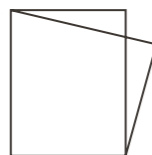


# Livets begyndelses politik

## – en professionsorienteret policy-analyse af dansk fødselspolitik 1976-2018

Sine Lehn-Christiansen, lektor, cand.mag. ph.d. & Nicole Thualagant, lektor, cand.scient. soc., ph.d., Roskilde Universitet



Denne artikel omhandler forandringerne i italesættelserne af graviditet og fødsel i nationale policy-dokumenter i perioden 1976-2018. Gennem en diskursanalyse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger omkring den normale graviditet og fødsel publiceret på nationalt niveau viser artiklen, at der er sket en grundlæggende omkalfatring af de professionelle relationer til hinanden, til arbejdet og til de gravide og fødende kvinder. Analysen peger på en markant forandret professionsforståelse og -praksis i jordemoderprofessionen i forhold til opfattelsen af den normale fødsel med forandrede handlemuligheder for både jordemoderen, gravide og fødende til følge.

### Politiserede, normale fødsler

Danmark fik sin første lovgivning vedrørende graviditet og fødsler i 1945. Loven gav gravide kvinder ret til gratis, forebyggende helbredsundersøgelser hos læge og jordemoder. I 1972 blev loven revideret, og kvinder fik nu ret til at føde gratis på klinik eller sygehus (Wie, n.d.) Den lov, der i dag regulerer området, er sundhedsloven (Lovbe-

kendtgørelse nr. 913 af 13/07/2010 med senere ændringer). Sundhedsstyrelsen fastsætter det faglige indhold af indsatsen, der formidles i nationale anbefalinger. Disse anbefalinger udgives samlet i en publikation, der henvender sig både til sundhedsprofessionelle og til kommende forældre. Graviditet og fødsler er ikke kun politiserede fænomener, fordi de er genstand for samfundsmæssige reguleringer, men også fordi 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 (f.eks. Johnson 2008; Jomeen 2012). I denne artikel tager vi forståelsen af graviditet og fødsler som politiske fænomener bogstaveligt. Vi belyser de forhandlinger og legitimeringer af viden og praksis, der ligger bag de politiske regulerende italesættelser af graviditets- og fødselspraksis gennem de sidste godt 40 år. Vi vælger netop denne periode som led i vores forskningsmæssige interesse i at undersøge, hvordan udviklingen i velfærdsstaten får indflydelse på professionel praksis. Som

allerede nævnt var det i 1972, at kvinder blev sikret offentlig omsorg i forbindelse med både graviditet og fødsel, hvorfor vi har udvalgt de nationale anbefalinger fra perioden 1972-2018.

Politik omfatter både de formelle regulativer, den organisatoriske og den institutionelle udmøntning af disse samt den aktuelle praksis (Helweg-Larsen & Knudsen 1985, s. 198). Vi supplerer denne forståelse af politik med en poststrukturalistisk forståelse og ser dermed politik som værende udtryk for særlige problematiseringer. Det er med dette perspektiv, at vi udforsker styringsdokumenterne.

Den "normale" fødsel opnåede internationalt politisk bevågenhed i slut 90'erne, da WHO (1996) annoncerede en politisk ambition om at reducere antallet af fødsler med medicinske interventioner. Flere forskere har peget på det stigende

fokus på risici som havende betydning for den stigende medikalisering af fødsler (eksempelvis Bryers & Teijlingen 2010). Danmark er – trods stigende medikalisering – verdenskendt for sin ikke-medikaliserede fødselskultur, på grund af sin høje andel af fødsler varetaget af jordemødre og sin lave frekvens af medicinsk indgriben (Wagner 2002).

### Metodologi

Teoretisk trækker vi på poststrukturalistisk tænkning med det formål at undersøge problematiseringernes koblinger til de centrale aktører inden for svangre- og fødselsområdet: de gravide, jordemødre og lægerne. Dette gøres med henblik på at udforske, hvordan vilkårene og forventningerne for disse har ændret sig, og hvilke mulige effekter disse ændringer har på professionernes virke og relationer til hinanden og til brugerne.

### Hvad er problemet?

Med inspiration fra Carol Bacchis diskursteoritiske tilgang (Bacchi 2009, 2012; Bacchi & Goodwin 2016) er det vores ambition at undersøge, hvordan graviditet og fødsler udsættes for problematiseringer og dertil koblede konstruktioner af sandheder/løsninger. Den analytiske ambition er at synliggøre, hvorledes de nationale anbefalinger konstruerer særlige problematiseringer med dertilhørende praksisanvisninger rettet mod kvinder og professionelle. Vi har valgt at analysere det nationale policy-dokument "Anbefalinger for svangreomsorgen", der vedrører den normale graviditet og fødsel – i fem forskellige udgaver, udgivet i perioden 1976-2013.

