det forebyggende og behandlende felt (Bondo, 2022:61). 2 % kravet har også medført, at sygehusdirektører har set sig nødsaget til

at afskære tid til omsorg for raske familier i graviditet, under fødsel og i barselsdagene. Bondo ser strukturreformen og NPM som tiltag, der både har haft dårlige og gode effekter. På den ene side er fagligheden under konstant udfordring, blandt andet med byrden af dokumentation, og på den anden side har fokuset på kvalitetsarbejde medført retningslinjer om ret til en jordemoder en til en samt større bevidsthed om sikkerheden i forbindelse med indgreb. Dette ville ikke være opnået uden dokumentation (Bondo, 2022:63).

NPM har ikke kun påvirket professionerne, men har gennem sine styringsmekanismer også påvirket offentligheden. 'Forventningsafstemning'¹ er et supplement til NPMs regelbaserede ledelse. Forventningsafstemning kan bruges til at skabe kontrol og kan udformes som en 'contract' for eksempel mellem en principal (institution/sygehusdirektion) og en agent (jordemoder). Carsten Greve og Niels Ejersbo definerer forholdet som et, hvor principalen påvirker agenterne via en forventning til dem om at performe en ønskelig service, og på den måde får principalen delegeret beslutningsmyndighed til agenten. Institutionen har nogle interesser, som den ønsker, agenten skal opfylde, og dette bliver formidlet gennem en række forventningsafstemninger (Greve & Ejersbo, 2002:40). Samme princip gælder også for agenterne i forhold til patienterne. De professionelle forventes, ifølge sociolog Nikolas Rose, at lede ved at styre klienten til selvstyring. Det kan minde om princippet hjælp til selvhjælp (Järvinen & Mik-Meyer, 2012:18).

Gennem årene har de organisatoriske og institutionelle rammer for de danske fødesteder ført til en standardiseret fødselspraksis. Denne standardisering har medvirket til, at flertallet af fødsler understøttes med medicinske interventioner (Thualagant, 2022:126). Den teknologiske udvikling er indenfor fødselsområdet, ligesom mange andre steder i samfundet, gået stærkt. Dette gælder blandt andet udviklingen af obstetriske overvågningsapparater og undersøgelsesteknikker rettet mod tidlig diagnosticering af sygdomme i fostertilstanden (Helweg-Larsen & Knudsen, 1985:200). NPM understøtter et øget blik på brug af teknologiske hjælpemidler, og det er vores tese, at det for fødeområdet blandt andet har betydet en medicinsk, teknokratisk og institutionel måde at betragte fødeområdet på. Det har for fødeområdet haft betydning for vagtplanlægning, strømlinede arbejdsgange og standarder. Fødslerne skal understøttes af en effektiv håndtering, og det skal sikres, at der i alle forløb

¹ 'Forventningsafstemning' som begreb stammer fra NPM (Hanne Marlene Dahl, vejledningsmøde d. 1. dec. 2022)

gives højt kvalificeret og ensartet niveau af omsorg og behandling (Schrøder et al., 2022:16). Det kan ses som eksempler på standardiserede arbejdsgange, der afstedkommes af NPM.

Fødeområdet og ikke mindst jordemødrenes professionelle virke er, i forhold til graviditet, fødsel og barsel, præget af forskellige ideologier eller paradigmer, hvorpå de anskues og håndteres. Fødeområdet er påvirket af to retninger: den ene som en medicinsk, teknokratisk og institutionel tilgang og den anden i form af en jordemoderfaglig, humanistisk, holistisk og kvindecntreret tilgang (Schrøder et al., 2022:16). Den førstnævnte tilgang, som NPM blandt andet medfører, har ført til en modreaktion, der blandt andet kommer til udtryk hos forskeren Robbie Davis-Floyd.

6.3 Robbie Davis-Floyd

"We must ask, Who do we want to make ourselves become through the kinds of health care we create?" (Davis-Floyd, 2001:21). Sådan afslutter antropologen Robbie Davis-Floyd artiklen *The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth*, der definerer tre paradigmer, det teknokratiske, det humanistiske og det holistiske, som påvirker måden, hvorpå svangreomsorg anskues og varetages. I følgende afsnit redegøres for de tre paradigmer.

Svangreomsorgen i Danmark siges at være karakteriseret ved at have en humanistisk fødselskultur (Thualagant, 2022:119). Vi lægger dog særlig vægt på det teknokratiske paradigme, da vi, i modsætning til, hvordan Danmark internationalt anskues, ser, det er den tilgang, der særligt har været og er med til at forme fødeområdet. I afsnittet behandler vi den humanistiske og holistiske tilgang samlet. Vi gør opmærksom på, hvor de to tilgange overlapper, men også hvor der er nuanceforskelle. Man kan med Tronto se denne udvikling som rationalitetens adskillelse fra følelserne og den nedvurdering af omsorg, denne prioritering giver anledning til (Tronto, 1993).

Den teknokratiske forståelse henfører til en ideologi om teknologisk udvikling som en kilde til politisk magt (Davis-Floyd, 2001:7) og er tæt knyttet til Vestens værdisystem, der sætter videnskab, teknologi, økonomisk profit og patriarkalsk styrede institutioner i højsædet. Man kan sige, at det medicinske system reflekterer samfundets system. Teknologien gennemsyrrer både det medicinske felt og det omkringliggende samfund. Davis-Floyd argumenterer for, at

de fleste obstetriske procedurer ikke bygger på et evidensgrundlag, men snarere hviler på et kulturelt grundlag (Davis-Floyd, 2001:5-6).

De forskellige paradigmers syn på kroppen er divergerende. Ifølge Davis-Floyd er synet på kroppen med til at bestemme, hvordan behandling anskues og tilrettelægges: *"The way the body is defined will shape the way it is treated by a culture's health care system."* (Davis-Floyd, 2001:11). I den teknokratiske forståelse forstår man kroppen som en maskine, der er separeret fra 'the human mind' (Davis-Floyd, 2001:6). Selvom det er almenkendt, at berøring og omsorg er værdifulde og effektive elementer under en fødsel – både for kvindens oplevelse og for 'outcomet' – er det ifølge Davis-Floyd sjældent at se en fødselslæge agere sådan (Davis-Floyd, 2001:6-7). Davis-Floyd forekommer her næsten dæmoniserende i sin kritik af lægestanden. Udover lægens ageren vil andre tiltag også være affødt af, at kroppen forstås som en maskine – tiltag, der kommer udefra, som skal reparere 'maskinen'. Det kan for eksempel dreje sig om ultralyd, elektronisk monitorering (CTG), brug af sugekop og remedier samt intravenøs væske. Davis-Floyd er kritisk over for standardiseringen af hospitalsfødslen. Standardiseringen er ifølge hende øjensynlig fra det øjeblik, den fødende træder ind på et moderne hospital. Forløbet er fyldt med procedurer, der involverer teknologiske måleapparater og kliniske undersøgelser. Fødslen er på den måde fastlagt, og der er risiko for, at der ikke efterlades plads til kvindens individuelle behov (Davis-Floyd, 2001:7). Fødselsforløbet bliver for Davis-Floyd det synlige bevis på, at det teknokratiske paradigme er herskende.

Teknologi har selvsagt en central plads i det teknokratiske paradigme – ikke blot som et teknologisk redskab, men som et udtryk for de kræfter, der anses for at drive udviklingen i feltet. Ifølge Davis-Floyd har ny teknologis symbolværdi større indflydelse på accepten og spredningen af den end dens egentlige effekt. Teknologien kan give en illusion og følelse af kontrol, som kan gøre det ukontrollerbare skræmmende. En fødsel er netop kaotisk og ukontrollerbar og kan derfor opleves som farlig. Altså ansporer frygten for at moderen eller barnet dør til standardiserede og rutineprægede handlinger for at gøre fødslen forudsigelig, kontrollerbar og dermed mere sikker (Davis-Floyd, 2001:9). Davis-Floyd argumenterer dog for, at procedurerne i virkeligheden kan holde frygten i live, fordi de kan give en 'falsk tryghed' (Davis-Floyd, 2001:10). CTG-maskinen, der bliver brugt til at måle barnets hjerterytme, PET-scanneren, der kan foretage diagnostiske billeder af kroppen indvendigt, og mange andre maskiner kan få det til at virke som om, at den medicinske omsorg opgraderes. I

modsætning hertil kan det ikke at anvende maskinerne få status som andenrangs omsorg. Det bliver et billede på, hvilken placering teknologien har økonomisk såvel som symbolsk. Et andet aspekt ved udviklingen af de nye maskiner er, at der følger en mulighed for at få tilgang til en masse information – noget, Davis-Floyd begrebsligger som “our newest cultural value” (Davis-Floyd, 2001:9).

Davis-Floyd anser det teknokratiske paradigme for at være hegemonisk, og det får dermed størst betydning for fødeområdets udvikling, mens det humanistiske og holistiske paradigme bliver alternativer til det (Davis-Floyd, 2001:10). På grund af det teknokratiske paradigmes status får det en magt, som er svær at gøre op med – selv med evidens imod den.

Den humanistiske forståelse er, ifølge Davis-Floyd, opstået i kølvandet på diskussioner om det teknokratiske paradigmes plads i sundhedsvæsenet. Her var det en gruppe læger og sygeplejerskers ønske at gøre sundhedsvæsenet mere humant ved at: “(...) *make it relational, partnership-oriented, individually responsive, and compassionate.*” (Davis-Floyd, 2001:10). Den humanistiske og holistiske tilgang deler synet på ’mind’ og ’body’. De påvirker hinanden gensidigt. De to tilgange har dog divergerende opfattelser af, hvordan kroppen anskues. Den humanistiske tilgang anser kroppen som en organisme til forskel fra den holistiske tilgang, der er præget af et grænseløst syn på kroppen som energi (Davis-Floyd, 2001:16-17). I begge tilgange spiller følelser en væsentlig rolle. Følelser kan påvirke fødslen, og nogle gange kan det være mere hensigtsmæssigt at arbejde med fødslen følelsesmæssigt end med teknologiske interventioner (Davis-Floyd, 2001:11). Den holistiske tilgang giver følelser endnu mere betydning og anser dem som essensen af omsorg (Davis-Floyd, 2001:16). At kroppen anskues som en organisme i den humanistiske tilgang afføder, at venlighed, berøring og omsorg bliver betydningsfulde dele af fødslen, fordi man netop ser, at det hele spiller sammen – det biologiske, psykologiske og sociale aspekt. Man tager altså udgangspunkt i hele kvinden, og målet er at behandle hende med venlighed og respekt (Davis-Floyd, 2001:11-12). Her er det centralt, at det kommer fra oprigtigt involverede aktører. Relationen mellem den fødende kvinde og jordemoderen er altså af væsentlig betydning.

Metoderne, der bruges i den humanistiske tilgang, kan spænde fra at dække teknologiske maskiner til, så de er knap så fremtrædende, til at lade kvinden føde i vand og give mulighed

for fri bevægelse – gøre det muligt at lade kvinden føde, som hun vil (Davis-Floyd, 2001:12). Flere af disse tiltag ses på fødegangene i dag for eksempel i indretningen af fødeklinikker. Der er nuanceforskelle i de to tilganges syn på, hvordan jordemoderen optimalt skal agere. Som jordemoder – med den humanistiske tilgang – forsøger man, i de beslutninger der skal tages, at balancere evidensbaseret viden på den ene side og kvindens ønsker og behov på den anden (Davis-Floyd, 2001:14). Med den holistiske tilgang handler det i højere grad om at operere på et 'energiniveau' – give plads til og mulighed for at omforme og redefinere energierne (Davis-Floyd, 2001:17). Et centralt element for jordemoderen er at tilpasse omsorgen til den enkelte kvinde. Det er væsentligt, at jordemoderen kan mærke sin intuition og handle derudfra. På den måde guider intuitionen hende til at agere på individuelle måder med kvindens behov i centrum (Davis-Floyd, 2001:18).

Vi startede afsnittet ud med at spørge: *"We must ask, Who do we want to make ourselves become through the kinds of health care we create?"* (Davis-Floyd, 2001:21). Davis-Floyds spørgsmål, der indebærer et krav om moralsk stillingtagen, er i overensstemmelse med, hvad Tronto mener.

Formålet med afsnittet var at belyse, hvordan forskellige paradigmer har indflydelse på hvilke tiltag, der dels er blevet rutinemæssige procedurer, dels iværksættes fra jordemoderen. I næste afsnit tager vi hul på analysen, og med Davis-Floyds paradigmer vil vi blandt andet vise, at forskellige forståelser af omsorg gør sig gældende på tværs af institution, jordemødre og fødende par, og hvordan forståelserne får indflydelse på deres oplevelse af omsorg.

7. Analyse

Det følgende analysekapitel er inddelt i seks afsnit, der behandler de temaer, vi fandt under kodningen. I hver interviewgruppe er vi kommet frem til tre temaer, der indfanger, hvad der opleves i forhold til omsorg hos henholdsvis parrene og jordemødrene. Temaerne fremgår af nedenstående tabel 3. Løbende i analysen trækker vi på Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for svangreomsorgen* (herefter Sundhedsstyrelsens anbefalinger), der blev revideret i 2021, og som indbefatter en række anbefalinger og krav til organiseringen af svangreomsorgen nationalt. Det gør vi for at sætte de empiriske fund i relation til denne.

1. del har tre afsnit: Første afsnit behandler dels parrenes forestillinger om latensfasen, dels hvordan de oplever transitionen mellem hjemmet og hospitalet. I andet afsnit laver vi en

analyse af, hvad parrene lægger vægt på i deres fødselsfortællinger, og hvordan fortællingerne afspejler relationen mellem dem og institutionen. I tredje afsnit beskæftiger vi os med parrenes oplevelse af omsorg, deres umiddelbare tilfredshed, men også deres subtile kritik.

2. del har ligeledes tre afsnit: Første afsnit vil indkredse, hvordan jordemødrene oplever fødsels inddeling i faser, og hvilket forhold der er mellem denne inddeling og muligheden for at give omsorg. I andet afsnit indkredser vi, hvad jordemødrene oplever som essentielt for jordmoderfaglig omsorg, og hvilke visioner de har for omsorgen og professionen. I tredje og sidste afsnit belyser vi jordemødrenes omsorgsforståelse i relation til de institutionelle rammer. Undervejs i analysen samler vi de vigtigste brikker og lægger dem slutteligt på plads som afsæt for en diskussion.

Tabel 3. Tematisering

Interviewgruppe	1. Del: Par	2. Del: Jordemødre
Tema 1	Ude godt - hjemme bedst?	Farcen i faserne
Tema 2	Et sprog i tal	Hvad er jordmoderfaglig omsorg?
Tema 3	At ville eller ikke at ville kritisere	Den latente værdikamp

7.1 Første del: Par

Denne del af analysen tager udgangspunkt i parrenes oplevelser. Vi ser, som skrevet i metodeafsnittet, kvinden og partnerens perspektiv som et samlet, fordi vi i empiribearbejdningen overvejende fandt, at kvinden og partnerens oplevelser af fødsels begyndelse fremstod som en helhed. Indledende i hvert tema gør vi opmærksom på den teoretiske forståelsesramme og konteksten, temaet skal ses i lyset af. Derudover forklarer vi de centrale begreber, der anvendes.

7.2 Ude godt – hjemme bedst?

Under de indledende læsninger af dyade interviewene blev det tydeligt for os, at det i den latente fase kunne opleves modsætningsfyldt enten at blive hjemme eller tage på hospitalet. Det kan både opleves trygt at være hjemme, men også utrygt, fordi hospitalets muligheder med smertestillende medicin og en jordmoder, der kan undersøge, hvor langt kvinden er i

fødslen og opmuntre, er langt væk. Køreturen med veer kan gøre, at afstanden føles endnu større.

I følgende afsnit trækker vi på Trontos teori. Hendes pointe om forskellen på den professionaliserede og hjemlige omsorg ligger som en overordnet ramme, da den kan være med til at forklare parrenes oplevelser og behov i transitionen mellem hjemmet og hospitalet. Nikolas Rose inddrages enkelte steder til at understøtte vores empiriske fund. Temaet skal ses ud fra en kontekst af, at vi i Danmark har en velfærdsstat, hvor vi har udliciteret omsorg til velfærdsinstitutioner. Derudover er det vigtigt for forståelsen af temaet at pointere, at parrene overvejende taler ind i et ideal om en fødsel uden indgreb. Det er dog et perspektiv, vi har valgt ikke at medtage i analysen.

7.2.1 Fortællingen og forestillingen om oxytocin

I det følgende belyses de forestillinger, parrene har om latensfasen, der har indflydelse på, hvilke forventninger parrene har til dem selv – og måske også til hospitalet – i denne fase. Flere af parrene har tilkøbt privat fødselsforberedelse som et supplement til, hvad HH tilbyder. For især flere af partnerne har det været essentielt med fødselsforberedelsen, fordi de har fået redskaber til at smertelindre. De har altså noget, de kan ty til, og de kan få en aktiv rolle i denne fase. Partneren i par 3 udtrykker det på denne måde: *“Jeg tror, hvis vi ikke havde haft fødselsforberedelsen, så havde det været et helvede at være herhjemme”* (bilag 3:7). Mange af parrenes forestillinger om denne fase stammer fra privat fødselsforberedelse, som i høj grad bygger på en forståelse, der har et ideal om en fødsel uden indgreb. Det handler for parrene særligt om ro, og tre af parrene fremhæver hormonet ‘oxytocin’, der produceres ved tryghed i fødselssituationen, positive relationer, berøring og en rolig atmosfære, hvilket Sundhedsstyrelsens anbefalinger også lægger vægt på (Sundhedsstyrelsen, 2021:218). Selvom flere af parrene ikke eksplicit nævner oxytocin, er det vores opfattelse, at det er det, der underliggende menes, når parrene udtrykker den positive vægtning af ro m.m. Det, flere af parrene er blevet fortalt, er, at det er en fase, der kan vare flere døgn, og intensiteten i smerterne kan variere meget. Par 1 siger for eksempel: *“Jeg troede, vi skulle spise is og bare hygge os”* (bilag 1:17). De bliver dog overraskede over, at veerne kommer buldrende med høj intensitet fra begyndelsen:

“Når der kun er tre minutter imellem, så går det altså hurtigt. Der er ikke nogen afslappende fase” (bilag 1:17). Par 2 istemmer: *“(…) det er fordi, de havde kaldt, på*

Smertefri Fødsel tror jeg, kaldte underviseren det for Netflixfasen, så jeg havde forestillet mig, at det ligesom var meget stille og roligt” (bilag 2:11).

