

# [PARTOGRAMMET]

EN SELVFØLGELIGHED I PRAKSIS

Eksamensprojekt i jordemoderkundskab, Bachelorprojekt

7. semester december 2009

AF: SARA HAMILTON, LOUISE VESTERGAARD & MIE DE WOLFF

VEJLEDER: ANNETTE DALSGAARD VILAIN

ANTAL ANSLAG: 104.860

”Dette projekteksemplar er ikke rettet eller kommenteret af jordemoderuddannelsen,  
Professionshøjskolen Metropol”

## **Resumé**

I projektet analyseres partogrammet som en konstruktion, der bygger på en bestemt forståelse af fødselens progression. Med et STS-perspektiv argumenteres der for, at partogrammet kan ses som en standard, der påvirker den måde, jordmoderen agerer på under varetagelsen af den normale fødsel, fordi det foreskriver og ordner en del af hendes handlinger. Ved at bruge en standard, der vurderer den enkelte fødsel i forhold til en given referenceramme og en bestemt slags viden, argumenteres der for, at jordmoderens råderum og mulighed for at yde individuel omsorg indskrænkes.

# INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>1.0 PROBLEMSTILLING</b> .....	1
<b>2.0 PROBLEMFORMULERING</b> .....	5
2.1 Begrebsafklaring .....	5
<b>3.0 METODE</b> .....	7
3.1 Videnskabsteoretiske overvejelser.....	7
<b>Forforståelse</b> .....	7
<b>Konstruktivisme</b> .....	8
3.2 Science, Technology and Society Studies .....	8
3.3 Partogrammet som konstruktion.....	9
<b>Metodisk og analytisk ramme</b> .....	9
<b>Partogrammets konstruktionsproces</b> .....	9
<b>Udfordringer til partogrammet</b> .....	10
3.4 Jordemoderens råderum .....	10
<b>Standarder og klinisk praksis</b> .....	10
<b>Jordemoderskønnet</b> .....	11
<b>Relationen mellem jordemoder og fødende</b> .....	11
<b>Normalitetsbegrebet</b> .....	11
3.5 Søgestrategi.....	11
3.6 Afgrænsning .....	12
<b>4.0 PARTOGRAMMET SOM KONSTRUKTION</b> .....	13
4.1 Science, Technology and Society Studies .....	13
4.2 Konstruktionen af videnskabelig viden.....	13
4.3 Science in the making.....	15
<b>Friedmans statistiske gennemsnit</b> .....	15
<b>Fødselns faser og gennemsnitsværdier</b> .....	15
<b>Friedmans bidrag til partogrammets black boxe</b> .....	17
<b>Videreførelse af Friedmans resultater</b> .....	17
<b>Philpott og Castles bidrag til partogrammets black boxe</b> .....	18
<b>Partogrammet som ready made science</b> .....	19
4.4 Udfordringer til partogrammets black boxe .....	20
<b>Videre rammer for den normale fødsels progression</b> .....	20
<b>Forskellige forståelser af den normale fødsel</b> .....	21
<b>Diagnosen dystoci</b> .....	23
<b>Viden får autoritet</b> .....	25
<b>5.0 STANDARDER OG KLINISK PRAKSIS</b> .....	27
<b>The Gold Standard</b> .....	27
<b>Partogrammet som standard</b> .....	27

<b>God klinisk praksis</b> .....	28
<b>6.0 JORDEMODERENS RÅDERUM</b> .....	30
<b>Jordmoderskønnet</b> .....	30
<b>Jordmoderskønnet og partogrammet</b> .....	32
6.1 Relationen mellem jordmoderen og kvinden .....	33
<b>Den gode relation</b> .....	33
<b>Overgivelse-tilgængelighed</b> .....	34
<b>Tillid – formidling af tillid</b> .....	35
<b>Forskellighed – støtte det unikke</b> .....	36
<b>7.0 NORMALITETSBEGREBET</b> .....	38
<b>Normalitetsbegrebets flertydighed</b> .....	38
<b>8.0 DISKUSSION</b> .....	40
8.1 Metodediskussion .....	42
<b>9.0 KONKLUSION</b> .....	45

**Sara Hamilton** er ansvarlig for den del af projektet, der går fra 'Partogrammet som konstruktion' side 13 til og med 'Partogrammet som *ready made science*' side 20.

**Louise Vestergaard** er ansvarlig for den del af projektet, der går fra 'Forskellige forståelser af den normale fødsel' side 21 til og med 'Partogrammet som standard' side 28.

**Mie de Wolff** er ansvarlig for den del af projektet, der går fra 'Jordmoderskønnet og partogrammet' side 32 til og med 'Normalitetsbegrebets flertydighed' side 39.

# 1.0 PROBLEMSTILLING

Hos førstegangsfødende er dystoci den mest almindelige komplikation under fødslen, og diagnosen bruges som indikation for intervention med medicinsk vestimulation, der er det hyppigste indgreb under fødslen hos denne gruppe fødende (Kjærgaard 2009:16). Tal fra Sundhedsstyrelsen viser, at 45,3 procent af fødende i gruppe 1<sup>1</sup> får vestimulation under fødslen (Sundhedsstyrelsen 2007:5). At så mange fødende, som man i udgangspunktet kunne forvente ville få et ukompliceret fødselsforløb, får vestimulation, kan vække undren. Det rejser spørgsmålet om, hvad der forstås ved en normal fødsel, når næsten halvdelen af disse kvinder med en ukompliceret graviditet får brug for dette medicinske indgreb under fødslen.

Ifølge Etikkode for Jordemødre, der beskriver værdigrundlaget for jordemødres praksis, skal jordemødre *"(...) modvirke forhold, der kan virke forstyrrende eller hindrende for den gode fødsel, såsom unødvendige indgreb og udokumenterede rutiner"* (Jordemoderforeningen 1998:pkt.1). Derfor kan det anses som problematisk, at så mange i udgangspunktet normale fødende oplever vestimulation som et indgreb i deres fødsel. Ifølge Vejledning til Cirkulære om Jordemødres Virksomhedsområde kan jordemoderen selvstændigt varetage *"den spontane fødsel, som forløber uden komplikationer. Ved et ukompliceret forløb forstås her fødsel af ét barn til termin i baghovedpræsentation. Fødslen indsætter, forløber og afsluttes spontant uden brug af vefremmende medicin, hindsprængning, eller instrumentel forløsning (...)"* (Sundhedsstyrelsen 2001b: 2.2). Når knap halvdelen af de fødende, der må anses som i udgangspunktet værende normale, oplever vestimulation under fødslen, hvordan påvirker det så jordemoderens selvstændige råderum under fødslen?

I det hele taget er spørgsmålet om, hvad der kan anses som en normal fødsel, interessant. Når 45,3 procent af alle gruppe 1 fødende ifølge sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen 2007) får vestimulation under fødslen, er det så blevet en del af den normale fødsel? I litteraturen er der bred uenighed om, hvordan den normale fødsel defineres (Gould 2000). Nogle lægger vægt på, at det normale er det, der er det mest almindelige og gennemsnitlige, mens andre definerer det normale ud fra bestemte karakteristika (Wackerhausen 1999). Hvordan man definerer begrebet normalitet kan have stor betydning for, hvordan man forstår den normale fødsel.

---

<sup>1</sup> Gruppe 1 fødende: førstegangsfødende i spontan fødsel til termin med ét barn i hovedstilling (Sundhedsstyrelsen 2007).

Det øgede fokus på kvalitetsudvikling og kvalitetssikring i det danske sundhedsvæsen i form af Den Danske Kvalitetsmodel (IKAS 2009), der bygger på akkreditering og standardiseringer, har betydet, at der udvikles standarder og guidelines for de fleste områder i jordemoderens praksis. Med anvendelse af standarder er formålet at synliggøre, dokumentere og sikre kvaliteten i sundhedsvæsenet. Der foreligger således en overordnet standard for graviditet, fødsel og barsel, der skal opfyldes af alle danske fødeafdelinger, og i denne står der, at den forebyggende og sundhedsfremmende indsats til gravide; ”(...) foregår i henhold til klinisk, evidensbaseret praksis formuleret på baggrund af Anbefalinger for Svangreomsorgen og Guidelines fra Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) eller opdateringer deraf ”(IKAS 2009). Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for svangreomsorgen og DSOG er i den nye standard for graviditet, fødsel og barsel (IKAS 2009) således blevet udpeget til at udstikke grundlaget for kvalitetssikring på fødestederne, idet deres anbefalinger skal danne udgangspunkt for praksis. Dette skal gøres ud fra en evidensbaseret og opdateret praksis (ibid.). Man kan derfor forvente, at disse organer bygger deres anbefalinger og guidelines på den nyeste og mest veldokumenterede evidens, der findes inden for det givne område.

Både Sundhedsstyrelsens nye Anbefalinger for svangreomsorgen og DSOG anbefaler brugen af partogram til vurdering af progression under fødslen (Sundhedsstyrelsen 2009:153; DSOG 1999). Det kan derfor forventes, at brugen af partogram er udbredt til vurdering af progression på de danske fødeafdelinger. Efter henvendelse til alle landets fødesteder fremgår det, at stort set alle disse anvender partogram i den daglige praksis (bilag 1). På de fleste fødesteder i Danmark anvendes partogrammet således rutinemæssigt. Det er dog forskelligt fra fødested til fødested og fra jordemoder til jordemoder, hvordan partogrammet helt konkret anvendes i praksis. Men på baggrund af dets udbredelse, kan man antage, at partogrammet fremstår som en selvfølgelig del af praksis.

Partogrammet indeholder som ofte en struktureret grafisk repræsentation af fødselens progression, der viser orificiums dilatation og nedtrængning af ledende fosterdel i forhold til tid. Ofte er der på partogrammet også plads til at udfylde andre observationer, så som antal veer, fostrets hjertelyd og medicin mv. (Enkin 2000:286). Selvom de enkelte fødesteders partogrammer på visse punkter kan afvige fra hinanden, er det helt centrale omdrejningspunkt på dem alle orificiums dilatation over tid

som parameter til vurdering af fødsels progression<sup>2</sup>. Til trods for disse forskelle er partogrammet et centralt dokument og klinisk værktøj i jordemoderens arbejde med vurderingen af fødsels progression.

Guidelines og standarder er værktøjer, der i praksis kan være en hjælp til at sikre en god behandling og gøre processer overskuelige (Timmermans og Berg 2003). Partogrammet kan betragtes som et standardiseret værktøj, som klinikerne kan anvende i praksis. Der er beskrevet fordele ved partogrammet, idet det hjælper klinikerne til med et enkelt blik at danne sig et overblik over fødsels progression, men på den anden side kan ”(...) *too much reliance on partograms, and especially on strict protocols of action related to partogram patterns, (...) be an agent for regimenting labour rather than caring for the woman in labour* ”(Enkin 2000:286).

Længden af den normale fødsel har i adskillige studier vist stor grad af variation (Walsh 2000:449), og derfor er det tankevækkende, at alle fødsler vurderes i forhold til et partogram og forventes at skulle progrediere i forhold til en gennemsnitsværdi. DSOG definerer den normale fødsels progression som minimum en halv centimeter i timen (DSOG 1999), hvilket danner grundlag for retningslinjer på de fleste fødesteder (fx Hvidovre Hospital 2008; Rigshospitalet 2009). På nogle af landets fødesteder sættes grænsen dog ved en minimumsprogression på én centimeter i timen, bl.a. på Gentofte Hospital, hvor fødende kan vælge en 'Aktiv Ledet Fødsel', hvor progressionen forventes at være minimum 1 cm i timen (Gentofte Hospital 2009). Disse forskelle til trods er partogrammet med til at sætte en norm for progression i fødslen og for indholdet af observationer, som jordemoderen skal gøre sig i forhold til progressionen for at afgøre, om den er normal eller ej.

Ved at prioritere specifikke informationer om fødsels progression i partogrammet frem for andre, kan man overveje om jordemoderen i arbejdet med den enkelte kvinde og fødsel også kan leve op til Sundhedsstyrelsens formål og Etikkode for jordemødres foreskrift om en individuelt tilpasset omsorg med udgangspunkt i den enkelte kvinde og hendes behov (Sundhedsstyrelsen 2009:3; Jordemoderforeningen 1998:pkt.2). I den daglige praksis på landets fødeafdelinger betyder arbejdet med standarder og guidelines meget for mødet mellem jordemoderen og den enkelte gravide. Jordemoderen skal både møde kvindens ønsker og krav samt leve op til fødestedets guidelines. Selvom retningslinjer ikke er juridisk bindende, er de normsættende og fagligt styrende for arbejdet på afdelingen (Bøttcher 2008).

---

<sup>2</sup> Dette har vi vurderet på baggrund af en sammenligning af de 26 indsamlede partogrammer fra landets fødesteder (bilag 1).

Hvordan interagerer den jordemoderfaglige omsorg, der skal tilpasses den individuelle kvinde, med fødestedernes standarder for fødslen? Når næsten halvdelen af de i udgangspunktet normale fødsler ender med vestimulation (Sundhedsstyrelsen 2007:5), befinder jordemoderen sig i et grænseland, hvor det før normale og ukomplicerede, der hører under hendes selvstændige virksomhedsområde, bevæger sig over i en kategori, hvor jordemoderen ikke kan handle selvstændigt. Er kliniske redskaber som partogrammet på den måde med til at indsnævre jordemoderens selvstændige arbejdsområde, og hvilke konsekvenser kan det tænkes at have for de fødende?

DSOG og Sundhedsstyrelsen er som sagt de retningsangivende organer inden for svangreomsorgen, og skal basere deres anbefalinger på den nyeste, evidensbaserede viden (IKAS 2009). En nyere systematisk oversigtsartikel fra The Cochrane Library, der undersøger brugen af partogram, konkluderer, at der ikke er god evidens for at anbefale brugen af partogram under normale fødsler (Lavender 2008:1,7). Dette er endnu en grund til at sætte spørgsmålstegn ved, om standardiseret brug af partogram gavner den normale fødsel og jordemoderens håndtering af denne. I undersøgelsen påpeges det dog, at partogrammet kan have sin plads i mindre udviklede landes svangreomsorg, hvor det er vigtigt at have nogle fastsatte tidsrammer for, hvornår man skal overflytte potentielt komplicerede fødsler til større hospitaler med muligheder for indgreb (ibid:7). Dette er dog ikke kriterier, der er nødvendige at overveje i Danmark, hvor 99 procent af alle kvinder føder på en specialafdeling, hvor intervention kan ske inden for kort tid (Sundhedsstyrelsen 2009:19).

I dette projekt sættes der fokus på, hvordan standardiseringer af fødselens progression influerer den jordemoderfaglige praksis. I særlig grad sættes fokus på, hvordan dette kommer til udtryk i partogrammet, og hvordan partogrammet kan have indvirkning på jordemoderens praksis. Dette er fra et jordemoderfagligt synspunkt interessant at undersøge, da denne standardisering kan få indvirkning på, hvordan fødslerne kan håndteres af jordemoderen og i sidste ende, hvordan de opleves af kvinderne, der er centrale for jordemoderens omsorg og arbejde.



## 2.0 PROBLEMFORMULERING

For at kunne undersøge den mulige konflikt, der kan være for jordmoderen i på den ene side at skulle bruge et partogram, der foreskriver en bestemt progression under den normale fødsel, og på den anden side at skulle kunne yde en individuelt tilpasset omsorg for den fødende, vælger vi i denne opgave at analysere konstruktionen af partogrammet. Derigennem undersøges det, hvilke konsekvenser denne konstruktion og forståelse af fødsels progression kan have for jordmoderens råderum og relationen til kvinden under den normale fødsel. Dette leder til følgende problemformulering:

*Hvordan påvirker partogrammet jordmoderens råderum under den normale fødsel?*

### 2.1 Begrebsafklaring

**Jordmoderens råderum:** Råderum defineres overordnet som det at have ”*mulighed for at udfolde sig, både fysisk og psykisk*” (Høvring 1999:1012). Jordmoderens råderum defineres primært af lovgrundlaget (Sundhedsstyrelsen 2001a, 2001b), Anbefalinger for svangreomsorgen (Sundhedsstyrelsen 2009) og lokale retningslinjer på det enkelte fødested. Inden for dette råderum kan jordmoderen selvstændigt varetage den ukomplicerede fødsel, som den er beskrevet i Vejledning om jordemødres virksomhedsområde (Sundhedsstyrelsen 2001b). Jordmoderen skal kunne skønne, hvornår et fødselsforløb ikke længere er normalt, og det derfor er nødvendigt at tilkalde læge (Sundhedsstyrelsen 2001a:§ 7). Råderummet omfattes i en vis grad også af Etikkode for jordemødre, hvor der står, at ”*jordemoderfaglig omsorg tager udgangspunkt i den enkelte kvinde og hendes individuelle ønsker og behov (...)*” (Jordemoderforeningen 1998:pkt.2). Her påpeges vigtigheden af jordmoderens mulighed for at kunne yde en individualiseret omsorg.