Tabel 1: Analysedokumenter

Udgivelsesår	Titel	Sidetal
1976	Retningslinier for svangerskabshygienje og fødselshjælp: i medfør af lov nr. 282 af 7. juni 1972: til landets læger, jordemødre, sygehuse og fødeklinikker samt til landets amtskommuner og til Københavns og Frederiksbergs kommuner	71
1985	Retningslinier for svangerskabshygienje og fødselshjælp	71
1998	Svangreomsorg. Retningslinier og redegørelse. Sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsels og barselsperiode	159
2009/2013	Anbefalinger for svangreomsorgen <sup>1</sup>	239/240

Gennem analysen udforsker vi de praksisser, der både im- og eksplicit anskues som problematiske og uønskede. Med 'implicit' referer vi til, at ikke alle problemer forventes at være fuldt ud udtalte, men skal "sammenstykket" ved analytiske krydsaflysninger af de forskellige dokumenter og ved at være opmærksom

på de aspekter, der udelades og derfor er gjort 'tavs'. Ved at inkludere ældre dokumenter får vi mulighed for at udforske historiske aspekter og udviklingen af problematiseringerne og ikke blot de aktuelle konstruktioner. Analysen er udformet med udgangspunkt i Bacchis syv analytiske spørgsmål (Bacchi &

Goodwin 2016, s. 20):

1. Hvordan repræsenteres "problemet" i en given politik?
2. Hvilke forudsætninger eller antagelser ligger i denne repræsentation?
3. Hvordan er denne repræsentation af "problemet" blevet til?
4. Hvad problematiseres ikke?

5. Hvilke effekter produceres af denne repræsentation af "problemet"?
6. Hvordan og hvor produceres, udbredes og forsvares denne repræsentation af "problemet", og hvordan kan den forstyrres?
7. Stil disse spørgsmål til egen analyse.

Vi har taget os den frihed at fokusere mere på nogle analytiske elementer end på andre. Derfor er spørgsmålet om, hvordan problemrepræsentationerne kan forstyrres (nr. 6) kun tentativt udfoldet i denne artikel.

Analysen udfoldes ved brug af andre kilder, såsom forskningsartikler, undersøgelser, hjemmesider m.m., der på forskellig vis belyser hverdags- og handleniveauet i den praksis, som dokumenterne retter sig mod. Formålet med at inddrage disse er at kunne pege på de diskursive effekter af anbefalingerne, men også på problemstillinger som udelades af officielle styringsbestræbelser.

#### Tekstlige tavsheder

Hvert analyseafsnit præsenterer de identificerede problemrepræsentationer og de 'tavsheder', som problematiseringerne implicerer: Hvad er det, der ikke tales om, hvad er undertrykt eller ekskluderet i teksten? Der vil (i sagens natur) være en hel del, der ikke siges i en given tekst, hvorfor det er relevant at redegøre nærmere for denne del af analysen. Når vi peger på 'tavshederne', gør vi det med baggrund i den viden om praksis, som vi har fra andre kilder. På den måde anskueliggøres det, at de(n) problematisering(er), som teksten eksplicit forholder sig til, konstruerer et særligt billede af den praksis, som ønskes styret/reguleret, men at dette ikke er den eneste mulige eller sande konstruktion. Som det vil fremgå, har vi

mere viden om nyere praksis, end vi har om 70'erne, 80'erne og 90'erne.

#### Fra erfaringsbåret til professionaliseret praksis

Fra at være en praksis befolket af familiens kvinder og 'kloge koner' er graviditet og fødsler i løbet af de sidste 50-60 år i den vestlige verden blevet et område for professionaliserede jordemødre og for lægevidenskaben. I 1976-anbefalingerne fremføres det, at antallet af fødsler, der foregår på hospital, er steget fra 49 % til 87 % i perioden 1956-1970 (Sundhedsstyrelsen 1976, s. 15). Begrundelsen for ændringerne kan bl.a. findes i denne formulering:

"Såfremt kapaciteten tillader det, bør alle fødsler foregå på specialafdelinger. Motiveringen herfor er bl.a., at enhver fødsel er en risikopræget livsepisode, der må overvåges intensivt med specialudstyr, der passes af specialuddannet personale under forhold, hvor naturlig indgriben og behandling er mulig" (Sundhedsstyrelsen 1976, s. 48).

Formuleringen rummer en implicit problematisering af hjemmefødselspraksisen og dermed også af jordemoderprofessionens forståelse af, at graviditet og fødsel ikke er en sygdomsdiagnose men en naturlig proces (Jordemoderforeningen 2002). Argumentet for at flytte fødslerne ind i det etablerede sundhedsvæsen rækker videre end blot håndteringen af den risiko, som fødsler siges at udgøre. Det er således også hensynet til det, der beskrives som den "måske vigtigste medicinske opgave", nemlig "begrænsningen af jordens befolkningstilvækst" (Sundhedsstyrelsen 1976, s. 50):

"Menneskets reproduktion [...] forstås og kontrolleres først, når den moderne videnskabs principper og resultater

anvendes i faget" (Sundhedsstyrelsen 1976, s. 50).

På trods af denne ambitiøse dagsorden fastholdes kvinders ret til at vælge fødested. At lægerne og andre fortalere for den øgede biopolitiske kontrol måske har haft andre overvejelser end kvinders ret til at vælge, ses i formuleringen: "[...] tiden [er] næppe inde til at gennemføre en ordning, hvorefter adgang til hjemmefødsel afskæres for de kvinder, der måtte ønske det. Centerordning må derfor indtil videre tilrettelægges med henblik på betjening af hjemmefødsler" (Sundhedsstyrelsen 1976, s. 18).

