

Kejsersnit på moders ønske

– en analyse af danske kvinders perspektiv på fænomenet

Baggrund.....	3
Specialets formål	6
Specialets opbygning	6
Kapitel 1. Empiriske og metodologiske refleksioner	7
Adgangen til og typen af informanter	10
Den etnografiske interviewmetode.....	11
Interviewene	13
At lære af de gravide – om fremgangsmåden i interviewene	14
Bearbejdning af interviewene.....	15
Interviewet som produktionssted for viden – refleksioner over metoden	16
Kapitel 2. Kvindernes begrundelser for at ønske kejsersnit	19
Hensynet til barnet	20
Hensynet til egen krop	21
Kapitel 3. Kvindernes begrundelser set i et hverdagslivsperspektiv	25
Common sense-indstillingen – den vaginale fødsels forrang.....	25
Mellem at snyde og at blive snydt – om fravalget af den vaginale fødsel.....	27
Den refleksive indstilling.....	28
Kvindernes altoverskyggende virkelighed	31
‘Det er bare sådan noget man ved med sig selv’	32
Malous tvivl.....	35
Den rationelle beslutning	36
At komme anklagerne i forkøbet	37
Rationalet om kejsersnittet.....	38
Refleksioner over den anvendte teori	40
Kapitel 4. Mødet med sundhedsvæsenet	42
‘Det er mit valg’	42
Kvindens tanker og overvejelser i forhold til lægesamtalen	43
Ane om lægesamtalen.....	44
Helle om lægesamtalen	44
Dorte om lægesamtalen	46
Malou om lægesamtalen	46
Opsamling	47
Hvis anmodningen om kejsersnit ikke imødekommes – ‘så skal man være hysterisk og ufornuftig og skabe sig’	48
At vide hvilke argumenter man skal have klar	48
Betingelser for fælles forståelse	50
Lægen stilles ind på kvinden	50
Kvinden stiller ind på lægen	51

Samtalerne.....	52
Malou og lægen	53
Ane og lægen.....	54
Helle og lægen	55
Fødslerne	55
Tanker om næste gang.....	56
Lægen sætter dagsordenen for samtalen.....	56
Kapitel 5. Lægens perspektiv på kejsersnit på moders ønske	58
Teoretisk ramme.....	58
Lægens altoverskyggende virkelighed	59
At skabe plads til patientens fortælling.....	61
Præsentation af udvalgte dokumenter.....	63
Den medicinske forståelse af kejsersnit på moders ønske	64
Kvindernes begrundelser set i et medicinsk perspektiv.....	65
Samtalen set fra et medicinsk perspektiv	68
Lægens håndtering af samtalen.....	69
Formidling af medicinsk risikoiden.....	70
Diskussion	72
Kapitel 6. Kvindernes handlefelt	75
Konklusion.....	79
Perspektivering	81
Resumé.....	84
Summary	85
Litteraturliste	86
Bilagsfortegnelse	90

Baggrund

Dette speciale handler om de kvinder der anmoder om og får foretaget kejsersnit uden der er en medicinsk grund til det. Der er ikke noget nyt i at gravide har ønsker til deres fødsler, og at disse ikke altid er i overensstemmelse med sundhedsvæsenets vurdering af hvad den bedste behandling i den givne situation vil være. Det er imidlertid nyt at der er konstrueret en ny indikation for at foretage kejsersnit. Den benævnes *kejsersnit på moders ønske* (Sundhedsstyrelsen (SST) 2005) eller *maternal request* (Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) 2006).

I 2002 udgjorde andelen af *kejsersnit på moders ønske* 1,7 % af samtlige kejsersnit og i 2003 4,5 % (Jordemoderforeningen 2005:1), mens tallet i 2004 var steget til 9,8 %. I de nyeste tal fra Sundhedsstyrelsen anslås det at andelen af kejsersnit udført på kvindens ønske i 2005 udgør 10 % af samtlige kejsersnit, hvilket svarer til 1340 kejsersnit (SST 2006:10). Der er således registreret en stigning i antallet af kejsersnit udført på den gravides ønske¹.

Den stigende udbredelse af fænomenet² har medført sundhedspolitisk interesse, og emnet er blevet behandlet såvel af fagprofessionelle som meningsdannere i den offentlige debat. Det er bl.a. blevet diskuteret hvorledes man kan forklare kvindernes ønske om en behandling, der anses for at være forbundet med flere risici for såvel mor som barn i forhold til en vaginal fødsel. Der er imidlertid ikke forsket meget i kvindernes perspektiv på fænomenet i en dansk kontekst, og det er netop deres perspektiv jeg ønsker at belyse. Sundhedsstyrelsen har behandlet fænomenet og udsendte i 2005 en Medicinsk Teknologivurdering (MTV)³ med titlen *Kejsersnit på moders ønske – en medicinsk teknologivurdering* (SST 2005).

¹ Det eksakte omfang af kejsersnit udført på kvindens ønske er vanskeligt at fastslå i Danmark. Der er fødesteder hvor andelen af kejsersnit udført på kvindens ønske er opgjort til 0-1 % af de samlede kejsersnit, mens denne andel på andre fødesteder udgør 17-19 % (SST 2006:10). Disse forskelle kan forklares ved forskelle i praksis rundt omkring på de enkelte fødesteder. Endvidere har såvel Sundhedsstyrelsen som Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) peget på at det kan skyldes forskelle i hvorledes de enkelte fødesteder indberetter indikationerne for kejsersnit (SST 2006:10; DSOG 2006:12). En af årsagerne kan være at det er vanskeligt at afgøre hvornår et kejsersnit er medicinsk indiceret eller ikke er det (SST 2005:20).

² Hvor intet andet er anført, vil 'fænomenet' henvise til gravides anmodning om kejsersnit uden medicinsk indikation. Dette er også af DSOG blevet formuleret som de tilfælde '(..) hvor en gravid ønsker sectio [kejsersnit], men obstetrikeren ikke på baggrund af en samlet risikovurdering finder grund til at fraråde vaginal fødsel' (DSOG 2006:3).

³ Medicinsk Teknologivurdering defineres af Sundhedsstyrelsen som '(..) en forskningsbaseret, anvendelsesorienteret vurdering af relevant foreliggende viden om problemstillinger ved anvendelse af teknologi i relation til sundhed og sygdom' (SST 2001:7). 'Teknologien' er i dette tilfælde *kejsersnit på moders ønske*, som er blevet vurderet ud fra et teknologisk, et organisatorisk, et økonomisk og et patientorienteret perspektiv (SST 2005:7).

MTV-rapportens formål er at '(..) undersøge baggrunden for og konsekvenserne af at foretage kejsersnit på moders ønske (..)' (ibid:4), og herigennem skabe et grundlag for sundhedsvæsenets håndtering af fænomenet (ibid:4)⁴.

Den del af MTV'en der har til formål at tilvejebringe viden om patienternes perspektiv bygger på eksisterende forskning. Da denne forskning er sparsom konkluderes det at der mangler basal viden – fx om baggrunden for at kvinder ønsker kejsersnit (ibid:39). Trods manglen på viden påpeges det at ønsket om kejsersnit som oftest ikke er et udtryk for at kvinderne vil føde 'mere kontrolleret eller planlagt' (ibid:49). I rapporten hedder det ikke desto mindre videre: '[D]erimod er de kvinder, som efterspørger planlagte kejsersnit, typisk flergangsfødende, som tidligere har haft en dårlig fødselsoplevelse, hvorfor de ønsker at føde under mere kontrollerede forhold' (ibid:49). I rapporten redegøres der ikke for hvad der ligger i begreberne 'kontrolleret', 'planlagt' og 'kontrollerede forhold', hvilket gør det svært at forstå hvilke betydninger begreberne har. På den ene side mener man at kvinderne ikke ønsker at føde mere kontrolleret, men på den anden side at de ønsker at føde under mere kontrollerede forhold. Da sidstnævnte også er en form for kontrol tolker jeg rapportens udsagn som modstridende. Men handler det om kontrol for kvinderne, og hvad betyder 'kontrol' i så fald overhovedet for den enkelte? Hvorfor ønsker kvinderne en behandling der er i modstrid med lægernes anbefalinger, og hvordan motiveres de til at vælge kejsersnit, som muligvis er behæftet med større risici end vaginal fødsel, ud fra et ønske om at føde under mere kontrollerede forhold? Der er mange ubesvarede spørgsmål, og for at kunne svare på sådanne kvalitative aspekter ved fænomenet, må man spørge de kvinder det handler om.