**Normal fødsel:** Inden for fødselsområdet er der ikke konsensus om, hvad der forstås ved en normal fødsel (Gould 2000:420). I den internationale litteratur og i daglig tale bruges ordet 'normal fødsel' ofte om den ukomplicerede fødsel. Når der i dette projekt refereres til den normale fødsel, forstås herved den ukomplicerede fødsel, som den er defineret i Vejledning om jordemødres virksomhedsområde: ”*fødsel af ét barn til termin i bagehovedpræsentation. Fødslen indsætter, forløber og afsluttes spontant uden brug af vefremmende medicin, hindesprængning, eller*

*instrumentel forløsning*” (Sundhedsstyrelsen 2001b:2.2). I projektet er problematikken omkring definitionen af den normale fødsel et vigtigt omdrejningspunkt.

## 3.0 METODE

Projektet har en konstruktivistisk tilgang til besvarelsen af problemformuleringen. Partogrammet anskues som en konstruktion, og der foretages en analyse af dets indflydelse på jordemoderens råderum under den normale fødsel. Der er i projektet ikke en traditionel adskillelse mellem teori og empiri, da den anvendte teori indgår i flere lag til at afdække konstruktionsprocessen og dennes indvirkning på jordemoderens råderum.

Det fremgår af indholdsfortegnelsen, hvem der har skrevet hvilke afsnit af projektet.

## 3.1 Videnskabsteoretiske overvejelser

### Forforståelse

I udgangspunktet har vi i dette projekt en kritisk forforståelse<sup>3</sup>, eftersom det var en undren over den høje frekvens af S-drop hos lavrisiko førstegangsfødende, der i udgangspunktet skabte vores interesse for at undersøge viden om den normale fødsels progression og partogrammets påvirkning af jordemoderens råderum. I forbindelse med vores undren over den høje S-dropfrekvens funderede vi således over, om nogle af disse indgreb med vestimulation kunne betragtes som værende unødvendige. Vi har som jordemødre en etisk forpligtigelse til at holde fødslen så ukompliceret som muligt og ikke gøre unødvendige indgreb (Jordemoderforeningen 1998:pkt.1). Vi har endvidere en forforståelse om, at samspillet mellem jordemoderen og kvinden har en betydning for, om kvinden får en god fødselsoplevelse. Derfor finder vi det interessant at undersøge, hvordan brugen af partogram kan påvirke denne relation og jordemoderens råderum i forhold til kvinden. Vi har derfor ikke en neutral indgang til dette projekts problemstilling, men vi har gennem refleksion forsøgt at gøre os disse forforståelser bevidste.

I projektet forholder vi os til, hvordan partogrammet i sig selv påvirker jordemoderens råderum, og i den sammenhæng er vi opmærksomme på, at dette er en forsimpning af en langt mere kompleks

---

<sup>3</sup> Forforståelser kan betragtes som en uafværgelig del af forskerens forståelse af sit felt. Dette gælder helt fra udvælgelse af problemfelt, valg af teori og frem til tolkning af resultater. Det er derfor væsentligt, at forskeren gør sig sine forforståelser klare for dermed at styrke muligheden for at opnå ny viden og indsigt (Severinsen 2005:172).

praksis. Partogrammet står ikke alene i vurderingen af fødslen, men er dog et hyppigt anvendt redskab i jordemoderens praksis.

## **Konstruktivisme**

Dokumenter som fx procedurer og standarder inden for sundhedsområdet kan betragtes som værende udtryk for 'sand viden' eller selvfølgeligheder, der ikke kan stilles spørgsmålstegn ved (Timmermans & Berg 2003:3,27). Men med konstruktivismen<sup>4</sup> kan man se sådanne selvfølgeligheder som værende konstruerede eller frembragt igennem menneskers tænkning og sociale processer, og som det derfor giver mening stadig at reflektere over og diskutere (Collin 2003:11). I et konstruktivistisk udgangspunkt mener man således ikke at kunne beskrive en sand viden eller en sand virkelighed, der 'findes derude et sted', som det er udgangspunktet i den naturvidenskabelige, positivistiske videnskab (Simonsen 2005:227-8), men man er snarere opmærksom på, at virkeligheden opstår ud fra vores beskrivelse af den (Collin 2003:12-3). Med den antagelse giver det mening at betragte partogrammet og dets vidensgrundlag som værende konstrueret og dermed også som en genstand for diskussion og refleksion. Projektets videnskabsteoretiske afsæt kan derfor betegnes som værende konstruktivistisk.

## **3.2 Science, Technology and Society Studies**

Som analytisk perspektiv anvendes Science, Technology and Society studies (STS), der kan anses som en variant af konstruktivismen (Jensen et al. 2007:17). STS-perspektivet anvendes til at anskueliggøre, at forståelser af videnskab og teknologi er tæt forbundet til praksis. Dette åbner op for analyser, der ikke forudsætter mennesker som de eneste eller de centrale aktører. Derimod udforskes, hvordan ikke-menneskelige aktører påvirker menneskers handling og omvendt (ibid:10). Som en overordnet introduktion til STS anvendes Jensen, Lauritsen og Olesens *Introduktion til STS* (Jensen et al 2007), da de giver en bred indføring til feltet og derved danner god baggrund for en forståelse af STS-området. Videre inddrages en af de centrale tænkere inden for STS, den franske filosof og sociolog Bruno Latours *Science in Action* (Latour 1987), idet hans begreber om konstruktionen af videnskabelig viden er anvendelige i analysen af partogrammet.

---

<sup>4</sup> Konstruktivismen er positioneret i den samfunds- og humanvidenskabelige tradition (Collin 2003:11).

### 3.3 Partogrammet som konstruktion

Selve empirien i projektet er partogrammet set som en konstruktion<sup>5</sup>. Vi analyserer derfor ikke selve det fysiske partogram, men i stedet den konstruktion vi antager partogrammet for at være. Den måde, partogrammet er konstrueret på, mener vi får indflydelse på jordemoderens råderum.

#### Metodisk og analytisk ramme

Til at undersøge partogrammet som konstruktion anvendes udvalgte begreber fra Latours bog *Science in Action* (Latour 1987), der beskriver, hvordan man skal studere videnskab. Latour påpeger, at videnskabelig viden er en konstruktion, og man skal se på tilblivelsesprocessen af denne viden, som senere bliver til fakta i videnskabelige dokumenter. Tilblivelsesprocessen kalder Latour for *science in the making*. Den færdige tekst kalder han for *ready made science* (ibid:kap.1). I dette projekt argumenterer vi for, at partogrammet som konstruktion kan ses som en sådan *ready made science*, og at det derfor er tilblivelsesprocessen, *science in the making*, vi må analysere for at forstå den viden, der ligger i partogrammet. Denne viden er blevet en selvfølgelighed, som kan anses som videnskabelige fakta. Den er blevet til det, Latour kalder en *black box* (ibid:4). Ifølge Latour skal disse *black boxe* lukkes op for at kunne undersøge den viden, de indeholder. De åbnes ved at se på tilblivelsesprocessen af den videnskabelige tekst, men også ved at se på ny viden, der udfordrer den eksisterende.

I projektet fungerer Latours begreber således både som teori og som metode, da vi redegør for og anvender hans teoretiske begreber om konstruktionen af videnskabelig viden, men samtidig bruger disse som metodisk greb til at kunne forstå partogrammets konstruktionsproces.

#### Partogrammets konstruktionsproces

Til at analysere partogrammets tilblivelsesproces, *science in the making*, inddrages studier, der har været centrale for konstruktionen af partogrammet. Først inddrages obstetrikeren Emmanuel Friedmans *Primigravid labor* (Friedman 1955), da han var den første til at lave en grafisk afbildning af fødslen baseret på orificiums dilatation over tid. Derefter inddrages obstetrikeren R.H. Philpotts *Graphic Records in labour* (Philpott 1972), som suppleres med uddybende oplysninger fra Philpott og W.M. Castles studie *Cervicographs in management of labour in primigravidae I* (Philpott & Castle 1972). De ovennævnte forfattere er medtaget, fordi deres studier har haft stor indflydelse på

---

<sup>5</sup> Normalt defineres empiri i opgaver som tekster, observationer, data eller cases (Rienecker & Jørgensen 2005:292).

konstruktionen af partogrammet og stadig bredt refereres til i litteraturen omkring fødsels længde og progression (bl.a. i Albers 1999; Kjærgaard 2007; DSOG 1999).

### **Udfordringer til partogrammet**

For at undersøge den viden, der udfordrer *black boxene* i partogrammet, inddrages nyere forskning, der udfordrer den viden, partogrammet indeholder. Disse er den amerikanske jordemoder og professor Leah Albers' studie *The duration of labor in healthy women* (Albers 1999) og den danske jordemoder og ph.d. Hanne Kjærgaards afhandling *Dystocia in nulliparous women* (Kjærgaard 2007).

Albers' studie er medtaget, da det er et omfattende studie, der har til formål at undersøge den normale fødsels længde. Det er relevant, fordi hun i studiet direkte udfordrer de resultater, Friedman kom frem til. Kjærgaards afhandling inddrages, fordi det er et stort dansk studie, der omhandler dystocidiagnosen hos gruppe 1 fødende. Dystocidiagnosen er interessant at tage op, fordi det er den, som partogrammet er med til at vurdere. Vi gør i denne kontekst ikke konkret rede for de enkelte forskningsartikler, der ligger til grund for ph.d.-afhandlingen, men forholder os overordnet til Kjærgaards præsentation af sine samlede resultater.

## **3.4 Jordemoderens råderum**

### **Standarder og klinisk praksis**

Partogrammet kan med et STS-perspektiv ses som en aktør i fødselsrummet, der har indflydelse på jordemoderens praksis. Professor i sociologi Stefan Timmermans og professor i socialmedicin Marc Berg beskriver i bogen *The Gold Standard* (Timmermans & Berg 2003) ud fra et STS-perspektiv, hvordan kliniske standarder har indflydelse på sundhedsprofessionelles arbejde. Deres sigte er ikke at være for eller imod standardiseringer, men snarere at fremstille hvordan de øver indflydelse på praksis (ibid:21). Deres teoretiske perspektiv anvendes til at analysere partogrammet som en standard, der øver indflydelse på jordemoderens handlinger og råderum under fødslen, og til at anskueliggøre, hvorledes partogrammet kan anses som en aktør i samspelet mellem jordemoder og kvinde.

## **Jordmoderskønnet**

Hvordan jordmoderens råderum influeres og påvirkes af partogrammet som standard, undersøges nærmere ved at inddrage professor og jordemoder Gundhild Sandviks bog *Moderskap og fødselsarbeid* (Sandvik 1997). Her beskriver Sandvik begrebet *jordmorskjønnet*, som hun mener, er selve kernen i den jordemoderfaglige kundskab, som giver mulighed for individualiseret omsorg (ibid:75). Vi anvender begrebet til at indkredse, hvad der er unikt i det, jordmoderen har at tilbyde kvinden under fødslen og til at kunne vise, at der i partogrammet ikke indeholdes alle de vidensformer, jordmoderen gør brug af i sit skøn. Dette kan vise sig at have konsekvenser for jordmoderens råderum.

## **Relationen mellem jordemoder og fødende**

For at undersøge, hvordan denne relation påvirkes, når jordmoderen anvender partogram, inddrages teoretiske perspektiver fra jordemoder og ph.d. Marie Berg og jordemoder og ph.d. Ingela Lundgren. I *Central concepts in the midwife-woman relationship* (Lundgren & Berg 2007) opstilles centrale koncepter, som er vigtige for en god relation. Disse koncepter bidrager med teoretiske begreber til at kunne analysere de centrale essenser af den gode relation mellem jordemoder og kvinde og dennes vigtighed for kvindens mulighed for at få en god fødselsoplevelse.

## **Normalitetsbegrebet**

Jordmoderens selvstændige varetagelse af fødslen udspiller sig indenfor rammerne af den normale fødsel. Partogrammet er med til at sætte rammerne for, hvornår en fødsel har varet for længe og dermed ikke længere kan betegnes som normal. For at skabe et teoretisk afsæt for en analyse af normalitetsbegrebet, inddrages filosofen Steen Wackerhausens artikel *What is natural?* (Wackerhausen 1999), der argumenterer for, at begrebet normalitet er flertydigt.

## **3.5 Søgestrategi**

Med henblik på at finde relevant litteratur til at besvare problemformuleringen har vi foretaget en litteratursøgning på databaserne PubMed, PsycInfo og CINAHL på søgeordene: *partogram, standard, normal labor, duration of labour, cervical dilatation, time, active phase, 1st stage, midwifery care, dystocia* m.fl. samt kombinationer af disse. Endvidere har vi søgt på Jordmoderskolens Biblioteks database og KUB, bl.a. på søgeordene: *konstruktivisme, STS,*

*partogram, råderum, jordemoderfagligt skøn, omsorg* mv. Desuden er der foretaget kædesøgning i den anvendte litteratur samt på de nævnte søgebaser (se bilag 2).

### **3.6 Afgrænsning**

Vi har i projektet foretaget en række metodiske valg og fravalg. Projektet omhandler kun gruppe 1 fødende, da det er en undren over den høje frekvens af vestimulation hos netop disse fødende, der ligger til grund for projektets problemstilling. Endvidere inddrages kun den aktive del af udvidelsesfasen; nedtrængnings- og pressefasen medtages således ikke, da det specifikt er udvidelsesfasen, der er centralt i partogrammet.

Vi har fravalgt at fortage en direkte og tekstnær analyse af de indsamlede partogrammer fra landets fødeafdelinger. Vi mener i stedet, at vi ved at se på konstruktionsprocessen og dermed afdække de selvfølgeligheder, der er opstået om fødselens normale længde og progression, bedre kan analysere og diskutere partogrammet og det videnskabelige grundlag, der ligger til grund for vurderingen af fødselens progression. Vi har valgt et teoretisk perspektiv til at undersøge problemformuleringen, frem for selv at indsamle kvalitative data fx gennem observation eller interviews. Vi er klar over, at den anden metode kunne have givet et andet perspektiv eller et mere nuanceret svar på problemformuleringen.



## 4.0 PARTOGRAMMET SOM KONSTRUKTION

### 4.1 Science, Technology and Society Studies

Overordnet set udgør Science, Technology and Society Studies (STS) en lang række forskelligartede og tværfaglige tilgange, der har en fælles interesse for at studere videnskab, teknologi og samfund (Jensen et al 2007:7). I STS lægges vægt på, at ikke kun mennesker, men også genstande kan agere, samt at mening skabes i den gensidige påvirkning mellem mennesker og ikke-mennesker (ibid:10). Ud fra dette perspektiv ser vi partogrammet som en sådan ikke-menneskelig aktør, der indgår i praksis mellem jordemoderen og den fødende. Desuden kritiserer STS den udbredte vægtning af teori på bekostning af praksis. STS ses også som en kritik af traditionelle videnskabsidealer funderet i positivismen (ibid:10,66). Positivismen bygger grundlæggende på den opfattelse, at virkeligheden er en sand størrelse, der med en objektiv videnskab kan beskrives, registreres og måles (Kemp 2005:137). Det er derimod en grundlæggende ambition i STS at undersøge konstruktionen af kategorier som videnskab. Frem for at tage disse kategorier for givet på forhånd undersøges det, hvordan kategorierne skabes som et produkt af processer og relationer mellem mennesker og teknologi (Jensen et al 2007:11).

### 4.2 Konstruktionen af videnskabelig viden

Latour<sup>6</sup> beskæftiger sig inden for STS-feltet med tilblivelsesprocesser af videnskabelige fakta. Ifølge Latour er kendsgerninger en form for 'konstrueret orden', hvis konstruktionsproces efterfølgende bliver 'usynlig'. Latour beskriver, hvordan videnskaben har en tosidighed, et *Janus-ansigt*, der på den ene side består af *science in the making* og på den anden side af *ready made science* (Latour 1987:4). Disse begreber vil danne rammen for analysen af partogrammet som konstruktion. I det følgende redegøres således nærmere for Latours begreber og for den måde, vi har valgt at bruge dem på i forhold til partogrammet.

For at forstå videnskabelig viden, må man ifølge Latour vurdere dens tilblivelsesproces, som han kalder *science in the making* (Latour 1987:4). Processen, hvor fakta skabes, er ikke en ordnet proces, men ses som en konstruktion mellem praksis og teori, mennesker og objekter. Denne proces er fuld

---

<sup>6</sup> Latours vigtigste bidrag til STS fremhæves ofte som værende *Aktør-Netværkteori* (ANT) (Jensen et al. 2007:71; Clausen 2003:10). Projektet forholder sig ikke til ANT, men i stedet anvendes udvalgte begreber fra Latour.

af modsætninger, åbne spørgsmål og kontroverser, som er fraværende i den endelige tekst (Latour 1987:15). Den færdige videnskabelige tekst, som Latour kalder *ready made science*, består af en række videnskabelige påstande, hvis indhold er blevet selvfølgeligt og uden for diskussion; såkaldte *black boxe* (ibid:4). Latour anvender begrebet *black box*<sup>7</sup> om den viden, hvis oprindelige kompleksitet er blevet usynlig. Indholdet i *black boxen* er blevet så selvfølgeligt, at der ikke stilles spørgsmål ved dens opståen, indhold eller virkninger (ibid:82-3). Latour siger om tilblivelsen af en *black box*, at ”det gælder om at etablere noget, som er så stabilt, at modtagerne accepterer det og bærer det videre i stedet for at pille det fra hinanden – en såkaldt *black box*” (Latour i Blok og Jensen 2009:61). Eventuelle komplikationer i *black boxen* diskuteres ikke, og synspunkter bliver til solide kendsgerninger (Jensen et al. 2007:87). Selvom en *black box* er et konstrueret fænomen, og *black boxen* ikke er permanent tillukket, fremstår den dog sådan i praksis, hvis dens indhold er accepteret af de mest indflydelsesrige aktører i dens netværk (ibid:83). Ifølge Latour fremstår *ready made science* som videnskabelige tekster og artikler. En videnskabelig tekst kan forstås som et produkt, der bliver skabt i den videnskabelige arbejdsproces (Clausen 2003:13). Vi anser i tråd med dette perspektiv partogrammet som en videnskabelig tekst, *ready made science*, hvis tilblivelsesproces er blevet usynlig.