Til samme fødselsforberedelse har kvinden i par 7 lært, at det er bedst at være hjemme så længe som muligt:

“(...) jeg skal være hjemme i det her trygge miljø (...). Når man er hjemme, kan man arbejde med oxytocin, og hvis man nusser og hygger og har det rart, så går det bedre, og det er smertestillende, det var mine tanker, vi skal blive så lang tid som muligt, for nu er det sådan, jeg har lært, som skulle fungere bedst.” (bilag 7:10).

På samme måde er et af de par, der har valgt ikke at tilkøbe privat fødselsforberedelse, men som har deltaget i den fødselsforberedelse, HH udbyder, påvirket af fortællingen om oxytocin og dets positive virkning: *“Det, vi havde fået at vide i de her instruktionsvideoer, det var, at det handlede om mellem alle de her veer, at der var noget tryghed og oxytocin (...)” (bilag 6:15).* Citaterne vidner om et stort fokus på hormonet oxytocin, der kan være med til at sætte skub i fødslen og virke smertelindrende. Parrene er også blevet fortalt, at det kan hæmme oxytocinproduktionen at komme ind på hospitalet, hvilket følgende citat eksemplificerer: *“Fordi vi fik at vide, det ofte går i selv, når du kommer ud på hospitalet for så at blive tjekket, hvor langt du er. Hvor, når du er hjemme i trygge rammer, det hele går lidt mere smooth.” (bilag 3:15).* Citatet underbygger pointen om, at parrene overvejende har en forestilling om, at oxytocin produceres bedst derhjemme. Det virker som om, der i denne fase er indlejret en forventning om, at det er bedst at være hjemme så længe som muligt – det er det, der er mest optimalt, og som skal efterstræbes. Betoningen af oxytocin, tolker vi, kan ses som institutionens måde at holde de fødende par hjemme så længe som muligt. Med Nikolas Roses perspektiv kan institutionens fortælling om oxytocin ses som et forsøg på at skabe styring til selvstyring. Hans pointe handler om, at de ansatte i velfærdsstaten er gået fra at være eksperter til at være ‘facilitatorer’, hvis mål er at skabe rammer, der fordrer, at borgeren selv kan løse sine problemer. På den måde bliver jordemødrene, som de ansatte i velfærdsstaten, budbringere af oxytocins gunstige virkning og dermed skabere af de rammer, der gør, at parrene påvirkes til at blive hjemme og klare den latente fase selv. Oxytocinen bliver dermed et institutionelt fix, der med påstanden om, at det bedst produceres hjemme, indirekte bliver et krav til parret om at blive hjemme. Følgende citat fra kvinden i par 6

underbygger Roses pointe om den subtile styring: *“Men grunden til, at hun bruger så meget krudt på at fortælle om de der intervaller og længden af veeerne og sådan noget, det er jo for, at - det må jo være for at få folk til at blive lidt ekstra hjemme, tænker jeg.”* (bilag 6:17).

Man kan forestille sig, at de fødende par, der står i en sårbar situation, i højere grad er tilbøjelige til at lade sig styre.

7.2.2 Forventningen

Parrene udtrykker også, at det er lystbetonet og forbundet med noget godt at være derhjemme. De får i højere grad mulighed for at have styring og kontrol – måske særligt for partneren:

“(...) jeg tror da, det var bedre, vi var her for eksempel end på et eller andet hospital. For mig er det jo bedre at være hjemme, for så kunne jeg netop sidde og se en serie og hjælpe dig lidt og lave lidt mad (...)” (bilag 3:6).

Samtidig med, at det at være hjemme er lystbetonet, virker det som om, der også eksisterer en forventning til parrene - måske særligt til kvinden – om at være hjemme længst muligt. Dette er en forventning, der også kommer til udtryk hos kvinderne selv. Således udtaler kvinden i par 2: *“(...) det der med så virkelig at prøve at holde ud så lang tid som muligt herhjemme”* (bilag 2:14). Kvinden i par 1 sidestiller det at være derhjemme med at være god til at føde, og hun manglede en, der kunne legitimere, hvis hun ikke kunne formå at være hjemme: *“(...) som taler ind i det der med, at hvis du ikke kan holde ud at være hjemme ret længe, så er det ikke, fordi du er dårlig til det.”* (bilag 1:20). Citaterne tydeliggør denne forventning, som kvinderne har til dem selv. En forventning, der kan spores til kvinden selv, men som man må antage stammer fra de berøringsflader, hun er i kontakt med undervejs i graviditeten: Offentlig og privat fødselsforberedelse, jordemoderkonsultationer, medier og sociale kontakter. Der kan argumenteres for, at parrene lader sig styre af de normer for omsorg, der er kongruente med vores institutioner. En af jordemødrene taler ind i dette aspekt. Hun er opmærksom på, at kvinderne er et produkt af det, de møder på deres vej mod fødslen:

“(...) de bliver jo også opdraget – eller hvordan man nu skal sige det – i løbet af graviditeten, hvor man siger: det er sådan her, det er, og det er sådan her, du kan, og

mange er jo så meget autoritetstro, så det er også sådan, de forestiller sig, deres fødsler skal være, er mit indtryk.” (bilag 11:7).

Citatet tydeliggør, at der eksisterer en relation mellem kvinden og institutionen, herunder jordemødrene. På samme måde som jordemoderen i citatet gør opmærksom på, at der er en skæv magtfordeling i relationen, forklarer Trontos begreb om relativ magtudøvelse også dette. Hun peger på, at der altid er en ulige magtfordeling til stede mellem omsorgsgiver og omsorgsmottager. Den ulige magt kommer til syne, fordi kvinden har et behov, der skal mødes. Jordemoderen kan via sit vidensmonopol, den ulige magtfordeling og fortællingen om oxytocin få indflydelse på parrenes beslutninger. Man kan således argumentere for, at det for parrene ikke kun er et spørgsmål om, hvornår de ønsker og har behov for at komme på hospitalet. Deres oplevelse påvirkes af de forventninger og normer, der er. På den måde kan den professionelle omsorg ikke siges at være frit tilgængelig.

7.2.3 Usikkerheden

Tronto har identificeret fire faser, som omsorg består af; caring about, taking care of, caregiving og care-receiving. Faserne skal være med til at fortolke og møde omsorgsbehov. Den første fase involverer at erkende, at et omsorgsbehov findes, bemærke eksistensen af et behov og foretage en vurdering af, om dette behov skal mødes. Når parrene er derhjemme i den latente fase, er det umiddelbart op til dem selv at identificere deres behov. Ansvar for omsorg ligger altså hos dem. Følgende citater viser, at det for et par af kvinderne var svært at tage beslutningen om at ringe til fødeafdelingen, hvilket vi tolker både kan kobles med forventningen om at være hjemme længst muligt og det faktum, at alle kvinderne er førstegangsfødende. Deres partnere bliver garant for at tage beslutningen: “(...) jeg skulle flere gange sige til dig, nu synes jeg, vi skal ringe.” (bilag 3:12). Og en af kvinderne venter på, at hendes partner tager beslutningen:

“(...) jeg tror, at jeg lidt ventede på, at du sagde, altså spurgte, om du skulle ringe, fordi jeg tror ikke, jeg ville sige det eller sådan, jeg tænkte bare, jeg siger, jeg har ondt, og så ventede jeg på, at du tænkte sådan: nå, skal vi ringe? Ja tak.” (bilag 2:7).

Det tyder på, at kvinden godt kan identificere sine behov, men har svært ved at handle på

dem. Ansvarer herfor bliver altså partnerens. Han får dermed en bærende rolle. Latensfasen kan dermed ses som et eksempel på, at omsorg henvises til privatsfæren.

Et andet element, der kan øge usikkerheden, er fortællingen om at være førstegangsfødende. Den indebærer, særligt for kvinden, bestemte måder at reflektere og handle på. Kvinden i par 5 siger for eksempel: *“(...) det var netop det, jeg ikke havde lyst til, sådan en hysterisk førstegangsfødende, og det følte jeg sådan set heller ikke, at jeg var. Jeg reagerede bare på det, jeg mærkede (...)”* (bilag 5:10). Citatet viser, at der hos kvinden eksisterer en fordom om den hysteriske førstegangsfødende. Det kan tænkes, at fordommen kan spille ind på kvindens måde at reflektere og handle på i forhold til at være hjemme og på hospitalet og på den måde få betydning for, hvornår man rykker ind på hospitalet. Det foregående har vist, at kvinden og partneren kan identificere behov, men partneren bliver ansvarlig for at handle på dem. I det følgende vil vi belyse, hvordan parrene i løbet af latensfasen ikke bliver ved med at kunne imødekomme egne behov, men har brug for omsorg udefra – professionel omsorg.

7.2.4 Køreturen

Når parrene så ønsker at forlade deres hjem og køre mod hospitalet, virker det blandt andet som om, det er fordi, kvinderne har et behov for kontrol. De har behov for at vide, hvor langt de er i fødslen – både i forhold til motivation, tryghed og som en forberedelse på, hvad der venter dem forude: *“(...) samtidig så var vi også der, at jeg blev bare nødt til at komme ind og få netop i forhold til min kontrol og få ro på, hvor langt, hvor åben er jeg egentlig, og hvor langt i fødslen er jeg.”* (bilag 4:9). Et andet incitament for at tage på hospitalet er, når de ikke længere oplever, at de teknikker de har lært sig i forhold til vejrtrækning og smertelindring er tilstrækkelige. Partneren i par 2 sætter ord på smerternes betydning:

“(...) hvis man kunne have været i smerterne i hele den der fase der, så havde det nok også givet bedre mening for os at være derhjemme, det tror jeg, vi havde sat mere pris på, (...) K havde så mange smerter, det var bare ikke en mulighed for os, fordi det bare ikke var rart at være i (...)” (bilag 2:8).

Trontos beskrivelse af anden fase, taking care of, kan være med til at forklare, hvad der sker her. Tronto skriver, at når det opleves, at der ikke længere er noget, man kan gøre i forhold til det konkrete behov, så er det ikke længere konstruktivt. Her må parret, hvis behovet for kontrol og smertelindring skal mødes, søge ind på hospitalet. Opsamlende kan vi altså sige, at

parret til en vis grad formår at give hjemlig omsorg i latensfasen. De når dog til et punkt, hvor det ikke længere er muligt for dem at handle, og de må derfor opsøge den professionelle omsorg på hospitalet.

7.2.5 At være hjemme på hospitalet?

Indtil nu er to ting blevet synlige: Ønsket om at være hjemme længst muligt i latensfasen, som er påvirket af institutionen, sameksisterer med ønsket om kontrol og den professionelle støtte, man kan få på hospitalet. Måske kunne en løsning være at gøre hospitalet mere hjemligt. Parret har en forestilling om at være på hospitalet, men på en særlig måde. Således siger kvinden i par 2:

“(...) et hyggeligere rum sådan, hvor at man kunne føle sig mere hjemme, altså det der med, hvis de siger, de sender jo en hjem, fordi det er rarere at være derhjemme, så (...) hvis de kunne lave det lidt mere hjemligt, (...) så man også havde lyst til at blive der og kunne være der, så man egentlig kunne have samme fase (...) altså sådan gøre det samme der, som man kunne gøre derhjemme uden at have turen frem og tilbage igen.” (bilag 2:19).

Citatet viser, at parrenes forestillinger om en rolig fase med plads til og mulighed for at gøre ting, der fremmer hormonet oxytocin, potentielt kan flyttes med over på hospitalet.

Gennemgående hos alle parrene, særligt hos partnerne, er en opmærksomhed overfor omgivelserne. De bemærker, om der er rart at være, og i hvor høj grad rummet er præget af en ‘hospitalsstemning’. Parrenes udtalelser rummer dermed både et ønske om at komme på hospitalet tidligere i forløbet, men samtidig også et ønske om at bevare den rolige stemning, hvor omgivelserne spiller en central rolle. Tryghed ser vi som en dimension af omsorg – også i transitionen mellem hjemmet og hospitalet. Tronto skriver, at omsorg ikke blot drejer sig om at imødekomme konkrete behov. Det handler også om at skabe betingelser for, at et andet menneske for eksempel kan føle tryghed. Flere af de pointer, vi er kommet frem til tidligere kan læses ind i en kontekst af tryghed: 1) Fortællingen om oxytocin, der produceres bedst i trygge omgivelser, 2) når parrene ikke kan handle på deres behov (kontrol og smertelindring), kan det tænkes at føre til utryghed og 3) rammernes betydning – både de fysiske, men også hvem der indgår i dem (jordemødre). Således er der underliggende tale om omsorg, når parrene handler i forhold til følelsen af tryghed/utryghed. Behovet for tryghed, og dermed

omsorg, gør sig også gældende, når partneren i par 6 udtrykker et ønske om at have mulighed for at komme et rart sted hen, inden man er alt for langt i fødslen:

“(...) have et rart sted at komme hen, og så kunne tage af sted med det samme. Det kunne jeg i hvert fald godt have tænkt (...) Og jeg synes vi fik følelsen af, jeg fik følelsen af, at de gerne ville have os til at vente så meget som muligt derhjemme. Det er også sådan kilden til utryghed, når altså, man har ikke været i det før, og hvornår skal vi så afsted, ik.” (bilag 6:15-16).

Utryghed er for ham forbundet med uvished – at være derhjemme uden at vide, hvornår det er tid til at køre afsted. Han er fanget mellem at fornemme på jordemødrene, at de helst skal blive hjemme så længe som muligt og hans partner, der gerne vil afsted, og som til sidst insisterer: *“Det var kun, fordi K insisterede på, at vi skulle afsted ved 3. samtale, at vi kom afsted”* (bilag 6:5). For resten af gruppen af par er det også kvinden, der bliver udslagsgivende for, hvornår parret vælger at tage afsted – selvom det oftest er partneren, der tager initiativ til at ringe. Partneren i par 6 kunne godt have tænkt sig at være på hospitalet umiddelbart efter, at veerne begyndte: *“(...) det kunne godt være et andet sted end herhjemme, fordi trygge omgivelser kunne sagtens være på et hospital, hvis omstændighederne er til det, ik”* (bilag 6:16). ‘Omstændighederne’ henviser til omgivelserne eller rummet, som er i tråd med en tidligere udtalelse om, at rummet gerne må indbyde til en hjemlig stemning, så man har lyst til at blive og kan få samme fase på hospitalet som derhjemme. Med Trontos omsorgsblik kan vores miljø, i lige så høj grad som det relationelle aspekt, være lig med omsorg. Det fysiske kan, som vi har argumenteret for tidligere, være med til at skabe tryghed, og det er netop det, vi ser i parrenes udtalelser. Rummets indretning og atmosfære har altså betydning for, hvordan fasen på hospitalet opleves. Foruden rummets betydning virker det også som om, at parrene får en forventning til jordemødrene, når de lander på hospitalet. Flere af parrene taler ind i vigtigheden og betydningen af, at jordemødrene henvender sig og tager kontakt og ikke omvendt.

Partneren i par 2 forklarer det således:

“(...) jeg føler tit det der med, at man bliver lagt ind et sted, og så siger de sådan: nå, men så kommer vi tilbage, og så må vi se eller et eller andet. Der er ikke den der med: jeg kommer tilbage hver halve time, eller jeg kigger lige til jer. Det er meget sådan,

hvis ikke man trykker på den knap der, så kan det være, de ikke kommer igen indenfor de næste fem timer (...)" (bilag 2:9).

Partneren forklarer, at de er blevet gjort opmærksomme på, at de bare kan "trykke på den knap der", hvis de har brug for noget. For dem virker det dog voldsomt, og det afholder dem måske fra at bede om den hjælp, de har brug for: *"Det virker sådan lidt voldsomt at skulle trykke på den der knap der, altså det er lidt sådan: okay, nu er der sgu rød alarm, ik (...)"* (bilag 2:9-10). I forlængelse heraf udtaler han, at han kunne have ønsket, at jordemødrene var mere opsøgende. Fra et jordemoderperspektiv ser tingene anderledes ud. Netop fordi, at parret lige så godt kunne være hjemme og måske også, fordi der i Sundhedsstyrelsens anbefalinger ikke er angivet, at det fødende par har krav på en jordemoder en til en i latensfasen, har flere af jordemødrene en anden opfattelse end parrene af, hvad deres rolle skal være. En af jordemødrene fortæller således:

"Jeg tænker meget, at mange er nogle, der også lige så godt kunne være derhjemme. Jeg tænker ikke, det er lige så vigtigt at være ved dem hele tiden – på den måde være til stede hele tiden, men mere være sådan en garant for, at de bare skal trække i en snor eller stikke hovedet ud, så er der nogle hos dem." (bilag 11:15).

For hende er der altså ikke så langt fra rummet, hvor det fødende par befinder sig, til hjælp, som der er for parret i fødsel. I citatet med par 2 bliver der ikke nødvendigvis udtrykt en forventning eller et ønske om, at jordemoderen skal være til stede konstant, men vægten lægges på, at jordemoderen er opsøgende. Jordemodercitatet tydeliggør dog, at hendes forventning er, at parret selv opsøger hende, når de har brug for det. Der eksisterer altså et modsætningsforhold mellem, hvad parret forventer, og hvad jordemoderen har af forestillinger. Citatet eksemplificerer, at der er uoverensstemmelser i latensfasen – særligt, hvis man holder det op imod Trontos anden fase 'taking care of', hvor det handler om at møde det erkendte omsorgsbehov direkte. Ansvar for det erkendte omsorgsbehov synes dog uafklaret mellem jordemoderen og parret. Som skrevet tidligere tager parrene overvejende på hospitalet, for at få professionel omsorg, når de ikke længere selv kan handle på deres behov. Eksemplet viser dog, at det kræver en forventningsafstemning mellem jordemoderen og parret for at tydeliggøre, hvem der har ansvaret for at handle på behovet. Parrenes forventninger stammer både fra deres forestillinger om latensfasen, men også fra generelle

associationer med et hospital: Når man lander der, får man hjælp, og der er nogen, der har styr på det.

7.2.6 Afrunding

Det kan synes paradoksalt, at parrene på den ene side ønsker at befinde sig i en hjemlig stemning, og på den anden side ønsker at føde på et hospital – omgivet af apparater, hvide kitler, medicin og lyde. Det kan tolkes sådan, at de er fanget i et krydsfelt mellem at være præget af forskellige forståelser af og tilgange til fødslen, hvilket udfoldes løbende i analysen.

Det, vi kan udlede fra denne analysedel, er en ambivalens mellem at ville være derhjemme i hjemlige og trygge rammer, men samtidig også et ønske om at være på hospitalet tæt på professionel omsorg, der også forbindes med tryghed. Indledningsvist introducerede vi, hvordan Tronto skelner mellem en professionaliseret og hjemlig omsorg. Tronto pointerer, at den hjemlige omsorg kan opleves mere 'naturlig', mens den professionaliserede omsorg har andre kvaliteter og kan opleves frisættende. Vi har undervejs i temaet vist, hvornår den hjemlige omsorg ophører, og hvornår parrene derfor har behov for professionel omsorg i løbet af latensfasen. Når parrene rykker fra hjemmet, kan hospitalet blive garant for, at de kan lægge en del af ansvaret for fødslen over på de professionelle. Det kan være en årsag til, at de ønsker at komme ind på hospitalet, selvom de også gerne vil have hjemlige rammer.