Jeg vil nævne endnu to forhold der har motiveret mig til at foretage en kvalitativ undersøgelse af de gravides perspektiv. Det første forhold er den måde de gravides begrundelser for ønsket om kejsersnit italesættes på. Sundhedsstyrelsen anvender fx vendingerne 'næsten altid velbegrundet' og 'mere eller mindre urimelige patientønsker' (ibid:49), mens DSOG inddeler

⁴ Teknologielementet er blevet analyseret på baggrund af den eksisterende litteratur, der vurderes at være heterogen og med lav evidensgrad, og ud fra danske registerdata. Disse data viser øget forekomst af infektioner og reoperation efter planlagt kejsersnit. Men disse risici skal holdes op mod de, der kan opstå i forbindelse med en vaginal fødsel. Der mangler brugbare analyser af risici for alvorlige og livstruende tilstande samt risici forbundet med efterfølgende graviditeter, ligesom det ikke ud fra eksisterende litteratur og datamateriale er muligt med sikkerhed at konkludere hvorledes den perinatale morbiditet og mortalitet påvirkes af planlagt kejsersnit (SST 2005:8). De sundhedsøkonomiske analyser er også behæftet med stor usikkerhed grundet tvivlsomt datamateriale. Det anslås dog at der er en merudgift på kr. 5000 pr. kejsersnit udført på flergangsfødende (ibid:9).

begrundelserne i forskellige kategorier, hvor termerne 'forståelige' og 'ikke forståelige ønsker' indgår (DSOG 2006:8). I denne forbindelse er der vel at mærke tale om forståelse ud fra et fagprofessionelt perspektiv. Med en kvalitativ undersøgelse ønsker jeg at belyse fænomenet ud fra de gravides perspektiv. Jeg vil undersøge hvilke forståelser der er tale om – set fra kvindens synsvinkel, og herigennem medvirke til at skabe viden der rummer andet end de medicinske rationaler.

Det andet forhold der danner baggrund for min undersøgelse er at der nu synes at være opstået en bestemt forståelse af fænomenet, og dermed også en bestemt forståelse af hvorledes sundhedsvæsenet skal forholde sig hertil. Denne forståelse finder jeg kun berører en lille del af hvad der er på spil. Det forholder sig nemlig sådan at man, trods manglende viden om baggrunden for kvindens ønske om kejsersnit uden medicinsk indikation, alligevel forsøger at forklare fænomenet i MTV'en. På baggrund af Medicinsk Fødselsregister har man søgt at deducere sig frem til svaret på *hvorfor* kvinderne ønsker kejsersnit, ligesom man har valgt kun at spørge fagfolk om dette. Ved således at søge efter årsagssammenhænge har man fundet at det overvejende er flergangsfødende der ønsker kejsersnit⁵. Man har også kunnet konstatere at mange af de flergangsfødende kvinder har traumatiske fødselsforløb bag sig hvilket dækker over multiple tilstande, herunder eksempelvis dårlige fødselsoplevelser, komplicerede bristninger i fødselsvejen, akut kejsersnit eller tidligere dødfødt barn (SST 2005:24f). Denne søgen efter kausale forklaringer giver imidlertid ikke svar på karakteren af de mulige sammenhænge mellem tidligere fødselsforløb og et ønske om kejsersnit i en ny graviditet. Hvilke tanker og oplevelser ligger der til grund for den gravides ønske om kejsersnit? Det er et af de aspekter, der endnu ikke er belyst, og som jeg ønsker at undersøge med dette speciale. Endvidere finder jeg det problematisk at opmærksomheden hermed er blevet rettet mod at undgå at kvinder anmoder om kejsersnit, gennem at 'sikre at kvindens første fødselsoplevelse bliver god' (ibid:9). Sundhedsvæsenet skal selvfølgelig stræbe efter at skabe de allerbedste betingelser for fødende kvinder, men problemet er at fokus er flyttet væk fra at kvinder faktisk anmoder om kejsersnit og hvordan sundhedsvæsenet så bedst håndterer dette. Ved at skabe viden om kvindernes tanker og oplevelser i forbindelse med at ønske kejsersnit er det mit ønske at bringe fokus tilbage på spørgsmålene om *hvorfor* kvinder ønsker kejsersnit uden medicinsk grund, og *hvad* de oplever i forbindelse med at fremsætte dette ønske.

⁵ Kun 21 % af de kvinder der får lavet kejsersnit på eget ønske er førstegangsfødende (SST 2005:24).

Mit ærinde er således at belyse hvad der er på spil for kvinderne, og ikke at bedømme hvorvidt kejsersnit bør være en valgmulighed eller ej.

Specialets formål

Formålet med dette speciale er at undersøge et antal udvalgte gravides tanker og erfaringer i forbindelse med deres ønske om kejsersnit uden medicinsk indikation. Jeg vil belyse disse kvinders perspektiv på fænomenet, dvs. primært undersøge hvorfor de ønsker kejsersnit og hvilke oplevelser de har med at fremsætte dette ønske overfor sundhedsvæsenet. Jeg håber hermed at kunne bidrage til en større forståelse af de forhold, der får gravide til at ønske kejsersnit uden medicinsk indikation. Jeg forestiller mig ligeledes at min udforskning af fænomenet kan udgøre et kvalitativt supplement til Sundhedsstyrelsens MTV-rapport, og således vil kunne anvendes i sundhedspolitiske beslutninger og i tilrettelæggelsen af den konkrete svangreomsorg⁶.

Specialets opbygning

I *kapitel 1* fremlægger jeg mine empiriske og metodologiske overvejelser. Jeg reflekterer over mit genstandsfelt, begrunder og diskuterer mit valg af metode og redegør for hvordan jeg mere konkret har anvendt metoden. I *Kapitel 2* præsenterer jeg mine informanternes begrundelser for at ønske at føde ved kejsersnit, ligesom mit teoretiske afsæt i en hverdagslivsteori gennemgås. Denne teori udfoldes i *kapitel 3* hvor kvindernes begrundelser for at ønske kejsersnit analyseres. I *kapitel 4* følger en analyse af kvindernes overvejelser i forhold til at skulle viderebringe ønsket om kejsersnit til fødselslægen. Ligeledes indgår en beskrivelse af hvordan kvinderne har oplevet disse samtaler, hvordan de har født og hvad de tænker om hele forløbet. En uddybning af mødet mellem gravid og læge følger i *kapitel 5*, hvor jeg analyserer lægernes perspektiv ud fra to udvalgte dokumenter. På baggrund af denne analyse diskuterer jeg lægernes og de gravides forskellige perspektiver, og foretager en

⁶ Svangreomsorg anvendes som et samlet begreb for sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselperiode (SST 1998:3).

vurdering af muligheden for at de kan mødes i en form for fælles forståelse af *kejsersnit på moders ønske*. I de 4 analyseafsnit vil der være en løbende behandling og diskussion af såvel empiri som teori og metode. *Kapitel 6* rummer en diskussion af den viden jeg har produceret, og jeg giver mit bud på hvordan fænomenet kan karakteriseres. Specialet afsluttes med en konklusion som efterfølges af en perspektivering.