En central metoderegulering i studiet af videnskab er ifølge Latour: “*We study science in action and not ready made science or technology; to do so, we either arrive before the facts are black boxed or we follow the controversies that reopen them*” (Latour 1987:258). Derfor vil vi først undersøge relevante aspekter af tilblivelsesprocessen, *science in the making*, og konstruktionen bag partogrammet, før viden omkring fødsels progression ’blev lukket inde i’ *black boxe* og blev til *ready made science*. Derefter undersøges det, der stiller spørgsmålstejn ved denne *ready made science* og derved i Latours terminologi forsøger at genåbne *black boxene*. Dette gøres ved at inddrage aktuelle undersøgelser, der udfordrer den viden, der indeholdes i partogrammet. I det følgende afsnit analyseres først de centrale studier, der har haft betydning for partogrammet tilblivelsesproces.

---

<sup>7</sup>Ordet *black box* stammer fra kybernetikken, hvor et maskineris kompleksitet aftegnes i en sort boks, en *black box*, hvorom man ikke behøver vide andet end dets input og output (Latour 1987:2-3).

## 4.3 Science in the making

### Friedmans statistiske gennemsnit

Friedman var den første i moderne obstetrik, der satte sig for at måle længden af fødslen og dernæst skabe en grafisk afbildning af den. Hans forskning danner en del af baggrunden for den senere konstruktion af partogrammet, som vi kender det i dag. Friedmans studie *Primigravid Labor* (Friedman 1955) kan således betragtes som en del af *science in the making*. I studiet fremstiller Friedman grafer over orificiums dilatation pr. time<sup>8</sup>. Han beskriver studiets formål således: “An attempt will be made to define the limits of normal primiparous labor on the basis of statistical deviations from the cervical-dilatation-time curve, in its various phases” (ibid:568). Friedman mener at have fundet en grafisk statistisk metode, der kan bruges til at skelne normal progression fra unormal progression ved at fastlægge de statistiske grænser for den normale fødsels progression (ibid:587). Undersøgelsens design er et beskrivende tværsnitsstudie af 622 førstegangsfødende på et hospital i USA. Af disse inkluderedes 500, og 122 kvinder blev ekskluderet, fordi de ankom for sent i fødsel, og det derfor ikke var muligt at lave hele kurver over deres forløb. Af de inkluderede kvinder fødte 40,4 % spontant, 55 % blev forløst med tang, og 1,8 % fik sectio. 13,8 % modtog vestimulation. 2,8 % af fødslerne var sædefødsler og 0,86 % var flerfoldsfødsler (ibid:568). I det følgende behandles centrale resultater fra Friedmans studie med fokus på det, der får betydning for partogrammets konstruktion.

### Fødselens faser og gennemsnitsværdier

Friedman inddeler fødslen i faser, og for hver af disse udregnes en gennemsnitlig længde og progressionshastighed. Faserne kommer han frem til ved at se på alle kurverne over orificiums dilatation og herud fra lave en gennemsnitlig model. Friedman inddeler fødslen således, at latensfasen begynder ved opstarten af regelmæssige kontraktioner og slutter ved overgangen til aktiv fase. Den aktive fase indtræder, når progressionen går hurtigere, og kurven på grafen derfor bliver mere stejl (Friedman 1955:569-70). På baggrund af den indtegnede graf af fødselens progression, inddeles den aktive fase yderligere i tre underfaser: accelerationsfasen, fasen med maksimal hældning og decelerationsfasen. Tilsammen udgør disse tre underfaser i den aktive fase den S-formede kurve på grafen, som Friedman betegner *'The Sigmoid-curve'* (ibid:570).

---

<sup>8</sup> I engelsk sprogbrug tales om 'dilatation of cervix', mens vi i dansk sprogbrug bruger betegnelsen orificiums dilatation. Vi benytter betegnelsen orificiums dilatation, på nær når der er tale om tekstcitater.

Ud fra beregninger af gennemsnitsværdier for de enkelte faser kommer Friedman frem til, at den minimale gennemsnitshastighed for fasen med maksimal hældning er 1,2 cm i timen, samt at den maksimale varighed af hele fødselens aktive fase er 11,7 timer, hvis den skal vurderes som værende indenfor normalområdet (Friedman 1955:571). Disse normalværdier kommer han frem til ved at lave et gennemsnit og indregne to standardafvigelser<sup>9</sup>. Desuden kommer Friedman frem til, at gennemsnitslængden af fødselens aktive fase er på 4,9 timer (ibid:570). Antagelsen om, at den aktive fødsels varighed og progression kan betegnes som normal eller unormal ud fra dens varighed, er en central pointe hos Friedman, der bidrager til tilblivelsesprocessen af partogrammet.

Kvaliteten af Friedmans studie kan anfægtes på flere punkter. Hans inklusionskriterier kan kritiseres for at skævvride resultaterne, når man taler om den normale fødsel, fordi der i studiet er inkluderet kvinder med meget forskellige obstetriske udgangspunkter. Både flerfoldsfødsler, UK-præsentationer og forskellige indgreb som vestimulation og tangforløsning er inkluderet. Friedman mener dog, at han beskriver en normal population, da de inkluderede kvinder er et tværsnit af de førstegangsfødende, der var på det hospital, hvor undersøgelsen fandt sted (Friedman 1955:569). Et metodisk problem med at anvende et tværsnit som grundlag for sine resultater er, at resultaterne er svære at generalisere til andre populationer, der ikke nødvendigvis har de samme karakteristika. Dette mindsker studiets eksterne validitet<sup>10</sup> (Wulff & Gøtzsche 2006:249). Friedmans eneste inklusionskriterium er, at kvinderne skulle være førstegangsfødende. Friedman fremhæver dog, at eksklusionen af de kvinder, der var for langt i fødsel, kan betyde, at hans gennemsnit for fødselens længde kan være kortere, end hans resultater viser<sup>11</sup> (Friedman 1955:568). Der er desuden tale om en relativt lille undersøgelsespopulation på 500 kvinder og generelt kan man sige, at resultater bliver mere valide, hvis der er tale om en stor og veldefineret undersøgelsespopulation, idet den statistiske usikkerhed således bliver mindre (Wulff & Gøtzsche 2006:99). Der er også store variationer inden for observationerne, hvor fx den målte aktive fase spænder fra 0,8 timer til 34 timer i alt i undersøgelsen (Friedman 1955:570), men Friedman forholder sig kun til gennemsnitsværdierne.

---

<sup>9</sup> Dette er en statistisk metode til at definere normale referenceområder (Wulff & Gøtzsche 2006:50).

<sup>10</sup> Ekstern validitet: resultaternes gyldighed ud over den repræsenterede målpopulation, dvs. muligheden for generalisering til andre populationer og andre tider (Juul 2007:242).

<sup>11</sup> Friedman diskuterer, hvorvidt de, der var for langt i fødsel til at blive inkluderet, kan opvejes med de inkluderede, der blev indlagt for tidligt i fødslen og fx UK fødsler, der også ofte progredierer langsommere og oftere ender i sectio. Han mener på denne måde, at de to yderpoler i undersøgelsespopulationen opvejer hinanden, og at hans resultater derfor alligevel er valide (Friedman 1955:568-9).

## **Friedmans bidrag til partogrammets *black boxe***

Friedmans studie er situeret i en historisk kontekst, hvor der ikke var de samme krav til undersøgelsesdesignet, som der er i dag, og tilgangen til videnskabelighed kan ses som afhængig af denne sociale og kulturelle kontekst. Med Latour kan man sige, at videnskabelige fakta er konstruerede og hænger sammen med den praksis, de er fremkommet i (Latour 1987). I partogrammet som konstruktion indeholdes noget af den viden, som Friedman fremsætter i sit studie, som en *black box*, der ikke sættes spørgsmålstejn ved. Selvom man kan kritisere undersøgelsens validitet, indeholdes dens viden stadig i partogrammet, som fremstår som *ready made science*. Ifølge Latour anses *ready made science* som værende udtryk for videnskab, på trods af, at denne viden ikke nødvendigvis er 'sand' (ibid:32). Hvor Friedman især bidrager til konstruktionen af partogrammet og dets *black boxe*, er ved at fremstille fødslen grafisk og inddele den i faser og ved at gøre tiden til den helt centrale faktor for vurderingen af, om fødselns progression og længde er normal eller unormal. Friedman introducerer et statistisk normalbegreb, der danner baggrunden for, at alle fødsler kan generaliseres og sættes ind i et skema.

## **Videreførelse af Friedmans resultater**

Friedmans resultater bliver videreført af Philpott og Castle. I det følgende tages der udgangspunkt i Philpotts *Graphic Records in Labour* (Philpott 1972), hvor han beskriver anvendelsen af den grafiske fremstilling af fødslen, som han har udviklet i samarbejde med Castle. Når der refereres til Philpott og Castle, er der tale om studiet *Cerviographs in management of labour in primigravidae I* (Philpott & Castle 1972), hvor konstruktionen af begrebet *alert line* behandles.

Philpott og Castle ville udvikle et screeningsredskab til brug i Afrika for at kunne adskille den unormale fødsel fra den normale. På denne måde ville de have mulighed for i god tid at overflytte kvinder fra perifere klinikker til centrale hospitaler, hvor der var mulighed for medicinsk intervention (Philpott 1972:163; Philpott & Castle 1972:592). Til dette formål udviklede de, med inspiration fra Friedman, en grafisk fremstilling af fødslen. Denne fremstilling er udgangspunktet for det, vi i dag kender som partogrammet<sup>12</sup>. Philpotts grafiske fremstilling indeholder udover det helt centrale element orificiums dilatation over tid, *cerviografen*, også en række andre oplysninger som fx caputs stand i bækkenet, barnets hjertelyd, fostervand, veernes styrke og hyppighed, medikamenter, vestimulation, BT, puls og temperatur. Disse yderligere oplysninger om fødslen kan ses som en

---

<sup>12</sup> Philpott kalder dog ikke den grafiske fremstilling for et partogram, men for *graphic records* (Philpott 1972:163).

videreudvikling af den grafiske fremstilling af fødslen fra Friedman, og Philpott beskriver disse oplysninger som ”...*all the essential features in a labour*” (Philpott 1972:163). Oplysningernes art stemmer godt overens med de oplysninger, vi i dag finder på partogrammet<sup>13</sup>.

### **Philpott og Castles bidrag til partogrammets *black boxe***

I Philpott og Castles grafiske fremstilling videreføres det statistiske normalbegreb, hvor tidsfaktoren er den vigtigste indikator for at vurdere den normale progression. Dette faktum fra Friedmans studie er blevet accepteret og diskuteres ikke yderligere i deres studie; det er blevet til en *black box* om fødsels progression. I Philpotts grafiske fremstilling er grænseværdien for den normale progression sat ved 1 cm i timen, som kommer til udtryk i begrebet *alert line* (Philpott 1972:164; Philpott & Castle 1972:593). *Alert line* er en statistisk acceptabel grænse for normal progression. Den er fremkommet på baggrund af et studie med 100 afrikanske førstegangsfødende og afbilder de 10 % langsomst progredierende, som blev indlagt i fødsels aktive fase<sup>14</sup> (Philpott & Castle 1972:595). Disse afrikanske førstegangsfødende progredierede næsten halvt så hurtigt som kvinderne i Friedmans studie. Denne markante forskel forklarer Philpott og Castle med, at der sandsynligvis er flere af kvinderne i deres studie, der har mild disproportio og derfor progredierer langsommere. Denne antagelse uddyber de ikke nærmere. Desuden er der ikke nærmere redegjort for kvindernes obstetriske status, men de beskrives blot som værende ’normale fødende’, uden at begrebet normal er nærmere beskrevet (ibid:593).

*Alert line* er en lineær linje gennem hele den aktive fase til forskel fra Friedmans S-formede kurve over aktiv fase. Fødslen skal progrediere med mindst 1 cm i timen for at være inden for det statistisk normale, og her adskiller Philpott og Castle sig fra Friedman, idet de ikke forholder sig til, at Friedmans aktive fase også indeholder decelerations- og accelerationsfase. Hos Friedman er minimumshastigheden på 1,2 cm i timen kun for den del af den aktive fase med maksimal hældning (Friedman 1955:569-70). Alligevel mener Philpott, at: ”*This line compares with Friedman’s statistical limit for cervicographic progress in his primigravid patients in the active phase of labour of 1,2 cm an hour and therefore has universal application*” (Philpott 1972:164). Philpott konkluderer derfor, at resultaterne omkring længde og progression af fødslen kan sidestilles med Friedmans resultater og slutter derfor, at gennemsnitsværdierne for progression er universelt anvendelige, når

---

<sup>13</sup>Vores gennemgang af de indsamlede partogrammer fra landets fødesteder viser, at den grafiske fremstilling af orificiums dilatation stadig er det vigtigste punkt på disse, og at denne suppleres med en række oplysninger og rubrikker, som nogenlunde svarer til de oplysninger, der er i Philpotts grafiske fremstilling.

<sup>14</sup> Her defineret som orificium dilateret mindst 3 cm (Philpott & Castle 1972:595).

man skal vurdere, om fødsels progression er normal. Forestillingen om, at der findes et universelt applikerbart gennemsnit for fødsels progression er blevet en *black box*, der indgår i vidensgrundlaget bag partogrammet. Der er i Philpott og Castles studie (Philpott & Castle 1972) ikke redegjort for inklusions- eller eksklusionskriterier i undersøgelsen, og der reflekteres således hverken over dets eksterne validitet i form af dets overførbarhed til andre populationer eller dets interne validitet i forhold til bias i forhold til målpopulationen<sup>15</sup>. Studiet er desuden meget lille, hvilket gør den statistiske usikkerhed af resultaterne større (Juul 2007:99). Diskrepanserne i studierne bag denne påstand er 'blevet usynlige', og kan derfor også ses som en *black box* i partogrammets konstruktion. Den ene cm i timen som grænseværdi for normal progression er blevet vidt udbredt (Enkin 2005:286), og kan derfor ses som en *black box* i partogrammets konstruktion.

### **Partogrammet som *ready made science***

Præmisserne for konstruktionen af partogrammet opstod ud fra Friedmans ønske om at lave en grafisk fremstilling af fødsels progression for at finde de statistiske gennemsnit, der kan skelne normal fødsel fra unormal fødsel. Hos Philpott og Castle udviklede denne grafiske fremstilling sig til at blive et fysisk screeningsredskab til at skelne normal progression fra unormal progression. Ideen om at bruge en grafisk fremstilling til at vurdere fødsels progression er stadig anerkendt i dag, hvor partogrammet bruges som et monitoreringsredskab under fødsler. Ordet partogram blev anvendt første gang af obstetrikeren John Studd (Studd 1973), der overførte Philpotts grafiske fremstilling til en engelsk kontekst og bidrog til den videre udbredelse af dette (Groeschel & Glover 2001:23). Vigtigt for den verdensomspændende anvendelse af partogrammet som klinisk arbejdsredskab er, at WHO anbefaler brugen af dette (WHO 1994). I Danmark anbefales brugen af partogram af DSOG og Sundhedsstyrelsen (DSOG 1999; Sundhedsstyrelsen 2009). Partogrammet bruges på stort set alle landets fødeafdelinger som en del af den daglige praksis for at monitorere fødsels progression med henblik på at kunne diagnosticere og behandle dystoci (se bilag 1).

Eftersom partogrammet anbefales af vægtige aktører inden for fødselsområdet, kan det yderligere anses som værende udtryk for *ready made science*, der indeholder en række *black boxe* med viden om fødsels varighed og progression. Partogrammets vidensgrundlag om fødsels gennemsnitlige progression og længde er ikke solidt beviste størrelser, men er konstruerede gennem arbejdsprocessen *science in the making*. I partogrammets *black boxe* fremstår de dog som videnskabelige fakta og selvfølgeligheder. Processen og den kontekst, hvori partogrammet er

---

<sup>15</sup> Intern validitet: vedrører bias i forhold til målpopulationen, dvs. måler man det, man tror, man måler (Juul 2007:250).

konstrueret, er i den endelige *ready made science* blevet usynlig. Vi har ovenfor vist, at der kan stilles spørgsmålstejn ved den viden, disse *black boxe* indeholder. Det kan anses som et problem, at jordemoderen ved at anvende partogram baserer sin praksis på et vidensgrundlag, der kan udfordres.