Opsummerende er det, der kommer til syne i temaet, at parrene er præget af en forventning om at blive hjemme længst muligt, som med fortællingen om oxytocins gunstige effekt, bliver internaliseret sådan, at det fremstår som parrets egen forventning og eget ønske. Selvom parrene har denne forventning, fremhæver de også hospitalet som et oplagt sted at være i latensfasen, hvis rammerne er rolige, trygge og hjemlige. Samtidig har parrene et ønske om, at personalet på hospitalet skal være opsøgende. For jordemødrene fremstår behovet dog ikke klart. Usikkerheden, der præger parrene i denne fase, kan tænkes at hænge sammen med, at alle er førstegangsfødende. Det bliver særligt tydeligt, når parrene skal fra hjem til hospital. Her hæfter de sig ved veernes varighed og intervallet imellem dem samt jordemødrenes råd og ekspertise.

7.3 Et sprog i tal

Noget af det første, parrene fortæller om, da vi spørger ind til, om de kan tage os med til den dag, hvor fødslen startede er, hvordan veerne var. De har helt styr på veernes længde, og hvor lang tid der er mellem dem – under hele fødselsberetningen. Det var tydeligt, at veerne havde hovedrollen i deres fortællinger. I temaet retter vi opmærksomheden mod parrenes vægtning af objektive mål, hvor veerne, både deres intensitet, varighed og intervallet mellem dem, samt antal centimeter, kvinden har åbnet sig, har stor betydning. Objektive mål bliver overordnet omdrejningspunktet for deres beslutninger og handlemåder. Med Davis-Floyds forståelse af sundhedsvæsenet, i vores tilfælde HH, som teknokratisk belyser vi parrenes perspektiv.

7.3.1 Sproget

Alle parrene starter med at tracke deres veer på apps. Overvejende bliver det en målestok for, 1) hvornår de kan ringe til hospitalet, og 2) hvornår de tager på hospitalet. Flere af parrene beskriver, at de er blevet præsenteret for, hvornår de skulle tage kontakt til hospitalet. Det drejer sig om at reagere, når vandet er gået, hvis veerne er over et minut lange, eller hvis der er under fem minutter mellem dem. Parrene har taget informationen til sig, hvilket talrige eksempler fra empirien viser med beskrivelser af veernes længde og udviklingen i dem. Følgende citat viser ikke kun, hvordan veerne times, men også, hvordan parret har en opfattelse af, at de skal leve op til noget, før de kan komme ind på hospitalet:

“Vi timede alle veerne fra tidlig morgen af, altså på sådan en app for at se, okay, hvor lang tid går der imellem for at være sikker på, at vi ligesom levede op til kravene, igen, det der med, er vi nu på det stadie. Det var det eneste, vi havde fået at vide: når veerne ser sådan her ud, og du ikke har lyst til at snakke, så skal du på hospitalet. Så vi prøvede ligesom at leve op til de der retningslinjer, vi havde fået.”
(bilag 2:11).

De andre par beskriver lignende scenarier – dog er det svært for flere af dem at få veerne til at passe med den beskrivelse, de er blevet præsenteret for: *“(…) der var ikke rigtig noget af det, der passede. Det blev måske lidt mere regelmæssigt, men (...) de der tider der, de gav ikke rigtig mening, synes vi, så jeg, jeg tror, jeg havde indtrykket af, at vi var langt fra at være i mål, ik.”* (bilag 6:11). Citatet tydeliggør, at veerne bliver målestok for, hvor langt kvinden er i sin fødsel. På baggrund af, hvordan veerne er, og fordi de ikke følger det beskrevne, drager

partneren den konklusion, at der er langt igen, hvilket viste sig at være modsat. På samme måde beskriver et andet par, at veerne også var et holdepunkt i deres fødsel, men at det var svært, da de aldrig blev regelmæssige:

“(...) der er mange, der aldrig nogensinde når at få regelmæssige veer, det gjorde jeg jo heller ikke sådan rigtigt, og det havde bare været rart, at man havde vidst det, fordi det var jo lidt det, jeg sådan gik efter, at: nå okay, det var ikke regelmæssigt nok heller det her (...)” (bilag 5:10).

Citatet viser, at parret oplever en mangel på information – de vidste i hvert fald ikke, at veerne nogle gange aldrig bliver regelmæssige. Det viser også, med tanke på den sidste linje, at kvinden oplever, at hun med sine veer skal leve op til noget. Et af de andre pars veer passer på anbefalingerne, og derfor tager de på hospitalet: *“(...) på det tidspunkt var det de der, hvad er det, 3 minutters mellemrum og en minuts ve, som vi havde forberedt os, eller sådan, vi havde fået at vide, at det skulle være, før man kom ind.” (bilag 2:2).* Da de kommer ind, har kvinden åbnet sig en centimeter, og de ender med at køre hjem igen. Det første målbare element, parrene forholder sig til, er altså veernes længde og interval, der for nogle passer på det beskrevne og for andre ikke. Det andet målbare element, parrene er optagede af er, hvor mange centimeter kvinden har åbnet sig. I Sundhedsstyrelsens anbefalinger står det skrevet, at: *“Der bør sikres kontinuerlig tilstedeværelse af en sundhedsperson (i Danmark typisk en jordemoder) fra kvinden er i aktiv fødsel eller tidligere ved behov.” (Sundhedsstyrelsen, 2022:219).* Samtidig anbefales det, at den gravide kvinde først indlægges på fødeafdelingen, når hun er i reel aktiv fødsel, da det kan være med til at fremme en spontan fødsel og nedsætte behovet for brug af instrumentelle indgreb (Sundhedsstyrelsen, 2022:218). Definitionen på, hvornår den aktive fødsel starter, er ikke entydig, men et udgangspunkt er 3-5 centimeter (Dixon et al., 2013:11). Det må formodes, at institutionen (HH) forvalter disse anbefalinger og videregiver dem til de gravide par gennem jordemoderkonsultationer og den fødselsforberedelse, de udbyder. I hvert fald er par 3 bevidste om det, da de ankommer til afdelingen, og partneren får fat på en jordemoder: *“(...) så kommer der endelig en ind og kan se, du er 8 centimeter åben. Det var ret meget, tror jeg, for normalt vil de gerne have, man er 4-5 centimeter åben, når man kommer ud til hospitalet.” (bilag 3:4-5).* Citatet er et eksempel på det andet målbare element, der findes i latensfasen, som kan blive styrende for, hvordan der handles: hvor mange centimeter kvinden har åbnet sig.

Flere af parrene er optagede af at komme på hospitalet på 'det rigtige tidspunkt'. Det formodes, at 'det rigtige tidspunkt' handler om at komme, når man er i aktiv fødsel. Følgende citater viser denne optagethed: "(...) jeg tror, jeg havde forestillet mig, at det var det rigtige tidspunkt, at vi tog ind på." (bilag 2:12). Og: "(...) jeg ville ikke ringe for tidligt, fordi at komme ind igen, og så måske få at vide, at du er to centimeter åben eller sådan." (bilag 4:9). En af grundene til, at parrene er optagede af at komme ind på 'det rigtige tidspunkt', er, fordi de er bange for at blive sendt hjem: "(...) det der med at man skal ind og blive sendt hjem igen, det er altså ikke, det er sgu ikke sjovt." (bilag 2:5). Flere af parrene har en opfattelse af, at antallet af centimeter, kvinden har åbnet sig, og dermed hvilken fødselsfase, hun er i, er adgangsgivende i forhold til, hvornår man for eksempel får tildelt en fødselsstue, en jordemoder og forskellige former for smertestillende: "Da de så undersøgte mig igen, så var det, jeg var åbnet to centimeter, og det var så derfor, de kunne give mig en epidural og flytte mig til en fødestue, selvom det ikke var tre, jeg ved ikke lige hvorfor, men det var åbenbart nok (...)" (bilag 2:17). Citatet indikerer, at kvindens opfattelse er, at et særligt antal centimeter udløser bestemte ydelser. Samme billede tegner sig i Sundhedsstyrelsens anbefalinger, hvor forskellige tiltag anbefales afhængig af, hvilken fase kvinden er i. Sundhedsstyrelsen sætter altså nogle anbefalede rammer for svangreomsorgen.

Et gennemgående element i parrenes udsagn er, at de taler det sprog, der institutionelt tales. Det ses i forhold til den tyngde og betydning, de tillægger veerne, og hvor meget kvinden har åbnet sig. Som vist løbende i afsnittet tyder det på, at parrenes vægtning af de målbare elementer stammer fra den information, de er blevet præsenteret for gennem institutionen. Tronto argumenterer for, at der er en dyb forbindelse mellem nationale politikker og hverdagslivets politik. På den måde forklarer hun, at institutionen er med til at forme, hvem vi er, og hvordan vi tænker om os selv som borgere. Med hendes teori og syn på institutionens betydning, kan vi forklare denne sammenhæng mellem det, parrene præsenteres for, og hvad de lægger vægt på. Som vi har vist med parrenes udsagn, er der en opmærksomhed mod noget målbart, og det kan spores tilbage til institutionen. Et af de centrale elementer i Davis-Floyds forståelse af det teknokratiske paradigme er, at man ser kroppen som adskilt fra 'the human mind', hvilket får indflydelse på, hvordan behandling anskues og tilrettelægges. Dette kan være en af forklaringerne på, at parrene overvejende fokuserer på kroppens reaktioner. Med institutionens kategorisering af hvordan veerne skal være, og hvor mange centimeter kvinden skal være åben, før det udløser en 'ret' til nogle

bestemte ting, for eksempel retten til en fødestue med en sundhedsperson tilknyttet, kan man argumentere for, at institutionen er præget af en teknokratisk organisering. Det kan få indflydelse på den omsorg, der ydes. Det skal dog nævnes, at jordemødrene ikke på samme måde taler ind i disse kategoriseringer – et perspektiv, der udfoldes i anden del af analysen. Sagt på en anden måde emmer sådanne kategoriseringer af, at kroppen adskilles fra ‘the human mind’. Så når parrene er optagede af, hvordan deres veer er i tal, og at de skal på hospitalet på det rigtige tidspunkt (antal centimeter), vidner det om, at de er et produkt af den institution, de er tilknyttet. Sproget bliver altså et billede på, at institutionen er med til at præge os som borgere og brugere af sundhedsvæsenet.

Det kan tænkes, at parrene, på samme måde som beskrevet i afsnit 7.2 fanges i et spændingsfelt mellem forskellige forståelser af og tilgange til fødslen. Det er en pointe, vi vil samle op i anden del af analysen, hvor vi behandler jordemødrenes oplevelse af omsorg i latensfasen.

7.3.2 Teknologien

Teknologien har en væsentlig plads i Davis-Floyds forståelse af den teknokratiske tilgang. På samme måde har teknologien også en plads i parrenes fødselsfortællinger. Flere af parrene nævner oplevelser med et teknologisk apparat, der måler barnets hjerterytme – en CTG-måler. Kvinden i par 4 fortæller for eksempel:

“(...) de tjekker babys hjertelyd ret mange gange, og det synes jeg er rart at vide, at jamen, det er det, man gør af ren og skær, så kan man sige tryghed og sikkerhed og ikke fordi, der er noget galt, fordi havde jeg ikke fået det at vide, så ville jeg tænke: hvorfor er det egentlig, at I tjekker min babys hjerte hvert kvarter, det er alligevel ret meget – især når man ikke har været vant til det i en hel graviditet, (...) og det havde jeg helt sikkert gået i panik over, hvis ikke det var fordi, jeg havde nogle, der havde sagt, at det gør man bare.” (bilag 4:16).

Parret har altså oplevet at få målt barnets hjerterytme hvert kvarter, og det føltes overvældende – særligt i kontrast til en komplikationsfri graviditet. Citatet viser vigtigheden af, at teknologiske interventioner kommer sammen med information om netop disse, ellers kan formålet med dem blive det modsatte. Med andre ord er udgangspunktet for teknologiske interventioner at være med til at skabe en sikker fødsel, men hvis informationen ikke følger

med, kan det være noget, man går i 'panik' over, som det fremgår af citatet. Spørgsmålet her er, om institutionen og parrenes forståelse af en sikker fødsel er den samme. Noget tyder på, at det sikre element for institutionen opfattes målbart, som i dette eksempel at måle barnets hjerterytme, hvor det tryghedsskabende for parret er kommunikation og dermed noget relationelt. Ifølge Davis-Floyd er CTG-målinger et billede på teknologiens indtog i fødselsforløbet.

Det skal nævnes, at der i Sundhedsstyrelsens anbefalinger ikke står en anbefaling om at måle hjerterytmen med en CTG-måler ved den ukomplicerede vaginale fødsel af et forventeligt raskt barn, men derimod står der, at det kan gøres med et træstetoskop (Sundhedsstyrelsen, 2022:222). Det er uvist, om der har været medicinsk indikation på at anvende CTG hos lige netop de to informanter. Eller om det er et eksempel på, at når de teknologiske redskaber eksisterer, bliver det opfattet som andenrangsomsorg ikke at bruge dem. På samme måde kan brugen af CTG, hvis ikke der har været medicinsk indikation herpå, ses som et eksempel på Davis-Floyds argumentation for, at de fleste obstetriske procedurer ikke bygger på et evidensgrundlag, men snarere hviler på et kulturelt grundlag. Derudover beskriver Davis-Floyd, at teknologi kan give en illusion og følelse af kontrol, der, netop i fødselssituationer, som er kaotiske, ukontrollerbare og dermed kan virke farlige, kan minimere det usikre element og få dem til at føles mere sikre. En af informanterne, der oplevede at få en CTG-måler på, beskriver netop kontrol-aspektet:

“(...) jeg tænkte også sådan: hvad, okay, det der det må så være, er det babyens hjerterytme, altså det, jeg havde i hvert fald byttet helt om på det, sådan så det gav meget bedre mening, når det var jeg fandt ud af, hvad der var hvad, (...) man kunne se veerne faktisk i tal, det var faktisk, det var meget fint at kunne følge med i det lige pludselig, så blev jeg ligesom understøttet i: okay, nu kommer der en, altså det er rigtigt nok det, jeg kan mærke, at jeg begynder at stige i veerne” (bilag 2:16).

Citatet er interessant, fordi det siger noget om, at teknologien er med til at validere kvinden i det, hun mærker. Det kan tolkes som, at hun får en følelse af kontrol, idet hun kan følge med i veernes intensitet. Opfølgende beskrev hun det som, at det var motiverende for hende, at hun kunne se veerne på en skærm. Det vidner om, hvilken magt og placering teknologien har fået – på det medicinske område såvel som i vores samfund.

For informanterne er det betydningsfuldt at få information – både den, de selv opsøger gennem for eksempel tracking af veer, men også den, de får fra fagprofessionelle. Davis-Floyd udpeger information som vores nyeste kulturelle værdi, der bliver mulig i kraft af teknologiens udvikling.

7.3.3 Afrunding

Opsummerende kan vi udlede, at målbare og objektive værdier har et stort fokus hos parrene og spiller ind på deres handlemåder. De tracker for eksempel deres veer og fortæller om det som en selvfølgelighed. Dog udtrykker de også, at de anbefalinger, de læner sig op ad, ikke altid stemmer overens med det, de oplever. Institutionen er blandt andet ophav til værdisætningen af objektive målinger, og der er eksempler på, at parrene oplever, at det antal centimeter, kvinden er åben, bliver adgangsgivende for, hvilken omsorg de kan få. Samtidig er visheden om antal centimeter en mulighed for at få kontrol. Jordemødrene nedtoner dog betydningen af dette centimeter-regime. Der ses altså modsatrettede forventninger. Kontrol hænger også sammen med mængden af information, der i eksemplet med CTG er afgørende for parrenes tryghed. CTG-eksemplet er samtidig også et billede på, at parrene ikke altid oplever at få den mængde af information, de har behov for. Det kan ses som et sted, hvor Trontos første fase, caring about, ikke er lykkedes.

7.4 At ville eller ikke at ville kritisere

I betragtning af den offentlige debat om forholdene i sundhedssektoren og på de danske fødegange kunne man forvente, at parrene ville have kritik at rette mod deres fødselsforløb. Vi blev i bearbejdningen af empirien opmærksomme på, at parrene i det store hele er tilfredse med og glade for den omsorg, de har modtaget. Det blev dog også tydeligt, at parrene, når de påpegede mangler eller behov, som ikke var blevet indfriet, prøvede at legitimere jordemødrenes ageren og dermed punkterede deres egen kritik. Det gjorde de blandt andet ved at vise forståelse for et presset system. Som skrevet i metodeafsnittet må vi se parrenes måde at forholde sig til kritik i lyset af, at de alle har fået et sundt og raskt barn. Temaet rummer to dele: Den ene belyser mulige forklaringer på, hvorfor parrene overordnet har svært ved at give kritik. Den anden del handler om de mangler, parrene alligevel subtilt gør opmærksomme på. Slutteligt fremhæver vi de episoder og elementer i latensfasen, parrene særligt pointerer som værdifulde.

Vi oplevede, at parrene overvejende var tilfredse med det, de fik. Men som Tronto påpeger, er det at tilfredsstille forbrugere ikke nødvendigvis det samme som, at der ydes tilstrækkeligt med omsorg. Vi tolker NPM og begrebet 'forventningsafstemning' ind i Trontos forståelsesramme. Som vi har gjort rede for i teorien, har NPM påvirket det danske velfærdssamfund med reformer, besparelser og intern konkurrence mellem institutionerne. Begrebet 'forventningsafstemning' er en del af NPMs vokabular og har været en måde, hvorpå institutioner, samtidig med de tiltag som NPM introducerer, skruer på folks forventninger i forhold til, hvad velfærdsstaten kan yde af service/omsorg. På den måde kan en tråd trækkes til Tronto, der argumenterer for, at en devaluering af omsorgen finder sted, når vores institutioner udhules økonomisk. I denne teoretiske kontekst vil vi i det følgende præsentere empirien.

7.4.1 Hvis man ikke forventer noget, kan man ikke blive skuffet

I følgende del belyses det, at parrene dels har svært ved at beskrive deres behov, dels at de overordnet har lave forventninger til den omsorg, de regner med at få.