Citatet illustrerer ambitionen om en fortsat udbygning af den institutioneliserede fødselshjælp. At kampen om fødestedet og den rette ekspertise ikke er slut, selvom langt hovedparten af kvinderne i 80'erne føder på hospitalet, ses også i 1998-anbefalingerne. Her betones det, at kvinder skal "sikres muligheder for at træffe reelle valg om undersøgelsestilbud, fødested/-måde, behandlingsforslag, omsorg og anvendelse af teknologi" (Sundhedsstyrelsen 1998, s. 16). Ved at bruge 'skal' fremfor fx 'bør', som det ellers så ofte ses i politik-formuleringerne, og ved at tale om reelle valg, fremfor blot 'valg', ses det, at kampen om, hvor den normale fødsel skal finde sted, stadig er i gang. Men hvor det før handlede om at sikre en udvikling, der institutionaliserede og videnskabeliggjorde praksis, handler det i slutningen af 90'erne om at sikre, at kvinderne ikke 'presses' ind på hospitalet, men faktisk har et alternativ. Samtidig taler tallene deres eget tydelige sprog: I perioden 1997-2001 lå antallet af hjemmefødsler stabilt omkring 600 ud af godt 65.000 årlige fødsler. Med andre ord var ambitionen om at flytte fødslerne ind på hospitalet de facto

## 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.



fuldført. Diskursen om 'den sikre fødsel', der bedst varetages på hospitalet af 'specialuddannet personalet' synes på dette tidspunkt at have indtaget en hegemonisk status.

#### Status quo eller nybrud?

I perioden 2009-13 fødes under 2 % af danske børn ved en hjemmefødsel. De seneste anbefalinger illustrerer således, hvordan der i løbet af 60 år er sket en grundlæggende omkalfatring af fødekulturen. Når der tales om 'fødestedet', er det således i dag underforstået, at der er tale om en institutionaliseret kontekst, oftest et hospital. I 2009/13 er hjemmefødslen så eksotisk en foreteelse, at den kan behandles i et enkelt afsnit i retningslinjerne, hvori det tydeliggøres, at hjemmefødslen er jordemoderens kompetenceområde. Opstår der komplikationer, skal hun igangsætte behandling, og den fødende skal overflyttes til hospitalet, hvor den specialiserede (underforstået: lægefaglige) kompetence findes og vil overtage ansvaret (Sundhedsstyrelsen 2013, s. 158).

Men spørgsmålet er, om der er nybrud på vej? Er den normale fødsel på vej ud af den medicinske praksis? 2017-tal fra Sundhedsdatastyrelsen viser, at antallet af hjemmefødsler er stigende. På tre år er antallet mere end fordoblet. Samtidig er det generelle fødselstal også steget. Alligevel er antallet af hjemmefødsler steget med over 600 i perioden 2015 til 2016. Det betyder, at der i 2016 blev født knapt 2000 børn hjemme, og at andelen af hjemmefødsler er steget fra 2,2 % til 3,1 % (Sundhedsdatastyrelsen 2017). Et stigende antal privatpraktiserende jordemødre og alternative fødselshjælpere tilbyder aktuelt deres assistance til kvinder, der ønsker – og har råd til – en hjemmefødsel. Mange hospitaler indgår aftaler med privatpraktiserende jordemødre om at varetage det tilbud om hjemmefødsel, der stadigvæk er en del af den offentlige service i forbindelse med den normale graviditet. Men nogle hospitaler går længere end det, f.eks. Odense Universitetshospital, der på deres hjemmeside skriver: "For nogle kan det være en fordel at

vælge en hjemmefødsel, fordi den kan give en følelse af mere personlig kontrol med situationen. De, der har født hjemme, kan fortælle, at hjemmefødsel foregår på deres egne præmisser, at der er megen ro, og at partneren har en mere aktiv rolle under fødslen sammenlignet med fødsler på hospital" (Odense Universitetshospital 2018). Hjemmefødslen italesættes her som meget mere end blot valg af sted; det er tilvalget af 'personlig kontrol', 'ro' og muligheden for mere aktiv deltagelse for partneren end ved hospitalsfødslen. En lignende anprisning af de offentlige fødesteder findes – paradoksalt nok – ikke på hjemmesiden. Flere læger har i medierne markeret deres utilfredshed med udviklingen, senest i Ugeskrift for Læger, hvor en overlæge udtrykker bekymring over økonomien i hjemmefødsel-ordningen, som menes at dræne hospitalsbudgetterne (Hedegaard 2018). Det er bemærkelsesværdigt, at modstanderne ikke længere taler om behovet for overvågning af fostret, risici eller den

# I denne artikel tager vi forståelsen af graviditet og fødsler som politiske fænomener bogstaveligt.



globale befolkningstilvækst, men derimod kobler problematiseringen op på økonomiske rationaler. Der tales derved ind i en aktuell diskurs om manglende ressourcer, men hvor vi hidtil mest har set en sundhedspolitisk strategi, der sigtede mod at skære ned i de såkaldte 'liggedage' (Pedersen & Petersen 2014), så vendes argumentet om; det er hospitalsfødslerne, der er den billigste praksis. Bekymringen tilbagevises af en jordemoder, der fremhæver hjemmefødsler som ressourcebesparende for det offentlige.