#### **4.4 Udfordringer til partogrammets *black boxe***

Der er en række nyere studier, hvis resultater indikerer, at der måske burde åbnes op for de *black boxe*, partogrammet indeholder om fødselslængde og progression, så den viden, de indeholder, kan blive diskuteret. Dette belyses i det følgende, ved som Latour siger om undersøgelser af videnskab: ”*follow the controversies that reopen the black box*” (Latour 1987:258). Disse udfordringer til partogrammets *black boxe* finder vi blandt andet i Albers’ studie *The duration of normal labour in healthy women* (Albers 1999) og i Kjærgaards afhandling *Dystocia in nuliparous women* (Kjærgaard 2007).

#### **Videre rammer for den normale fødsels progression**

Albers’ studie er et prospektivt observationsstudie på ni fødesteder i USA med data fra 4745 kvinder, hvoraf 2511 er inkluderet (Albers 1999:116). De inkluderede kvinder er singleton gravide i spontan fødsel til terminen med en ukompliceret graviditet og fødsel. Et af formålene med Albers’ studie er at måle længden af den normale fødsels aktive fase (orificium 4 til 10 cm) hos førstegangsfødende <sup>16</sup> (ibid:114). Albers påpeger, at Friedmans studie stadig sætter standarden for, hvad der i USA accepteres som den normale fødsels længde. For at kunne foretage en direkte sammenligning med Friedman udregner Albers de statistiske grænser for den normale fødsel som et gennemsnit med to standardafvigelser, idet hun ønsker at udfordre hans resultater (ibid:115). Med Latours perspektiv kan det siges, at Albers ved at udfordre de *black boxe*, der eksisterer om den normale fødsels progression og længde, forsøger at genåbne dem og drage den viden, de indeholder, til diskussion.

Albers når i sit studie frem til, at gennemsnitslængden for førstegangsfødendes aktive fase er 8,5 timer og med 2 standardafvigelser kan vare op til 17,5 timer (Albers 1999:116). Gennemsnitslængden er således næsten dobbelt så lang som de 4,9 timer, Friedman når frem til i sit studie (Friedman 1955:570). Friedman mener desuden, at det statistiske maksimum for, hvor længe aktiv fase må vare, er 11,7 timer. Her adskiller Albers resultat på 17,5 timer sig også betydeligt fra

---

<sup>16</sup> I studiet undersøges også, hvor lang tid *second stage* varer, dvs. tiden fra fuld dilatation af orificium til barnets fødsel. Gennemsnitsværdierne blev også udregnet for flergangsfødende (Albers 1999:15). Disse dele af Albers’ undersøgelse er ikke inddraget, idet der i projektet fokuseres på resultaterne for progressionen hos førstegangsfødende i fødsels aktive fase.



Friedmans. Albers konkluderer, at den normale fødsels aktive fase hos førstegangsfødende i hendes studie varer længere, end mange klinikere forventer, herunder at den normale fødsel tager længere tid, end Friedmans studie viser. Albers fandt i øvrigt ingen association mellem længere fødselsforløb og maternel eller føtal morbiditet. De morbiditetsmål, som man normalt antager, er et resultat af prolongeret fødsel, mener hun derfor kan være relateret til de forhold, der ofte følges ad med længere fødsler, så som multiple vaginaleksplorationer, oxytocin, epiduralanalgesi og instrumentelle forløsninger og ikke nødvendigvis alene forårsaget af selve tidsforholdet i fødslen (Albers 1999:117). Albers påpeger videre, at de tidskriterier, der anvendes til at skelne normal fra unormal fødsel, bør revideres. Hun konkluderer på baggrund af sine resultater, at der bør udvises større tålmodighed med den normale fødsels progression, og at forståelsen af den normale fødsels varighed bør redefineres og udvides for dermed at kunne undgå nogle indgreb på indikationen dystoci (ibid:114,119).

## **Forskellige forståelser af den normale fødsel**

Albers' og Friedmans studier adskiller sig særligt fra hinanden i deres metode til at studere den normale fødsel. De kan siges at anvende forskellige normalitetsbegreber, hvilket har konsekvenser for deres resultater og konklusioner. Albers anvender i sit studie også det statistiske normalbegreb til at beregne gennemsnitsværdier, men bruger en helt anderledes definition af den normale fødsel. De kvinder, Albers inkluderede i sit studie, blev defineret som: "*healthy gravidas at term, without clinical conditions or care measures that alter the pace of labor*" (Albers 1999:114)<sup>17</sup>, dvs. den ukomplicerede og spontant forløbende fødsel til termin uden indgreb. Friedmans inkluderede population afspejler derimod et tværsnit af de kvinder, der fødte på det hospital, hvor studiet fandt sted. Det vil sige, at han også inkluderede de fødselsforløb, der fra et obstetrisk synspunkt ikke kan defineres som ukomplicerede. Ved at beskrive en sådan normalpopulation mener Friedman derfor at kunne sige noget om længden og progressionen af den normale fødsel på et mere generelt plan. Friedman antager med sin selektion af undersøgelsespopulationen, at han kan sige noget om den statistisk normale fødsel, men man kan sætte spørgsmålstegn ved, om han egentlig måler det, han ønsker at måle, når han ikke forholder sig til de selektionsbias, studiet kan have. Denne forståelse af normalitet er et udtryk for et statistisk gennemsnitligt normalbegreb, som tager udgangspunkt i, at det normale kan defineres ud fra statistiske normalområder og referenceintervaller (Wulff & Götzsche

---

<sup>17</sup>Eksklusionskriterier: orificium under 4 cm, før 37+0 og efter 42+0 graviditetsuger, obstetriske komplikationer (ikke-hovedstilling, flerfold, vandafgang i mere end 24 timer), medicinske problemer (hypertension, gestationel diabetes, astma, medicinindtag, igangsættelse, vestimulation, epiduralanalgesi, operative forløsninger eller hvis kvinden kom, når hun var langt i fødsel (Albers 1999:115-6).

2006:48-49). Albers' inklusionskriterier er anderledes end Friedmans, da hun ønsker at beskrive den normale fødsels længde, hvilket hun forstår som den spontane og ukomplicerede fødsels længde. Albers advokerer i studiet for, at skal man måle den normale fødsels længde og progression, må man først definere, hvad en normal fødsel er (Albers 1999:114). Hun udfordrer altså den forståelse af normalitet, der ligger bag konstruktionen af partogrammet.

Albers' resultater udfordrer på flere måder de *black boxe*, partogrammet indeholder. For det første udfordrer hun antagelsen om fødselens normallængde og progression i aktiv fase som beskrevet af Friedman og senere af Philpott og Castle. Hvor Friedman og Philpott og Castle mener, at fødslen i aktiv fase bør progredierte med henholdsvis 1,2 cm og 1 cm i timen, mener Albers, at man skal acceptere langt videre rammer for fødselens længde, og dermed udfordrer hun denne *black box* i partogrammet. Albers udfordrer endvidere tanken om, at normalitet kan forstås som noget statistisk gennemsnitligt på baggrund af en population, der ikke kan defineres som normal. Men med sit studie forsøger Albers dog også selv at lave et statistisk gennemsnit over fødselens længde og er på den måde til en vis grad med til at fastholde ideen om, at fødsler kan holdes op imod gennemsnitlige værdier på trods af store individuelle variationer i fødselens længde og progression.

Albers' studie kan kritiseres i forhold til, at hun ikke har konsistente data for, hvorvidt eller hvornår i fødselsforløbet, der er foretaget amniotomi. Hvis amniotomi afkorter fødslen, har det betydning for resultaterne af studiet, idet fødselens varighed i så fald er underestimeret. Det er et aspekt, Albers også selv tager forbehold for (Albers 1999:118). Der kan dog sættes spørgsmålstegn ved, om amniotomi er en del af den normale fødsel, som det er hendes formål at beskrive. Endvidere kan Albers' studie anfægtes for en mulig inklusionsbias, idet 161 kvinder blev ekskluderet pga. for fremskreden fødsel (ibid:116). Det kan ikke udelukkes, at fødslen hos disse kvinder progredierede hurtigere end hos de inkluderede, og data fra disse derved kunne have påvirket gennemsnitslængden af den normale fødsel. Det ændrer dog ikke ved det forhold, at Albers i sit studie når frem til, at fødslen tager længere tid end antaget af Friedman og Philpott og Castle.

Selvom der er forhold, der kan kritiseres ved Albers' studie, finder man ved sammenligning med Friedmans og Philpott og Castles studier, at validiteten af hendes studie er større. Albers har gjort udførligt rede for inklusions- og eksklusionskriterier, hvilket styrker studiets interne validitet. Friedman har kun til dels redegjort for inklusions- og eksklusionskriterier, og Philpott og Castle

forholder sig ikke til de inkluderede kvinders obstetriske status. Desuden er Albers' studie med 2511 inkluderede kvinder langt større end Friedmans population på 500 kvinder og Philpott og Castles studie med 100 fødende, hvilket gør Albers' gennemsnitsværdier mindre usikre. Idet populationen i Albers' studie er homogen set ud fra deres obstetriske status, styrker det studiets eksterne validitet. På trods af at Friedman inkluderer en heterogen population, mener han, at hans grafiske fremstilling af fødslen kan bruges som referenceramme for alle fødsler. Philpott og Castle mener i tråd hermed, at deres resultater er universelt generaliserbare, på trods af at de påpeger, at de inkluderede kvinder alle havde en mild grad af disproportio.

Albers' resultater udfordrer således den viden om den normale fødsels progression, som partogrammet bygger på. Ligeledes har også andre studiers resultater udfordret denne viden, hvilket i det følgende afsnit vises ved at inddrage Kjærgaards afhandling.

## **Diagnosen dystoci**

Kjærgaard har i sin afhandling *Dystocia in nulliparous women* (Kjærgaard 2007) til formål at undersøge vesvækkelse hos gruppe 1 fødende. Kjærgaards interesse for dystoci udspringer af, at det er det mest udbredte kliniske problem hos førstegangsfødende både nationalt og internationalt. Derfor ønsker hun at undersøge forhold omkring dystocidiagnosen. I denne sammenhæng beskriver hun blandt andet risikofaktorer for dystoci (ibid:13,24), hvilket uddybes i det følgende.

Kjærgaards afhandling bygger på et kohortestudie, der undersøger dystoci hos normale førstegangsfødende på ni fødeafdelinger i Danmark. Afhandlingen omfatter data fra 2810 førstegangsfødende med spontant indsættende fødsel til termin med ét barn i hovedstilling. (Kjærgaard 2007:25-6). Kjærgaard definerer dystoci i aktiv fase (orificium mindst 4 cm) som dilatation på under 0,5 cm i timen vurderet over 4 timer (ibid:30-1). Kjærgaard finder, at dystoci optræder med en hyppighed på 37 procent blandt de inkluderede kvinder<sup>18</sup>. Det er bemærkelsesværdigt, fordi det er en gruppe kvinder, hvor man kunne forvente en lav indgrebsfrekvens og en ukompliceret, spontant forløbende fødsel (ibid:70).

Kjærgaard identificerer en sammenhæng mellem dystoci og en række forhold hos den fødende som fx overvægt, stigende alder over 30 år samt højde mindre end 160 cm. Den stærkeste sammenhæng finder hun dog med epiduralblokade under fødslen. Kjærgaard finder desuden en sammenhæng mellem dystoci senere i fødselsforløbet og faktorer, der ses ved indlæggelsestidspunkt på

---

<sup>18</sup>Godt 40 % af diagnoserne blev stillet i aktiv fase (Kjærgaard 2007:41).

fødegangen. Disse er et tykt og stramt orificium, dårlig kontakt mellem caput og orificium samt caput over midterplanet i bækkenet <sup>19</sup> (Kjærgaard 2007:42,71). Flere af disse risikofaktorer er almindeligt forekommende hos gruppe 1 fødende og hører, på nær brugen af epidural, under den ukomplicerede graviditet og fødsel. På baggrund af disse resultater mener Kjærgaard, at kvinder med disse såkaldte risikoindikatorer, bør tilbydes en videre ramme for progression, således at behandlingen med vestimulation tilpasses mere individuelt (ibid:70-1,73). Med dette standpunkt skriver Kjærgaard sig op imod den forståelse, der er indeholdt i partogrammets *black boxe* om, at der for alle førstegangsfødende kan laves et overordnet gennemsnit af fødselens progression og længde, idet hun mener, at der bør tages hensyn til de store individuelle forskelle hos de enkelte kvinder. Her er det interessant at påpege, at Friedman i sit studie finder, at den målte aktive fase spænder fra 0,8 timer til 34 timer, hvilket også kan ses som udtryk for stor individuel variation i kvinders fødsler.

I denne sammenhæng er det endvidere interessant at tilføje, at Kjærgaard taler om, at der siden midten af forrige århundrede er sket et paradigmeskifte i synet på den normale fødsels progression og længde. Fra tidligere at fokusere på mekanisk misforhold i forbindelse med dystoci fokuserer man nu hovedsageligt på det tidsbundne element i fødselens manglende progression; *a time-bound failure to progress* (Kjærgaard 2007:15). Dette skred kan ses som en godtagelse af den *black box*, at det er tiden, der er den vigtigste faktor til at definere, om en fødsel er normal eller ej.

Den nuværende tolkning af fødselens fremgang anser Kjærgaard for værende alt for rigid, fordi den leder til unødige indgreb. Desuden viser kvalitative studier, som Kjærgaard refererer til, at dystoci og vestimulation har negativ indflydelse på kvinders oplevelse af fødslen overordnet set (Kjærgaard 2007:22-3) <sup>20</sup>. I Kjærgaards studie oplevede kvinder, der fik diagnosen dystoci, signifikant mindre tilstedeværelse af jordemoderen end de, der ikke fik stillet diagnosen (ibid:66-7). Desuden påpeger Kjærgaard, at det er vist, at kontinuerlig støtte under fødslen er associeret med kortere fødslesforløb (ibid:67) <sup>21</sup>. Derfor mener Kjærgaard, at det bør undersøges nærmere, om jordemoderens omsorg under fødslen kan have en beskyttende effekt mod dystoci. I stedet for en arbitrært fastsat tidsramme for diagnosen dystoci, hvor alle behandles ud fra samme kriterier, taler Kjærgaard for individuelt tilpassede kriterier, hvor både kvindens fysiske og psykiske tilstand tages i betragtning (ibid:73). Denne individuelt tilpassede behandling er netop den, vi har beskrevet som værende en del af

---

<sup>19</sup>Kjærgaard finder også en sammenhæng mellem et orificium under 3 cm dilateret ved indlæggelse og øget risiko for vesvækkelse (Kjærgaard 2007:77). Definitionen af, hvornår en kvinde er i aktiv fødsel, er desuden omdiskuteret inden for fødselsområdet samt behæftet med store individuelle variationer (Gould 2000:420-1). Forhold omkring den aktive fødsels start har vi valgt ikke at medtage i projektets problemstilling.

<sup>20</sup> Kjærgaard henviser bl.a. til Nystedt et al. 2006.

<sup>21</sup> Kjærgaard henviser til en metaanalyse af Hodnett et al. 2007.

jordemoderens råderum og som noget, jordemoderen bør tilstræbe.

Albers' og Kjærgaards resultater er interessante i forhold til at revurdere den viden, partogrammet *black boxe* indeholder, og der kunne argumenteres for, at de burde give anledning til diskussion af kriterierne for dystoci. Det er derfor bemærkelsesværdigt, at den viden, som Albers og Kjærgaard frembringer, ikke har givet anledning til nævneværdig diskussion eller revurdering af praksis.

## **Viden får autoritet**

Der kan stilles spørgsmål ved, hvorfor denne nye viden, der bygger på veldokumenterede studier, ikke inkorporeres i guidelines fra DSOG og Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for svangreomsorgen. Begge disse organer anbefaler brugen af partogram (DSOG 1999:2; Sundhedsstyrelsen 2009:152). Brugen af partogrammet opfattes stadig i nutidig obstetrik som udtryk for god klinisk praksis.

Med en henvisning til konstruktivismens grundlæggende præmis om, at viden er konstrueret, kan man tage dette udsagn et skridt videre med Latours betragtninger om viden og autoritet. Latour beskriver, hvordan viden får autoritet, ikke fordi den nødvendigvis er sand, men fordi mange aktører bakker op om den (Latour 1987:31-32). Partogrammet vidensgrundlag kan med Latours terminologi siges at være lukket inde i en række *black boxe*, selvom deres indhold kan kritiseres. De videnskabelige fakta i *black boxene* er ikke nødvendigvis sande, men eftersom mange og vægtige aktører bakker op om anvendelsen af partogrammet som *ready made science* får det og dets *black boxe* autoritet.

DSOGs guideline for dystoci i udvidelsesfasen er senest opdateret i 1999. I denne medtages ikke Albers's studie (Albers 1999), der udfordrer partogrammet *black boxe* om fødsels progression, til trods for at validiteten for dette studie er god, og derfor kan betragtes som relevant for guidelinen. Heller ikke Kjærgaards (Kjærgaard 2007) resultater om dystoci er medtaget. Kjærgaard har ellers lavet et studie af høj kvalitet i en samtidig dansk kontekst, som burde have vægt i nationale guidelines om dystoci; særligt når disse guidelines bør hvile på det mest opdaterede evidensbaserede grundlag (IKAS 2009). Det kan undre, at de nye studier ikke er medtaget i en guideline, da guidelinen stadig refererer til Friedmans studie fra 1955, som vi har vist, kan kritiseres på dets validitet. Man kan desuden undre sig over, at DSOGs guideline for dystoci ikke er opdateret siden 1999, idet DSOG skriver, at deres mål er at opdatere deres guidelines mindst hvert tredje år (DSOG 2009:1).