Af vores interviews med parrene fremgår det, at der er en bevidsthed om, at fødeområdet er presset. Parrenes forventninger til, hvad de kan få af omsorg er skruet ned, hvilket er et gennemgående element, når de påpeger mangler. De påpeger noget, men gør derefter opmærksom på, at de godt ved, at det måske ikke er realistisk at forvente. I følgende citat beskriver kvinden i par 1, at hun forventede minimalt og derfor blev positivt overrasket:

“jeg tror, vi er et sted i tiden lige nu, hvor der er så meget fokus på, at systemet er belastet, så jeg tror, at jeg regnede med minimalt for at være ærlig, og så regnede jeg med, jeg selv skulle fylde ud. Så jeg blev faktisk positivt overrasket over, hvad man trods alt fik.” (bilag 1:12).

Vi prøvede undervejs i interviewene at spørge ind til parrenes behov, og hvorvidt de var blevet mødt, men som partneren i par 3 gør os opmærksomme på, er det svært efterfølgende at svare på, hvad man manglede: *“jeg synes, det er svært at svare på, fordi det er altid det med, hvad man mangler, ikke. Når man ikke har det, så det svært at sige, hvad man mangler, ikke.”* (bilag 3:9). Parret ved ikke, hvad de kan forvente af det offentlige. Det kan enten forstås som, at parrenes behov overordnet er mødt, eller at parrene har haft svært ved at identificere deres behov.

Empirien viser i mindre grad eksplicit de lave forventninger. Vi ser dog, at parrene for eksempel fremhæver de andre faser af fødslen som bedre, mere informative, og at de i højere grad føler sig mødt og set. Det tolker vi som et udtryk for en subtil kritik af latensfasen. Oplevelsen af latensfasen har været forskellig for parrene, men for alle gælder, at det ikke blev, som de havde forestillet sig. Flere af parrene udtrykker, at de ikke havde mange forventninger, men alligevel var de andre faser langt bedre. Følgende citat viser, hvordan de senere fødselsfaser fremhæves:

“Men igen, alt i alt, en god oplevelse, så det, nu sidder vi også og snakker om alt det, der skal forbedres, ik, men altså jeg synes generelt, at vi har haft en god oplevelse med fødslen, men særligt den senere, de to senere faser. M: “Ja, jeg tror, det var de bedste for os, ik. Første var der med mest usikkerhed, tumult” (bilag 2:20).

Dette kan tolkes som, at der alligevel har været behov, der ikke er blevet dækket. Det kan også tænkes, at der generelt er nogle vilkår i netop denne fase, som føles/opleves mere usikre (utrygge). Det kan handle om det fysiologiske i denne fase, som er præget af uregelmæssighed og mindre understøttelse fra de professionelle. Par 5 udtrykker det sådan, at det først var, da de var i den aktive fase, at de kunne være til stede i fødslen:

“(...) jeg følte bare, jeg meget bedre kunne være i det og rumme situationen, fordi at nu blev der faktisk taget hånd om det, og der var nogen, der gjorde noget, ja, selve fødslen kunne jeg virkelig godt være i, og selvom alligevel at det var meget vildt og alt muligt, så det der med, at jeg følte, at vi blev set og lyttet til, det gjorde, at det var meget nemmere at være i (...)” (bilag 5:12).

Citatet understreger, at de professionelles tilstedeværelse har betydning for oplevelsen.

I ovenstående eksempler bliver det synligt, at der er noget i den aktive fase, som den latente fase mangler. Parrene har lave eller ingen bevidste forventninger. Det kan forklares med, at alle er førstegangsfødende – de har ikke noget sammenligningsgrundlag – men det kan også belyses med begrebet *forventningsafstemning*. Institutionen lykkes med at skruer på parrenes forventninger samtidig med, at der bliver skåret ned på fødselsområdet. Fortællingerne om de pressede fødegange underbygger yderligere denne sammenhæng. Trontos teori giver en forståelse af, hvordan vi som borgere påvirkes af det omgivende samfund, og hvordan vores

omsorgsopfattelse bliver kongruente med disse. Forventningerne bliver altså lave som konsekvens af, hvordan vi vælger at indrette vores institutioner. For at ændre opfattelsen af dette, skal omsorgens status ændres i vores samfund.

7.4.2 Kritikken

I foregående afsnit belyste og argumenterede vi for, at parrene har svært ved at komme med kritik, men at den eksisterer subtilt alligevel. I det følgende vil vi beskrive de mangler, de pointerer. Det gør vi, fordi vi er interesserede i oplevelsen af omsorg, og fordi det fulde billede rummer både det positive og negative. Som eksempel kommer par 3 ind på manglende eller ikke tilstedeværende kommunikation: *“Jeg synes, det er lang tid, man har haft veer, nu ved jeg ikke, hvordan det er – det er jo også forskelligt fra krop til krop, men jeg tænker, de kunne godt have taget det lidt mere seriøst måske”* (bilag 3:5). Som citatet viser, kan kommunikationen være vanskelig – måske som konsekvens af, at der ikke bliver sat ord på den givne omsorg, og at kvinden ikke sætter ord på sit omsorgsbehov. Samtidig indikerer citatet også, at kvinden tager et forbehold for sin kritik ved at pointere, at fødsler udspiller sig forskelligt fra krop til krop.

Flere af parrene beskriver oplevelser, hvor de følte sig overladt til sig selv, eller hvor jordemødrene ikke var tilstrækkeligt opmærksomme på deres situation. Det er blandt andet tilfældet hos par 5, der oplever, at de bliver glemt, mens kvinden ligger med en CTG-måler på maven: *“(…) det var ikke særlig fedt og igen, det var nat og jeg frøs, ik altså. Kom lige og tjek op, og man er førstegangs også, ik altså, det havde været lidt rart, der lige havde været nogen.”* (bilag 5:10). Et andet par fortæller, at de ikke følte sig mødt i deres behov for at sige nej til at blive sendt hjem, da de var inde på hospitalet for at blive undersøgt for, hvor langt kvinden var:

“Jeg tror også, at jeg havde haft brug for hende, altså at hun lige stillede, lige spurgte om det var okay at tage hjem, for det føler jeg ikke, at hun gjorde eller sådan. Det kan godt være, at hun har gjort det, men så har jeg ikke følt mig mødt i, at det var okay at sige nej altså” (bilag 2:8).

Dette er eksempler på, at jordemødrene i de konkrete situationer ikke aflæste parrenes behov. Citatet ovenfor pointerer også, hvordan kvinden i par 2 leverer kritikken med et forbehold. Ud fra Trontos teori kan vi analytisk forklare dette med de fire omsorgsfaser. Manglerne kan

i ovenstående citater ses som eksempler på situationer, hvor parrene ikke føler sig mødt, eller hvor behovene ikke er blevet identificeret. Der vil i forbindelse med at imødekomme omsorgsbehov altid være en risiko for, at omsorgsbehovet bliver aflæst forkert. Fordi Tronto kæder behov sammen med omsorg, kan den manglende imødekommelse af parrenes behov fortælle os noget om parrenes oplevelse af omsorg – eller mangel på samme. Kernen i Trontos omsorgsfilosofi er at tage den andens behov ind, og med det perspektiv på en omsorgsmoral skal omsorgspersonen møde den anden ved at optage den persons perspektiv og kigge på verden med hendes syn. En sådan omsorg kræver tid og kan ikke standardiseres. I ovenstående eksempel, hvor kvinden i par 2 ikke føler sig mødt i sit behov, er jordemoderen tilsyneladende ikke lykkedes med at optage kvindens perspektiv.

HH har, på samme måde som resten af landets hospitaler, nedskaleret deres udbud af fødselsforberedelse til online videoer og informationsmøder. Nedskaleringen er sket som følge af, at aktiviteten ikke længere bliver støttet af det offentlige. Fire ud af de syv par, vi har interviewet, har tilkøbt fødselsforberedelse. Derudover har to par haft en forestilling om at tage fødslen, som den kommer, og et par har taget teten selv og sammenstykket viden med hjælp fra internettet, bøger og podcast: *“Nu har jeg bare indstillet mig så meget på, at det er mit eget ansvar at få alt den her viden og gøre al den hér forberedelse. Det havde klart været bedre, hvis det var givet noget mere. Det er der ikke nogen tvivl om.”* (bilag 1:12). Kvinden har altså indstillet sig på, at ansvaret for fødselsforberedelse hviler på hendes skuldre. Hos flere af parrene fremgår det, at de har haft lave forventninger til, hvad det offentlige kunne give dem i forhold til fødselsforberedelse. Selvom parrene måske også selv har haft interesse i at forberede sig, så fremgår det, at der fra institutionen (repræsenteret af jordemødrene) også er en forestilling om, at det mest optimale er, hvis parret forbereder sig. Det kom til udtryk hos par 5, som ikke ønskede at lave en fødselsplan: *“(…) der sagde vi netop det der med, at jamen vi tager det lidt, som det kommer, og der fik vi sådan ret meget at vide, at det kunne man ikke. Det skulle være forberedt, så derfra så skyndte vi os jo hjem, og så videoer og læste bog (...)”* (bilag 5:1). Institutionen har en forventning om, at parrene selv forbereder sig – heri ligger en forventningsafstemning med parrene. Det må antages, at det er par med ressourcer, også økonomiske ressourcer, der kan leve op til den forventning. Forstås fødselsforberedelsen som en del af omsorgen bliver den også et eksempel på, at devaluering af omsorg finder sted. Tronto påpeger, at dette også er med til at opretholde ulighed.

Kvinden i par 1 gør opmærksom på, at der i mødet med de professionelle er et ensidigt fokus på det målbare:

“jeg har aldrig noget i mine værdier eller på mavemål eller noget som helst, der gør, at vi har noget, vi skal snakke om. Så der er ikke noget, jeg bonger ud på, så det er kun, hvis der er noget, jeg sådan personligt gerne vil tale om. Ellers er det bare sådan nogle helt basale spørgsmål som: vil du gerne amme?” (bilag 1:12).

Kvinden oplevede en vægtning af det målbare i konsultationerne op til fødslen. Dette kan ses som et eksempel på den risikoorienterede tilgang, institutionen lægger op til. Kvinden fremhæver, at der er flere dimensioner af det at være gravid. Den følelsesmæssige dimension i graviditeten opsøger hun selv ved at gå til akupunktur. Kvinden beskriver oplevelsen således:

“Jeg tror, jeg kom hjem og sagde, at jeg havde helt moderlige følelser, da jeg havde været der første gang, og det var noget, jeg blev ved med at gøre indimellem. For at få et mentalt kram og nogen, der sagde: det går rigtig godt, andet en sådan det lidt mere lavpraktiske, der hedder: værdierne er flotte.” (bilag 1:13).

Citatet vidner om, at kvinden har brug for noget, hun ikke kan få i det offentlige, og derfor sørger hun for at få det et andet sted. Ligeledes har flere af de andre par tilkøbt private ydelser som for eksempel fødselsforberedelse og ammevejledning. Det kan ses som et udtryk for forskellig værdisætning, hvor parret betoner vigtigheden af det følelsesmæssige og relationelle aspekt, og institutionen vægter tiltag, der kan minimere risici. Med Davis-Floyds blik kan ovenstående pointe forklares med, at det teknokratiske paradigme har fået (for meget) plads på fødeområdet. Dette gælder ikke kun i selve fødslen, men under hele graviditeten, hvor fokuset overvejende er på objektive og målbare fund i forhold til fostrets udvikling. Det tyder på, at der er rum for at tale om andre ting, men kvinden skal selv bringe det på banen, hvilket må antages at kræve ressourcer og overskud.

7.4.3 Det gode

I denne del fremhæver vi de elementer og episoder, parrene betoner som værdifulde. Særligt relationen til jordemoderen bliver fremhævet som betydningsfuld. Der, hvor parrene føler sig

mest set og hørt er, da de var i aktiv fødsel og i pressefasen. Den konstante tilstedeværelse af en sundhedsperson spiller ind på oplevelsen af at blive set og hørt. Par 5 beskriver hvordan det, at de møder den samme jordemoder, som tidligere har givet kvinden smertestillende medicin, igen under fødslen fører til en følelse af tryghed: *“(...) og så viste det sig, at det var hende, der havde givet mig den morfinsprøjte også, så uden at jeg ligesom kunne huske noget, så havde vi alligevel en relation der, og det kunne jeg godt mærke, det blev jeg ret tryk i (...)”* (bilag 5:11). Det er ikke kun relationen, men også det at have en jordemoder kontinuerligt, der betones som et vigtigt element for parrene.

I det følgende anvender vi Trontos beskrivelse af den gode omsorgspraksis til at belyse, hvorfor parrene oplever episoderne som særligt gode. Den består af fire etiske elementer: Opmærksomhed, ansvar, kompetencer og lydhørhed. Citatet nedenfor rummer netop disse: *“Hvis der var noget som helst, hvor man kunne være i tvivl om, om hvordan vi havde det, og hvordan vi følte os trygge, jamen så skulle vi bare komme ind. (...) Så de var meget lydhør overfor, hvordan vi havde det (...)”* (bilag 4:8). Særligt opmærksomheden og lydhørheden kommer til syne, idet parret beskriver, hvordan de mærker jordemoderens fokus på og imødekommelse af deres behov. I følgende citat fremgår det, at omsorgspraksissen fra jordemoderen blandt andet var årsag til, at det blev en god fødsel: *“(...) jeg føler jo, at netop hele den fase, hvor jeg i hvert fald har været derinde også virkelig afhænger af, at vi har fået den stue, vi har, og vi har fået den jordemoder, vi har og altså, det er hele oplevelsen i det (...)”* (bilag 4:18). Vi tolker, at parret netop har oplevet de fire etiske elementer, som god omsorgspraksis består af, fordi de har mødt en kompetent jordemoder, der har vist oprigtig medmenneskelig interaktion. Derudover har de oplevet lydhørhed i forbindelse med, at deres ønske om at føde på fødeklinik er blevet hørt og imødekommet. Citaterne eksemplificerer, at jordemoderen er central for parrenes oplevelse af omsorg. Det gælder både, når det lykkes hende at imødekomme ønsker og behov, men også når behov aflæses forkert. Også jordemødrene oplever lydhørheden og imødekommelsen af parrenes behov som vigtigt for deres omsorgspraksis.

Overordnet er parrene tilfredse med den omsorg, de har fået, og idealet for omsorgsarbejdet er tilsyneladende lykkedes for jordemødrene. Vi kan af foregående afsnit udlede, at parrene har indrettet deres krav efter, hvad de kan forvente, og vores fund må ses i lyset heraf.

7.4.4 Afrunding

Sammenfattende har afsnittet belyst en dobbelthed: Parrene oplever på den ene side, at deres omsorgsbehov umiddelbart er blevet imødekommet, hvilket vi tolker hænger sammen med lave forventninger. De fremhæver særligt relationen til jordemoderen som vigtig. På den anden side udtrykker de sig på en sådan måde, at nogle mangler kommer til syne. De påpeger for eksempel, at de andre faser var bedre, og flere af parrene har købt sig til ydelser i det private – både alternative behandlinger og fødselsforberedelse. Det kan ses som et udtryk for mangler i det offentlige. De institutionelle rammer får betydning for parrenes forventninger, og det spiller ind på deres oplevelse af omsorg. Solidariteten med jordemødrene fylder, og forventningerne til institutionen er lave.

7.5 Anden del: Jordemødre

Følgende del af analysen tager sit udgangspunkt i jordemødrenes oplevelse med at give omsorg i latensfasen på HH, herunder hvilken rolle de institutionelle rammer spiller. Det skal nævnes, at der indbyrdes i jordemoderfaget findes forskellige forståelser af, hvordan professionen skal praktiseres (Schrøder et al., 2022:18-19). Jordemødrene i nærværende undersøgelse berørte overordnet de samme tematikker med den samme forståelse. Når vi skriver, at en jordemoder mener noget, er der altså flere stemmer bag. Undervejs i temaerne vil der blive refereret til ordet 'drift'. Vi tolker, at det er et ord, jordemødrene brugte til at sætte ord på den overvejende standardiserede og produktivitetsprægede måde at drive fødeafdelingen på – denne måde blev overvejende omtalt i negative vendinger.

7.6 Farcen i faserne

Dette indledende analyseafsnit i jordemoderperspektivet handler om jordemødrenes oplevelse af fødselens inddeling i faser, fasernes betydning og mulighed for at give omsorg i den latente fase. Sundhedsstyrelsen har med deres anbefalinger og retningslinjer anbefalet nogle rammer for jordemødrenes omsorgsydelser, og derfra bliver det jordemødrenes opgave at forvalte omsorgen. Under latensfasen står der i Sundhedsstyrelsens anbefalinger: *"Når den gravide henvender sig til fødeafdelingen med kontraktioner/veer i den latente fase, vurderer jordemoderen i samråd med den gravide, om det vil være bedst for hende at gå hjem eller blive på fødeafdelingen til omsorg og eventuel smertelindring"* (Sundhedsstyrelsen, 2021:219). Problemet er, som de jordemødre vi har interviewet kommer ind på, at der ikke har været plads til dette – både på grund af den fysiske og ressourcemæssige prioritering.

Faserne fylder i jordemødrenes arbejde, og det gør de blandt andet, fordi man på hospitalerne har inddelt fødeafsnit efter, hvor man er i fødslen. At institutionen har inddelt afsnittet således, drejer sig ifølge jordemoder 4 om, at det er praktisk, men hun sidestiller det ikke med, at det nødvendigvis er naturligt:

“jamen vi har jo nærmest inddelt hele vores afsnit, vores afsnitsinddeling efter det herude og det er jo sådan en unaturlig, det er jo en tilfældig inddeling, det er jo ikke helt tilfældigt selvfølgelig, men det der med hvilke faser de lige er i, men selvfølgelig også noget, der er praktisk (...)” (bilag 11:10).

Det kan for jordemødrene, som udtrykker det fundamentale i at give omsorg, opleves hæmmende, da faseinddelingen sætter grænser for, hvor jordemødrenes omsorg går til:

“(...) så det med faserne, det betyder jo noget for ens arbejde, for de fastsætter ligesom grænsen for, hvor min jordemoderomsorg går til, fordi jeg har min vagt på den her afdeling, og derfor går min omsorg dertil, men altså, vi prøver jo at bryde det lidt op, og sådan nogle ting tager jo noget tid at implementere.” (bilag 11:11).

Jordemoderen påpeger, at det er praktisk med faseinddelingen, fordi der hører forskellige interventioner til i de forskellige faser rent obstetrisk. Der er dog også risiko for standardiserede forløb. Citatet nedenfor vidner om dette:

“(...) man har jo altid delt fødslen ind i faser, fordi der er noget forskelligt rent obstetrisk, der skal ske i nogle forskellige faser i fødslen, i forhold til hvor intensivt man overvåger en syg gravid, et sygt barn og deraf hvor tit skal jordemoderen være til stede. Men vi vælger ligesom at sige nu, at det handler om at favne bredere (...)” (bilag 9:13).