Kapitel 1. Empiriske og metodologiske refleksioner

I dette kapitel vil jeg redegøre for mine empiriske og metodologiske overvejelser i forhold til at skabe viden om kvindernes perspektiv. Indledningsvis introduceres mit teoretiske og metodiske ståsted hvorefter jeg i det følgende afsnit redegør mere konkret for de enkelte elementer af processen med at skabe min empiri.

Det er min antagelse at man for at nå til en forståelse af en andens handling, i dette tilfælde en kvindes ønske om kejsersnit, må tage udgangspunkt i netop hendes forståelser. Jeg har valgt at anvende en fænomenologisk tilgang, idet den netop udforsker menneskers perspektiver på deres verden (Kvale 2003:62). Den gravides perspektiv skal hér forstås bredt. Det udgøres af hendes livshistorie og aktuelle livssituation hvilket indbefatter viden, erfaringer, oplevelser, forestillinger, handlinger, færdigheder osv., dvs. alle de forhold der har relation til hendes ønske om kejsersnit (jf. Hansen et al. 2001:37,41). Det er således ikke kun rationalitet, kognition og intentioner, men også følelser, stemninger og fornemmelser, der er relevante for min udforskning. Til dette formål har jeg valgt at anvende den amerikanske antropolog James P. Spradleys etnografiske metode, som beskrevet i *The ethnographic interview* (Spradley 1979). Hér følger en overordnet præsentation og begrundelse for dette valg, mens metoden behandles mere indgående senere i kapitlet.

Ifølge Spradley er etnografien netop interesseret i at forstå de betydninger som de mennesker der studeres tillægger deres handlinger og oplevelser. Måden disse betydninger skabes på refererer han til som *betydningssystemer* (systems of meaning) (ibid:5). Da det netop er kvindernes perspektiv på kejsersnit jeg ønsker at udforske, mener jeg at det er relevant at tage

metodisk afsæt i etnografien⁷. Ifølge Spradley har etnografien kort og godt til formål at beskrive en kultur. Han definerer *kultur* som '(..) the acquired knowledge that people use to interpret experience and generate social behavior' (Spradley 1979:5). Spradley beskriver det som et generelt menneskeligt træk at man til stadighed bruger betydningssystemer som rettesnore for sine handlinger – dette for at forstå sig selv og andre og for i det hele taget at finde mening i den verden man lever i. Disse betydningssystemer konstituerer ens kultur (ibid:3ff). Med denne definition bliver omdrejningspunktet for min undersøgelse de betydninger der rummes i den enkelte gravides perspektiv. Jeg finder metoden egnet, da mit afsæt tages i et antropologisk menneskesyn, hvor mennesket ses som både kulturbærer og kulturskaber. Den enkelte kvindes ønske om kejsersnit kan dermed ikke forstås som løsrevet fra den verden, den kultur hun er en del af, og er modsat heller ikke udelukkende dikteret af forhold udenfor hende selv. Ifølge Spradley er hans metode velegnet til at forstå menneskelig handling, dvs. hvilken betydning en given handling har for den handlende, og den giver mulighed for at se forskellige 'virkeligheder' (Spradley 1979:13). Heri finder jeg den antropologiske udforskning relevant i forhold til mit ærinde.

Jeg har i dette speciale valgt en tilgang, der kan karakteriseres som socialrelativistisk (Berger & Luckmann 2004:41). Begreber som 'viden' og 'virkelighed' er ikke faste størrelser, men rummer en mangfoldighed af betydninger. Det der er virkeligt for en dansk gravid er ikke nødvendigvis det samme som det der er virkeligt for en iransk gravid, og den gravides viden er tillige forskellig fra fødselslægens viden. Ved hjælp af den etnografiske metode har jeg villet udforske den betydning som fødselsmåden har for den enkelte. Den gravides perspektiv er således et overordnet begreb der rummer netop hendes viden og hendes virkelighed.

Fødslen skal i dette speciale forstås som en social konstruktion. Fødselens biologiske processer skal ikke underkendes, men fødslen er ikke udelukkende en biologisk begivenhed. Det er også en socialt og kulturelt konstrueret begivenhed afhængig af tid og sted. Det giver derfor kun mening at tale om valg af fødselsmåde hvis man medtænker den kontekst hvori disse valg foregår (Oakley 1980:5; Fjell 1997:22; DeVries et al. 2001:243; Berthelsen & Gohr 2005:7).

⁷ Begrebet *etnografi* henviser i denne sammenhæng til feltarbejdet, dvs. mit konkrete møde med kvinderne – dér hvor empirien skabes, mens *antropologi* er en mere overordnet betegnelse, der også refererer til den analytiske bearbejdning af empirien (Hansen 1996:38f).

Men den kontekst som de gravide indgår i findes ikke som et afgrænset felt jeg bare kan gå ud at observere. Jeg må derimod selv sætte rammerne for det analytiske objekt (jf. Hastrup 2003c:413). Via den etnografiske tilgang kan jeg give informanterne mulighed for at 'sætte scenen', sådan at forstå at jeg via deres fortællinger kan få adgang til den kontekst, de agerer indenfor. Da mange af vores handlinger imidlertid er ureflekterede og motiveres af en kulturelt antaget viden, har det været min opgave – på baggrund af kvindernes fortællinger – at skitsere den kontekst, som ønsket om kejsersnit skal tolkes indenfor.

Adgangen til og typen af informanter

Ideelt set skal en antropologisk udforskning af gravides⁸ valg af fødselsmåde tage afsæt i et feltarbejde, hvor jeg tager del i kvindernes liv. Jeg ville være nødt til at leve sammen med dem, vente til de blev gravide og observere og forstå hvordan og hvorfor de valgte en bestemt fødselsmåde. Dette har imidlertid ikke været praktisk muligt. Jeg har derfor valgt at interviewe gravide kvinder, der havde fremsat ønske om kejsersnit uden medicinsk indikation. Alle landets obstetriske afdelinger møder fænomenet, hvorfor jeg i princippet har kunnet søge efter informanter hvor som helst. Jeg har valgt at kontakte læge- og jordemoderledelsen på 3 specialafdelinger for at få tilladelse til at foretage min undersøgelse, og har fået en aftale i stand med 2 af disse. I bilag A og B ses eksempler på e-mailkorrespondance og informationsbrev til fødestedets personale.

Det er forskelligt hvorledes landets obstetriske afdelinger har organiseret varetagelsen af de gravides anmodning om kejsersnit (SST 2005:45). På de 2 afdelinger hvorfra jeg har rekrutteret mine informanter har forløbet overordnet set været ens, således at den gravide, efter henvisning fra anden læge eller jordemoder, er blevet indkaldt til samtale med en obstetriker på sygehuset for at drøfte anmodningen⁹. Rekrutteringen af mine informanter er foregået ved at sygehusets sekretær har vedlagt et brev om min undersøgelse (bilag C) sammen med indkaldelsen til samtalen på sygehuset. I tilfælde af at en gravid har været interesseret i at deltage i min undersøgelse, er hun i brevet blevet opfordret til at tage kontakt til mig. Mine informanter er således kvinder der har fremsat et ønske om kejsersnit overfor sundhedsvæsenet, og hvor der er blevet tilbudt en samtale med en læge om den endelige beslutning af fødselsmåde¹⁰.

⁸ I min undersøgelse bruger jeg betegnelserne 'informant', 'gravid' og 'kvinde' synonymt, idet den enkeltes perspektiv konstitueres af hendes nuværende situation som gravid samt erfaringer og viden der går forud for graviditeten.

⁹ I nogle tilfælde blev der aftalt flere samtaler.