## Kampen fortsætter om den jordemoder-assisterede hospitalsfødsel

På trods af flytningen af fødsler ind på hospitalet har jordemoderprofessionen formået at bevare sin centrale position i graviditets- og fødselspraksissen. Men positionen er måske knapt så velkonstitueret, som man måske skulle tro. Bemærk disse næsten identiske formuleringer hentet fra hhv. 1998- og 2009/13-anbefalingerne: "Der bør skabes mulighed for, at den fødende kvinde kan have en jordemoder hos sig kontinuerligt under fødslen. Det

er vist, at det nedsætter indgrebsfrekvensen og smertelindringsbehovet samt øger tilfredsheden og forbedre ammeforløbet" (Sundhedsstyrelsen 1998, s. 99).

"Det bør tilstræbes, at det er den samme jordemoder eller en mindre gruppe af jordemødre, der følger kvinden under graviditeten. Det bør endvidere tilstræbes, at der er en jordemoder kontinuerligt til stede under den aktive fase af fødslen, og helst en jordemoder kvinden kender i forvejen" (Sundhedsstyrelsen 2013, s. 16).

Hverken i 1976- eller i 1985-dokumenterne findes formuleringer om, hvor, hvornår eller i hvilket omfang jordemoderen bør eller skal være til stede; der henvises blot til cirkulære om jordemødre, hvori der står, at: "Jordemoderen er den fagperson, den gravide hyppigst har kontakt med, og den centrale fagperson under fødslen" (Sundhedsstyrelsen 1985, s. 4). Men i 1998 er noget forandret; den jordemoder-bårne fødselspraksis er ikke længere en selvfølgelighed, men noget "der skal skabes mulighed for". Der ses

en ambition om at fastholde denne praksis, og ambitionen bakkes op med den form for viden, man i dag ville kalde evidens. Alligevel er det værd at lægge mærke til det lille ord 'bør'. Der er tale om en hensigtsærklæring, ikke en ret. I 2013 indikerer nye sproglige modifikationer, at ambitionen er skåret ned. Nu er det kun under den såkaldt 'aktive del' af fødslen, at man kan forvente jordemodertilstedeværelse. Det vi ser, er en ny politisk konstruktion af selve fødslen, der mimer den biomedicinske forståelse. En fødsel er ikke længere bare en fødsel, den inddeles i faser, og det er kun de afsluttende faser, der kalder på jordemoderfagligheden. Det er ligeledes bemærkelsesværdigt, at referencen til evidensen for jordemodertilstedeværelse er fjernet i den nyeste udgave. Eller rettere: Sætningen er redigeret og flyttet til et afsnit om smertelindring, hvor der nu står: "Tilstedeværelse af en støtteperson, der kan hjælpe kvinden med at håndtere smerterne, kan nedsætte behovet for medicinsk smertelindring" (Sundhedsstyrelsen 2013, s. 153-154).

'Jordemoder' er erstattet af 'støtteper-

son', og sætningen "Det vides at reducere" fra 1998 er blevet ændret til "måske reducere". Desuden er referencerne til kvinders oplevelse af tilfredshed og effekten i forhold til etablering af amning væk. Her er det imidlertid ikke kampen mellem den jordemoderfaglige og den lægefaglige tilstedeværelse, der er på spil her. Med 'støtteperson' refereres til en pårørende. Der gives ikke noget argument for denne de-professionalisering, men den kan ses i lyset af nyere undersøgelser, der viser, at jordemødrenes kontinuerlige tilstedeværelse under fødslen de facto har været under pres på flere fødeafdelinger – ganske simpelt fordi bemanningen er for lav (Kjeldset 2014). Det er således ikke kun udvikling af ny viden og faglige kampe mellem professionerne, men også de økonomiske forhold, der fører til reformuleringer af den professionelle kerneopgave. Formuleringerne omkring den jordmøderassisterede fødsel er også i en mere biopolitisk betragtning interessant. Man går fra at tale om 'fødselshygiejne' til 'svangreomsorg'. Hermed indikeres en ændring i opfattelsen af den professionelle opgave. Ifølge sociologen Nikolas Rose har biopolitikken forandret sig fra at være en risikopolitik til at udgøre det, han kalder en 'ethospolitik' (Rose 2001, s. 18). Ethospolitikken baseres på en styringsmentalitet, hvor den gode fødsel bliver et spørgsmål om den fødendes selvstyring – snarere end spørgsmålet om professionel styring. Forandring i styringsmentaliteten får betydning for jordemoderens assistance, idet den nu handler om at give den fødende kvinde mulighed for selvstyring. "Retten til at vælge" fødested og dermed muligheden for forskellige former for assistance italesættes i høj grad som den fødende kvindes ansvar.