Det kan ses som et problem for jordemoderens daglige praksis, at DSOGs guideline, der skal danne grundlag for lokale retningslinier (IKAS 2009), accepterer indholdet af de *black boxe*, partogrammet indeholder, og ikke inddrager den nyere viden på området, der udfordrer disse *black boxe*. Dette kan desuden problematiseres i henhold til Etikkode for jordemødre, som udtrykker, at jordemoderfaglig omsorg skal tilgodese ”*principperne om at gavne og frem for alt ikke skade og vedkende sig medansvar for, at praksis bygger på veldokumenteret viden*” (Jordemoderforeningen 1998:pkt.5).

Hvordan standarder og retningslinjer har autoritet i praksis undersøges i det følgende.

## 5.0 STANDARDER OG KLINISK PRAKSIS

### The Gold Standard

Evidensbaseret medicin (EBM) og det randomiserede kontrollerede forsøg er i dag ifølge Timmermans og Berg blevet den nye *gold standard* inden for sundhedsområdet og udtryk for god, klinisk praksis. *The gold standard* er den ultimative standard inden for det medicinske område og definerer sand viden inden for sit felt, som al anden og ny viden vurderes i forhold til (Timmermans & Berg 2003:27). Den viden, som EBM bygger på, har således autoritet og denne forståelse af, hvad der anses som sand viden inden for sundhedsområdet, får betydning i praksis. Evidensbaserede retningslinjer og standarder kan ses som et forsøg på at foreskrive og justere den handling, som den sundhedsprofessionelle skal udøve for at være udøver af god klinisk praksis (ibid:14). Ud fra et STS-perspektiv er standarder ikke passive, men aktive medspillere i praksis (ibid:27).

### Partogrammet som standard

Standardisering er ifølge Timmermans og Berg en proces, der fortolker en given ting ensartet, og overordnet set refererer en standard til en målestok udformet af en autoritet, sædvaner eller en generel konsensus, som skal bruges som referenceområde (Timmermans & Berg 2003:24).

Standarder forefindes i mange forskellige former<sup>22</sup>, fx i en fortrykt form, hvor brugeren blot skal udfylde fortrykte rubrikker, hvorved bestemte praksisser, aktører og situationer udpeges og standardiseres. På denne måde intervenserer denne type standard i den specifikke situation og fastsætter en række aktiviteter, som skal udføres på en bestemt måde (Timmermans & Berg 2003:61-63). Standarder bliver redskaber, der “*coordinate – and thereby transform – the activities of the individuals who work with them. They structure and sequence these activities*” (ibid:63). Derved formes og ordnes sundhedsarbejderens praksis på en præspecificeret måde og samtidig påvirker det, hvad der diskuteres i forhold til et givent område og i hvilken detaljeringsgrad (ibid:65).

---

<sup>22</sup>Timmermans og Berg nævner forskellige idealtyper af standarder inden for det medicinske område, men i bogen fokuserer de specielt på procedurestandarder, *procedural standards*, der beskriver processer og foreskriver den sundhedsprofessionelles adfærd (Timmermans & Berg 2003:26). Når vi i projektet nævner begrebet standarder i forbindelse med Timmermans og Berg, refererer det således til denne idealtipe.

Partogrammet kan betragtes som en sådan målestok, der bruges på stort set samtlige fødesteder i Danmark<sup>23</sup>. Fødsels progression vurderes ud fra denne målestok ved særligt at se på orificiums dilatation over tid. Samtidig anvendes den gennemsnitlige dilatation som referenceområde for fødsels normale progression. Partogrammet som *ready made science* kan således betragtes som en standard eller en standardiseret forståelse af fødsels progression. Desuden kan det siges, at partogrammet ordner og koordinerer jordemoderens arbejde med vurderingen af fødsels progression ved at sætte fokus på målbare informationer, der kan noteres på partogrammet; herunder især orificiums dilatation over tid. Jordemoderen må foretage regelmæssige vaginaleksplorationer for at kunne udfylde partogrammet og derved sige noget om fødsels progression. Orificiums dilatation bliver således sat som prædefineret ramme for, hvad jordemoderen skal fokusere på i forhold til fødsels progression og får således betydning for behandlingen af den fødende. Endvidere ses der på partogrammet i reglen også andre fortrykte rubrikker til registrering af supplerende data i relation til fødsels progression. Ofte forekommer rubrikker til notering af antal kontraktioner, fostrets hjertelyd og eventuelt brug af S-drop (Enkin 2000:68). Herved ses også en fremhævnning af visse aspekter af betydning for fødsels progression, som partogrammet definerer. Samtidig kan der være en række forhold eller observationer, der ikke nævnes, og dermed implicit kan siges at tillægges mindre betydning. En vigtig pointe hos Timmermans og Berg er dog, at den sundhedsprofessionelle ikke blindt og ureflekteret følger standarden, da standarden bruges aktivt i et dialektisk forhold, hvor brugeren også påvirker standarden, fx ved ikke at følge den nøjagtigt eller ved at tilføje noget til den. Men Timmermans og Berg understøtter trods dette, at standarder har en indgribende indflydelse på praksis (Timmermans & Berg 2003:70). I relation til jordemoderens brug af partogrammet kan eksempelvis tænkes, at jordemoderen tilføjer andre observationer end de fortrykte, men at orificiums dilatation stadig er et centralt omdrejningspunkt i vurderingen af progressionen.

## **God klinisk praksis**

Før EBM vandt indpas, havde anden viden større autoritet, og den sundhedsprofessionelles autoritet blev særligt målt efter dennes kliniske erfaring. Kliniske guidelines blev anset som gode for nybegyndere, men som en unødvendig byrde for erfarne praktikere (Timmermans & Berg 2003:88). Det i dag udbredte evidensbaserede paradigme arbejder ud fra andre antagelser end tidligere. Her arbejder klinikerne ud fra informationer, der er baseret på systematiske, reproducerbare studier. Det er en udbredt opfattelse, at personlig ekspertise ikke længere er godt nok, men bør hvile på forskningsmæssige standarder og procedurer (ibid:16). Hvad der anses som god klinisk praksis

---

<sup>23</sup>Vores indsamling af partogrammer fra landets fødesteder viste, at kun Thisted sygehus ikke bruger partogram (Bilag 1).



bygger på evidensbaseret viden og ikke erfaring og subjektive vurderinger. Man kan sige, at praksisser, hvor subjektive erfaringer ikke tillægges betydning eller omskrives til grafer eller tal, nu foretrækkes inden for det medicinske område. Med STS-perspektivet problematiseres denne vægtning af teori på bekostning af praksis (Jensen et al 2007:10). Dette kan ske i udarbejdelsen af standarder, da man ikke tager hensyn til de forhold, der ikke lader sig undersøge ved hjælp af evidenskriterierne dvs. i teorien, men som sundhedsprofessionelle måske tillægger en betydning i praksis (Timmermans & Berg 2003:3). Kritikere af evidensbaseret medicin påpeger, at den gør klinisk praksis til ”*cookbook medicine*” (ibid:19), hvorved man som sundhedsperson begynder at lytte mindre til sin egen intuition og erfaring. I praksis bliver den sundhedsfaglige persons autonomi sekundær i forhold til standardens anvisninger, hvilket kan gå ud over individualiseret behandling af patienten (ibid:118).

Standarder bygger på bagvedliggende forståelser, og ved at udfylde formen, integreres patienten i den forståelse, der ligger bagved, og den professionelles arbejde bliver en del af et større netværk (Timmermans & Berg 2003:67-68). Relateres dette til partogrammet og analysen af dette med anvendelse af Latours begreber, kan det siges, at partogrammet som en standard bygger på viden om fødslen, der er lukket inde i *black boxe*. Når jordemoderen udfylder partogrammet som en standard under varetagelsen af den normale fødsel, konstituerer dette en integration af den fødende i den forståelse og viden, der ligger til grund for brugen af partogram. I denne optik standardiseres forholdet mellem kvinde og jordemoder, og dette kan have konsekvenser for relationen og jordemoderens råderum under fødslen.

## 6.0 JORDEMODERENS RÅDERUM

Jordemoderens råderum defineres overordnet i projektet som jordemoderens mulighed for at udfolde sig fysisk og psykisk inden for de rammer, der er for jordemoderens arbejde<sup>24</sup>. Videre er det forstået som jordemoderens mulighed for selvstændigt at kunne udføre sit arbejde og skønne hvordan, der skal handles i forhold til fødslen for at kunne yde individuel omsorg. For nærmere at undersøge jordemoderens råderum inddrages i det følgende Sandvik (Sandvik 1997), der beskriver jordemoderens faglighed med udgangspunkt i jordmoderskønnet. Dette analyseres i forhold til, hvad partogrammet som en standard betyder for jordemoderens selvstændige råderum.

### Jordmoderskønnet

Sandvik beskriver, hvordan jordmoderskønnet er et centralt element, som kan betragtes som selve kernen i den jordmoderfaglige praksis. Ifølge Sandvik er det vigtigt for jordmoderen at have overblik i en fødselssituation og at være på forkant med begivenhederne, og i denne forbindelse mener hun ikke, at det er nok at være i besiddelse af specialiseret, obstetrisk viden. Det kræver også nogle andre egenskaber som erfaring og *'et oppmerksomt blik'* for at kunne vurdere, hvilken handling, der er påkrævet i den specifikke situation (Sandvik 1997). Denne kombination af forskellige typer viden kalder Sandvik for *'jordmorskjønnet'* (Sandvik 1997:75)<sup>25</sup>. Dette jordmoderskøn består på den ene side af en faglighed, som omhandler den obstetriske viden om fødslen, som jordmoderen bruger til at ordne og strukturere sine indtryk af fødslen med. Den obstetriske viden bygger på et naturvidenskabeligt grundlag, som er den viden, der er målbar og som kan nedskrives. Men i vurderingen af fødslen kan dette ikke stå alene. For at kunne foretage dette skøn er det nødvendigt, at jordmoderen kan gøre brug af alle de vidensformer, som skønnet indeholder; både den biomedicinske, den situationsbundne og subjektive, der indeholder den erfaringsbaserede og sanselige viden (ibid:75). Jordmoderskønnet bygger på et mere fænomenologisk fundament<sup>26</sup>, hvor en ophævelse mellem objekt og subjekt er centralt. Dette

---

<sup>24</sup> Disse er som tidligere nævnt lovgrundlaget (Sundhedsstyrelsen 2001a, b), Anbefalinger for svangreomsorgen (Sundhedsstyrelsen 2009) og lokale retningslinier på det enkelte fødested.

<sup>25</sup> Sandvik beskriver disse vidensformer med udgangspunkt i hhv. den jordmoderfaglige og den fødselsvidenskabelige diskurs. I det nærværende projekt ikke laver en diskursanalyse, bruges ikke begreberne diskurs, men blot deres meningsindhold. Sandvik placerer det jordmoderfaglige skøn i inden for den jordmoderfaglige diskurs (Sandvik 1997:65).

<sup>26</sup> Fænomenologi kommer fra det græske *"phenomenon"* og *"logos"*, og tilsammen betyder det læren om tingen, som den kommer til syne for et engageret subjekt (Sandvik 1997:62). Det vil sige at fænomenet kommer til syne i kraft af subjektets tolkning. Heraf bliver de indtryk og erfaringer, jordmoderen har, i hele situationen en del af hendes viden.

adskiller sig fra det naturvidenskabelige positivistiske videnskabsideal, hvor objektiv og subjektiv viden adskilles, og kun objektiv viden tillægges værdi (Simonsen 2005:227). Jordmoderskønnet har derfor et andet sprog og begrebssæt end naturvidenskaben, som er den mest anerkendte vidensform inden for fødselsområdet (Sandvik 1997:60,65). I jordmoderskønnet anerkendes således også erfaringsbaseret viden og tavs viden<sup>27</sup>.

En jordmoder må være opmærksom på variationer og uforudsigelige mønstre (Sandvik 1997:85). Dette kræver, at jordmoderen er til stede og nærværende både kropsligt og emotionelt, dvs. både fysisk og psykisk, således at den enkelte situation kommer i centrum, og hun ikke griber til at kategorisere den (ibid:76). Hun må med Sandviks ord *'se appellen fra den fødende'*, som ifølge Sandvik dækker over den etiske dimension af jordmoderskønnet (ibid:75). Her må jordmoderen give sig tid til at fornemme de indtryk, hun får fra kvinden, og derud fra vurdere, hvad den enkelte kvinde har behov for. Kombinationen af disse forskellige udtryk for viden danner grundlaget for jordmoderskønnet og dermed for at vurdere, hvad der er væsentligt eller uvæsentligt i en given situation. Herunder indebærer det også at kunne vurdere, hvornår noget er kompliceret, og det derfor er nødvendigt at gribe ind (ibid: 75-76).

Ifølge Sandvik har jordmoderen en grundlæggende tillid til, at kvinden kan føde uden indgriben, og jordmoderen skal derfor være tilbageholdende og ikke lave indgreb uden indikation (Sandvik 1997:74). Dette kan i øvrigt siges at stemme overens med dele af indholdet i jordmoderens råderum, der bl.a. omfatter Etikkode for jordemødre, hvor *"(...) jordmoderen skal modvirke forhold, der kan virke forstyrrende eller hindrende for den gode fødsel, såsom unødvendige indgreb og udokumenterede rutiner"* (Jordmoderforeningen 1998:pkt.1). Sundhedsstyrelsen påpeger desuden i Anbefalinger for svangreomsorgen, at *"unødig brug af medicinske indgreb eller teknologi bør undgås"* (Sundhedsstyrelsen 2009:17). For at undgå unødig brug af indgreb er det ifølge Sandvik væsentligt, at jordmoderen er tilstede hos den fødende og opbygger en relation til hende, så hun kan opfange signaler om både emotionelle og obstetriske forhold, som hun skal vurdere og agere på. Det er altså med jordmoderskønnet, at jordmoderen vurderer, hvornår der skal gribes ind. Hvordan dette jordmoderskøn påvirkes af brugen af partogram, der også skal bruges til at vurdere og strukturere jordmoderens ageren i forhold til fødslen, undersøges nærmere i det følgende afsnit.

---

<sup>27</sup> Tavs viden defineres således: *" udtalte kundskaber, færdigheder og tilbøjeligheder der er forudsætninger for at handle på en bestemt måde. Der er dog kun tale om viden, hvis disse forudsætninger er tilpas sofistikerede og tillærte, og hvis man har kontrol over handlingen"* (Severinsen 2005:83).

## Jordemoderskønnet og partogrammet

Som nævnt baserer jordemoderen sit skøn på flere vidensformer, men særligt den obstetriske og mere naturvidenskabelige viden tillægges autoritet inden for fødselsområdet. Denne videns autoritet viser sig blandt andet igennem kliniske retningsliniers og standarders store udbredelse inden for det medicinske område, og her er det en udbredt opfattelse, at god klinisk praksis bør følge standarder, der bygger på et evidensbaseret grundlag. Ifølge Timmermans og Berg giver standarder ikke blot udtryk for, hvad der anses som videnskabeligt og relevant inden for et område, men de influerer også den sundhedsprofessionelles praksis (Timmermans & Berg 2003:27). Personlig ekspertise, erfaring og subjektive vurderinger anses som et mindre anvendeligt og acceptabelt grundlag for praksis. Af partogrammet fremgår ikke mere subjektive og situationsbundne vurderinger af fødslen, som er en del af jordemoderskønnet. Den viden, som også indeholdes i det jordemoderfaglige skøn, kan dermed siges ikke at tillægges samme autoritet i denne vurdering. Vi har tidligere med Latours begreber argumenteret for, at den viden, der er i partogrammet som *ready made science* er konstrueret og lukket inde i *black boxe*, og at disse opnår autoritet ved, at de vægtigste aktører inden for fødselsområdet bakker op om dem. De er ikke nødvendigvis sande, men de gælder, fordi de har autoritet som værende sande (Latour 1987:32). Den viden, der har autoritet, er den, der kan måles og vejes. Det kan blandt andet betyde, at der i praksis ofte vestimuleres ved manglende progression i forhold til en fastsat tidsramme i partogrammet, selvom der kan være individuelle forhold, der taler for en anden behandling. Kjærgaard peger eksempelvis på individuelle faktorer af betydning for, om den givne fødsel skal have tidsmæssige videre rammer (Kjærgaard 2007). Når der ikke tages hensyn til disse individuelle faktorer, kan det siges, at jordemoderskønnet, som også lægger vægt på andre vidensformer, mister sin autoritet.

Formålet med partogrammet er at skelne unormal fra normal progression. Det er derfor ikke jordemoderens skøn, der primært skal afgøre om fødselns progression er normal eller unormal, men derimod standarden partogrammet. Ifølge Timmermans og Berg kan brugen af standarder betyde, at den sundhedsprofessionelles autonomi bliver sekundær, og det kan gå ud over individuel behandling (Timmermans & Berg 2003:19). Ved anvendelse af partogrammet vægtes i stedet målbare fakta som orificiums dilatation inden for en bestemt tidsramme som det centrale i relation til vurdering af fødselns progression. Fokus forskydes fra det, der er forskelligt og unikt i ethvert fødselsforløb til det, der kan kvantificeres og generaliseres i en standard som partogrammet.