Faseinddelingen kan i praksis besværliggøre det at praktisere en differentieret omsorg. At der er nogle forskellige ting at forholde sig til i forhold til det obstetriske i faserne, synes for jordemødrene at give faglig mening, men som jordemoder 2 udtrykker det, handler det om at kunne favne bredere end blot at have øje for det obstetriske. Jordemoder 1 påpeger denne nuance således:

“(…) Så det er dobbelt med de faser der, for jeg tror mentalt er der noget godt i at kunne arbejde og sige: jamen, det er fordi vi stadig er ovre i denne her del af fødslen, men det er bare vigtigt, at man ikke tænker en fødselsfase er lig med, hvornår du må være sammen med en jordemoder” (bilag 8:7).

Det virker for jordemødrene som om, at der rent fagligt ikke er noget i vejen for at inddele fødslen i faser. Det kan være fornuftigt at indtænke, hvornår man medicinsk kan have brug for bestemte interventioner, men det handler om ikke at have de samme præmisser for medicinske interventioner som for omsorgen. Muligheden for omsorg bør i stedet handle om, hvornår parrene har brug for den – en jordemodervision kommer til syne. Hvis man ser på faseinddelingen med Davis-Floyds blik, kan den læses som en teknokratisk tilgang at gå til organiseringen af fødeområdet på, fordi faseinddelingen befordrer, at fødselsforløbet ansues mekanisk. En sammenhæng mellem faseinddelingen og den teknokratiske tilgang ses, fordi kroppen, og hvad der skal ske med den, bliver omdrejningspunktet i de forskellige faser uden hensyntagen til ‘the human mind’. Faseinddelingen kan ses som et udtryk for noget større, idet den bliver et billede på den måde, man ønsker at gribe fødselsforløbet an på – minimere risici fremfor alt.

Jordemødrene pointerer, at det at have mulighed for at give omsorg uden indtænkning i faser ikke handler om, at kvinderne skal have ret til en jordemoder en til en i latensfasen, men det handler om, at parrene skal føle sig set og hørt, hvilket vi i afsnit 7.4 også skrev frem som et vigtigt element for parrene:

“Det betyder ikke, at man har en jordemoder en til en, fordi man er i sin opstartsfasen eller tidlige fødsel, men det betyder: man bliver set, man bliver hørt, og man bliver vejledt. Så derfor har det betydning lige nu, at vi prøver lidt at gøre opgør mellem aktiv fødsel og latent fødsel (...)” (bilag 9:13-14).

Jordemødrene ser ud til at have et udvidet omsorgsbegreb, og det er, ifølge Tronto, basis for at sikre det gode liv: *“maintain, continue and repair our world so that we may live in it as well as possible”* (Tronto, 1993:103). På samme måde som det for Tronto er vigtigt at sikre det gode liv, er det for jordemødrene vigtigt at sikre den gode fødsel ved at tilbyde parrene at

komme ind, når de har brug for det. Omsorgen bliver dermed mindre rationelt begrundet og mere i overensstemmelse med Trontos forestillinger om omsorg som en måde at møde mennesker på, altså relationelt.

Opdelingen har også handlet om drift, for man har med den haft mulighed for at holde styr på travlheden. Det handler blandt andet om, at man ved denne faseopdeling, og deraf styring af fødselsområdet, har kunnet prioritere, hvem der skal have en jordemoder. Jordemoder 4 udtrykker det således:

“Grunden til at der er lavet den opdeling, det er jo det med at holde styr på travlheden og have et overblik over præcis, hvem der er i hvilke stadier af fødslen, sådan så man kan prioritere, hvem der skal have jordemoder først, og det har jo fungeret for organisationen og til dels for jordemødrene, men det er måske ikke så venligt over for de gravide og deres familier, og nu prøver vi at bryde det lidt op, men det betyder bare noget, at den der stramme styring af det også bliver brudt op, og det er jo nogle gange også lidt utrygt. Ikke for de fødende, men for os.” (bilag 11:11).

Organisationen, eller hospitalets budgetter, har haft gavn af denne opdeling. Citatet vidner om, at der stadig er spor at trække til NPM – dens styringsteknikker og standardiseringer har sat aftryk på den måde, man har driftet fødeafdelingen. Faseopdelingen kan ses som et billede på en klassisk produktionsvirksomhed, hvor forskellige handlinger udføres i en bestemt rækkefølge. For jordemoder 4 har det også skabt en vis tryghed at hægte sig på den firkantede forståelse med dens forudsigelighed og faste rutiner. Selvom det kan opleves utrygt at slække på den stramme styring, har jordemødrene i samarbejde med HHs direktion oprettet fire latensfaserum, som skal gøre det muligt at favne bredere og bryde med fasernes forudsigelighed.

7.6.1 Afrunding

Faseinddelingen i fødslen har været praktisk og har haft indflydelse på den stramme styring af fødeområdet. Det går godt i spænd med den teknokratiske tilgang, hvor der også er fokus på risici. Jordemødrenes visioner handler til gengæld om at sikre omsorgen i fødselsforløbet, og de oplever, at faseinddelingen kan sætte grænser for deres omsorgspraksisser. For dem er det moralsk og etisk at sikre omsorgen frem for at have standardiserede forløb, der hæmmer deres mulighed for at udøve jordemoderfaglig omsorg.

7.7 Hvad er jordemoderfaglig omsorg?

I følgende analysedel vil vi indkredse, hvad jordemødrene forstår ved jordemoderfaglig omsorg, fordi det kan være med til at sige noget om, hvornår de oplever at give omsorg, men også, hvordan deres forståelse af den jordemoderfaglige omsorg får indflydelse på deres visioner. Temaet skal belyse, hvordan deres professionsbårne omsorgspraksisser og visioner for fødeområdet kan tænkes at hænge sammen med etableringen af latensfaserummene.

Vores forståelse af professioner ligger i forlængelse af Dybbroes udlægning af professionssociologien. Med det in mente, analyserer vi, hvordan jordemødrene forstår og oplever den jordemoderfaglige omsorg.

Relationsarbejdet er en vigtig parameter i jordemødrenes forståelse af omsorg. Forskellige faktorer er betydningsfulde i dette relationsarbejde, og afsnittet vil kredse om et udvalg af de væsentligste, herunder at spore sig ind på parret, tiden og det fysiske mødes betydning, partneren som en mulig ressource og fødselsforberedelse. Ud fra Trontos teori om den relationelle betydning for omsorgen vil vi belyse de empiriske fund.

7.7.1 Omsorg som en kompetence der skal tillæres

Ud fra Trontos teori skal omsorg forstås som en kompetence, der skal optrænes, og som er nødvendig for god omsorgspraksis. Jordemødrene taler ligeledes ind i denne måde at anskue omsorg på. Det ses blandt andet, når jordemødrene beskriver, at det at kunne tune sig ind på parret er en vigtig kompetence i arbejdet som jordemoder. Jordemoder 3 udtrykker det således: *“Det er jo meget forskelligt, hvad folk har brug for, og der tror jeg, det er jo noget, man lærer både under uddannelse, men også sådan som man får erfaring, det jo det der med at tune sig ind på, hvad har de lige brug for.”* (bilag 10:1). Jordemoder 3 forklarer her, hvordan det at tune sig ind er en evne, man starter med at udvikle under uddannelsen, og som man bliver ved med at udvikle i sit arbejde. At omsorg er en kompetence, der skal tillæres og opøves under uddannelsen, og som konstant pågår, taler ind i Trontos forståelse. Omsorg er en kompetence og skal derfor anerkendes, men fordi omsorg er allestedsnærværende og også foregår i privatsfæren, er der risiko for, at den professionelle omsorg bliver usynlig. Den manglende anerkendelse kommer eksempelvis til udtryk i jordemødrenes lave lønninger. I det lys kan man indirekte se jordemoder 3's udsagn som en argumentation for jordemoderprofessionens værdi.

Da den latente fase overvejende ikke har haft plads på hospitalet før etableringen af

latensfaserummene, skal de nyuddannede jordemødre oplæres i den form for omsorg, der er i den fase. For som jordemødrene er inde på, bliver man god til det, man gør meget af, og den latente fase har fyldt meget lidt de seneste mange år: *“Det er det her, der lidt er sket i rigtig mange år, at man har tænkt så meget drift, at man har aflært vores unge kollegaer omsorgen i den tidlige fødsel, og det er det, vi gerne vil tilbage til.”* (bilag 9:6). Det er et ønske, at man med det nye fokus kan trække jordemødre tilbage til hospitalet, men det handler også om at få nyuddannede jordemødre lært op i de gamle jordemoderdiscipliner: give omsorg hele vejen rundt om fødslen – også i latensfasen. Jordemoder 2’s udsagn vidner om, at nogle særlige kompetencer aflæres i kraft af, at driften fylder. Som tidligere skrevet antager vi, at det store fokus på drift blandt andet kan forklares med rod i NPMs indtog i den danske velfærdsstat og deraf et ensidigt fokus på kvantitative output. På den måde tolker vi, at NPM får indvirkning på jordemoderprofessionen. Med andre ord får fokuset på driften, som blandt andet er opstået på baggrund af NPM, indflydelse på, hvad nyuddannede og kommende jordemødre kan og ikke kan – også i relation til den latente fase. Jordemødrenes opmærksomhed på nyuddannedes evner og kompetencer i latensfasen, og at de skal tillæres og vedligeholdes, handler om, at professionen er i fare for at miste kompetencer. Dette vidner om, at jordemødrene er bevidste om professionens udvikling. De tager ansvar for, hvilken retning professionen bevæger sig i.

7.7.2 At finde frem til omsorgsbehovet

Et væsentligt element i forhold til at spore sig ind på parrene, og dermed kunne imødekomme deres behov og ønsker, drejer sig om at finde ud af, hvad parrene kommer med af forudsætninger – for derefter at kunne handle. Dette forklarer jordemoder 1 sådan her:

“Jeg synes, at man skal prøve sådan at tune sig ind på med et par, der er i den opstartsfase – at hvad er det for et overskud eller mangel på samme, du går ind i din fødsel med, og hvad for en rygsæk har du egentlig med dig til at hive værktøjer op fra (...)” (bilag 8:11).

Trontos fire omsorgsfaser kan hjælpe os med at forstå, hvad der sker, når jordemødrene skal tune sig ind på parrenes behov. Citatet nedenfor viser, hvordan første og anden fase kan udmøntes hos jordemødrene:

“(...) det handler om, at man er tæt på det par, man er sammen med, altså man er i det samme rum, man er i den samme følelsesmæssige tilstand – forstået på den måde, at man tuner ind på det par, man har med sig at gøre. Man kigger dem i øjnene og finder ud af, hvor er de henne, er de afslappede, ved godt mod, er de på vej til at panikke, er de over deres grænse (...) – det der med at være til stede for faktisk at undgå, at vi når over grænsen, hvor man panikker.” (bilag 9:2).

Jordemoderen går her fra fasen, hvor hun identificerer et omsorgsbehov (caring about) til selve omsorgspraksissen, hvor hun tager ansvar for det erkendte omsorgsbehov (taken care of). Jordemoder 2 pointerer, at det at identificere omsorgsbehov indebærer, at hun tager ansvar for situationen, idet hun retter opmærksomhed mod parrets følelsesmæssige tilstand og indgår i en tæt relation med dem.

Et eksempel, hvor jordemødrene går fra tredje fase (caregiving), hvor omsorgsarbejdet udføres, til fjerde fase, hvor det handler om at vurdere omsorgsmottagerens situation bagefter (caregiving), kan findes hos jordemoder 2:

“Vi havde aftalt sammen, for det havde hun behov for, at hun skulle have noget medicinsk smertelindring, så det gjorde vi, men hun var til stede i ve-arbejdet, og så fik hun suppleret med den form for medicinsk smertelindring, hun skulle have, men hun var til stede i det, og da det så gjorde mere ondt, jamen så fik hun lattergas, og da det gjorde mere ondt og følte sig presset, så fik hun epidural” (bilag 9:6).

Jordemoder 2 dækker omsorgsbehovet i den konkrete fortælling ved at aftale med den fødende kvinde, at hun skulle have noget smertelindrende. De prøver først en form for medicinsk smertelindring, og løbende i fødslen tager jordemoderen bestik af situationen og går videre med lattergas og epidural. Eksemplet viser omsorgen som en uafbrudt proces, hvad omsorg består af, og hvordan det relationelle værdisættes.

7.7.3 Relationens betydning

Endnu et eksempel på, at jordemødrenes forståelse af omsorg, altså den jordemoderfaglige omsorg, er knyttet op på det relationelle, handler om, at forbundetheden med parret er en vigtigt parameter. Omsorgsrelationen og prioriteringen heraf er eksistentiel for jordemødrene. Det er afgørende for relationen mellem jordemoderen og parret, at parret ikke kommer for

sent ind på hospitalet, fordi det dermed kan være svært 'at nå' kvinden på grund af smerter. Det kommer jordemoder 2 ind på i forbindelse med et par, der venter for lang tid med at tage på hospitalet:

"(...) det er meget høj intensitet, hvis du først møder en fødende, når hun er 6 centimeter. Du har næsten ikke tiden til at gå ind og finde ud af, hvor er de, hvad har de af ressourcer, hvor skal vi hen, fordi de er allerede over deres grænse, for de har på en eller anden måde ventet for længe til at blive set og hørt." (bilag 9:17).

Jordemødrene oplever det altså som mest optimalt at møde parret tidligere i fødslen, da det ellers er vanskeligt at skabe den forbundethed, det kræver for at hjælpe parret. Det er dog ikke den oplevelse, parrene generelt har. De er præget af en forventning om at være hjemme længst muligt. Der er altså mellem parrene og jordemødrene modsatrettede opfattelser af, hvor fasen optimalt skal foregå.

For jordemødrene giver latensfaserummene mulighed for at være fysisk tilstede med parret, hvilket angiveligt må give bedre forudsætninger for relationsarbejdet, end når kommunikationen foregår over telefon. Jordemoder 1 beskriver det sådan her:

"Så det er klart, at i det fysiske møde er der jo en anden, hvad kan man sige, nærhed, der gør, at man også laver et helhedsbillede af, hvor de er henne. (...) en ting er jo en stemme i en telefon, men (...) hvor meget bliver der lagt mellem linjerne, bliver det sagt med rolige øjne, bliver det sagt med, ik, og det går jo begge veje også." (bilag 8:13).

Citatet viser også, at en del af den jordemoderfaglige omsorg består i at læse mellem linjerne. Jordemødrene kan ikke nødvendigvis sætte ord på, hvad de gør, men i mødet med parret fornemmer de behovet.

Tid er en vigtig og væsentlig faktor for jordemødrene i udøvelsen af deres profession og dertilhørende jordemoderfaglige omsorg. Tronto skriver, at omsorg både kan være en enkelt aktivitet eller en proces. At omsorg også kan være en proces, inkluderer et forløb i tid, og tid er vigtig for jordemødrene i deres omsorgsudøvelse. Tiden hører uløseligt sammen med relationsdannelsen. En relation til den fødende og til parret kan ikke gøres uden, at der

prioriteres tid til det. Jordemoder 1 udtrykker det således: *“jamen først og fremmest synes jeg jo, at det handler om tid. At man ikke bilder sig selv ind, at man på fem eller 10 minutter kan gå ind og lave en fuld vurdering af, hvad det her par har brug for. Og hvor de er henne i deres fødsel”* (bilag 8:3-4). Som skrevet tidligere i afsnittet handler en del af relationsdannelsen også om at finde ud af parrets behov, og hvad de kommer med af ressourcer i forhold til at gennemføre en fødsel. Her er tiden også en parameter, jordemoder 2 berører:

“(…) hvad er deres ressourcer, hvad kan de i forvejen, hvad har du prøvet i forvejen. Det er måske hovedet på sømmet i alt, når vi snakker om omsorgsfagene. At man har brug for tid til at finde ud af, hvad kan fru Hansen, hvad kan det fødende par.” (bilag 9:12).

For jordemødrene, som for Tronto, er omsorg en helhed, der ikke kan afgrænses i tid og rum, hvilket faseinddelingen af fødslen må tænkes at udfordre. Tid med parret skal prioriteres for at kunne yde det optimale omsorgsarbejde. Det berører jordemoder 3, som pointerer, hvordan tiden med parret også giver tryghed:

“(…) ja hvad tyr jeg ellers til: at give mig tid til at snakke med dem. Altså, jeg ved jo godt, at vi har ligesom alle mulige andre travlt hele tiden og sådan noget, men trods alt, når vi har en fødende på fødegangen, så har vi kun en, så det der med at give sig tid til at snakke med folk, det tror jeg er godt givet ud” (bilag 10:6).

Tid i omsorgsfagene er aktuelt et omdiskuteret emne. Mange forlader jordemoderfaget, fordi der ikke er tid til kerneopgaven: relationsarbejdet. Det er et problem, flere velfærdsprofessioner oplever. Tronto argumenterer for, at omsorg skal politiseres for at skabe en revurdering af omsorgen og dermed i prioriteringen af tid til relationsarbejdet. Det kunne være krav om bedre bemanning og flere jordemoderkonsultationer.

7.7.4 Partnerens betydning

Et andet aspekt af jordemødrenes vægtning af det relationelle drejer sig om partneren. En fødsel kan potentielt inkludere mange aktører, men i den latente fase vil det typisk handle om et samspil mellem en gravid kvinde, hendes partner og jordemoderen. En fødsel drejer sig

ikke kun om kvinden, der skal føde, men om den familie, der er ved at blive skabt. I latensfasen spiller partneren eller fødselshjælperen en central rolle for jordemoderens omsorgsarbejde i henhold til at være en støtte for den fødende. Jordemoder 2 taler i følgende citat partneren ind i en større ressource-afsøgning, hvor det handler om at finde ud af kvindens, partnerens og deres fælles ressourcer:

“(...) hvornår har hun behov for en jordemoder, hvornår har parret behov for en jordemoder, i erkendelsen af at partneren er lige så stor en del af det her – at skulle føde en baby, fordi der er nogle ressourcer, vi får fra en partner, eller ikke får og derfor, hvornår har de behov for, at man får en jordemoder.” (bilag 9:13).

I latensfasen er partneren særlig vigtig, fordi jordemoderen ikke er konstant til stede, og det får betydning for, hvornår hun skal træde til, og hvor meget hun skal være til stede:

“(...) man finder også ret hurtig ud af, hvis man bruger tid derinde, om den partner der er med, er en ressource og kan hjælpe den fødende til netop at fokusere på sit vejr, afspænde og prøve at holde fokus. Eller om den partner der er med, faktisk øger panikken hos den fødende, fordi den partner selv er smadder utryg” (bilag 9:2).