**Det nye normale: medicinske fødsler**  
At styring til selv-styring og kvindernes egen 'indsats' er blevet stadigt mere centralt i løbet af de seneste 40 år, ses i den måde, som den overordnede målsætning i anbefalingerne formuleres på. Hvor der i 1976 blev lagt vægt på at forhindre patologiske tilstande hos mor og barn (Sundhedsstyrelsen 1976, s. 31), fremhæves det i 1985: "der [lægges] i endnu højere grad [...] vægt på, at fødslen (normalt) er en naturlig proces, at behandlingsindsatsen må tilpasses herefter, og at individuelle ønsker og behov hos den gravide [...] så vidt muligt imødekommes [...] Kvinderne skal [...] have størst mulig medindflydelse på fødselens tilrettelæggelse, herunder f.eks. brug af apparatur" (Sundhedsstyrelsen 1985, s. 36-37).

Italesættelsen af graviditet og fødsel som en naturlig livsproces findes også i dokumenterne fra 1998 og 2009/13. Det er således ikke længere blot forebyggelse af sygdom og død, men også styrkelsen af "individets egne ressourcer", der er i fokus for svangreindsatsen (Sundhedsstyrelsen 1998, s. 18). I samme periode ses en markant stigning i forskellige typer af medicinske indgreb i forbindelse med normale fødsler. Fx er der stigninger i anvendelsen af kejsersnit samt i brugen af epiduralblokkader, dvs. lokalbedøvelse anlagt i ryggen, i forbindelse med fødslen. I 2008 blev der anvendt epidural-bedøvelse i 20 % af fødslerne i Danmark (Sundhedsstyrelsen 2013, s. 155). Der sker ligeledes en kraftig vækst i anvendelsen af ve-stimulerende medicin. Ifølge officielle 2013-tal blev 45 % af førstegangsmødrene tilbudt ve-stimulerende medicin (Sundhedsstyrelsen 2013, s. 153). I 2012 blev et nationalt projekt lanceret

med ambitionen om at sænke antallet af børn med hjerneskade forårsaget af iltmangel under fødslen. Den væsentligste årsag til stigningen i antallet af børn født med iltmangel blev antaget at være brug af lægemidlet Syntocinon, der netop bruges til ve-stimulering (Barfoed m.fl. 2011). Projektet sigtede mod et fald fra 53 % og 55 % til 40 % i anvendelsen af Syntocinon på to deltagende fødesteder. Det lykkedes at reducere anvendelsen fra 46 % til 49 %. Det betyder, at der stadig forekommer medicinske indgreb i næsten halvdelen af alle fødsler. Undersøgelsen førte til en revision af anbefalingerne (Barfoed m.fl. 2011) og til fornyet debat blandt sundhedsprofessionelle om alternative (og billigere) lægemidler til ve-stimulation (Høj m.fl. 2013). I tillæg begyndte den officielle danske database for patient-sikkerhed at indsamle rapporter om utilsigtede konsekvenser i forbindelse med ve-fremmende interventioner (Kjeldset 2013). Sidst, men ikke mindst, blev en national retningslinje om indgreb i forbindelse med ve-svækkelse offentliggjort i 2014 (Sundhedsstyrelsen 2014).

Den øgede anvendelse af medicinske ve-fremmere illustrerer, hvordan skillelinjen mellem den normale og den patologiske fødsel ikke er en selvfølgelig eller prægiven størrelse, men derimod en grænse, der til stadighed forhandles, både på policy-niveau og i høj grad også i klinisk praksis. Eksemplet viser også, hvordan den teknologisk-medicinske udvikling forandrer og udfordrer de professionelle domæner, idet medicinske interventioner som fx brug af ve-fremmende medikamenter ikke længere er en praksis, der udelukkende varetages af læger, men i dag også af jordemødre.

# Danmark er – trods stigende medikalisering – verdenskendt for sin ikke-medikaliserede fødselskultur, på grund af sin høje andel af fødsler varetaget af jordemødre og sin lave frekvens af medicinsk indgriben.



## Diskussion: Optimerede fødsler?

Måske skal stigningen i medicinske interventioner, som allerede påpeget af Newnham (2014), ses i lyset af kvindernes ønsker og hermed som begyndelsen på en ny relation mellem sundhedspersonalet og den fødende kvinde? Vores analyse viser, hvordan gravide og fødende kvinder gennem de seneste 20 år i stigende grad italesættes som aktive brugere med retten til medbestemmelse og pligten til selv at bidrage aktivt til forløbet. I 1998 understreges det, at målet er at støtte og respektere enhver beslutning, kvinden kan tage. I 2013 synes kodeordene at være 'informerede beslutninger' (Sundhedsstyrelsen 2013, s. 16). Der synes ikke at være tvivl om, at en del af stigningen i medicinske interventioner bunder i, at kvinder efterspørger dem. Mest tydeligt er det i relation til stigningen af kejsersnit foretaget på baggrund af moderens ønske.