¹⁰ Jeg har ønsket at tale med kvinder, der står overfor at skulle vælge fødselsmåde – og ikke kvinder, der allerede har fået lavet kejsersnit efter eget ønske. Begrundelsen herfor er at den gravide må siges at være tættest på den 'kulturelle scene', hun agerer indenfor med sit ønske om kejsersnit (jf. Spradley 1979:48f). Det er mens hun er gravid, at hun bruger den viden hun har til at guide sine handlinger, og det er her hun overvejer og gennemgår det hun ved – hun tolker nye hændelser og anvender denne viden til at træffe sine beslutninger.

Med hensyn til inklusionskriterierne har det ikke været afgørende hvilke årsager de gravide har angivet til ønsket om kejsersnit – ud over at der ikke også skulle være en medicinsk indikation for det. Det har heller ikke været væsentligt i denne sammenhæng om de allerede havde besluttet sig for kejsersnit, om de senere ombestemte sig eller hvor langt de var henne i graviditeten på interviewtidspunkterne. Jeg har inkluderet både første- og flergangsfødende i min undersøgelse, og har afgrænset mit studie til kun at omhandle etniske danskere. I løbet af de 8 uger rekrutteringen er foregået har jeg modtaget i alt 11 henvendelser fra gravide. 5 af disse har jeg fundet relevante i forhold til min undersøgelse. Heraf er 4 blevet interviewet 2 gange hver; 3 af disse face to face begge gange, og den 4. informant face to face én gang og telefonisk den anden gang, mens den sidste kvinde alligevel ikke ønskede at deltage. Således har jeg i alt foretaget 8 interviews. 2 af mine informanter er førstegangsfødende, mens de 2 andre har født før¹¹.

Undersøgelsen er godkendt af Datatilsynet (bilag D) og er blevet udført i overensstemmelse med Datatilsynets regler. Alle involverede er blevet anonymiseret og har modtaget skriftlig information om undersøgelsen. Kvinderne har desuden modtaget mundtlig information om muligheden for at trække sig ud af undersøgelsen, hvis de alligevel ikke ønskede at deltage. De vil alle modtage et eksemplar af specialet.

Den etnografiske interviewmetode

Indenfor etnografien benytter man sig både af interviews og deltagerobservation til at skabe viden om menneskers egne forståelser af deres liv. Jeg har valgt at skabe viden om de gravides perspektiv via den etnografiske interviewmetode som beskrevet af Spradley (Spradley 1979). Spradley henviser til at man i etnografiske studier anvender 3 kilder til at skildre noget om en kultur: Det mennesker siger, det de gør og de genstande, de anvender.

¹¹ Af de øvrige henvendelser har jeg vurderet at 4 ikke var egnede, idet der var tale om lægelige anbefalinger af kejsersnit og at kvinderne selv helst ville føde vaginalt. Dertil har jeg fået 2 e-mails; én fra en udenlandsk kvinde, der skrev at hun ikke vidste hvorfor hun skulle have kejsersnit, og én fra en kvinde, der var utilfreds med at hun havde fået et brev om min undersøgelse, og som ikke ønskede at tale med mig. De 4 kvinder, der henvendte sig, men som ikke var relevante for min undersøgelse, valgte jeg at tale med i telefonen. Dels fordi jeg fandt det rimeligt at lytte til deres historier eftersom de havde vist interesse for min undersøgelse, og dels for at komme ind i rollen som interviewer.

Ved at lytte omhyggeligt til hvad de siger og gør kan man slutte noget om hvad de ved (ibid:8), og dermed også få indblik i deres kulturelle normer og værdier. Når jeg vælger at generere empirien ud fra etnografiske interviews, og fx ikke foretager deltagerobservation, er det ikke for at negligere handlinger og genstande som kilder til indsigt, men primært fordi sproget er en essentiel del af feltarbejdet¹² (ibid:9)¹³.

At anvende etnografisk interview som metode bygger bl.a. på den erkendelsesteoretiske tilgang, at vores adgang til verden går gennem sproget. Ved hjælp af sproget skabes forestillinger af virkeligheden, som aldrig bare er direkte repræsentationer af en allerede eksisterende virkelighed. Forestillingerne er derimod med til at skabe virkeligheden. Dette skal ikke opfattes som en fornægtelse af den fysiske verden, men at verden får betydning gennem diskurs; altså gennem den måde man taler om og forstår verden på (Jørgensen & Phillips 1999:9,17). Med Spradleys begreb kan man sige at verden får betydning gennem måden man organiserer den på via sine betydningssystemer. Sprog og virkelighed eksisterer ikke som adskilte fænomener, men som gensidigt forbundne. Heraf følger at sproget ikke findes i et socialt vakuum, men må forstås i den kontekst, hvori det udsiges (Lupton 1994:18; Hastrup 2003b:207). Spradley gør opmærksom på at langt fra alle betydninger udtrykkes direkte via sproget, men derimod tages for givet og kun indirekte kommunikerer gennem ord og handlinger (Spradley 1979:5). Den enkeltes perspektiv består altså ikke blot af tale, men også af en stor del tavs viden. Ifølge Spradley er interviewet alligevel en egnet metode, også til at få adgang til den tavse viden. Han henviser til at den kulturelle overførsel fra generation til generation primært er af sproglig karakter, og at sproget, både i form af det der udsiges og det der forties, vil afsløre kulturel betydning (ibid:9).

Min begrundelse for at vælge Spradleys metode er primært hans fokus på informantens egne ord. Om det etnografiske interview siger han helt enkelt, at det er en strategi til at få folk til at tale om det de ved (ibid:9). Spradley har også mange forslag til hvorledes interviewet kan bygges op: Ikke som et stramt struktureret forløb, men som bestemte måder der lader

¹² Feltarbejde er forskerens konkrete møde med 'de andre' (Hansen et al. 2001:39) – altså dem man studerer.

¹³ Jeg har heller ikke fundet det relevant at deltage i samtalen mellem den gravide og lægen. På den måde ville jeg allerede på forhånd have indsnævret mit undersøgelsesfelt ud fra egne antagelser og perspektiver, og ikke ud fra kvindens fortællinger. Og da det ikke er min hensigt med undersøgelsen at belyse hvad der 'i virkeligheden' er blevet sagt og gjort fx i forbindelse med lægesamtalen, men derimod hvilke betydninger den gravide tillægger bestemte forhold, dvs. de gravides virkelighed(er), har jeg fundet det mere relevant at vælge interviewmetoden.

informanterne definere hvad det er vigtigt for forskeren at finde ud af – altså hvad der har betydning i den enkeltes liv, og hvad de ord der udsiges betyder for de talende (ibid:29,58).

Interviewene

Jeg har interviewet hver kvinde 2 gange. Dette er i tråd med Spradleys metode som også er opbygget af flere interviews mellem etnograf og informant (ibid:51). Ved at møde kvinderne 2 gange har jeg kunnet skabe mulighed for at få indblik i den ændring, der kan være i deres forståelser. Derudover har det givet mig mulighed for at stille yderligere spørgsmål på baggrund af den foreløbige analyse af første interview og herigennem opnå en større og mere sammenhængende forståelse. Jeg har interviewet kvinderne første gang inden lægesamtalen, mens det 2. interview har ligget efter denne samtale. Det har bl.a. været for at kunne belyse hvad de har taget med sig fra samtalen, herunder om og hvordan dette har blandet sig med deres tidligere forståelser. 3 af mine informanter har nået at føde sådan at jeg, indenfor mit speciales tidsramme, har kunnet foretage det 2. interview efter fødslen. Den kvinde der ikke nåede at føde er blevet interviewet 2. gang et par uger efter lægesamtalen. Fordelen ved at interviewe kvinderne efter fødslen er at jeg har fået mulighed for at høre om deres tanker og oplevelser med hele forløbet, og hvordan de er endt med at føde.

Kvinderne har selv valgt hvor interviewene skulle foregå. 3 har ønsket at blive interviewet i eget hjem, mens én er blevet interviewet på sin arbejdsplads første gang og telefonisk 2. gang. I et tilfælde har et par ønsket at blive interviewet sammen, hvilket de er blevet ved begge interviews.