Dermed kan der stilles spørgsmålstejn ved, om jordemoderen kan leve op til Etikkode for

jordemødre, der foreskriver, at den jordemoderfaglige omsorg skal tage ”*udgangspunkt i den enkelte kvinde og hendes individuelle ønsker og behov*” i forbindelse med fødslen (Jordemoderforeningen 1998:pkt.2). Der kan desuden argumenteres for, at jordemoderens autonomi, her set som jordemoderens mulighed for at foretage sit faglige skøn indskrænkes, fordi der i sundhedsvæsenet er større tillid til procedurer og standarder. I den forbindelse kan man overveje, om jordemoderens råderum og selvstændige virksomhedsområde også indskrænkes. Dog må man tage forbehold for, at jordemoderen ikke blindt lader sig styre af en standard, men at der foregår en interaktion med standarden i praksis. Hvor stor betydning partogrammet får i den enkelte jordemoders praksis, kan derfor være vanskeligt at vurdere. På trods af dette forbehold har standarder i Timmermans og Bergs optik en gennemgribende indflydelse på praksis (Timmermans & Berg 2003).

Partogrammet som standard kan påvirke jordemoderens råderum under den normale fødsel ved at indskrænke hendes mulighed for selvstændigt at skønne, om fødselens progression er normal. Centralt for jordemoderskønnet er ifølge Sandvik, at jordemoderen opbygger en relation til den fødende, så hun kan opfange signaler fra hende. I det følgende afsnit undersøges det, hvorledes partogrammet som en standard og som en aktør i jordemoderens praksis kan påvirke denne relation.

## **6.1 Relationen mellem jordemoderen og kvinden**

Ud fra et STS-perspektiv ser vi som nævnt partogrammet som en ikke-menneskelig aktør, der indgår i praksis mellem jordemoderen og den fødende. Lundgren og Berg beskæftiger sig med relationen mellem jordemoder og fødende, og deres teori inddrages for at undersøge, hvad forholdet mellem jordemoderen og kvinden optimalt set består af. Hvordan brugen af partogram som en standardisering af fødselens progression eventuelt kan forhindre visse aspekter i dette forhold i at blive opfyldt undersøges ligeledes.

### **Den gode relation**

Ifølge Lundgren og Berg viser en lang række studier, at oplevelsen af fødslen følger kvinden gennem hele livet, og at den vigtigste faktor for at have oplevelsen af et godt fødselsforløb er støtte (Lundgren & Berg 2007:220). Sundhedsstyrelsen påpeger i sine Anbefalinger til svangreomsorgen vigtigheden af den gode fødselsoplevelse ved at skrive, at ”*formålet med sundhedsvæsenets indsats i*

*forbindelse med graviditet, fødsel og barsel er at bidrage til, at moder og barn får et så godt forløb som muligt”* (Sundhedsstyrelsen 2009:17). Jordmoderen opfordres dermed til at understøtte, at kvinden får en god fødselsoplevelse. Samtidig sætter anbefalingerne dermed også en ramme for, hvad kvinden kan forvente sig af jordmoderen. I tråd hermed mener Lundgren og Berg, at det er kvaliteten af forholdet mellem jordmoderen og den fødende, der er essentielt for at give kvinden en positiv oplevelse af fødslen.

I *Central Concepts in the midwife-woman relationship* (Lundgren & Berg 2007) laver Lundgren og Berg en model<sup>28</sup> bestående af seks konceptpar, der tilsammen beskriver essensen af den gode relation mellem jordmoderen og kvinden. Konceptparrene er bygget op således, at den ene del afspejler kvindens aspekt, og den anden afspejler jordmoderens respons på dette aspekt. Begge aspekter af konceptet skal være opfyldt for at relationen kan fungere optimalt, fordi der er tale om en tosidig proces (ibid:222). I det følgende fremdrages tre af konceptparrene, da de behandler nogle af de aspekter i forholdet, der er særligt vigtige i forhold til besvarelsen af projektets problemformulering<sup>29</sup>.

## **Overgivelse-tilgængelighed**

Konceptparret *overgivelse-tilgængelighed*<sup>30</sup> (*surrender-availability*) handler fra kvindens side om *overgivelse*. Hun skal kunne overgive sig til sin egen krop, til fødselsprocessen og til jordmoderen og andre sundhedsprofessionelle, der omgiver hende. Hvis kvinden ikke kan overgive sig til fødselssituationen, er der risiko for, at hun kommer til at føle sig objektificeret og som blot et redskab, der bruges til at føde et barn (Lundgren & Berg 2007:222). For at overgivelsen kan opnås og foregå på en hensigtsmæssig måde, er jordmoderens *tilgængelighed* essentiel. Jordmoderen skal være åben over for den enkelte kvindes særegenhed, og det betyder, at hun i sin omsorg for kvinden skal tage udgangspunkt i hendes individuelle behov. Hun skal også kun gribe ind i fødslen, hvis kvinden beder om det, eller hvis den naturlige proces forstyrres. Denne tilgængelighed kommer også til udtryk ved, at jordmoderen er bevidst om sin egen tilgængelighed til den viden, hun besidder, som består af både teoretisk viden, praktisk viden og sanselig viden (ibid:223). Denne viden kan

---

<sup>28</sup> Lundgren og Berg fremstiller en model på baggrund af resultaterne fra otte kvalitative studier, de har foretaget om kvindens og jordmoderens relation (Lundgren & Berg 2007). Vi forholder os i projektet ikke til studierne bag modellen, men anvender modellen som teori. Dette mener vi at kunne argumentere for, idet Lundgren og Berg selv lægger op til, at koncepterne implementeres i praksis som guide til god jordmoderfaglig omsorg (ibid:220).

<sup>29</sup> De tre udeladte konceptpar, mener vi, i mindre grad end de valgte belyser dette projekts problemfelt.

<sup>30</sup> Vi oversætter i projektet konceptparrene, men nævner i præsentationen af parret den engelske betegnelse fra undersøgelsen. Herefter bruger vi de danske oversættelser.

sammenlignes med Sandviks jordmoderskøn, der også består af både teoretisk, praktisk og sanselig viden. Det kan således siges, at tilgang til den viden, som ligger i jordmoderskønnet, er vigtig for at opfylde det konceptpar i den gode relation, der handler om overgivelse og tilgængelighed.

Vi har tidligere påpeget, at jordmoderens råderum og mulighed for at bruge skønnet indskrænkes ved brug af partogram, fordi fokus forskydes til hovedsageligt at gøre brug af en viden, der er målbar og objektiv. Dermed indskrænkes tilgangen til den viden, der ligger i jordmoderskønnet også, og konceptparrets indhold bliver måske ikke opfyldt. Hvis den ene side af konceptet, tilgængeligheden, ikke kan opfyldes, kan heller ikke kvindens overgivelse foregå.

### **Tillid – formidling af tillid**

*Tillid (trust)* handler fra kvindens side om at have tillid til sig selv og sin krop i fødslen, men også om at have tillid til jordmoderen. Tillid er vigtig for at komme igennem fødslen og for at kunne håndtere smerten, der er forbundet med den. Ligesom jordmoderen ifølge Sandvik skal være til stede og nærværende på fødestuen for at opfange signaler fra kvinden og handle derefter, skal hun også være til stede for at støtte kvinde i at følge fødselsprocessen og selv føle sig ansvarlig for den (Lundgren & Berg 2007:224). Jordmoderens respons på den tillid, kvinden udviser, kalder Lundgren og Berg for *formidling af tillid (mediation of trust)*. Denne formidling består af at give udtryk for, at hun har tillid til kvinden og hendes evner til at føde, fordi hun har en tro på den normale fødselsproces. Lundgren og Berg beskriver, at en jordmoder, der udtrykker usikkerhed i forhold til fødslen frem for tillid har en negativ indflydelse på kvindens evne til at kunne håndtere fødslen (ibid:223).

Ved anvendelse af partogram er formålet at opspore, når progressionen ikke længere er inden for normalområdet. Er den ikke normal, kan kvinden få diagnosen dystoci, der betyder unormal fødsel (Kjærgaard 2007:13-14). Sandvik mener, at en overbetoning af faremomenter påvirker og forskyder fødselshjælperens opmærksomhed: ”*Det dramatiske sættes i forgrunden, mens det hverdagslige, som også er vesentlig for at en fødsel skal lykkes, trer i baggrunden*” (Sandvik 1997:86). Der kan argumenteres for, at man med brug af partogrammet flytter fokus væk fra det normale fødselsforløb og hen på det, der muligvis kan blive unormalt. Herved kan det siges, at jordmoderen ikke udviser en tro på den normale fødselsproces og dermed ikke opfylder sin del af konceptparret, der handler om formidling af tillid til blandt andet denne proces. Dermed kan hun måske ikke indgyde kvinden tillid til sin egen fødselsproces, på trods af at dette er vigtigt for, at hun kan komme styrket igennem

fødslen (Lundgren & Berg 2007:223).

## **Forskellighed – støtte det unikke**

*Forskellighed (differenceness)* består ifølge Lundgren og Berg i, at enhver fødende kvinde føler sig unik. Det påpeges, at kvinder føler sig forskellige fra normen eller fra standarden af fødende. *Støtte det unikke (support uniqueness)* er jordemoderens svar på kvindens *forskellighed* (Lundgren & Berg 2007:224). Her kommunikerer jordemoderen til kvinden, at der ikke findes nogen standard for, hvordan en fødsel skal være, og at hun er åben overfor den enkelte kvindes unikhed og individuelle behov. ”*The midwife should mediate that there is no standard or norm of giving birth and instead support and guide the unique woman in her own unique process(...)*” (ibid.). Jordemoderen må derfor arbejde imod standardisering og for den normale proces og fremme alternative måder at give støtte og omsorg for kvinden med hende i centrum (ibid.). Ifølge Lundgren og Berg handler det om som jordemoder at finde en balance, hvor hun ikke giver udtryk for, at der findes én bestemt måde at føde på, som er den rigtige. Hun skal hverken fremhæve den normale eller den medicinske måde at føde på som den rigtige, men støtte hver enkelt kvinde i hendes egen unikke fødselsproces (ibid:226).

Inden for fødselsområdet betragtes brugen af partogram som udtryk for god klinisk praksis. Kritikere af evidensbaseret medicin problematiserer ifølge Timmermans og Berg, at evidensbaseret medicin gør klinisk praksis til ”*cookbook medicine*”. Det kan gå ud over individualiseret behandling af patienten (Timmermans & Berg 2003:118). I forhold til Lundgren og Bergs konceptpar, kan der argumenteres for, at jordemoderen får svært ved at formidle, at der ikke findes nogen ideel opskrift på, hvordan fødslen skal progrediere. Ved at gøre brug af partogrammet, gør jordemoderen brug af en standard, der vurderer fødsels progression i forhold til en fastsat referenceramme; en bestemt opskrift. Her vurderes kvindens fødselsforløb og fødsels progression ikke individuelt med respekt for den unikke kvinde, men i forhold til en reference, der er baseret på et gennemsnit. Indholdet i dette konceptpar opfyldes vanskeligt, når kvindens unikhed ikke støttes.

Lundgren og Berg anser relationen mellem jordemoder og kvinde som essentiel for, at kvinden oplever en god fødselsproces, og de ovennævnte konceptpar er i denne forbindelse centrale i opfyldelsen af denne relation. Lundgren og Berg siger, at ”*It is essential to meet and respond to these central dimensions in the childbearing woman*” og videre ”*It is evident that there are essential needs within the childbearing women which the midwife has a responsibility to meet and answer*” (Lundgren & Berg 2007: 227). Det er i vores analyse fremkommet, at jordemoderen med anvendelse



af partogram kan have svært ved at opfylde indholdet i de fremdragne konceptpar og derved ikke kan møde de essentielle behov hos kvinden, som Lundgren og Berg fremdrager. Det leder til spørgsmålet om, hvorvidt brugen af partogram kan være medvirkende til at gøre kvindens oplevelse af fødslen mindre positiv.

Med brugen af partogram er fokus mest på, om fødslen er normal. Set fra kvindens perspektiv kan det antages, at det måske er lige så væsentligt, om fødslen opleves som god. Denne sondring mellem det normale og det gode undersøges yderligere i det følgende afsnit.

## 7.0 NORMALITETSBEGREBET

Lundgren og Berg fokuserer på den gode relations betydning for kvindens fødselsoplevelse og knap så meget på, hvornår fødslen er normal eller unormal. De problematiserer imidlertid, at hvis kun fødsler uden indgreb anses som normale, er det kun ca. 10 procent af svenske fødsler, der kan anses for at være normale<sup>31</sup> (Lundgren og Berg 2007:220). I Danmark er den tilsvarende andel på 39,7 procent (Sundhedsstyrelsen 2007:6). I det følgende diskuteres, hvad der forstås ved begrebet normal, og det sættes i relation til fødslen.

### Normalitetsbegrebets flertydighed

Wackerhausen (Wackerhausen1999) diskuterer begreberne 'det normale', 'det gode' og 'det naturlige' i forbindelse med, hvad der skal danne grundlag for praksis på fødselsområdet. Han peger på, at det ikke bør være hverken det naturlige eller det normale, der bør være referencepunktet, når man skal afgøre, om noget er den rigtige kliniske beslutning, da disse begreber er afhængige af deres historiske tid og kontekst. Noget kan anses som naturligt i én kontekst, men som noget unaturligt i en anden (ibid:110). Også det normale kan forstås på flere måder og have forskellige betydninger alt efter hvilken kontekst, det er situeret i. Wackerhausen påpeger, at det normale oftest forstås som det, der er statistisk almindeligt og det, vi vænner os til. Det normale er altså ikke en bestemt størrelse, men er et begreb, der ændrer sig over tid. Derfor er det ifølge Wackerhausen heller ikke et godt kriterium for, hvad der er den bedste kliniske beslutning i praksis (ibid.). Wackerhausen mener, at det i stedet bør være 'det gode', der skal være kriteriet for klinisk beslutningstagen, men påpeger også, at det gode skal være et åbent begreb, der anerkender, at man kan have forskellige forståelser af det gode. Det er derfor ikke kun den professionelle, der bestemmer, hvad der er godt eller dårligt, men det reelt informerede individ i kombination med den professionelles faglige vurdering af situationen (Wackerhausen 1999:112).

Partogrammet som standard er med til at skelne den normale fødsel fra den unormale ud fra et statistisk normalitetsbegreb og ikke ud fra kliniske symptomer (Kjærgaard 2007:78). På den måde kan det siges, at det statistisk normale bliver det afgørende for en klinisk beslutningsproces. Med udgangspunkt i Wackerhausen kan man problematisere denne vægtning af det statistisk normale til

---

<sup>31</sup> Normale fødsler defineres som spontane fødsler uden brug af vestimulation og epiduralanalgesi (Lundgren & Berg 2007:220).

fordel for det individuelle og det, der tager udgangspunkt i det gode for kvinden. I stedet for at bruge begreberne naturlig eller normal bør der måske i højere grad også tages udgangspunkt i det gode for den enkelte kvinde, når hendes fødsels progression vurderes. Man skulle måske i stedet fokusere på de gode fødsler for kvinderne, der kendetegnes af omsorg og støtte, der er udtrykt i forholdet mellem jordemoder og kvinde, som er eksemplificeret i Lundgren og Bergs forskellige konceptpar (Lundgren & Berg 2007). Med begrebet jordemoderskønnet kommer Sandvik tæt på at sige noget om det gode, da den viden, der er i skønnet, indeholder det relationelle og situationsbundne og har kvinden i centrum (Sandvik 1997). På baggrund af disse betragtninger kan forståelsen af den gode fødsel betragtes som den, der fra et jordemoderfagligt synspunkt er forsvarligt, men samtidigt gør plads til kvindens individuelle præference og forståelse af, hvad der for hende er en god fødsel.

Inden for fødselsområdet er der ikke konsensus om, hvad der forstås ved en normal fødsel (Gould 2000:420). Ligeledes findes der også en inkonsistent brug af begrebet normal inden for centrale dokumenter inden for den danske svangreomsorg. I Anbefalinger for svangreomsorgen anvendes således ikke konsekvent ét begreb, men der tales om henholdsvis den normale<sup>32</sup>, den spontane<sup>33</sup> den ukomplicerede<sup>34</sup> og den naturlige<sup>35</sup> fødsel (Sundhedsstyrelsen 2009). I Etikkode for jordemødre anvendes ikke begrebet normal, men der tales i stedet om den gode fødsel, og her er det kun den enkelte kvinde, der kan vurdere, om fødslen er god (Jordemoderforeningen 1998:pkt.1). I Cirkulære om Jordemodervirksomhed bruges begrebet det ukomplicerede forløb, der kendetegnes ved "*den spontane fødsel, som forløber uden komplikationer(...)*" (Sundhedsstyrelsen 2001b:pkt.2.2). Dette kan ses som udtryk for, at det er vanskeligt at tale om den normale fødsel, fordi det normale kan have flere betydninger alt efter hvem, der definerer det. Så længe moder og barn har det godt under fødslen, og det dermed er obstetrisk forsvarligt at lade fødslerne vare længere tid, er det så ikke vigtigere, om fødslen kan betragtes som god, end om den kan betragtes som normal? Brugen af partogrammet tillægger ikke 'det gode' betydning, men kun 'det normale'.