Samtidig er det måske alligevel ikke så enkelt, at kvinder 'bare' vil have flere indgreb. Fx vides det, at størstedelen af de andengangs fødende, der ønsker kejsersnit, begrundet dette valg med en dårlig oplevelse af første fødsel (Sundhedsstyrelsen 2013, s. 157). Der er med andre ord tale om kvinder, der i udgangspunktet valgte en normal fødsel, men som ikke ønsker at gentage denne. Et muligt perspektiv på den tilsyneladende stigning i antallet af dårlige fødsels erfaringer er forringelsen af vilkårene for den hospitaliserede fødsel, fx på grund af den fortsatte centralisering af fødesteder, barselsafdelinger, omkostningsreduktioner og fremskyndede fødsler. I dag føder flertallet af andengangsmødre ambulantly, og såfremt der ikke er komplikationer, udskrives man få timer efter, at barnet er født. Denne ændring af praksis foreskrives ikke af de gældende anbefalinger og guidelines, men skal ses i

sammenhæng med strukturreformen fra 2006, hvor antallet af små fødesteder blev reduceret til fordel for etablering af nogle meget store enheder, samt i den årlige 2 %-besparelse, som sundhedsvæsenet, i lighed med den øvrige offentlige sektor, har været underlagt det seneste årti. Resultatet har været en reduktion i antallet af fødesenge, og det er således ikke længere muligt at huse de fødende i de 12 timer, som en førstegangsfødsel i gennemsnit varer (Patienthåndbogen, n.d.). Den kapacitetsudbygning som i 70'erne skulle sikre, at alle fødsler kunne finde sted på hospitalet, er reelt rullet tilbage, dog uden at antallet af fødsler har fulgt trop. Sundhedsvæsenet blev for nyligt besluttet friholdt fra 2 %-besparelserne og fødselsområdet tilført ekstraordinære midler. Alligevel sætter de økonomiske besparelser stadig deres præg. Rigshospitalet lukkede i 2016 deres barselshotel, hvilket fik overlæge Morten

Hedegaard til at sige op i protest (Dagens Medicin 2016). Både læger og jordemødre pointerer det alarmende i de økonomiske besparelser ved at understrege, ikke blot de ringe (arbejds-)vilkår i forbindelse med selve fødslen, men også de problematiske vilkår for de kvinder, som ikke kan få den ikke-medicinske professionelle omsorg og støtte, som de har brug for. Den kan ikke vælges til, sådan som det – i hvert fald i nogen udstrækning – gælder de medicinske interventioner. Flere professionsforskere har peget på, at overgangen fra velfærdsstat til konkurrencestat fremskynder nye formål med velfærdens professioner. Jens-Erik Kristensen (2014, s. 179) peger eksempelvis på en ny statslogik i konkurrencestaten, hvor velfærdspolitikken forankres i et behov for økonomisk begrænsning. De vilkår, som læger og jordemødre og de fødende kvinder underlægges, kan netop anskues ud fra betragtningen om den økonomiske begrænsnings effekt på praksis og ikke mindst idealer for praksis. Den forandring i jordemoderens kerneydelser og tilstedeværelse under fødslen, som italesættes i anbefalingerne fra 2013, skal derfor også ses ud fra en særlig velfærds politisk kontekst, som prioriterer økonomisk begrænsning.

## Afsluttende bemærkninger

Artiklen viser, hvordan der gennem de seneste 40 år er blevet kæmpet om, hvilket professionelt domæne den normale graviditet og fødsel hører til. Med flytningen af fødslerne fra hjemmet og ind på hospitalet ses det, at det lægefaglige domæne dominerer fødselspraksissen langt mere end tidligere, mens jordemødrene har fået deres professionelle virke beskåret,

samtidig med at det er blevet omkalfatret, således at den i dag rummer langt flere medicinske interventioner. Artiklen udfolder det umiddelbart paradoksale i, at stigningen i medicinske interventioner forekommer på trods af en praksis med jordemoderassisterede fødsler. Artiklen viser, hvordan jordemødrenes professionelle position som 'ikke-medicinske' har forandret sig – måske ikke ideologisk, men i praksis. Dette betyder langtfra, at jordemødre omfavner alle medicinske interventioner, men professionen synes at have valgt en pragmatisk strategi (De Lichtenberg 2008), der sikrer, at graviditet og fødselspraksissen stadigvæk (også) er deres.

Kerneopgaven konstitueres aktuelt som information, og kvinder gives medbestemmelse gennem udøvelse af "informerede valg" baseret på evidens. Artiklen diskuterer desuden, hvordan disse informerede beslutninger til en vis udstrækning kan ses som medvirkende årsag til den stigning i forekomsten af medicinske interventioner i den normale fødsel, som har fundet sted. Artiklen viser, hvordan diskursen om fødsler som en risikobehæftet begivenhed har indtaget en hegemonisk position i løbet af de sidste 40 år. Samtidig peger vi på, at udviklingen ikke entydigt går i retning af en mere medicinsk praksis. Antallet af hjemmefødsler stiger i disse år – og det får kampen om fødestedet til atter at blusse op. Modsat tidligere går lægeprofessionen i dag ikke i brechen bevæbnet med medicinske argumenter. I stedet gribes til økonomiske argumenter. I dag har kvinderne imidlertid taget positionen på sig som subjekter, der tager aktive, informerede valg. De er ikke længere objekter, der 'handles på', men subjekter, som de pro-

fessionelle forhandler med. I hvert fald de mest ressourcestærke, for graviditet og fødsler er fortsat et område, hvor den sociale ulighed slår igennem (Lehn-Christiansen & Holen 2016).