Interviewene er blevet optaget på bånd og transskriberet i deres fulde længde. Både tale, tavshed, pauser, grin, gråd og afbrydelser er noteret. Interviewene er blevet analyseret, sådan at jeg til næste interview har kunnet tage udgangspunkt i og spørge ind til de temaer, som de selv har bragt i spil. I flere tilfælde har kvindernes fokus flyttet sig. Dette har åbnet for nye tilgange og forståelser for såvel den enkelte som for undertegnede. De første interviews har været af en længde på 1-2 timers varighed, mens 2. interview i gennemsnit har været lidt kortere (45-75 minutter).

At lære af de gravide – om fremgangsmåden i interviewene

Som indgang til interviewene har jeg fulgt nogle af Spradleys centrale pointer. Disse har været gode at tænke med i interviewsituationen og i den videre bearbejdning af interviewene. Jeg har således spurgt til de gravides konkrete oplevelser for herigennem at få ufortolkede beskrivelser, og på den måde sætte kvindernes egne ord og beskrivelser i fokus (Spradley 1979:85). Dernæst har jeg skullet lære af de gravide i højere grad end at studere dem. Jeg har ikke skullet ud at 'indsamle' data, men ladet mig føre ind i deres perspektiv (ibid:3f).

Spradley henviser som sagt til, at forskeren skal spørge til det konkrete for på den måde at indhente ufortolkede beskrivelser. Jeg har således primært spurgt til *hvad* de oplever, *hvad* de føler og *hvordan* de handler. Processen med at forklare *hvorfor* de rent faktisk oplever, føler og handler som de gør, har siden været op til mig, og vil fremgå af min måde at bearbejde interviewene på og af mine analyseafsnit.

Spørgsmålene og forløbene af interviewene har i vid udstrækning taget afsæt i de begreber kvinderne selv har brugt og mindre på allerede formulerede temaer fra min side, og interviewene er blevet til i overensstemmelse med de etnografiske elementer som Spradley peger på. Jeg har brugt *etnografiske forklaringer*, der består i gentagne gange at forklare informanten om sit ærinde (ibid:57). Jeg har gentaget formålet og ladet den enkelte forstå at det netop er hendes perspektiv, herunder det sprog hun bruger, jeg er interesseret i. Dette bl.a. ved at gentage de ord, den enkelte bruger (ibid:81). De spørgsmål jeg stiller har taget udgangspunkt i dét informanten fortæller, og jeg har søgt at uddybe denne viden via deskriptive, strukturelle og kontrasterende spørgsmål (ibid:60). Gennem strukturspørgsmål har jeg fx bedt den gravide om at beskrive hvad hun tænker om at skulle føde. Når hun har fortalt om betydningsfulde forhold har jeg spurgt ind til disse, og efterfølgende til om der var andre forhold som hun kom til at tænke på i forhold til fødslen. Med kontrastspørgsmål tænkes der på at jeg, med udgangspunkt i informantens ord, fx 'sikkerhed' i forhold til fødslen, har søgt at forstå hvad det betyder for hende, ved at spørge til hvad der for hende er 'usikkert' ved fødslen¹⁴.

¹⁴ Til interviewene i første runde har jeg udformet en interviewguide. Formålet med denne har været at holde mig på sporet af at stille etnografiske spørgsmål, altså at bibringe mig fokus og tryghed ved at udføre metoden. Udgangspunktet for mine spørgsmål er taget i det den enkelte fortæller. Til interviewene i 2. runde har jeg lavet individuelle interviewguides, med temaer som jeg har villet forfølge ud fra min bearbejdning af de første interviews. Disse interviewguides har også primært fungeret som forberedelse for undertegnede og i mindre grad som lister over spørgsmål, der skulle stilles.

Bearbejdning af interviewene

Afsættet for bearbejdningen af interviewene har jeg taget i Spradleys relationelle teori om betydning. Den handler i korthed om at kulturel betydning er indkodet i symboler og at sproget er det primære symbolsystem. Via sproget får vi adgang til andre betydningssystemer. At teorien er relationel henviser til at et symbol får betydning gennem dets relation til andre symboler (ibid:99). Idet en stor del af vores kultur består af tavs viden, er det ikke altid muligt for den enkelte at overskue og beskrive de komplekse betydningssystemer, som hun handler indenfor. Disse skal derimod fremanalyseres med udgangspunkt i interviewene¹⁵. I min analyse af de transskriberede interviews har jeg hele tiden holdt mig for øje at det var empirien, de gravides ord og betydninger, jeg skulle studere, og at jeg ikke skulle deducere mig frem ud fra egne antagelser. Sådan har jeg måttet huske på at mine spørgsmål og kvindernes svar er udgået fra forskellige betydningssystemer (ibid:83). I analysen af interviewene har det således været min opgave at afkode de kulturelle symboler, som kvinderne har brugt (ibid:99). Jeg har derfor gennemlæst de transskriberede interviews flere gange og gennemlyttet båndene igen.

For at arbejde mig frem og ind i betydningerne har jeg anvendt Spradleys *semantiske relationer* (semantic relationships) (ibid:108). Med dette begreb henviser han til hvorledes man kan komme ind til informantens viden ved at fokusere på indholdet i informantens tale, i stedet for at forsøge at læse de betydninger, der er i de enkelte sætninger (ibid:114). Med udgangspunkt i de ord, der i kvindernes tale henviser til andre og dermed er relaterede til hinanden, har jeg kunnet nå til en forståelse af, hvad disse ord betyder for den enkelte. Efter fx at have identificeret 'den vaginale fødsel' som et gennemgående tema i et interview har jeg søgt svar på hvordan denne kan karakteriseres. Jeg har set hvorledes den kobles sammen med begreber som 'normal', 'naturlig' og 'traditionel', og på den måde har jeg fået et billede af, hvilken betydning kvinden tillægger den vaginale fødsel. Med denne tilgang er jeg forblevet meget tekstnær i min bearbejdning. I forbindelse med dette arbejde har der også tegnet sig et mønster af at den enkelte ikke kun taler om egne erfaringer og forståelser, men også om andres forståelser. Det være sig familiens, venners, folk generelt samt sundhedsvæsenets syn på den vaginale fødsel. På den måde er det blevet klart for mig at interviewene rummer såvel

¹⁵ Kirsten Hastrup siger at man må komme bag om ordene for at skabe forståelse (Hastrup 2003a:26).

specifikke som mere generelle forståelser. Kvindernes begrundelser for at ønske kejsersnit har umiddelbart været meget forskellige, men der har alligevel formet sig nogle gennemgående temaer. Alle taler fx om komplikationer i forhold til den vaginale fødsel – i form af fysiske skader for dem selv eller deres børn. På denne måde har jeg via mange gennemlæsninger fået stadig større indsigt i de semantiske relationer, og der har tegnet sig et tydeligere billede af centrale temaer som jeg har udforsket i den videre analyse.

Under bearbejdningen af min empiri har jeg, ud over at anvende Spradleys metoder, også studeret intonationer, pauser mellem ordene, hvisken, gentagelser, gråd, grin osv. – samt de talendes mimik, som jeg genkalder den fra samtalerne. Alle disse tegn har jeg anvendt for at skabe indsigt i de gravides perspektiv. I specialet har jeg imidlertid for læsevenligheds skyld redigeret sekvenserne af kvindernes tale således at det kun er det talte ord der er medtaget, ligesom en del ord er udeladt.

Det har ikke på forhånd været muligt at afgøre hvor mange kvinder jeg har skullet interviewe. Mit ønske har været at empirien kunne danne udgangspunkt, ikke blot for specifikke forståelser af den enkelte informants perspektiv, men også for udsigelser af mere generel karakter. Efter at have bearbejdet de første 4 interviews har jeg oplevet at nå en krystallisering (Borkan 1999:184). Med krystallisering henviser jeg til, at der er fremkommet et tydeligt mønster af temaer i min empiri som jeg kunne forfølge i den videre analyse¹⁶.