I Danmark forvalter vi fødslen som en par-begivenhed, der ideelt set udgør en aflastning i forhold til den professionelle omsorg. Derfor er partneren vigtig i den latente fase, og når jordemoderen afsøger parrets ressourcer. Partneren har en bærende rolle i forhold til omsorgen, når latensfasen foregår hjemme. Latensfaserummene giver mulighed for ikke blot at imødekomme den fødende kvinde, men også partneren, idet partneren enten kan fralægge en del af ansvaret eller guides til, hvordan han kan støtte kvinden.

7.7.5 Forberedelsens betydning

Endnu et aspekt i jordemødrenes forståelse af jordemoderfaglig omsorg centrerer sig om at understøtte fødslen uden indgreb. Jordemødrenes ønske er, at kvinden skal støttes bedre i løbet af hendes graviditet, for eksempel i form af fødselsforberedelse, da det kan være med til at forebygge, at kvinden får behov for unødvendige medicinske interventioner under fødslen. Jordemødrene oplever, at der er en sammenhæng mellem parrets ‘værktøjskasse’ og fødselens forløb. Deres praksis kan udfordres af, at parrene som udgangspunkt får sparsomt med

fødselsforberedelse. En fødsel uden indgreb har værdi, da jordemødrene mener, at kvinden vil komme styrket ud af fødslen:

“Så er der jo også noget med, hvad man tillægger af værdi, for jeg tror som jordemoder er man socialiseret ind i, at en indgrebsfri fødsel eller normal fødsel har en værdi i sig selv. Det er ikke det eneste, der er vigtigt overhovedet og slet ikke for enhver pris og i hvert fald ikke, hvis du er fornuftig, men det er ikke uden værdi, at den er det.” (bilag 11:19).

Citatet afslører, at jordemødrene har et ideal for den gode fødsel, men det er værd at bemærke, at jordemødrene ikke udelukker medicinske indgreb om nødvendigt.

Fødselsforberedelse får betydning for jordemødrene, fordi parrene, der ikke har modtaget fødselsforberedelse, dels har brug for hjælp tidligere, dels ikke taler det samme sprog. Følgende citat viser, hvilken rolle fødselsforberedelse kan spille for fødselsforløbet:

“(…) det er klart, at hvis hun har en anden forståelse for processen, er det jo et andet sprog, du kan bruge om det. Så hvis hun selv kaster noget op, og du hurtigt mærker, at hun snakker ind i faser, eller hun forholder sig meget til noget sådan bredere omkring hendes fødsel end dem, der kommer ind og siger: hva, der løber noget ud af mig, og man siger: ja, det er fostervand, og så siger de: hvad for noget vand, ik.” (bilag 8:20).

Citatet taler ind i en bredere diskussion af den sociale gradients indflydelse på muligheden for at navigere og blive mødt i sundhedsvæsenet. Fødselsforberedelse er i dag blevet henvist til private aktører med brugerbetaling og dermed skabes en højere grad af ulighed. Ifølge Tronto er vi endt i en vækstspiral på grund af markedskræfterne, og de er hverken etiske eller retfærdige. I forhold til Trontos fundamentale bekymring for omsorgen, bliver afskaffelsen af den offentlige fødselsforberedelse i en dansk kontekst en udvikling i den forkerte retning. Man kan med Tronto forestille sig kravet om offentlig fødselsforberedelse som et politisk krav.

Hvor forebyggelse ofte bliver individualiseret, så den enkelte selv skal tage vare på sit helbred, er latensfaserummene tænkt som en forlængelse af den jordemoderfaglige omsorg i

institutionelt regi. Det har tidligere været praksis, og det kan diskuteres om det stadig forholder sig sådan, at kvinden var derhjemme, indtil hun var i aktiv fødsel. Denne anbefaling var bygget op om forskning, der indikerede, at det at blive hjemme længst muligt var med til at forebygge medicinske indgreb. I dag er man dog ikke sikker på denne årsagssammenhæng (Sundhedsstyrelsen, 2021:218). Latensfaserummene bliver relevante, da de skal gøre det muligt at gribe de par, der har behov for omsorg. Jordemødrenes tese er, nu hvor der er stillet spørgsmålstejn ved årsagssammenhængen i forhold til medicinske indgreb, at der kan være noget at vinde ved at etablere latensfaserummene. Fokus på latensfasen skal skabe ro omkring fødslen og give mulighed for færre stressede forløb, der, måske unødvendigt, ender med medicinske indgreb: *“(...) hvis du først bliver modtaget af en jordemoder, når du er seks centimeter, du er over din smertegrænse, så er der ikke andet end: giv mig en epidural, det skal fucking bare være nu.”* (bilag 9:17). Citatet er i tråd med tidligere beskrevet pointe om, at tidspunktet for hvornår parret kommer på hospitalet er væsentligt for relationsdannelsen. Jordemoder 1 supplerer:

“At hvis vi ligesom tør bruge tiden der, så tror jeg vi skal bruge mindre tid på nogle andre ting senere i fødslen (...), og det er ikke fordi, man må også gerne få en epidural – også på min vagt, men jeg tror bare på i det der møde virkelig kan lære mange ting og forstå mange ting omkring den enkelte familie, som kan gøre, at de har en bedre proces igennem deres fødsel.” (bilag 8:18).

Vi har med afsnittet vist, at jordemødrene kæder forebyggelse (fødselsforberedelse) sammen med en øget mulighed for en fødsel uden indgreb. Det handler også om, at kvinderne får mere ejerskab over fødslen, og dermed kan der skabes grobund for en god fødselsoplevelse. Latensfaserummene kan for de par, der ikke har tilkøbt fødselsforberedelse, give mulighed for at blive grebet, hvis behovet melder sig. At give plads til den latente fase på HH giver på den måde ikke kun mulighed for at skabe bedre rammer for relationsarbejdet, men bliver også et tiltag, der kan modvirke ulighed.

7.7.6 Afrunding

Sammenfattende kan vi udlede, at jordemødrenes forståelse af jordemoderfaglig omsorg handler om næsten alt, hvad de gør, men det relationelle aspekt har en central plads.

Identificering af behov og ressourceafsøgning er også faktorer, der indgår i den

jordemoderfaglige omsorg. Tid er en forudsætning for at kunne udøve denne omsorg.

Jordemødrenes fokus handler om vejen hen til familien, der skabes. Her bliver mulighederne for omsorg et betydningsfuldt skridt på vejen.

Flere af de elementer, jordemødrene betoner som betydningsfulde i deres oplevelse af at møde omsorgsbehov, kalder på politisk prioritering, eksempelvis fødselsforberedelse.

Latensfaserummene skal øge muligheden for relationsdannelse, bibeholde faglige kompetencer, gribe par med forskellige behov og skabe betingelser for gode fødselsforløb - både for jordemoderen, kvinden og partneren. Latensfaserummet og dets muligheder afspejler jordemødrenes visioner.

7.8 Den latente værdikamp

Latensfaserummene giver opmærksomhed til en fase i fødslen, der ellers ikke udløser rettigheder i Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Anbefalingerne sætter rammen og retningen for, hvad der skal tilbydes på fødeområdet – og med hvilken kvalitet og standard, det bør gøres. På den måde ser vi anbefalingerne som en del af de institutionelle rammer, hvilket følgende tema skal ses i lyset af.

I løbet af analysen har vi vist, at institutionens omsorgssprog bygger på at minimere risici. I følgende analysedel beskæftiger vi os med, hvordan jordemødrene oplever deres muligheder for omsorgsarbejde i de institutionelle rammer, de er underlagt. Derudover belyser vi, hvilke forståelser af omsorg, jordemødrene har, og hvordan de prøver at finde en vej mellem flere forståelser og interesser. Den måde de forstår omsorg på er med til at konstituere, hvornår de oplever omsorgsbehov.

For at belyse dette trækker vi på Davis-Floyds beskrivelser af, hvilke tilgange hun ser gør sig gældende på fødeområdet. Svangreomsorgen kan, på grund af dens historiske grundlag og medicinvidenskabens hegemoniske status, medføre en underprioritering af den relationelle omsorg.

7.8.1 Distinktion mellem svangreomsorg og jordemoderfaglig omsorg

Som skrevet tidligere ændrede vi undervejs i jordemoderinterviewene begrebet 'svangreomsorg' ud med 'jordemoderfaglig omsorg'. Det gjorde vi, fordi vi fandt ud af, at jordemødrene havde en anden forståelse af begrebet, end vi troede. De forbinder svangreomsorg med overordnede retningslinjer, men ikke med, at det nødvendigvis er retningslinjerne, der gør, at den gode omsorg skabes. Jordemoder 1 beskriver det således:

“(…) jamen er god svangreomsorg, når vi lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger, eller er god svangreomsorg, det er jo svært, fordi svangreomsorg er et meget bredt begreb (…)” (bilag 8:1) og: *“(…) at vi til trods for vores sådan overordnede retningslinjer og anbefalinger formår at se den enkelte kvinde og det enkelte par i den situation, de er i.”* (bilag 8:2). Vi tolker, at jordemoderen laver en distinktion mellem Sundhedsstyrelsens anbefalinger og jordemødrenes forståelse af jordemoderfaglig omsorg. For hende er det for eksempel ikke en selvfølge, at man ser den enkelte kvinde og det enkelte par, hvis man følger de overordnede retningslinjer og anbefalinger. Da vi tidligere har konstateret, at det for jordemødrene er en del af deres omsorgsforståelse at se og møde den enkelte, kan det opfattes sådan, at jordemødrene til dels har en anden forståelse af, hvordan deres praksis skal udføres. Således vil vi argumentere for, at der flourerer divergerende opfattelser af, hvordan jordemoderprofessionen skal udmøntes – eller, hvor tyngden skal lægges, og opmærksomheden rettes hen.

7.8.2 Driften

Jordemoder 2 berører et andet element af jordemødrenes forståelse af de institutionelle rammer, når hun taler om drift. NPM har præget fødeområdet med krav om standardisering og produktivitet. Professionerne er blevet sat under pres, idet de er kommet under styring og ledelse. Jordemoder 2 taler om, at man kan forvalte fødeområdet på to måder. Den ene er driftsvejen, og den anden er den, hvor menneskene og fagligheden er i fokus. Ifølge hende har fødselsområdet de sidste år været præget af driftsvejen, som i mindre grad har prioriteret jordemødrenes mulighed for at give omsorg:

“Det jo lige præcis det, der har været det kæmpestore problem i denne her offentlige sektor i så mange år, at jamen vi har sunde børn og vi har sunde mødre, men vejen dertil, den kan man tage to forskellige veje, og den vej vi har kørt de sidste otte år har i hvert fald, det har været driftsvejen.” (bilag 9:13).

Jordemoderen giver udtryk for en kritisk holdning til den måde, fødselsområdet er blevet forvaltet på. Institutionen har ansvaret for at drifte fødselsområdet, og det må antages, at de gerne vil efterleve Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Som skrevet tidligere i afsnittet tolker vi, at der for jordemødrene er en distinktion mellem svangreomsorg og jordemoderfaglig omsorg. På den måde virker det som om, at jordemødrene og Sundhedsstyrelsen har

forskellige vægtninger af, hvad svangreomsorgen skal kunne. Det handler for Sundhedsstyrelsen overvejende om, at det skal være sikkert at føde i Danmark, hvor det for jordemødrene i lige så høj grad handler om vejen dertil.

Latensfaserummene bliver et forsøg på at få jordemødre, faglighed og omsorg tilbage til fødselsområdet. Jordemødrene forventer ikke længere, at forandringen og prioriteringen kommer oppefra, og derfor har de inden for hospitalets rammer etableret latensfaserummene:

“(...) hvis vi skal lave noget om, så skal det gøres indefra, fordi der er ikke nogen udefra, der kommer og hjælper os. Altså, vi har jo fået lov til at få en lidt højere normering, ikke, der er sat penge af til det, men den normering er jo ikke iværksat, for jordemødrene er der jo ikke. Men vi kan ikke vente på at gøre noget til jordemødrene kommer, for de kommer måske ikke, så vi bliver nødt til at lave det om for måske at trække jordemødrene tilbage i feltet (...)” (bilag 9:16).

Når jordemødrene påpeger, at der ikke kommer nogen udefra og hjælper, er det vores tolkning, at det handler om, at staten/regionerne ikke kommer de pressede fødeafdelinger til hjælp. Jordemødrene har i samarbejde med direktionen taget teten i forhold til, at omsorg i latensfasen kan prioriteres højere. Fødeområdet påvirkes på den måde af divergerende interesser: de jordemoderfaglige, de medicinske teknologiske og de driftsmæssige interesser. Både jordemødrene og institutionen er interesserede i forbedring af forholdene, men for jordemødrene er der mere vægt på det kvalitative, hvor driftshensynet lægger mere vægt på kvantitative mål.

Jordemødrene ser deres faglighed som afgørende, da de med deres jordemoderfaglige omsorg kan møde og gribe parrene i deres behov. Jordemoder 2 sætter lighedstegn mellem latensfaserummene og jordemødrenes forståelse af faglighed: *“(...) indtil videre så tænker jeg lidt, at når fagligheden får lov at have fokus, så er vi virkelig et godt stykke på vejen. Driften får et mindre fokus, fordi fagligheden bliver fokuseret på mere (...)” (bilag 9:21-22).* Citatet viser, at jordemoderen ser en modsætning mellem driftstanken og fokus på faglighed. Da det er institutionen, der står for driften, kan man forestille sig, at der kan opstå spændinger mellem institutionen og jordemødrenes værdier og visioner. Samme jordemoder nuancerer sin pointe. Hun argumenterer for, at hvis fagligheden får mere plads i kraft af

latensfaserummene, kan hun i højere grad acceptere, at driften samtidig eksisterer: “(...) *hvis vores fødende og partner har det godt i det her driftcirkus, så får jordemødrene det også godt, fordi det er jo vores faglighed, vi gerne vil understøtte i det her (...)*” (bilag 9:14). Det er ikke svært at forstå, at man i sit arbejde gerne vil kunne stå inde for den praksis, der finder sted, og det tyder på, at jordemødrene nu i højere grad kan udføre deres praksisser og visioner indenfor de institutionelle rammer – det er i hvert fald tanken. At der nu er blevet mere plads til den latente fase, kan opfattes som en lille sejr for jordemødrene og for Trontos omsorgsmoral. Fornuften eller driften har måttet afgive noget plads.

7.8.3 At leve op til sit ansvar

Latensfaserummene er etableret som svar på de fødendes behov, men også med den forhåbning at kunne trække flere jordemødre tilbage i faget. Således tager jordemødrene teten i forhold til at skabe en organisatorisk forandring. Ifølge jordemoder 2 er det håbet, at når der bliver ro omkring fødselsforløbene og plads til latensfasen, er der flere jordemødre, der kan se sig selv tilbage på hospitalet: “(...) *at der er nogle jordemødre derude, der tænker, det kan jeg faktisk godt være i, jeg kan faktisk godt være i, at det er hele forløb (...)*” (bilag 9:16-17). Vi finder, at det er bemærkelsesværdigt, at jordemødrene har en opmærksomhed på og føler et ansvar for at trække flere tilbage i faget, da det ikke er deres ansvarsområde, men snarere direktionens. Man kan argumentere for, at når jordemødrene selv påtager sig det ansvar, er det, fordi det ikke bliver taget politisk. God omsorgspraksis er ifølge Tronto afhængig af et ansvar hos omsorgsgivere. Vi vil argumentere for, at den gode omsorgspraksis også bør gøre sig gældende mellem staten og jordemoderprofessionen. Dybbroe argumenterer for, at de særlige kendetegn, der karakteriserer jordemoderprofessionen, blandt andet forhandles i forhold til staten. Netop fordi Dybbroe pointerer, at der er et forhandlet forhold til staten, tolker vi, at der eksisterer en omsorgspraksis mellem staten og jordemoderprofessionen. Det indebærer også et ansvar. Ved at jordemødrene selv påtager sig ansvaret for at få flere tilbage i faget, kan man argumentere for, at staten svigter sin del af ansvaret og dermed ikke lever op til den gode omsorgspraksis.

7.8.4 At finde sin vej

I følgende del vil vi først vise, hvordan jordemødrenes relationelle forståelse af omsorg kan forstås i en teoretisk kontekst. Det gør vi for at kunne sætte deres forståelse overfor de institutionelle rammer. En del af dette aspekt er behandlet i afsnit 7.7 – særligt, hvordan

jordemødrene forstår jordemoderfaglig omsorg, men aspektet medtages alligevel her, fordi der er nuanceforskelle. Her handler det om relationen til de institutionelle rammer. Følgende del skal ses i lyset af Davis-Floyds beskrivelser af forskellige paradigmer, der gør sig gældende på fødeområdet.

Alle fire jordemødre taler ind i, at essensen af at være jordemoder handler om at møde det enkelte par. Det gør de på forskellige måder. De taler med parret – og finder ud af, hvilke forudsætninger de kommer med, hvad deres historik og behov er. De læser også rummet og observerer for eksempel, om partneren er en ressource for kvinden. På den måde foregår kommunikationen på flere planer – både eksplicit og implicit. En af jordemødrene formulerer sig således i forhold til, hvornår hun selv synes, hun udøver god jordemoderfaglig omsorg:

“(...) for mig tror jeg meget det handler om at formå at finde tid til og rumme det enkelte par, (...) men differentieret ud til det, der matcher det enkelte par, så ikke være sådan rigid i, at det skal se ud på en bestemt måde, men ligesom møde dem i deres udgangspunkt.” (bilag 8:2).

Jordemoderens praksis rummer et relationelt aspekt, fordi det er fundamentet for, at omsorgen kan differentieres. Ifølge Davis-Floyd indeholder den humanistiske tilgang også det relationelle aspekt. Jordemoder 1's udsagn kan altså både ses som et billede på, at hendes tilgang til omsorg er præget af et relationelt aspekt såvel som et individualiseret. Et andet eksempel kommer til udtryk hos jordemoder 4. Hun beskriver et fysisk element, der gør sig gældende i hendes praksis:

“(...) man har jo lyst til at æde dem, med mindre de slet ikke har lyst til at blive ædt. Man er jo tit meget tæt på dem på en måde, man ikke ville være med nogle andre mennesker, man ikke lige kendte, (...) den der fysiske nærhed tror jeg egentlig også er lidt vigtig.” (bilag 11:4-5).