---

<sup>32</sup> Sundhedsstyrelsen 2009 side 86,152.

<sup>33</sup> Sundhedsstyrelsen 2009 side 31,32,35,151-3,159.

<sup>34</sup> Sundhedsstyrelsen 2009 side 34,35,156,159.

<sup>35</sup> Sundhedsstyrelsen 2009 side 34,35,156,159.

## 8.0 DISKUSSION

Den fødsel, jordemoderens selvstændigt kan varetage, og som derfor er inden for hendes selvstændige virksomhedsområde, er den ukomplicerede spontane fødsel, hvor der ikke gøres brug af vestimulation<sup>36</sup>(Sundhedsstyrelsen 2001b). Når der er så relativt mange fødende, der får vestimulation på grund af diagnosen dystoci, kan der argumenteres for, at jordemoderens selvstændige virksomhedsområde indskrænkes. Hvis partogrammet som standard indsnævrer jordemoderens råderum under den normale fødsel ved at mindske hendes mulighed for at skønne og give individuel omsorg, påvirker det dermed også relationen mellem jordemoderen og den fødende. For kvinderne kan det få den konsekvens, at de oplever unødvendige indgreb i fødsler, der ellers kunne være forløbet uden indgreb. Med diagnosen dystoci er der risiko for, at de kommer til at tvivle på deres egne evner til at kunne føde, og det kan måske påvirke deres fødselsoplevelse i en negativ retning. Dette kan have negative konsekvenser for kvindens fødselsoplevelse, hvis man følger Lundgren og Bergs (Lundgren & Berg 2007) betragtninger om den gode relation som den vigtigste faktor for den gode fødselsoplevelse. Dette er tankevækkende, når *”formålet med sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel er at bidrage til, at moder og barn får et så godt forløb som muligt”* (Sundhedsstyrelsen 2009:17). Der kan således stilles spørgsmålstejn ved, om brugen af partogram bidrager til, at kvinden får en god fødselsoplevelse, når denne konstruktion er med til at standardisere forholdet mellem jordemoder og kvinde.

Det kan betragtes som værende problematisk, at jordemødre i deres daglige praksis bruger partogrammet, der hviler på et vidensgrundlag, som vi har vist, kan udfordres. Jordemoderen er ifølge lovgrundlaget juridisk forpligtiget til at holde sig fagligt orienteret og gøre sig bekendt med ny viden af betydning for udøvelse af sit arbejde (Sundhedsstyrelsen 2001b:stk.4). Ifølge Etikkode for jordemødre er jordemoderen endvidere etisk forpligtiget til holde sin faglige viden ajour, da hun skal *”kunne yde en jordemoderfaglig omsorg, der tilgodeser principperne om at gavne og fremfor alt ikke skade og vedkender sig medansvar for, at praksis bygger på veldokumenteret viden”* (Jordemoderforeningen 1998:pkt.5). Jordemødre har således et medansvar for, at det er den bedste viden, der danner grundlag for praksis. Men hvem afgør, hvad der kan betragtes som den bedste viden? Her er spørgsmålet, om jordemoderen skal bygge sin praksis på metaanalyser alene, eller om der er andet end den evidensbaserede viden, der er væsentlig i jordemoderens praksis.

---

<sup>36</sup> Jordemoderens anvendelse af vestimulation kan ske under generel bemyndigelse af den ansvarlige overlæge (Sundhedsstyrelsen 2001a:§ 4).

Man kan udfordre evidensbegrebet og EBM, der anvendes som standard for god klinisk praksis inden for fødselsområdet, idet det kan anskues som manglende en vigtig dimension, som er central i jordemoderens arbejde. I standarder og procedurer er fokus på teorien og den målelige viden, der anses for objektiv og ikke afhængig af subjektet. De vidensformer, der ikke kan komme til udtryk i sådanne standarder er de, der er tavs og bundet til den enkelte situation, den sanselige og situerede viden samt jordemoderens erfaring, som vi ved brug af Sandvik (Sandvik1997) har vist indeholdes i jordemoderskønnet. Jordemoderskønnet lader sig vanskeligt nedskrive og undersøge efter de evidenskriterier, der har autoritet på fødselsområdet. Til trods for, at meget af jordemoderens arbejde hviler på tavs og situeret viden, er der dog veldokumenteret viden om, at omsorgsrelaterede faktorer har positiv indflydelse på fødsels progression og kvindernes fødselsoplevelse. Alligevel integreres denne veldokumenterede viden kun i ringe omfang i praksis, som fx i partogrammet, hvor tiden er den helt centrale faktor, der afgør, om fødslen kan anses som værende normal.

Med den tiltagende standardisering, der tillægger den kvantificerbare viden mest autoritet, har mere situerede og relationelle vurderinger mindre autoritet, og dermed kan en mere individuelt tilpasset omsorg reelt have vanskelige kår. At disse vidensformer får mindre plads, kan få betydninger i selve fødselssituationen, fx ved at jordemoderen i vurderingen af fødsels progression fokuserer ensidigt på orificiums dilatation og kontraktioner i stedet for at vurdere disse forhold i sammenhæng med kvindens individuelle behov, ressourcer og håndtering af fødselssituationen.

Der er endvidere risiko for, at jordemoderen med partogrammet og dets rammer for normal progression vil komme til at intervenere i fødsler, hvor vestimulation ikke er nødvendigt, men hvor det måske snarere handler om, at rammerne for den normale fødsels progression er for rigide, jf. Albers (Albers 1999) og Kjærgaard (Kjærgaard 2007). Det er desuden problematisk i forhold til det, vi tidligere har defineret som jordemoderens råderum. Råderummet bygger blandt andet på Etikoden, hvor der står, at jordemødre ikke skal foretage unødvendige indgreb, fordi det kan virke forstyrrende eller hindrende for den gode fødsel. Desuden skriver Sundhedsstyrelsen i de seneste Anbefalinger for svangreomsorgen, at der ikke er evidens for, at brug af S-drop ved diagnosen dystoci forbedrer udkomme for mor og barn (Sundhedsstyrelsen 2009:153). Hvis der ikke er nogen sundhedsmæssig gevinst ved at anvende vestimulation ved dystoci, kan der sættes spørgsmålstegn ved, om den hyppighed, indgrebet foretages med, er hensigtsmæssig.

Der kan argumenteres for, at brugen af partogram er udtryk for en vægtning af teori om fødsels progression på bekostning af praksis, hvor der også tages hensyn til den individuelle vurdering i situationen. Som tidligere nævnt får 45,3 procent af alle fødende i gruppe 1 vestibulation på grund af vesvækkelse under fødslen (Sundhedsstyrelsen 2007:5), til trods for at de i udgangspunktet forventes ukomplicerede fødsler (Kjærsgaard 2007). Hvis jordemoderen ikke gjorde brug af partogram og dermed havde en videre tidsramme for fødsels progression, havde hun måske større mulighed for at gøre brug af sit skøn. Derved ville hun have en mere individualiseret tilgang til diagnosen dystoci, som Kjærsgaard anbefaler, og hun kunne i praksis måske undgå nogle indgreb.

Man kan også sætte spørgsmål ved den mere overordnede problemstilling om den vide udbredelse af standarder inden for fødselsområdet, som kan ses som led i udbredelsen af kvalitetssikring, som i Den Danske Kvalitetsmodel (IKAS 2009), hvor akkreditering og standardisering er centrale omdrejningspunkter. Kvalitetssikring kan ses som en samfundsmæssig udvikling, hvor alle ydelser skal dokumenteres og vurderes i forhold til fastsatte kvalitetsmål og standarder. Men hvilke implikationer har det for jordemoderfaglig omsorg, når hendes handlinger standardiseres? I kravet om dokumentation og kvalitetssikring, forsvinder meget af tiden væk fra selve kerneydelsen i den jordemoderfaglige omsorg, der bygger på tilstedeværelse og relationelle aspekter, som dårligt lader sig dokumentere i standarder. I et udviklingsperspektiv er det problematisk, hvis jordemoderen i stigende grad udøver sin omsorg og agerer på baggrund af standarder. Man kan forestille sig, at jordemoderens evne til at tænke selvstændigt forringes, og hun dermed bliver dårligere til at handle i akutte situationer, der afviger fra standarden. Jordemoderfaget bør måske i højere grad bidrage til at trække udviklingen i en anden retning, hvor der er større vægtning af muligheden for at kunne yde en individualiseret fødselshjælp, hvor standarder bliver mindre betydningsfulde.

## **8.1 Metodediskussion**

Det valgte STS-perspektiv i projektet har givet os mulighed for at studere den viden, der ligger i partogrammet, men som ikke er direkte indeholdt i det fysiske dokument. Dermed er vi blevet i stand til at komme bag om den konstruktion, som vi med vores videnskabsteoretiske afsæt i konstruktivismen antager partogrammet for at være. Dette har givet os mulighed for at undersøge, hvordan denne konstruktion, når den bliver en standard i jordemoderens praksis, påvirker hendes råderum.

I projektet bruger vi Sandviks begreb jordemoderskønnet (Sandvik 1997), der beskriver selve kernen

i den jordemoderfaglige omsorg. Man kan kritisere Sandvik for at opstille et idealbillede af den jordemoderfaglige omsorg, for i praksis er det ikke nødvendigvis denne form for omsorg, alle jordemødre ønsker at give, eller alle kvinder efterspørger. Ikke alle jordemødre har de samme idealer for deres praksis, og på den måde kan det siges, at Sandviks teori har en svaghed ved, at den ikke rummer de forskellige praksisser, der gør sig gældende inden for jordemoderfaget.

Timmermans og Berg (Timmermans & Berg 2003) behandler standarder i sundhedsprofessionelles praksis. Disse ses som aktører, der er med til at konstituere de sundhedsprofessionelles praksis. Man kan kritisere, at Timmermans og Berg måske tillægger disse standarder en for stor betydning for praksis. Man kan endvidere kritisere vores anvendelse af deres teori om standarder til også at omfatte partogrammet, eftersom Timmermans og Bergs tager afsæt i standarder, der ikke direkte kan sidestilles med partogrammet.

Vi forholder os i projektet overvejende kritisk til partogrammet, da vi påpeger, at det kan indskrænke jordemoderens råderum under den normale fødsel. Men man kan argumentere for, at der kan være fordele ved anvendelsen af partogrammet, da det kan være et brugbart værktøj i praksis. Partogrammet giver et hurtigt visuelt overblik over fødselsforløbet og progressionen af dette. Endvidere fungerer partogrammet som dokumentation af jordemoderens behandling, og er dermed en del af hendes ordnede optegnelser, som en jordemoder har pligt til at føre over sin virksomhed (jf. Sundhedsstyrelsen 2001c:§ 3). Partogrammet kan i en travl hverdag betragtes som en lettelse af jordemoderens arbejde. På trods af risikoen for at standardisere en behandling, kan det også anses for hensigtsmæssigt, at der er en vis form for konsensus om, hvordan fødsler varetages. Det vil sige, at de fødende sikres en behandling, der ikke kun bygger på den enkelte jordemoders præferencer.

Vores perspektiv tillægger dog muligvis partogrammet for stor en betydning for praksis. Vores metode er et analytisk greb til at undersøge partogrammets mulige indflydelse på jordemoderens praksis og råderum. Ved alene at se på partogrammets konstruktion og dets betydning for praksis, har vi måske tillagt partogrammet for stor betydning i forhold til andre aktører i en kompleks praksis. Som andre aktører, der kan påvirke denne praksis, kan nævnes kliniske retningslinier, et bestemt hospitals lokale praksis og jordemødres forskellige tilgange til deres arbejde. Med STS-perspektivet kan det siges, at partogrammet påvirker jordemoderen, men også at jordemoderen påvirker partogrammet. Den sidste del af perspektivet har vi ikke udfoldet i dybden, men vi er dog bevidste om, at partogrammet som en aktør også påvirkes af den praksis, det er situeret i. Der kan således være lokale forskelle på, om man har en aktiv eller afventende tilgang til fødslen de steder, hvor partogrammet anvendes. Ved at lave denne forenkling af virkeligheden, kan det siges, at vores

analyse har en metodisk svaghed.

Projektet kan endvidere siges at anvende en forenklet udgave af Latours begreb *science in the making* (Latour 1987), idet vi ikke undersøger *alle* kontroverser og processer i tilblivelsesprocessen af partogrammet som konstruktion, men har udvalgt de aspekter, vi finder mest relevante. Latours begreber fremtræder i hans beskrivelse mere komplekse, og skal man forsøge at forfølge dem helt, skal man afdække enhver lille del af en proces, der leder til konstruktion af viden. For at kunne anvende dem som et analyseværktøj i dette projekts kontekst har vi valgt kun at se på enkelte dele af denne proces, som den kommer til udtryk i enkelte studier. Dermed har vi foretaget en analytisk forenkling af virkeligheden, og det kan siges, at vores analyse også er en konstruktion eller en forenkling af denne proces. Vi anser i projektet partogrammet som værende en konstruktion, men den konstruktion kan komme til udtryk på forskellig måde afhængig af hvilken kontekst, den er situeret i. Vi har i projektet ikke taget stilling til eller undersøgt lokale guidelines og praksisser vedrørende fødsels progression, men alene forholdt os til den overordnede konstruktionsproces, der ligger bag partogrammet. Det kunne være et interessant perspektiv at undersøge videre, hvorledes disse lokale retningslinjer og praksisser påvirker brugen af partogram.



## 9.0 KONKLUSION

Projektets påstand er, at partogrammet påvirker jordemoderens råderum under den normale fødsel, og at dette har betydning for den jordemoderfaglige omsorg, hun kan give den fødende. Endvidere påvirker partogrammet relationen mellem jordemoderen og kvinden, og i sidste ende kan dette få betydning for, om kvinden får en god oplevelse af fødslen.

Vi argumenterer for denne påstands gyldighed ved at undersøge den påvirkning af jordemoderens råderum, som sker på forskellige planer. Først analyseres partogrammet som en konstruktion, og med udgangspunkt i Latours begreber udfoldes dette perspektiv. Den viden, partogrammet er baseret på, kan ses som værende konstrueret og indeholdende en række selvfølgeligheder, *black boxe*, om fødsels progression og længde. Når disse *black boxe* undersøges og holdes op imod nyere viden om fødsels progression, viser det sig, at deres vidensindhold kan anfægtes. Gennem vores analyse vises det, at der bør foretages en diskussion og en revurdering af den viden, der ligger til grund for partogrammet.

Med udgangspunkt i Timmermans og Bergs (Timmermans & Berg 2003) betragtninger om standarder inden for sundhedsområdet, er partogrammet analyseret som en standard, der er vidt udbredt i praksis og som er med til at konstituere jordemoderens praksis. I partogrammet som en standard er der fokus på den objektive, målbare viden, og dette fokus forskyder jordemoderens opmærksomhed væk fra den viden, der også indeholdes i jordemoderskønnet. Denne forskydning får indflydelse på jordemoderens selvstændige råderum i forbindelse med den normale fødsel, eftersom den indskrænker hendes mulighed for selvstændigt at skønne, hvad der er kompliceret og ukompliceret under fødslen. Vi har vist, at den viden, der er i partogrammet, har mere autoritet end den, der ligger i jordemoderskønnet, og det kan have den konsekvens, at jordemoderens autonomi indskrænkes i forbindelse med de normale fødsler. Når jordemoderens autonomi svækkes, kan det have betydning for den individualiserede omsorg som hun kan tilbyde kvinderne under fødslen. Netop den dimension er vigtig at fremhæve, da vi med Lundgren og Berg (Lundgren & Berg 2007) har vist, at den gode relation er en vigtig del af fundamentet for, at kvinden kan få en god fødsel.

Måske er det den gode fødsel, der bør være omdrejningspunktet for den jordemoderfaglige omsorg under fødslen. Med Wackerhausen (Wackerhausen1999) har vi vist, at det normale er et flertydigt

begreb, der kan betyde noget forskelligt alt efter, hvilken kontekst det er situeret i, og hvem der definerer det. Det normale er ofte et udtryk for det gennemsnitlige. Det gode indeholder derimod en etisk dimension, hvor der udover at ses på, om fødslen er normal, defineret ud fra tidlige kriterier, som den gøres i partogrammet, lægges vægt på om kvinden oplever fødslen som god og meningsfuld. Dette forhold fremhæves også i Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for svangreomsorgen som værende centralt (Sundhedsstyrelsen 2009) og i Etikkoden, hvor det fremhæves, at jordemødre skal arbejde for den gode fødsel (Jordemoderforeningen 1998).

Vi har i projektet tillagt partogrammet en meget vigtig rolle i afgørelsen af, om en fødsel er normal eller ej. I virkeligheden er praksis meget mere kompleks, og jordemødre påvirkes af mange andre ting end partogrammet. Hun påvirkes blandt andet af den konkrete praksis, hun arbejder i, som er den enkelte fødeafdeling og dens retningslinjer og arbejdsrutiner. Vores perspektiv kan siges at være forenkende og tager derfor ikke hensyn til, hvordan partogrammet konkret fungerer og anvendes i praksis.