Interviewet som produktionssted for viden – refleksioner over metoden

I det etnografiske interview er selve relationen mellem informant og forsker af afgørende betydning for den viden der skabes. Det etnografiske interview har karakter af en venlig samtale hvor informantens tryghed er helt fundamental (Spradley 1979:58; Hansen et al. 2001:43). I min kontakt til kvinderne har jeg således haft opmærksomheden rettet mod at den enkelte kunne føle sig tryk i rollen som informant. Dette er eksempelvis sket ved at bekræfte

¹⁶ I forbindelse med en telefonisk samtale med en 5. kvinde, som jeg havde fundet relevant til min undersøgelse, men som siden alligevel ikke ønskede at deltage, fik jeg bekræftet min antagelse om at jeg allerede havde identificeret centrale temaer. Denne kvindes tanker og oplevelser underbyggede i høj grad min foreløbige analyse.

kvinderne i at deres viden kunne bidrage med noget væsentligt til min undersøgelse, og ved at anerkende deres perspektiver på fænomenet.

Hos Holstein og Gubrium betegnes interviewet som aktivt, og som en *interactional event*, hvor viden opstår mellem informant og forsker (Holstein & Gubrium 1995:2). De indskriver sig sammen med postmodernister og konstruktivister i hvad de kalder et 'linguistic turn in social inquiry'. Disse tager afstand fra det gængse syn på interviewsituationen som et sted hvor viden overføres fra informant til forsker, og hvor det er forskerens opgave at stille de rigtige spørgsmål, så man får de rigtige svar (ibid:3). I stedet er interviewet '(..) the productive site of reportable knowledge' (ibid:3), eller som Steinar Kvale noget lignende formulerer det 'et produktionssted for viden' (Kvale 2003:15). Viden er noget som skabes mellem informant og forsker, og begge parter er aktive medskabere i denne proces. Denne tilgang til interviewet mener jeg er forskellig fra Spradleys interviewmetode, som er domineret af de mange forskellige spørgeteknikker, hvorved forskeren finder frem til dét, informanten ved. Herved lægger Spradley op til at forskeren indtager en neutral position i den forstand at det etnografiske interview bygges op omkring en masse teknikker, hvorigennem forskeren får adgang til en objektiv, kulturel virkelighed, der tilmed er uafhængig af forskeren selv. Idet jeg har valgt at bruge de elementer hos Spradley, som jeg har fundet centrale og meningsfulde i forhold til at skabe indsigt i mine informanternes perspektiv, anser jeg det ikke – trods den ovenstående kritik – for at være problematisk at mit metodiske afsæt tages i Spradley. Jeg har selv medtænkt den dimension i processen, hvor også jeg er medskaber af den producerede viden.

Flere forskere henviser også til at der i interviewet kan formuleres, og dermed skabes, noget her og nu, noget som aldrig har været formuleret før (Taylor & Bogdan 1998:99; Rubow 2003:239). I forbindelse med mine interviews er der også eksempler på at jeg har fået indsigt i andre forhold end de allerede reflekterede. En af mine informanter fortalte således efter vores første møde at hun havde fået vendt og drejet nogle ting, som hun ikke havde tænkt på før. Dertil kommer at de temaer fra empirien der vil blive gjort til genstand for analyse, også kan siges at være skabt i interviewprocessen såvel som i den videre bearbejdning af empirien. I anerkendelse af at jeg med mit perspektiv, min viden samt valg af teorier og metoder i høj grad er med til at skabe kvindernes perspektiv, vil jeg i følgende afsnit reflektere over min egen position.

Eftersom jeg har ønsket at forstå fænomenet fra informantens perspektiv, har jeg måttet starte det etnografiske interview i en position som Spradley beskriver som '(..) a conscious attitude of almost complete ignorance' (Spradley 1979:4). Jeg har i processen med at generere og bearbejde empirien tilstræbt at inducere mig frem til nogle centrale temaer. Jeg skriver bevidst 'tilstræbt', da jeg ikke er teori- eller fordomsfri. Jeg trækker på noget af den samme kulturelle viden som de gravide, og en stor del af min viden er også tavs. Derfor vil der være betydningsfulde forhold hos mine informanter som jeg ikke har så nem adgang til, ligesom der er risiko for at der er visse temaer, som jeg lægger meget vægt på, fordi de har en særlig betydning for mig selv. Det er ikke min hensigt at forsøge at ekspliciter min forforståelse, dvs. alt det jeg ved og det jeg tager for givet. Noget sådant finder jeg ikke kan lade sig gøre; hvis jeg kan ekspliciterer dét jeg tager for givet, kan jeg også forholde mig mere reflektivt til det, så det ikke længere behøver blokere for en forståelse af den andens perspektiv.

Jeg kan til gengæld give et eksempel på nogle af mine refleksioner over den proces og de rammer hvori min empiri er skabt. Min baggrund som jordemoder har fx en betydning for den måde jeg har udforsket de gravides perspektiv på. Som jordemoder har jeg opbygget en a priori viden. Denne viden har jeg ifølge nogle antropologer netop ikke brug for i min udforskning. Spradley siger at man i de tilfælde hvor informantens sprog og begreber er meget velkendte for forskeren må være meget grundig i analyserne (Spradley 1979:50). Som udgangspunkt har informanterne ikke kendt noget til mig udover at jeg var specialestuderende. Jeg har ikke ønsket at begynde vores relation med at fortælle at jeg var jordemoder. Dette for at eliminere risikoen for at de ville anskue mig som repræsentant for sundhedsvæsenet, og måske derfor ville agere anderledes. Men jeg erfarede hurtigt hvor svært det var at lægge mit jordemoderperspektiv fra mig. Allerede efter et par telefoniske henvendelser fra gravide gik det op for mig, at jeg skrev noter på en måde der kunne minde om den måde jeg tidligere journalførte oplysninger om gravide på. Først noterede jeg kvindens terminsdato og antal af tidligere fødsler, dernæst hvorledes disse var forløbet. Disse oplysninger var ikke uden betydning i forhold til min undersøgelse, men alligevel var det tankevækkende at jeg fulgte samme praksis som jeg havde haft som jordemoder. Og det var én af de oplevelser der mindede mig om, at jeg hele tiden måtte forholde mig til min egen position og til hvilke begrænsninger min egen viden satte, for den viden jeg kunne producere om de gravides perspektiv.

Kapitel 2. Kvindernes begrundelser for at ønske kejsersnit

I dette kapitel vil jeg præsentere kvindernes begrundelser for at ønske kejsersnit. Dette i forhold til et hverdagslivsperspektiv, som sociologen Alfred Schutz har beskrevet (Schutz 2005). Jeg anvender dette perspektiv, fordi det netop er i relation til hverdagslivet at vi erfarer, foretager fortolkninger og skaber sammenhæng i det vi oplever. Schutz peger på hvordan menneskets viden og handlinger skabes og genskabes ud fra bestemte principper, der netop er knyttet til hverdagslivet. Hverdagslivets verden er *intersubjektiv* (ibid:80); dvs. en verden der er til og skabes mellem mennesker¹⁷. Der er tale om en verden der var til før vi blev født, og således er erfaret og tolket af andre før os på en måde så den fremstår ordnet og sammenhængende. Når vi i hverdagslivet foretager fortolkninger gør vi det ud fra et '(..) lager af tidligere erfaringer af den [verden] (..)' (ibid:80) både i form af vores egne og andres erfaringer. Tilsammen fungerer dette lager af erfaret viden – vores 'forhåndenværende viden' – som en *referenceramme* (ibid:81). Ved at anvende Schutz' konkrete indsigt i de principper der strukturerer hverdagslivet, ønsker jeg at beskrive og analysere kvindernes forståelser af deres egen situation.