Jordemoderen udtrykker, at den fysiske nærhed i mødet med den fødende kvinde er særligt og adskiller sig fra mødet med andre mennesker. I den humanistiske tilgang, hvor kroppen anskues som en organisme, spiller både de biologiske, psykologiske og sociale aspekter sammen, og berøring bliver et betydningsfuldt element under fødslen. Eksemplerne vidner

altså om, at jordemødrene er præget af en humanistisk forståelse af omsorg, der er med til at definere deres praksisser. Med denne forståelse vil vi nu vise, hvordan de formår at finde deres vej i en institution, der overvejende hviler på en forståelse af omsorg, hvor vægten lægges på at minimere risici. Det gøres blandt andet ved at lade objektive og målbare elementer få stor betydning. Dog tyder det på, at jordemødrene formår at balancere flere forståelser. Følgende citater viser denne balancegang:

“(...) sådan noget som at man ikke definerer sin omsorg eller sin plan ud fra en vaginal eksploration, altså et øjebliksbillede, en nu og her status på, hvor langt er kvinden i fødsel dilatationsmæssigt, altså hvor mange centimeter har hun åbnet sig, men det er det med igen at give sig tiden til at forstå, hvad for et udgangspunkt kommer denne her familie med eller det her par med, hvad er deres afsæt til at gå ind i denne her fødsel, hvorfor har de henvendt sig nu, hvad er det, jeg fornemmer, de har brug for.” (bilag 8:2).

Jordemoderen forholder sig til, at det målbare ikke skal være styrende for, hvilken form for omsorg, der gives. Hun sætter ikke lighedstegn mellem det antal centimeter, kvinden har åbnet sig, og hvad kvinden har brug for. Det finder hun ud af ved at tale med parret og fornemme dem. Samtidig udtaler jordemoderen også, at det ikke er fordi, man aldrig skal vaginaleksplorere, men hun prøver at have flere parametre i spil. På samme måde beskriver jordemoder 4 en skelnen mellem det, hun kalder en faglig omsorg og en medmenneskelig omsorg, men tænker ikke på de to former som adskilte i sin daglige praksis:

“jeg tror ikke, jeg tænker på dem som så adskilt, for i virkeligheden er det jo også at danne, måle blodtryk og sådan noget, det kan man jo selvfølgelig også gøre uden en relation, men man bruger jo også den tid, man laver de der mere objektive til at danne en relation. Så står man jo derinde, og imens blodtryksapparatet kører, så siger man jo et eller andet (...)” (bilag 11:4).

Ud fra Davis-Floyds teori kan den humanistiske, holistiske og teknokratiske tilgang forstås som adskilte, men citaterne vidner om, at det for jordemødrene ikke nødvendigvis handler om enten-eller, men måske et både-og. Det virker som om, jordemødrene finder deres vej i, at tilgangene kan sameksistere ved netop at bruge procedurerne og tiden med standardiserede

arbejdsopgaver, der karakteriserer den teknokratiske tilgang, til relationsdannelse. Det fremgår hos jordemødrene som om, at den teknokratiske tilgang til omsorg er en betingelse for deres arbejde, men den humanistiske og holistiske forståelse, med hele mennesket i centrum, er den tungestvejende værdi hos dem. At den teknokratiske tilgang er en nødvendig betingelse for deres arbejde, kommer til udtryk hos jordemoder 4:

“(...) der er en masse ting, man skal gøre, som skal dokumenteres – man skal være sikker på, og det jo det, der som handler om sikkerhed, og har du tjekket blodtype, om hun har HBB streptokokker, hjertelyd og hvor åben, altså alle sådan nogle ting man skal tjekke, ja det skal man jo selvfølgelig gøre (...)” (bilag 11:4).

Citatet tydeliggør, at jordemødrene som en selvfølge forholder sig til udefra satte rammer, og det for jordemødrene fremstår som en selvfølgelighed at medtænke tiltag, der kan nedsætte risici. Jordemødrene er dermed ikke blinde for vigtigheden af at medtænke risici, men det handler om, hvor tyngden lægges.

En forklaring på jordemødrenes forståelse af omsorg kan findes i Dybbroes forskning om professioner. Hun beskriver, at professionerne har et specialiseret og eget defineret vidensgrundlag, og samtidig har de egne faglige interesser, som ønskes udfoldet på egne præmisser. I forlængelse af denne beskrivelse kan jordemødrenes omsorgsforståelse ses som en del af professionens specialiserede og eget definerede vidensgrundlag. Opmærksomheden på den latente fase kan være et udtryk for deres egen faglige interesse, og udviklingen af latensfaserummene kan ses som en mulighed for, at de kan udfolde deres faglige kunnen. Fokusset på latensfasen og udviklingen af latensfaserummene kan altså forstås som en måde, hvorpå jordemødrene forvalter deres særlige profession på.

7.8.5 Afrunding

Sammenfattende kan vi udlede, at jordemødrene forsøger at gøre plads til faglighed og omsorg, der er forudsætninger for hinanden i et sundhedsvæsen, hvis måde at anskue omsorg på er præget af tanken om at minimere risici. Jordemødrenes forståelse ligger i forlængelse af en humanistisk tankegang, der kan blive definerende for, hvordan de imødekommer omsorgsbehov. De negligerer ikke Sundhedsstyrelsens anbefalinger, men ser dem som en paraply for svangreområdet som hele, og under den udlever og udfører de deres visioner og

praksisser. Med etableringen af latensfaserummene bliver jordemødrene, sammen med HH, initiativtagere til at forvalte fødeområdet på en ny og – i deres øjne – mere etisk måde.

7.9 Opsamlende analyse

I følgende afsnit vil vi samle brikkerne fra analysen og bruge dem som afsæt for en diskussion.

Vi har belyst, hvordan parrenes forventninger afspejler den institution, de er en del af. Det ses blandt andet ved, at de forventer interventioner, der har rod i den teknokratiske tilgang, og samtidig taler de det sprog, der forventes af dem. Information og kontrol er forudsætninger for hinanden og spiller en rolle i parrenes oplevelser. De mangler, de peger på, rummer dog et relationelt aspekt. De vil gerne mødes i deres behov – særligt de følelsesmæssige behov. Den kritik, parrene har, forstummer i sympati for et presset fødeområde og for de 'søde' jordemødre, de har mødt i fødselsforløbet. Transitionen mellem hjemmet og hospitalet er præget af usikkerhed, og ønsket om at være i hjemlige rammer er tungtvejende - for nogle i en sådan grad, at det er vægtigere end at lytte til behovet for faglig ekspertise. Muligvis som konsekvens af den forventningsafstemning der har været mellem dem og institutionen. Når parrene opsøger hospitalet, er det ofte, fordi de gerne vil have vished om, hvor de er i fødslen – for eksempel ved vaginal eksploration. Det er en måde, hvorpå de oplever at blive set og hørt og en måde at få adgang til omsorgsydelser. Jordemødrene har, med etableringen af latensfaserummene, en vision om, at parrenes behov skal være styrende for deres omsorgspraksisser. Spørgsmålet om, hvad der skal ske i denne fase, kan for jordemødrene ikke reduceres til omsorg af målbar karakter. På den måde kan der opstå en latent konflikt mellem parrenes forventninger til betydningen af objektive målinger og jordemødrenes mere helhedsorienterede tilgang.

Jordemødrene prøver med udviklingen og oprettelsen af latensfaserummene at skabe muligheder for, at de i højere grad kan afvige fra forhandlinger om omsorg og tilbyde parrene det, de har brug for. På den måde kan de også bringe deres faglighed i spil og udleve visionen om en differentieret, relationsbaseret og behovsorienteret jordemoderfaglig omsorg. Det gør de i institutionelle rammer, der overvejende giver omsorg ved at minimere risici.

Således peger vores analyse på, at en bredere forståelse af omsorg er kærkommen og kalder på at blive prioriteret på fødeområdet.

8. Diskussion og perspektivering

Vi vil i følgende afsnit diskutere vores fund og drage paralleller til samfundsudviklingen, særligt i forhold til vores sundhedsvæsen. Vi har undersøgt par og jordemødres oplevelser med omsorg i den latente fase. Overordnet har vi i analysen fundet, at forskellige måder at anskue fødslen på gør sig gældende, hvilket medfører modsatrettede forventninger og latente konflikter mellem de involverede aktører. Det er dem, vi i det følgende tager udgangspunkt i og diskuterer med andre perspektiver.

Et af de centrale fund i vores analyse er, at mange af parrene har en forestilling om, at det mest optimale er at være hjemme længst muligt. Parrene har, som vist i analysen, taget ansvaret på sig og er i store træk blevet hjemme så længe, de kunne holde ud. Forestillingen og forventningen antages at stamme fra de berøringsflader, som de fødende er i kontakt med i løbet af graviditeten. Alligevel er der flere af parrene, der giver udtryk for, at de hellere ville være på hospitalet i den latente fase, hvis rammerne havde været mere hjemlige. Omsorgen kunne her, som i Det Etske Råds redegørelse om omsorg i sundhedsvæsenet, ses som et spændingsfelt mellem selvbestemmelse og afhængighed (Det Etske Råd, 2021:15). Helt konkret for parrene som et spændingsfelt mellem ejerskab over egen fødsel og afhængigheden af jordemødrene, som graviditeten/fødslen afstedkommer.

I vestlige samfund ses i dag en individualiseringstendens. Ifølge Rose er dette med til, at velfærdsstatens hjælp kommer til at handle om, hvordan borgerne kan bære ansvarets 'byrde' (Järvinen & Mik-Meyer, 2012:19). Tildelingen af ansvar kan også ses som selvomsorgens byrde. Fødselsforberedelse er et eksempel på en opgave, der er blevet privatiseret og lagt over til det enkelte par. Mange af parrene i vores undersøgelse har både benyttet institutionens (HH) tilbud, men også tilkøbt privat fødselsforberedelse. Derudover har flere af parrene også tilkøbt andre private ydelser – eksempelvis ammevejledning og akupunktur. Det er i tråd med en strømning, der peger i retning af, at fødende i stigende grad tilkøber private ydelser. Det kan, som Jordemoderforeningen peger på, ses som, at det offentlige system halter (Kristensen & Hansen, 2022).

I undersøgelsen har vi vist, hvordan NPM har påvirket fødeområdet. De professionelle velfærdsarbejdere befinder sig på et marked, hvor konkurrence og cost-benefit-analyser fylder. På mange velfærdsområder samarbejder offentlige og private aktører, hvor opgaverne

tidligere kun hørte til i offentligt regi. Det medfører en markedsliggørelse af ydelser (Järvinen & Mik-Meyer, 2012:15). Sundhedsøkonom fra Vive Jakob Kjellberg peger på, at Danmark er et af de sikreste lande at føde i. Han udtaler, at privat fødselsforberedelse ikke er afgørende for barnets ve og vel, men at det ikke kan udelukkes, at det giver et bedre forløb. Kjellbergs udtalelse peger i retning af, at opmærksomheden er rettet mod 'outcomet' – og med et mindre fokus på vejen derhen. For ham optræder (privat) fødselsforberedelse ikke som en afgørende faktor (Kristensen & Hansen, 2022). I analysen viste vi dog, at den for både jordemødrene og de fødende par er betydningsfuld. Kjellbergs opfattelse af outcome er snævert produktorienteret. Man kunne også forestille sig målinger, der forholdt sig til parrets følelse af bemestring og parathed til forælderrollen.

Modsat Jakob Kjellberg påpeger jordemoder Edith Kristina Mihura, at relationen til en jordemoder er betydningsfuld – både for fødselsoutcome og for forældreoplevelsen. Ifølge hende viser forskning for eksempel, at kendtheden af en jordemoder nedsætter for tidlig fødsel med 24 procent (Mihura, 2022).

Således tegnes flere linjer op: på den ene side en forståelse af, at vægten skal lægges på at sikre 'outcomet', og på den anden et ønske om at rumme hele fødslen, og at vejen dertil opleves tryk og omsorgsfuld.

Fokus på latensfasen kan måske også ses i forlængelse af en udvikling mod en fødekultur, hvor der i højere grad vægtes hjemlighed, relationsdannelse, kontinuitet og omsorg fra en jordemoder. Det ser ud til, at flere vil føde hjemme. Tal fra Sygeforsikringen Danmark viser, at 17 procent flere søgte om tilskud til en privat jordemoder fra 2020-2021 end året før (Kristensen & Hansen, 2022). Moderne Tider (weekendtillægget til Information) bragte 31. december 2022 artiklen *Fødselsrevolution*. Artiklen beskriver, hvordan en lille gruppe af kvinder vælger at føde hjemme uden assistance fra hverken jordemødre eller læger.

Bevægelsen kalder det 'frifødsel', og den arbejder for et paradigmeskift i måden at tilgå fødsler på (Espersen, 2022). Kvinder skal have mulighed for at føde spontant og på egne præmisser. Heri ligger en forestilling om, at hospitalet er en hindring for dette. Frifødsel har nok appel til en smal gruppe, der har adgang til andre former for omsorg. Forkvinde for Jordemoderforeningen Lis Munk peger i samme artikel på, hvordan fødekulturen påvirkes af det omgivende samfund – et samfund, hun oplever, er optaget af risiko og med stor efterspørgsel på sikkerhed. Vi opfatter, at de par der indgår i undersøgelsen har taget denne risikotænkning til sig, og for eksempel også opfatter målinger som omsorgsfulde. Forfinede

målemetoder medfører at flere risikogrupper, der antages at have brug for ekspertise og hjælp, identificeres (Järvinen & Mik-Meyer, 2012:17). Det teknologiske paradigme styrkes samtidig med, at grupper af kvinder og jordemødre forsøger at skabe en modfortælling med hjemmefødsler og latensfaserum, der er udtryk for en mere sammenhængende opfattelse af fødslen. Region Hovedstaden har også forsøgt at imødekomme behovet ved at etablere fødeklinikker, der skal dække ønsket om en mere hjemlig fødsel. Spørgsmålet er, om hospitalsinstitutionen kan give samme kvalitet af hjemlighed som en hjemmefødsel?

Parrene oplevede dels hospitalsfødslen som en selvfølge, dels som det mest sikre valg. De værdsatte den professionelle omsorg. De var i det store og hele tilfredse. Vi har i analysen vist, at ansatser til kritik modificeres som følge af en forventningsafstemning mellem parrene og institutionen. Rasmus Willig beskriver i bogen *Kritikkens U-vending*, hvordan kritikken i en individualiseret neoliberal kultur vendes indad som selvkritik i stedet for som en samfundskritik. Samfundskritikken tabes altså på gulvet – selv i situationer, hvor kritik af de betingelser, samfundet opstiller, er på sin plads (Willig, 2013). Parrene vender ikke som sådan kritikken indad, men de kan antages på forhånd at have opgivet at stille relevante krav.

Særligt omsorg af relationel karakter bliver værdsat af parrene. Noget, latensfasen ellers ikke lægger op til. Det Ethiske Råd påpeger, at kontinuiteten er en udfordring for omsorgen i et specialiseret sundhedsvæsen. Kontinuitet handler ifølge rådet om kommunikation, relationer og organisering (Det Ethiske Råd, 2021:25-26). Man kan argumentere for, at betingelserne for omsorg på et samfundsmæssigt plan er udfordret på grund af individualisering og markedets fokus på produktivitet. Dette gælder måske særligt den relationelle omsorg. Vores institutioner, og i nærværende undersøgelse HH, prøver at imødekomme behov og manglen på kontinuitet. Med oprettelsen af latensfaserum er der forsøgt at skabe en mere rød tråd i selve fødslen. Det kan samtidig fremstå som om, at latensfaserummene bliver løsningen på de problemer, det pressede fødeområde afstedkommer. Tid, økonomisk prioritering og ikke mindst flere jordemødre må dog tænkes at være nødvendige komponenter for, at visionen med latensfaserummene kan lykkes.

I analysen fandt vi, at latensfaserummene kan ses som et udtryk for, at jordemødrene i højere grad prøver at gøre plads til deres faglighed. De negligerer ikke de standardiserede opgaver og procedurer, der skal til for at sikre den fødende kvinde og barnet, men taler om dem som

selvfølgeligheder. Den måde, de italesætter deres kernefaglighed eller jordemoderfaglige omsorg på, er knyttet op på en helhedsforståelse – en forståelse, der både rummer praksisser, som skal minimere risici, og som skal sikre det relationelle aspekt som en tungtvejende og vigtig komponent for fødselsforløbet. De ønsker med latensfaserummene at skabe plads til og mulighed for at give de fødende par det, de har brug for. Jordemødrenes idealer må antages at stamme fra deres uddannelse, men også fra den socialisering, der sker i professionen (Lindahl, Møller & Funge, 2022:87-96, Schrøder et al., 2022:17). Således kommer til syne en overvejende humanistisk tilgang til fødslen – i hvert fald ønsket om det.

I det afsluttende analysetema viste vi, at jordemødrene ikke nødvendigvis ser de institutionelle rammer som fordrende for den faglighed, de gerne vil udøve. De fortæller for eksempel, at når driften fylder, skubbes fagligheden til side. Samtidig beskriver de også, hvordan de forsøger at se den enkelte kvinde og det enkelte par på trods af overordnede retningslinjer og anbefalinger. Det vidner om, at jordemødrene ser et modsætningsforhold mellem de institutionelle rammer og den måde, de gerne vil forvalte deres profession på, eller at de institutionelle rammer i hvert fald ikke er befordrende for deres visioner. Et paradoks viser sig: man uddanner til en faglighed og til nogle værdier, der ikke synes at have samme værdimæssige plads i den institution, de skal udføres i. Det kan blandt andet skyldes, at jordemødrene, i kraft af at fødslerne foregår på hospitalet, befinder sig i en kontekst, hvor værdierne er præget af et fokus på diagnosticering, behandling af sygdom og komplikationer. Dette kan ses som følge af lægernes tilstedeværelse (Romme, 2022:132). Jordemødrene fanges på den måde i et krydspres mellem deres faglighed og de rammer, de agerer i. Er det et billede på, at velfærdsuddannelserne ikke er fulgt med velfærdsprofessionernes udvikling?