## Kritik af egne problem-konstruktioner

Vi har i denne artikel fundet inspiration i Bacchis "What's the problem represented to be"-tilgang, som appellerer til, at man ikke blot udforsker politiske problematiseringer, men ligeledes udforsker sin egne problematiseringer (jf. analysespørgsmål nr. 7). Derfor vil vi afslutningsvis pege på, hvordan vores analyse i nogen grad kan læses som en problematisering af lægeprofessionen og -videnskabens rolle for konstruktionen af den "normale fødsel", mens problematiseringen af jordemødrenes rolle er mindre markant. Man kan hævde, at vi tegner et billede af to professionelle lejre, og at vi er blinde over for den tætte og langt mere nuancerede relation, der i praksis oftest er mellem de to faggrupper – sådan som det f.eks. fremhæves af en professionsforsker som Anne Edwards (2010). Man kan dermed kritisere os for at trække nogle lidt for fastlåste professionsforståelser ned over en praksis, der nødvendigvis er præget af nuancer og tværprofessionelt samarbejde mere end af sort/hvide kampe om 'den gode fødsel'. Professionsteoretisk kan kritikken formuleres således, at vi trækker mere på forståelser af professioner som kæmpende om professionelle domæner (Abbott 1988) end på nyere forståelser, der netop betoner, hvordan professioner skabes i et tæt samspil med organisatoriske dynamikker (Evetts 2011). Man kan også pege på, hvordan vores analyse i lighed med de policy-dokumenter, vi har analyseret, rummer



tavsheder. Tavsheder, som kalder på en videre udforskning af livets begyndelses politik. Én af disse tavsheder er hele det område, der ligger i den præ-natale screeningspraksis, der om noget er vokset i den periode, vi har undersøgt

– og som i øvrigt har fået sine helt egne policy-dokumenter (Sundhedsstyrelsen 2017). Der er for os at se ikke nogen tvivl om, at netop udviklingen af fosterdiagnostikken har haft stor betydning for, at det ikke kun er fødslen, men også

graviditeten, der er trukket ud af den erfaringsbaserede arena og ind på hospitalet, idet 98-99 % af alle gravide tager imod tilbuddet om screeninger (Barrett 2017). ♦

## REFERENCES

Abbott, A. (1988). *The system of professions : an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.

Bacchi, C. (2009). *Analysing Policy: What's the problem represented to be?* Pearson Australia: Frenchs Forest.

Bacchi, C. (2012). Why Study Problematizations? Making Politics Visible. *Open Journal of Politic Science*, 02, 1-8. <https://doi.org/10.4236/ojps.2012.21001>.

Bacchi, C. & Goodwin, S. (2016). *Poststructural Policy Analysis*. Palgrave Macmillan US: New York.

Barfoed, A., Smed, M.K., Nørrelund, A., Andersen, K.S. & Rom, A.L. (2011). Vækkelse om vesvækkelse. Om S-drop med omtanke. *Tidsskrift for Jordemødre*. Hentet fra <http://www.jordemoderforeningen.dk/tidsskrift-for-jordemoedre/singlevisning/artikel/vaekkelse-om-vesvaekkelse-om-s-drop-med-omtanke/>.

Barrett, B. (2017). Guidelines in action in prenatal screening : a study of organisational standardisation and clinical management of risk markers in routine first trimester screening i Denmark. Ph.d.-afhandling. *Folkesundhedsvidenskab*. København: Københavns Universitet.

Bryers & Teijlingen (2010) Risk, theory, social and medical models: A critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery* 26(2010), 488-496.

Dagens Medicin (2016). Morten Hedegaard efter opsigelse: Jeg har aldrig prøvet noget lignende – Dagens Medicin. Hentet fra <https://dagensmedicin.dk/morten-hedegaard-opsigelse-jeg-har-aldrig-proevet-lignende/>.

De Lichtenberg, V. (2008). Det jordemoderfaglige dilemma. *Tidsskrift for Jordemødre*. Hentet fra [www.jordemoderforeningen.dk/tidsskrift-for-jordemoedre/singlevisning/artikel/det-jordemoderfaglige-dilemma/](http://www.jordemoderforeningen.dk/tidsskrift-for-jordemoedre/singlevisning/artikel/det-jordemoderfaglige-dilemma/).

Edwards, A. (2010). *Being an expert professional practitioner the relational turn*. Springer: London.

Evetts, J. (2011). Sociological Analysis of Professionalism: Past, Present and Future. *Comp. Sociol.* 10, 1-37. Hentet fra <https://doi.org/10.1163/156913310X522633>

Hedegaard, A.-L. (2018). Hjemmefødsler dræner fødeafdelingerne. *Ugeskrift for Læger*. Hentet fra <http://ugeskriftet.dk/nyhed/hjemmefoedsler-draener-foedeafdelingerne>.