I forhold til min empiri taler kvinderne netop ud fra en referenceramme i lighed med den Schutz har beskrevet. Alle trækker på egne og andres erfaringer. Det ses også hvorledes kvinderne indgår i flere forskellige intersubjektive relationer, og ved det at de relaterer deres viden til andres. Kvindernes begrundelser omhandler overordnet set 3 aspekter: Hensynet til egen krop, hensynet til barnet samt de risici der er forbundet med at føde vaginalt¹⁸. Disse risici behandles i det følgende i forhold til temaerne 'hensynet til barnet' og 'hensynet til egen krop'.

¹⁷ Schutz definerer den 'intersubjektive verden' således: 'Den er intersubjektiv, fordi vi lever i den som mennesker blandt andre mennesker, forbundet med de andre gennem fælles påvirkning og virksomhed, idet vi forstår andre og bliver forstået af dem' (Schutz 2005:31).

¹⁸ Ikke alle de gravide bruger direkte begrebet 'risiko', men alle henviser til at der under den vaginale fødsel kan opstå komplikationer for dem selv eller barnet – noget der peger mod et uønsket eller negativt udfald. Og det er dette negative udfald, komplikationerne, jeg med en samlet betegnelse har valgt at kalde 'risici'.

Hensynet til barnet

Dortes begrundelse for at ønske kejsersnit er at hun ikke vil løbe nogen risiko i forhold til sit barn. Hendes første barn, der blev født vaginalt, var meget påvirket ved fødslen og var på børneafdeling i 14 dage. Om fødslen fortæller Dorte:

Jo, men altså han blev skønnet til at veje 4 kg. – højst, og så gik en normal fødsel i gang 5 dage før terminen. Altså vandet gik klokken 12, og han er så født halv tolv. Men det var en utrolig lang presseperiode, fordi han så var så stor. (..) Jordemoderen sagde pres 3 gange, og hvis der ikke sker noget, så klipper vi. Og så blev jeg klippet, og så kom han ud, og så kom der sygeplejersker og læger løbende til, fordi han var så syg. Han havde lavt iltindhold, fordi han havde haft navlestrengen rundt om halsen (..) og så havde han meget, meget lavt blodsukker, og så kunne han ikke få vendt sit lungekredsløb – han kunne godt trække vejret, men han kunne ikke tage ilten ud af luften – og så løb de af sted med ham.

Efter fødslen bliver det klart for Dorte og hendes mand at deres søn er i en kritisk tilstand:

Så kom vi så næste dag op på neonatalafdelingen og vi skulle ind i sådan et rum, og så kom der en læge og han lukkede døren – og så tænkte jeg: Mit barn er dødt – det var ligesom sådan en film. Lægen sagde at han [barnet] lige skulle have lagt navledrop, så kunne vi komme ind og se ham. Og så fik vi at vide, at han skulle have vendt det lungekredsløb inden for en uge – ellers var der stor risiko for at han døde.

Dorte fortæller om hvornår hun første gang overvejede at føde ved kejsersnit: 'Det var da jeg så hvor syg min første søn blev af en såkaldt normal fødsel'. Dorte oplever at hendes søn blev syg af at blive født normalt og siger: 'Mit barn var ved at blive hjerneskadet eller dø af en almindelig fødsel – og jeg vil ikke have, at mit barn skal udsættes for den fare'. Det er først et halvt år efter fødslen at mistanken om hjerneskade afkræftes af en børnelæge. I denne anledning bliver Dortes oplevelse af at den vaginale fødsel er skyld i hendes barns kritiske tilstand efter fødslen delvist bekræftet, idet børnelægen udtrykker en mulig sammenhæng:

Da vi snakkede med en læge fra børneafdelingen efter det halve år, spurgte vi hvad var grunden til, han var så syg? Jamen det var meget sandsynligt at det var fordi det var sådan en hård fødsel. Det havde simpelthen taget for lang tid. Så hvis han var kommet hurtigere ud, spurgte vi så, var han så ikke blevet syg? Neej, det regnede han ikke med. Så var det ligesom om, at så bestemte jeg mig for, at så ville jeg være stædig og holde på min ret næste gang jeg skulle have et barn.

Dorte sammenholder lægens udtalelser om en 'hård' og 'lang fødsel' med hendes oplevelser af at det tog lang tid at presse barnet ud fordi det vejede 4.800 gram. Ud fra Dortes reference-

ramme følger nu hendes tolkning af hændelsen: Et stort barn giver en lang presseperiode, hvilket er lig med en lang hård fødsel, der betyder fare for barnet. Som følge heraf har Dorte besluttet sig for en grænse på 4 kg., hvis hun skal føde vaginalt. Hun fortæller at hun ikke er bange for at føde eller for fødselssmerten, men at hun ikke vil 'risikere noget'. Men samtidig positionerer hun sig så hun ikke afviser at føde vaginalt, hvis betingelserne er til det.

Hensynet til egen krop

De andre 3 informanter henviser alle til at den vaginale fødsel udgør en risiko for dem selv, primært i form af komplikationer efter bristninger i fødselsvejen. Et forenende træk ved alle mine informanters begrundelser er at det ikke er fødslen i sig selv med veer og smerter de fravælger, men snarere de komplikationer som kan tilståde, og som kan have konsekvenser på sigt. Ane, der er førstegangsfødende siger:

Jeg har ikke det der med at jeg er bange for veerne og smerterne og sådan noget, for det ved jeg ikke hvad er. Altså det kan jeg ikke forholde mig til på samme måde som at jeg ved, at hvis jeg får et sår og skal sys og sådan noget, det ved jeg at jeg ville have svært ved at håndtere.

Anes ønske om kejsersnit udspringer af hendes vulvodyni. Vulvodyni er en lidelse der er karakteriseret ved smerter i de ydre kønsorganer¹⁹. Årsagen til lidelsen kendes ikke, og Ane har ofte oplevet, at læger enten ikke har haft kendskab til eller forståelse for den situation hun er i, og at de har 'kastet den hen som noget psykisk'. Om sundhedsvæsenets tilgang til Anes lidelse fortæller hendes mand, Peter²⁰: 'Det er ligesom Ane falder mellem 2 stole, gynækologerne siger at det er noget med huden, så det må hudlægerne tage sig af og hudlægerne siger at det er noget gynækologisk'. Den intersubjektive verden får herved flere konkurrerende modeller.

Til Anes referenceramme hører også den viden som hun og Peter har indhentet om vulvodyni. De har imidlertid ikke fundet anbefalinger af hvorledes kvinder med vulvodyni skal føde.

¹⁹ 'Vulvodyni føles som en intens brændende, sviende fornemmelse i hele området eller et mindre nøje afgrænset parti af slimhinden lige ved skedeindgangen. Det kan føles som knive, der stikker, eller ild der brænder. Der kan opstå fornemmelse af ruhed og tørhed. Kløe, hævelse og rødme kan følge med' (Poulsen 2006).

²⁰ På baggrund af samtalerne med Ane og Peter, har jeg fundet at parret har samme syn på Anes situation, og på ønsket om kejsersnit. Da jeg således vurderer at Peter taler ud fra parrets fælles referenceramme, lader jeg også ham komme til orde, og tolker hans ord som henhørende til Anes perspektiv.

Anes bekymring går på at eventuelle bristninger og efterfølgende syninger i fødselsvejen vil forværre hendes smerter:

Jeg har prøvet at finde ud af, om der fandtes noget omkring fødsler, om der var noget der kunne gøre det værre, og det der med at være syet, gør det ekstra ondt, fordi det er noget med, at man har flere blottede nerver – hvis man kan sige det sådan? Så kunne jeg godt forestille mig, at det også kunne have noget at sige i forhold til at man var syet, men det er ikke noget, jeg kan finde noget om.