Gennem analysen har vi vist, at der stadig er synlige spor efter NPMs indtog i den offentlige sektor. Og med Davis-Floyd og vores empiri har vi vist, at fødselsfeltet er præget af en tænkning, der tillægger det målbare værdi og betydning – i langt højere grad end jordemødrene gør. Således er det ikke svært at forestille sig, at jordemoderprofessionen og institutionen må støde sammen. Jens Erik Kristensens tekst *Velfærdsprofessioner i konkurrencestaten – i lyset af velfærdspolitikken omkalfatring* kan forklare forholdet mellem institution og velfærdsprofession. Den kan også kaste lys over og bidrage til en diskussion af, hvorfor jordemødrene har etableret latensfaserummene i samarbejde med direktionen. Kristensen argumenterer for, at velfærdsprofessionernes historiske etablering og udvikling

skal forstås i relation til velfærdsstatens udvikling. Dermed må det tænkes, at velfærdsprofessionerne påvirkes af velfærdsstatens transformation til en konkurrencestat (Kristensen, 2009:178). En af grundene hertil er ifølge Kristensen, at velfærdspolitikens formål, mening og indhold ændres i takt med transformationen – særligt *"(...) for de overleverede professioners fagligheder og indbyrdes faggrænser, for professionsuddannelserne og deres vidensgrundlag, for de overleverede professionsidealer og dermed også for de professionelles selvforståelser og identitet."* (Kristensen, 2009:167-168). Kristensen peger på, at konkurrencestatens velfærdsprofessionalisme bevæger sig væk fra, at professionalisme knyttes til professionsspecifikke holdninger og værdier. Den skal derimod i højere grad orienteres mod praktiske kompetencer og relateres til evidensbaseret og dokumenteret viden om, hvad der i praksis virker og et krav om at dokumentere faglighed og professionalisme (Kristensen, 2009:169). Latensfaserummene er blevet til på baggrund af studier, der sår tvivl om årsagssammenhængen mellem tidlig indlæggelse og medicinske interventioner. Det har ellers været argumentet for, at de fødende par skulle være hjemme længst muligt. Med den viden kan latensfaserummene på den ene side ses som et udtryk for en praksis, der er evidensbaseret, men på den anden side kan rummene også være jordemødrenes forsøg på at fastholde en praksis, der knytter sig til professionsspecifikke holdninger og værdier. Essensen af Kristensens pointer drejer sig om, at transformationen af staten gør, at velfærdsprofessionerne må slippe deres specifikke vidensgrundlag, de eksisterende faggrænser og 'lukningerne' om egen faglighed, fordi konkurrencestaten med nye politiske krav kalder på 'velfærdsinnovation' (Kristensen, 2009:169). Kan latensfaserummene ses som institutionens måde at gentænke velfærden på? En af visionerne med rummene er at give de fødende par en bedre fødselsoplevelse, og hvis de får det, kan det samtidig tænkes, at efterforløbet udspilles komplikationsfrit. I det lys kan latensfaserummene ses som et konkurrencetiltag – en måde hvorpå institutionen får mulighed for at effektivisere fødselsforløbet og skabe grobund for færre henvendelser efterfølgende. Kristensen argumenterer for, med udgangspunkt i national og international professionsforskning, at velfærdsprofessionerne befinder sig i et opbrud, og at det er i dette opbrud, at betegnelsen 'velfærdsprofessionelle' er opstået. Denne samlebetegnelse giver konnotationer til 'velfærdsproduktion', *"(...) hvor karakteren af og målet med 'velfærd' i begge tilfælde tages for neutralt givne – og al interesse i stedet samler sig om, hvordan og af hvem de offentlige velfærdsydelser 'produceres' på den mest hensigtsmæssige og produktive måde. 'Velfærd' er hermed blevet en produktionsfunktion, der kan varetages mere eller mindre produktivt af de*

velfærdsprofessionelle – offentlige såvel som private.” (Kristensen, 2009:170). I analysen viste vi, at jordemødrenes vision er at skabe en differentieret, relationsbaseret og behovsorienteret jordemoderfaglig omsorg. De taler dermed væk fra, at jordemoderprofessionen kan varetages af alle. Samtidig emmer jordemødrenes vision om det modsatte af ‘velfærdsproduktion’. Det er i hvert fald svært at forestille sig en differentieret, relationsbaseret og behovsorienteret jordemoderfaglig omsorg, der bliver udført under ‘produktionslignende forhold’. Kristensen stiller med sin tekst spørgsmålet om, hvorvidt vi er vidne til en udviskning, nivellering og afvikling af indholdet i det professionsbegreb, vi kender (Kristensen, 2009:170). Hvis det er tilfældet, kan latensfaserummene ses som jordemødrenes forsøg på at gøre deres profession gældende og uundværlig. De skaber et rum for, at deres autonomi og råderum styrkes. Samlet set kan latensfaserummene ses som et billede på, eller en konsekvens af, en større samfundsmæssig udvikling, hvor velfærdsprofessionerne er under omkalfatring. Jordemødrene på HH er dog stolte og standhaftige og forsøger i det omfang, det er muligt, at holde fast i deres faglige specialisering og professionsidentitet.

At inddrage Joan Tronto er oplagt i et speciale, der omhandler omsorg. Specialet undersøger omsorg i et afgrænset felt, men de problemstillinger eller perspektiver, vi har fundet frem til, kan sammenlignes og perspektiveres til den udvikling, der ellers finder sted i vores sundhedsvæsen i dag. Som Tronto påpeger, har moralfilosofien siden Kant hvilet på en ensidig intellektuel erkendelse, der udgrænser følelser og dermed omsorgen som moralsk imperativ. For Tronto er opgaven at etablere en samfundsmæssig omsorgsmoral. Hun opfatter omsorg som det, der skal til for, at menneskeheden kan leve i verden så godt som muligt. Ifølge Tronto er den generelle uddeling af ansvaret for omsorg et politisk spørgsmål, som bør løses gennem politik (Tronto, 2015:16). Et perspektiv, der kan være med til at forklare omsorgens værdisætning kan findes hos Emma Holten, der er feministisk aktivist. Hun gør i artiklen *Det går ud over kvinders løn, at økonomer ikke kan beregne værdien af omsorg* opmærksom på, at omsorg bliver set som en udgift på den politiske bundlinje. Værdien af omsorg kan ikke regnes ud, og konsekvensen heraf bliver, at omsorg ingen værdi har (Schmidt, 2022). Jordemødrene på HH har med etableringen af latensfaserummene taget et ansvar på sig og gjort plads til omsorg, men hvis omsorgen skal have en grundlæggende betydning i vores sundhedsvæsen, skal den prioriteres politisk. Løsningen på det pressede fødeområde ligger altså på et højere niveau. Trontos kritik er ikke møntet på den offentlige

sektor, men hendes kritik af værdisætningen af omsorg og manglen herpå er også rammende i en dansk kontekst.

9. Konklusion

Hensigten med dette speciale har været at undersøge oplevelser med omsorg i latensfasen set fra et jordemoderfagligt perspektiv såvel som et parperspektiv. Det har vi gjort ud fra følgende problemformulering:

Hvordan oplever fødende par og jordemødre omsorg i latensfasen på Hvidovre Hospital i spændingsfeltet mellem forestillinger og visioner på den ene side og institutionelle rammer på den anden?

Vi var nysgerrige efter, hvorfor Hvidovre Hospital fødeafdeling har en opmærksomhed på latensfasen, og hvorfor de har oprettet latensfaserum.

Latensfasen er for parrene blandt andet transitionen mellem hjemmet og hospitalet, og fasen bærer præg af forskellige behov. Parrene påvirkes af omgivelserne – både samfundets normer og institutionens fortællinger – og den måde, de er præget på, tager de med sig i den latente fase af fødslen. Det ses blandt andet, når de italesætter, at de skal leve op til bestemte krav. Omsorgen opleves på den måde begrænset, og de er bevidste om, at den ikke er en metervare. Institutionen er dermed lykkedes med at skruer på parrenes forventninger, så de passer til den omsorg, de kan få. Parrenes kritik er subtil, og den manifesteres ikke i en sådan grad, at de stiller krav.

Parrenes forestillinger om latensfasen er paradoksale, fordi de på den ene side ønsker en rolig og hjemlig stemning, men på den anden side finder hospitalets teknokratiske rammer selvfølgelig. Det er et udtryk for, at parrene er influeret af forskellige måder at anskue fødslen på, og det spiller ind på deres oplevelse af omsorg. Deres fødselsfortællinger er overvejende bygget op om målbare elementer, hvilket er modsætningsfyldt til det, jordemødrene fremhæver.

Jordemødrenes oplevelser med omsorg bindes op på deres mange års erfaring og deraf udspringer deres visioner og tanker om latensfasen. Jordemødrene oplever relationen som grundlæggende for at skabe et godt fødselsforløb. Netop relationen ser de som en forudsætning for at kunne give omsorg, der er differentieret og behovsorienteret – heri ligger

deres forståelse af den jordemoderfaglige omsorg. Det målbare element skal altså, ifølge dem, fylde mindre i latensfasen. Den latente konflikt, der kan være mellem parrenes forventninger til betydningen af objektive målinger og jordemødrenes mere helhedsorienterede tilgang kan måske løses ved tættere kontakt i den latente fase.

Jordemødrenes vision er, at de med latensfaserummene i højere grad kan praktisere omsorg hele vejen rundt om fødslen i et sundhedsvæsen, der vægter økonomisk begrænsning blandt andet på grund af overgangen fra velfærdsstat til konkurrencestat.

For jordemødrene skal latensfaserummene også give dem mulighed for at bringe hele deres palette af kompetencer i spil. Det kan ses som et udtryk for, at de forsøger at gøre deres specifikke professionsfaglighed gældende i en tid, hvor velfærdsprofessioner generelt er under omkalfatring. Hvidovre Hospital fødeafdeling har med etableringen af latensfaserummene åbnet op for at anerkende parrenes behov. Dermed gives der rum til, at jordemødrene kan finde ud af, hvordan de skal respondere på omsorgsbehovene i den latente fase af fødslen.

Når institutionen, der overvejende er teknokratisk styret, prioriterer omsorg af humanistisk karakter, resonerer det med parrenes forestillinger og jordemødrenes visioner.

10. Litteratur

Barfoed, A. B. (2019). *Fødeklinik med flere formål*. Lokaliseret d. 10. februar 2023 på:
<https://jordemoderforeningen.dk/tidsskriftsartikel/fodeklinik-med-flere-formaal/>

Bondo, L. (2022). Hvad har dagens jordemoder med fra fortidens jordemødre? I: Schrøder K., Vilhelmsen, A.-M. M., & Knudsen, M. L. *Jordemoder: Profession, identitet og fortællinger*. København: Akademisk Forlag.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.

Bølling-Ladegaard, A. (2016, 1. december). *Seks kvinder: Sådan mærkede vi presset på fødegangen*. Lokaliseret d. 10. februar 2023 på:
<https://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/art5718954/Seks-kvinder-S%C3%A5dan-m%C3%A6rkede-vi-presset-p%C3%A5-f%C3%B8degangen>

Dahl, H. M. (2015). Regulering og velfærdsprofessionelle identitet(er). I: Greve, B. *Grundbog i socialvidenskab: 5 perspektiver*. Frederiksberg: Nyt fra Samfundsvidenskaberne.

Det Ethiske Råd. (2021). *Omsorg i sundhedsvæsenet*, Redegørelse.

Diderichsen, F. (2011). Ulighed i Sundhed. I: Lund, R., Christensen, U., & Iversen, L. *Medicinsk sociologi: Sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred*. København: Munksgaard.

Dixon, L., Skinner, J., & Foureur, M. (2013). Women's perspectives of the stages and phases of labour. *Midwifery*, 29(1), 10–17.

Dybbroe, B. (2018). Professionssociologi - sundhedsprofessioner under pres. I: Andersen, P. T., & Timm, H. *Sundhedssociologi: En grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.

Espersen, I. N. (2022, 31. december). Fødselsrevolutionen. *Moderne Tider* (Information), 14-20.

Gjærum, R., Johansen, I. H., Øian, P., Bernitz, & Dalbye, R. (2022). Associations between cervical dilatation on admission and mode of delivery, a cohort study of Norwegian nulliparous women. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 31, 1-5.

Graham, A. (1980). A Note on Interviewing Spouses Together. *Journal of Marriage and Family*, 42(1), 205–210.

Greve, C., & Ejersbo, N. (2002). Serial Organizational Monogamy: Building Trust into Contractual Relationships. *International Review of Public Administration*, 7(1), 39–51.

Hvidovre Hospital (u.å.). *Fødeområdet*. Lokaliseret d. 6. januar 2023 på:
<https://www.hvidovrehospital.dk/baby>

Jensen, A. M. B., Gjødsbøl, I. M., & Bogicevic, I. (2021). Kvalitative interviews. I: Vallgård S., & Jensen, A. M. B. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København: Munksgaard.

Juul: (2012). *Hermeneutik*. I: Pedersen, K. B., & Juul: *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori: En indføring*. København: Hans Reitzels Forlag.

Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2012). *At skabe en professionel* (1. udgave). København: Hans Reitzels Forlag.

Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2017). *Kvalitativ analyse: Syv traditioner* (1. udgave). København: Hans Reitzels Forlag.

Klausen, K. K. (2021). Kommunernes brug af struktur- og styringstænkning. *Politica*, 53(3), 197–217.

Klein, M. C., Kelly, A., Kaczorowski, J., & Grzybowski: (2004). The Effect of Family Physician Timing of Maternal Admission on Procedures in Labour and Maternal and Infant Morbidity. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 26(7), 641–645.

Kolstrup: (2015). *Den Danske velfærdsmodel 1891 - 2011: Sporskifter, motiver, drivkræfter* (2. udgave). Frederiksberg: Frydenlund.

Kristensen, J. E. (2021). Velfærdsprofessionerne i konkurrencestaten - i lyset af velfærdspolitikens omkalfatring. I: Harrits, G. S., Johansen, M. B., Kristensen, J. E., Larsen, L. T., & Olesen: G. *Professioner under pres: Status, viden og styring*. København: Hans Reitzels Forlag.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2008). *Interview—Introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag.

Larsen, L. T. (2011). Institution. I: Larsen: N., & Pedersen, I. K., *Sociologisk leksikon*. København: Hans Reitzels Forlag.

Lehn-Christiansen S., & Thualagant, N. (2019). Livets begyndelses politik – en professionsorienteret policy-analyse af dansk fødselspolitik 1976-2018. *Tidsskrift for Professionsstudier*, 15(28), 60–69.

Lindahl, L. D. S., Møller, B. K., & Funge, J. K. (2022). Jordemoderuddannelsen mellem mesterlære og akademisering. I: Schrøder K., Vilhelmsen, A.-M. M., & Knudsen, M. L. *Jordemoder: Profession, identitet og fortællinger*. København: Akademisk Forlag.

Lyngsø, A. M., Grew, J., & Schiøtz, M. (2020). *Forskning i praksis – erfaringer fra forskning med brugerinddragelse og forskning i samarbejde med kommuner og almen*

praksis. Frederiksberg: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Frederiksberg Hospital.

Mihura, E. K. (2022, 9. maj). *I det danske velfærdssamfund er jordemoderomsorg gratis*.

Lokaliseret d. 8. februar 2023 på:

<https://politiken.dk/debat/debatindlaeg/art8757968/I-det-danske-vel%C3%A6rdssamfund-er-jordemoderomsorg-gratis>

Morgan, D. L., Ataie, J., Carder, P., & Hoffman, K. (2013). Introducing Dyadic Interviews as a Method for Collecting Qualitative Data. *Qualitative Health Research*, 23(9), 1276–1284.

Pallesen, A. D., Ernst, A. E., & Flach, A. S. (2021, 17. august). *Rekordmangel på jordemødre: Presset på hovedstadens fødegange vokser trods massivt fokus*. Lokaliseret d. 8. februar 2023 på: <https://www.dr.dk/nyheder/regionale/hovedstadsomraadet/rekordmangel-paa-jordemoedre-preset-paa-hovedstadens>

Region Hovedstaden. (2015). *Hospitalsplan 2020*. Lokaliseret d. 10. februar 2023 på:

<https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/hospitaler/HOPP/Documents/Hospitalsplan%202020.pdf>

Romme, M.-B. S. (2022). Læger og jordemødre—Samarbejdspartnere i svangreomsorgen. I: Schrøder, K., Vilhelmsen, A.-M. M., & Knudsen, M. L. *Jordemoder: Profession, identitet og fortællinger*. København: Akademisk Forlag.

Roskilde Universitet (u.å.). *Intro: At læse kandidat på Roskilde Universitet*. Lokaliseret d. 4.

februar 2023 på: <https://ruc.dk/intro-laese-kandidat-paa-roskilde-universitet>

Schmidt, M. (2022, 8. marts). *Emma Holten: "Det går ud over kvinders løn, at økonomer ikke kan beregne værdien af omsorg"*. Lokaliseret d. 8. februar 2023 på:

<https://www.fagbladetfoa.dk/Artikler/2022/03/07/Emma-Holten-paa-kvindernes-kampdag-Det-gaar-ud-over-kvindens-loen-at-oekonomer-ikke-kan-beregne-vaerdien-af-omsorg>

Schrøder K., Vilhelmsen, A.-M. M., & Knudsen, M. L. (2022). Indledning - et professionssociologisk blik på jordemødre. I: Schrøder, K., Vilhelmsen, A.-M. M., & Knudsen, M. L. *Jordemoder: Profession, identitet og fortællinger*. København: Akademisk Forlag.

Staunæs, D., & Søndergaard, D. M. (2021). Interview i en tangotid. I: Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Interview observationer og dokumenter*. København: Hans Reitzels Forlag.

Sundhedsdatastyrelsen (2017). *Sundhedsdatastyrelsen offentliggør tal fra 2016 for Fødselsregistret*. https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/nyheder/2017/foedselsregistret-tal-2016_15092017

Sundhedsstyrelsen (2021). *Anbefalinger for svangreomsorgen*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (1976). *Retningslinier for svangerskabshygiejne og fødselshjælp*. København: Sundhedsstyrelsen.

Thagaard, T. (2010). *Systematik og indlevelse: En indføring i kvalitativ metode* (1. udgave). København: Akademisk Forlag.

Thualagant, N. (2022). Fra politik til praksis — om fødselspolitik, svangreomsorg og jordemoderens virke. I: Schrøder, K., Vilhelmsen, A.-M. M., & Knudsen, M. L. *Jordemoder: Profession, identitet og fortællinger*. København: Akademisk Forlag.

Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. New York: Routledge.

Tronto, J. C. (2010). Creating Caring Institutions: Politics, Plurality, and Purpose. *Ethics and Social Welfare*, 4(2), 158–171.

Tronto, J. C. (2015). *Who Cares? How to Reshape a Democratic Politics* (1 edition). New York: Cornell University Press.

Vrangbæk, K., Birk, H. O., & Kousgaard, M. B. (2020). Sundhedssystemet i Danmark—Organisering, resultater og udfordringer. I: Andersen, P. T., Lau, C. B., & Andersen, H. M. *Sundhedsfremme i kommuner og lokalsamfund: Mellem forskning, planlægning og praksis*. København: Hans Reitzels Forlag.

Aarhus Universitet. (u.å-a). *Interview—I: Metodeguiden*. Lokaliseret d. 8. januar 2023 på: <https://metodeguiden.au.dk/interviews>

Aarhus Universitet. (u.å-b). *Teoretisk mættethed—Metodeguiden*. Lokaliseret d. 8. januar 2023 på: <https://metodeguiden.au.dk/teoretisk-maettethed>

Willig, R. (2015). *Kritikkens u-vending: En diagnose af forvandlingen fra samfundskritik til selvkritik*. København: Hans Reitzels Forlag.