Vi kan dog med vores analyser konkludere, at der med brugen af partogram foregår en påvirkning af jordemoderens råderum under den normale fødsel, og at denne påvirkning kan have negative konsekvenser for jordemoderens selvstændige varetagelse af de ukomplicerede fødsler og for hendes relation til kvinden og for kvindens oplevelse af fødslen. Dette projekt lægger dog op til, at denne påvirkning studeres mere i praksis, og at der laves undersøgelser af, hvordan partogrammet ude på fødestederne konkret påvirker jordemødrenes arbejde.

## LITTERATURLISTE

**Albers, L Leah (1999):** The duration of labor in healthy women, *Journal of Perinatology*, (1999) 19 (2) 114-119.

**Blok, Anders og Jensen, E. Torben (2009):** *Bruno Latour – hybride tanker i en hybrid verden*, København, Hans Reitzels Forlag.

**Bøttcher, Tove (2008):** ”Jordemoderens beslutninger på fødesstuen- en undersøgelse af praksis i jordemoderperspektiv.” i *Tidsskrift for Jordemødre*. Lokaliseret d. 14.12.2008 på World Wide Web: <http://www.jordemoderforeningen.dk/index.dsp?page=3768>.

**Clausen, Jette Aaroe (2003):** *Begrundelser for forandringer i fødselspraksis*, Århus, Århus Universitet.

**Collin, Finn (2003):** *Konstruktivisme*, Frederiksberg, Roskilde universitetsforlag.

**DSOG (1999):** *Guideline for dystoci i udvidelsesfasen*. Lokaliseret på World Wide Web den 10.12.09: <http://www.dsog.dk/files/dystoci-aktiv-fase.htm>.

**DSOG (2009):** *Overordnede retningslinjer til DSOG guidelines*. Lokaliseret på World Wide Web den 10.12.09: <http://www.dsog.dk/sandbjerg/guidelinetilguidelines.pdf>.

**Enkin et al. (2000):** *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*, Oxford, Oxford University Press.

**Friedman, Emmanuel (1955):** Primigravid Labor, *Journal of the American Academy of Obstetrics and Gynecology*, vol. 6, nr. 6, p. 567-589.

**Gentofte Hospital (2009):** *Fødsler*. Lokaliseret på World Wide Web d. 20.12.09 på: <http://epis.gentoftehosp.dk/Dokumenter%5Cp070017ml.pdf>

**Gould, Debby (2000):** Normal labour: a concept analysis, *Journal of Advanced Nursing*, 2000, 31 (2), 418-427.

**Groeschel, Norelle og Glover Pauline (2001):** The partograph: used daily but rarely questioned. *Australian Journal of Midwifery*, 2001 Sep; 14 (3): 22-6.

**Hodnett et al. (2007):** Continuous support for women during childbirth, *Cochrane Database, Syst. Review* 2007;CD00376.

**Hvidovre Hospital (2008):** *Partus Normalis*. Lokaliseret på World Wide Web d 20.12.09 på: <http://www.gyncph.dk/procedur/obstet/partnorm.htm>

**Høvring, Erik (1999):** *Politikens Store Nye Nudansk Ordbog*, København, Politikens forlag.

**IKAS (Institut for Kvalitet og akkreditering i sundhedsvæsenet) (2009):**

*Akkrediteringsstandarder for sygehuse*, 3.4.2: Fødsel. Lokaliseret på World Wide Web den 10-12-09: [http://www.ikas.dk/Sygehuse/Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse/Sygdomsspecifikke-akkrediteringsstandarder/3.4.2-F%C3%B8dsel-\(2/3\).aspx](http://www.ikas.dk/Sygehuse/Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse/Sygdomsspecifikke-akkrediteringsstandarder/3.4.2-F%C3%B8dsel-(2/3).aspx)

**Jensen B. Casper, Lauritsen, Peter og Olesen, Finn (2007):** *Introduktion til STS, Science, Technology, Society*, København, Hans Reitzels Forlag.

**Jordemoderforeningen (1998):** *Etikkode for jordemødre*, København, Jordemoderforeningen.

**Juul, Svend (2007):** *Epidemiologi og Evidens*, København, Munksgaard Danmark.

**Kemp, Peter (2005):** ”Etikkens verden”. Kap. 7 i *Filosofi Etik Videnskabsteori*, Redigeret af Merete Bjerrum & Kirsten Lund Christiansen, Akademisk Forlag.

**Kjærgaard, Hanne (2009):** Vesvækkelse hos førstegangsfødende, *Tidsskrift for jordemødre*, sep. 2009, årg.119. s. 16-20.

**Kjærgard, Hanne (2007):** *Dystocia in nulliparous women*, Lund, Lund University.

**Latour, Bruno (1987):** *Science In Action*, Cambridge, Harvard University Press.

**Lavender, Tina et al (2008):** Effects of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, Issue 4. No.: CD00461. DOI: 10.1002/14651858.CD005461.pub2

**Lundgren, Ingela og Berg, Marie (2007):** Central concepts in the midwife-woman relationship, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 2007; 21; 220-228.

**Nystedt, Astrid et al (2006):** Some swedish women’s experience of prolonged labour. *Midwifery*, Volume 22, Issue 1, March 2006, Pages 56-65.

**Philpott R.H. (1972):** Graphic Records in Labour, *British Medical Journal*, 1972, 4, 163-165.

**Philpott R. H. & W. M. Castle (1972):** Cervicographs in the management of labour in primigravidae – The Alert Line for Detecting Abnormal Labour, *The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth*, July 1972. Vol.79. pp. 592-598.

**Rienecker, Lotte og Jørgensen, Peter S (2005):** *Den gode opgave*. Frederiksberg, Forlaget Samfundslitteratur.

**Rigshospitalet (2009):** *Den normale fødsel*. Lokaliseret på World Wide Web den 20-12-09 på: <http://www.rh-vejledninger.dk/C1256FF60028FE3A/0/B55FB41F59876947C125729C003B4174?OpenDocument&Highlight=2>,

**Sandvik, B. Gunnhild (1997):** *Moderskap og fødselsarbeid. Diskurser i reproduktivt arbeid.*, Bergen. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

**Severinsen, Morten (2005):** *Etik & Videnskabsteori i sundhedsfagene*, Odense, Syddansk Universitetsforlag.

**Simonsen, S. Simon (2005):** ”Den kvantitative sundhedsvidenskabs basis i det positive målelige.” Kap. 13. i *Filosofi Etik Videnskabsteori*, Redigeret af Merete Bjerrum & Kirsten Lund Christiansen, Akademisk Forlag.

**Sundhedsstyrelsen (2001a):** *Cirkulære for jordemødre*, København, Sundhedsstyrelsen.

**Sundhedsstyrelsen (2001b):** *Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv.* København, Sundhedsstyrelsen.

**Sundhedsstyrelsen (2001c):** *Cirkulære om jordemødres pligt til at føre ordnede optegnelser*, København, Sundhedsstyrelsen.

**Sundhedsstyrelsen (2007):** *Sygehusfordelte kvalitetsindikatorer for lavrisiko førstegangsfødende 2006*. Lokaliseret på World Wide Web d. 10.12.09: [http://www.sst.dk/publ/tidsskrifter/nyetal/pdf/2007/07\\_07.pdf](http://www.sst.dk/publ/tidsskrifter/nyetal/pdf/2007/07_07.pdf)

**Sundhedsstyrelsen (2009):** *Anbefalinger for Svangreomsorgen*, København, Sundhedsstyrelsen.

**Studd, John (1973):** Partograms and Nomograms of Cervical Dilatation in Management of Primigravid Labour, *British Medical Journal*, 1973, 4, 451-455.

**Timmermans, Stefan og Berg, Marc (2003):** *The Gold Standard*, Philadelphia, Temple University Press.

**Wackerhausen, Steen (1999):** What is Natural? - deciding what to do and not to do in medicine and health care, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, November 1999, Vol. 106, 1109-1112.

**Walsh, Denis (2000):** Assessing women's progress in labour, *British Journal of Midwifery*, July 2000, vol. 8, no. 7.

**WHO (1994):** Partograph in management of labour. *Lancet* 1994;343:1399-1404.

**Wulff, R. Henrik og Gøtzsche, G. Peter (2006):** *Rationel klinik*, København, Munksgaard Danmark.

# **BILAGSFORTEGNELSE**

**Bilag 1:** Indsamling af partogrammer fra landets fødesteder

**Bilag 2:** Søgehistorie

## **BILAG 1**

Følgende mail er sendt d. 4. november 2009 til samtlige 32 fødesteder i Danmark. Vi fik svar fra 27 fødesteder og dermed tilsendt deres udgave af partogrammet.

”Vi er tre jordemoderstuderende, der er i gang med at skrive det afsluttende bachelorprojekt, hvor vi har valgt at fokusere på brugen af partogram under fødslen.

Til dette har vi brug for at indsamle partogrammer fra alle fødesteder i Danmark, og derfor har vi brug for jeres hjælp.

Hvis I anvender partogram på jeres fødeafdeling, kunne I så være så venlige at sende det til os? Gerne så hurtigt, som muligt.

Vi har specielt fokus på førstegangsfødende, men anvender I differentierede partogrammer, vil vi også gerne se dem.

Med venlig hilsen og på forhånd tak. Jordemoderstud. Louise Vestergaard, Mie de Wolff og Sara Hamilton”.

### **Vi fik svar fra følgende 27 fødesteder:**

Aalborg, Frederiksberg, Gentofte, Glostrup, Haderslev/Sønderborg, Herlev, Herning/Holstebro, Hillerød, Holbæk, Horsens, Hvidovre, Nykøbing F, Næstved, Odense, Randers/Grenå, Rigshospitalet, Roskilde, Silkeborg, Skejby, Slagelse, Svendborg, Thisted, Vendsyssel, Viborg.

Af disse fødesteder er det kun Thisted Sygehus, der ikke anvender partogram. Vi kontaktede efterfølgende fødestedet med henblik på at få deres begrundelse for ikke at anvende partogram, men vi fik ikke svar på vores henvendelse.

### **Vi fik ikke svar fra følgende 5 fødesteder:**

Bornholm, Esbjerg, Kolding, Læsø, Ærø.



## Bilag 1: Søgehistorie

Nedenstående er en oversigt over de søgninger, vi har foretaget på søgebaserne PubMed, Cinahl og PsycInfo. Vi har søgt på søgeordene: *midwifery, midwifery care, nurse midwifery care, labour support, normal labor, normal labour, duration, time, dystocia, cervical dilatation, active labour, active labor, labour 1st stage, standards, standardization, guidelines, partogram, partograph, central concepts, concept analysis* og kombinationer af disse. Vi har udført fritekstsøgning, avanceret søgning med begrænsninger samt søgning på emneord (MESH på PubMed og Cinahl headings).

Pubmed er en biomedicinsk database, der indeholder observations- og eksperimentelle studier. Cinahl-databasen indeholder primært sygeplejefaglige, men også jordemoderfaglige artikler, der bygger på både kvalitative og kvantitative studier. PsycInfo er en bibliografisk database med artikler omhandlende sundhedsvidenskab, psykologi og sociologi.

Søgning foretaget den 3.11.2009:

<b>Søgning</b>	<b>Database/ resultater/ relevante hits</b>	<b>Inkluderede</b>	<b>Ekskluderede</b>
Labor 1st stage AND time	PubMed / 191 / 1	<b>Albers LL (1999):</b> The duration of normal labor in healthy women. <i>Journal of Perinatology</i> (1999) 19 (2), s.114-119.	

Dystocia AND (midwifery care OR nurse midwifery care)	PubMed / 2 / 1		<p><b>Nystedt et al. (2006):</b> Some swedish women's experience of prolonged labour. <i>Midwifery</i>, Volume 22, Issue 1, March 2006, s. 56-65.</p> <p>Vi har læst studiet, der er meget relevant for vores problemstilling, men vi har ikke direkte brugt det i projektet. Andre forfattere, som vi inkluderer, fx Hanne Kjærgaard, refererer til resultater fra denne undersøgelse.</p>
(Partogram OR partograph) AND (active labour OR active labor)	PubMed/ 116 / 1	<p><b>Lavender et al. (2008):</b> Effects of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term, <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>, 2008, Issue 4. No.: CD00461. DOI: 10.1002/14651858.CD005461.pub2</p>	
Normal labour OR normal labor) AND partogram	PubMed/ 0/ 0		
Normal labour OR normal labor) AND (midwifery care OR nurse midwifery care)	PubMed/ 23 /2	<p><b>Gould D (2000):</b> Normal labour: a concept analysis, <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 2000, 31 (2), s. 418-427.</p>	<p><b>Heres MH et al. (2000):</b> <a href="#">The hour of birth: comparisons of circadian pattern between women cared for by midwives and obstetricians.</a> <i>Midwifery</i>. 2000 Sep; 16(3): s. 173-6.</p> <p>Studiet viser, at jordemoderlede fødsler gns. er hurtigere end obstetrikeralde fødsler. Interessant men ikke helt projektets fokus</p>

Cervical dilatation And dystocia (active labour OR active labor)	PubMed/ 40/ 2		<p><b>Kjærgaard et al. (2009):</b> Incidence and outcomes of dystocia in the active phase of labor in term nulliparous women with spontaneous labor onset, <i>Acta Obstet Gynecol Scand.</i> 2009;88(4): s. 402-7.</p> <p><b>Kjærgaard et al. (2008):</b> Obstetric risk indicators for labor dystocia in nulliparous women: a multicentre cohort study, <i>BMC Pregnancy Childbirth.</i> 2008, Oct 6;8: 45.</p> <p>Vi bruger resultaterne fra Hanne Kjærgaards afhandling (Kjærgaard 2007) i stedet.</p>
(midwifery care OR nurse midwifery care) And (labor support OR labour support) AND (normal labour OR normal labor OR natural childbirth)	PubMed/ 87/ 1		<p><b>Kjærgaard et al. (2007):</b> Experiences of non progressive and augmented labour among nulliparous women. <i>BMC Pregnancy Childbirth.</i> 2007 Jul 28; 7:15.</p> <p>Studiet er et af de fire understudier i Kjærgaards afhandling. Vi bruger i stedet afhandlingen (Kjærgaard 2007).</p>
(Midwifery care OR nurse midwifery care OR midwifery) AND (normal labour OR normal labor) AND (duration OR time)	Cinahl/ 6/ 2	<p><b>Walsh D (2000):</b> Evidencebased care: Part three: Assessing women's progress in labour <i>British Journal of Midwifery</i>, 2000 Jul; 8 (7): s. 449-57.</p>	<p><b>Albers LL (2001):</b> Rethinking dystocia: Patience please, <i>MIDIRS Midwifery Digest</i>, 2001 Sep; 11 (3): s. 351-3.</p> <p>Artiklen er en oversigtsartikel. Vi bruger Albers (Albers 1999) i stedet.</p>

(Midwifery care OR nurse midwifery care OR midwifery) AND (standards OR guidelines) AND (normal labour OR normal labor)	Cinahl/ 4/ 0		
(Midwifery care OR nurse midwifery care OR midwifery) AND dystocia	Cinahl/ 20/ 1		<b>Albers LL (2001):</b> Rethinking dystocia: Patience please, <i>MIDIRS Midwifery Digest</i> , 2001 Sep; 11 (3): s. 351-3  Artiklen er en oversigtsartikel. Vi bruger Albers (1999) i stedet.
(Midwifery care OR nurse midwifery care OR midwifery) AND (partogram OR partograph)	Cinahl/ 10/ 1	<b>Groeschel N, Glover P (2001);</b> The partograph: used daily, rarely questioned. <i>Australian Journal of Midwifery</i> , 2001 Sep; 14 (3): s. 22-6.	
(Midwifery care OR nurse midwifery care OR midwifery) AND (standards OR guidelines) And (normal labour OR normal labor)	Cinahl/ 4/ 0		
(normal labour OR normal labor) AND (time OR duration)	Cinahl/ 20/ 1		<b>Nystedt A. et al. (2005):</b> The negative experience of prolonged labor: a case referent study. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 2005 May; 14 (5): s. 579-86.  Studiet er relevant, men ikke medtaget i projekt, da vi kun indirekte koncentrerer os om kvinders oplevelser af dystoci

<p>(Midwifery care OR nurse midwifery care OR midwifery) AND (central concepts OR concept analysis)</p>	<p>Cinah/ 9/ 2</p>	<p><b>Lundgren I; Berg M (2007):</b> Central concepts in the midwife-woman relationship. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>, 2007 Jun; 21 (2): s. 220-8.</p> <p><b>Gould D (2000):</b> Normal labour: a concept analysis, <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 2000 Feb; 31 (2): s. 418-27.</p>	
<p>(standards OR standardization) AND (Midwifery care OR nurse midwifery care OR midwifery) AND (normal labour OR normal labor)</p>	<p>PsycInfo/ 10/ 1</p>	<p><b>Gould D (2000):</b> Normal labour: a concept analysis, <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 2000 Feb; 31 (2): s. 418-27.</p>	
<p>(partogram OR partograph) AND (standards OR guidelines)</p>	<p>PsycInfo/ 58/ 1</p>	<p><b>World Health Organization (WHO) (1994):</b> Partograph in management of labour.</p> <p><i>Lancet</i>. June 1, 1994, 343(8910): s.1399-1404.</p>	