Helweg-Larsen, K. & Knudsen, L.B. (1985). En ændret fødselspolitik? *Politica* 17, 198-209. Hentet fra <https://tidsskrift.dk/politica/article/view/68704>.

Høj, L., Stehouwer, M., Helmig, R.B., Smed, M.K. & Weber, T. (2013). Misoprostol – et peroralt alternativ til Minprostin. *Tidsskrift for Jordemødre*. Hentet fra [www.jordemoderforeningen.dk/tidsskrift-for-jordemoedre/singlevisning/artikel/misoprostol-et-peroralt-alternativ-til-minprostin-1/](http://www.jordemoderforeningen.dk/tidsskrift-for-jordemoedre/singlevisning/artikel/misoprostol-et-peroralt-alternativ-til-minprostin-1/).

Johnson, C. (2008). The Political "Nature" of Pregnancy and Childbirth. *Canadian Journal of Political Science*, 41, 889-913.

Jomeen, J. (2012). The paradox of choice in maternity care. *Journal of Neonatal Nursing*, 18, 60-62.

Jordemoderforeningen (2002). Svangreomsorg: Jordemoderforeningens bud på de nye udfordringer.

Kjeldset, A.-M. (2014). Travlhed skal dokumenteres. *Tidsskrift for Jordemødre*. Hentet fra [www.jordemoderforeningen.dk/politik-organisation/politikker-og-undersoegelser/svangreomsorg-jordemoderforeningens-bud-paa-de-nye-udfordringer/](http://www.jordemoderforeningen.dk/politik-organisation/politikker-og-undersoegelser/svangreomsorg-jordemoderforeningens-bud-paa-de-nye-udfordringer/).

Kristensen, J.-E. (2014). Velfærdsprofessioner i konkurrencestaten: i lyset af velfærdspolitikens omkalfatring. I: Harrits, G.S. & Svith, F. (red.). *Professioner under pres: status, viden og styring* (s. 165-188). Aarhus: Via Systime.

Lehn-Christiansen, S. & Holen, M. (2016). Sammenfiltringer. Intersektionalitet som produktiv og udfordrende tilgang i undersøgelsen af ulighed i sundhed. I: Lehn-Christiansen, S., Liveng, A., Dybbroe, B., Holen, M., Thualagant, N., Aamann, I.C. & Nordenhof Larsen, B. (red.). *Ulighed i Sundhed : Nye Humanistiske Og Samfundsvidenskabelige Perspektiver*. Frydenlund Academic: København.

Newnham, E. (2014). Birth control: Power knowledge in the politics of birth. *Health Sociology Review: The Journal of the Health Section of the Australian Sociological Association*, 23, 254-268.

Odense Universitetshospital (2018). Hjemmefødsel – [www.ouh.dk](http://www.ouh.dk) [WWW Document]. URL [www.ouh.dk/wm229814](http://www.ouh.dk/wm229814) (accessed 11.21.18).

Patienthåndbogen (n.d). Fødsel – normal – Patienthåndbogen på sundhed.dk [WWW Document]. URL [www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/graviditet/sygdomme/foedsel/foedsel-normal/](http://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/graviditet/sygdomme/foedsel/foedsel-normal/) (accessed 11.22.18).

Pedersen, K.M. & Petersen, N.C. (2014). *Fremtidens hospital*. Munksgaard: København.

Rose, N (2001). The Politics of Life Itself. *Theory, Culture & Society*, 18(6), 1-30.

Sundhedsdatastyrelsen (2017). Antallet af hjemmefødsler er steget kraftigt. [https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/nyheder/2017/foedselsregistret-tal-2016\\_15092017](https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/nyheder/2017/foedselsregistret-tal-2016_15092017) (accessed 11.12.18).

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

Sundhedsstyrelsen (1985). Retningslinier for svangerskabshygiejne og fødselshjælp. Sundhedsstyrelsen: København.

Sundhedsstyrelsen (1998). Svangreomsorg. Retningslinier og redegørelse. Sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselsperiode. Sundhedsstyrelsen: København.

Sundhedsstyrelsen (2013). Anbefalinger for svangreomsorgen. Sundhedsstyrelsen: København.

Sundhedsstyrelsen (2014). National klinisk retningslinje: Forebyggelse og behandling af dystoci. Sundhedsstyrelsen: København.

Sundhedsstyrelsen (2017). Retningslinjer for fosterdiagnostik. Sundhedsstyrelsen: København.

Wagner, M. (2002). Fish can't see water: the need to humanize birth. *Midwifery Digest*, 12, Part 2 (2002): 213-220.

WHO (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Department of reproductive health & research. Geneva: Schweiz.

Wie, K.S. (n.d). fødsel (samfundsmedicinske aspekter) i Den Store Danske, Gyldendal. Hentet 19. december 2018 fra <http://denstoredanske.dk/index.php?sideId=81377>.

## SLUTNOTE

<sup>1</sup> Som det fremgår af tabel 1, har vi valgt at behandle anbefalingerne fra 2009 og 2013 som ét dokument. Dette skyldes, at de to dokumenter er identiske bortset fra enkelte ændringer i kapitel 15, som er uden relevans for vores analyse. Alle citater er fra 2013-udgaven.