Ane ønsker kejsersnit for at undgå en forværring af vulvodynien – en forværring, som hun tænker ‘helt klart vil sætte sig psykisk’, og som hun ‘ved’, at hun ikke kan ‘håndtere’.

For Helle, der venter sit første barn, har ønsket om kejsersnit at gøre med de risici, der for hende vil være forbundet med at føde vaginalt. Hun har i en årrække haft colitis ulcerosa²¹, som først er blevet aktiv under hendes graviditet. Sygdommen har fyldt meget i hendes hverdag, med stor udmattelse til følge. Helles begrundelse for at overveje kejsersnit handler delvist om at hun har følt sig ‘helt udmattet’ og ‘tappet for energi’. Hun siger: ‘Nu tror jeg på det, men i en periode havde jeg svært ved at tro, at jeg ville få det så godt, at jeg kunne overskue en almindelig fødsel’. Hendes bekymring går nu især på de komplikationer der kan være konsekvensen af at føde vaginalt. Hun har læst om sygdommen og har søgt viden fra andre kvinder i samme situation. De kvinder, som hun har fået kontakt til og som selv har født vaginalt, vil føde ved kejsersnit næste gang. Helle fortæller:

Det har noget at gøre med deres muligheder for senere at kunne få nogle af de operationer, som kan være en mulighed for os tarmpatienter, hvis det går så galt. (..) Det er også det som min mave-tarmlæge har sagt. At det er det, der er risikoen ved at gennemføre en normal fødsel. Hvis sygdommen er aktiv, så er tarmene lidt mere udsatte, og kan have sværere ved at hele.

Ved at føde ved kejsersnit mener Helle at kunne undgå komplikationer, der kan forringe hendes muligheder for senere at få en operation. ‘Ikke at det sker’, som hun siger, ‘men jeg er nødt til at forholde mig til risikoen for at det også kan blive nødvendigt for mig på et tidspunkt’.

Også Malou har overvejelser i forhold til risikoen for langsigtede komplikationer efter en vaginal fødsel. Hun er bange for hvad der kan ske med bækkenet og forklarer det således: ‘Jeg har hypermobile led, og jeg døjer meget med mit bækken, og jeg frygter måske lidt, at det vil

²¹ Tarmlidelse med betændelse og sår dannelse i tyktarmen.

give sig så meget under selve pressefasen, at jeg vil begynde at bøvlle med det altid'. Hun frygter også at hun brister om til endetarmen, og at det vil kunne medføre inkontinens eller at hendes 'sexliv aldrig bliver det samme igen'. Den utryghed som Malou oplever i forhold til den forestående fødsel udspringer bl.a. af hendes erfaringer fra hun fødte første gang, og som er indeholdt i hendes referenceramme. Efter at hun havde haft veer i mange timer, blev det erkendt, at barnet lå i sædestilling, og der blev foretaget akut kejsersnit. Hverken i forbindelse med jordemoderbesøgene eller under fødslen havde jordemødrene opdaget at barnet lå forkert. Derfor overvejer Malou nu om hun kan have tillid til jordemødrene:

Men alligevel så har man sådan en eller anden indre uro. Om det er fordi, at jeg frygter, at de tager fejl igen, det ved jeg ikke. Et eller andet sted gør jeg måske, men de skal jo også have en chance igen. Det behøver jo ikke være mig 2 gange i streg, som de tager fejl ved. Jeg kan også lave fejl på mit arbejde, og det skal der også være plads til for dem. Det er så bare uheldigt at mig og en arbejdskollega med 14 dages mellemrum er udsat for nøjagtigt det samme på det samme sygehus.

Malou har erfaret at jordemødrene kan tage fejl, og hun har svært ved at overbevise sig selv om, at der ikke vil ske fejl igen. Flere gange henviser hun til hvad der kunne være gået galt sidst, og at det bare var et 'held', at det gik godt. Fødslen er blevet noget hun forbinder med uvished, mens kejsersnittet har været en god oplevelse. Hun spørger retorisk: 'Hvorfor skulle det ikke gå godt igen med kejsersnit?', og på samme vis oplever hun, at det dårlige ved den vaginale fødsel også kan gentage sig.

Det ses hvorledes de gravide har forskellige begrundelser for at anskue den vaginale fødsel som mere risikofyldt end kejsersnittet. Alligevel er der flere fælles træk i kvindernes perspektiver. De taler alle ud fra deres individuelle referencerammer der indeholder såvel egne som andres erfaringer. Overvejelserne udspringer hermed fra forskellige intersubjektive relationer, men de foretager selv en sammenkædning af de mange perspektiver og danner deres egne sammenhængende begrundelser for at ønske kejsersnit. Begrundelserne skabes gennem intersubjektive relationer, men er alligevel deres helt private. Dette kommer til udtryk ved at omdrejningspunktet i begrundelserne er egne erfaringer, enten fra tidligere fødsler eller med de lidelser de lever med i hverdagen. Der er således visse hensyn eller bekymringer der fremstår som mere vedkommende end andre. Et andet forenende træk er at kvinderne argumenterer for deres ønsker om kejsersnit på en måde, så de fremstår som velbegrundede.

Som beskrevet indgår egne forståelser og erfaringer i kvindernes overvejelser om den forestående fødsel. Udover disse private betydninger taler kvinderne også om omgivelsernes forståelser af *kejsersnit på moders ønske* generelt, og om den enkeltes specifikke situation. Schutz siger at hverdagslivets verden både formes gennem vores handlinger og samtidig former vores handlinger (Schutz 2005:82). Han kalder det også at vi indvirker på og virker i verden (ibid:27). Med dette henviser han til en dualitet mellem den enkelte og omverdenen²². I det følgende analyserer jeg hvorledes hverdagslivet former den enkeltes handlinger. Efter at have behandlet nogle helt private elementer i kvindernes egne forståelser, undersøger jeg nu hvorledes samfundsborne forståelser indvirker på og kommer til udtryk i kvindernes overvejelser.

²² Denne forståelse er i tråd med menneskesynet indenfor antropologien, når der tales om at mennesket er kulturskaber og kulturbærer.

Kapitel 3. Kvindernes begrundelser set i et hverdagslivsperspektiv

Udgangspunktet for analysen tages i hverdagslivet hvor mennesker oplever deres omverden som naturlig og givet. Schutz bruger begrebet *common sense-indstillingen* om denne tilgang til verden. Når mennesker er i *common sense-indstillingen* har de tillid til deres erfaringer og tror på, at de kan komme det der skal ske i forkøbet. *Common sense-indstillingen* udgør rammen om hverdagslivets perspektiv. Denne indstilling bygger på et lager af social og kulturel viden som den enkelte helt ubemærket bruger og tager for givet (Schutz 2005:107)²³. Med *common sense*-begrebet henviser Schutz netop til de sociale relationer vi som mennesker indgår i, og at vi har en fælles forståelse af verden. Vores viden er ikke kun vores private anliggende, men derimod fra begyndelsen intersubjektiv (Schutz 2005:32). Et aspekt ved videns socialisering er perspektivernes gensidighed. Med dette menes, at det tages for givet, at hvis jeg bytter plads med den anden, vil jeg tænke det samme som hende (ibid:32f). Dette henviser mine gravide også til. Malou forklarer fx at det er de oplevelser hun har haft der har fået hende til at ændre indstilling til kejsersnittet, og hun medgiver at hun ellers nok havde tænkt på samme måde som de andre.

Common sense-indstillingen – den vaginale fødsels forrang

I mit empiriske materiale er der flere eksempler på at kvinderne er i en *common sense*-indstilling. Jeg viser i det følgende hvordan kvinderne trækker på et socialt videnslager i deres begrundelser, dvs. en samfundsåren opfattelse af, hvad der er givet. Inspireret af Birte Bech-Jørgensen vælger jeg at betegne dét at vi tager store dele af vores viden om verden for givet som 'selvfølgelig' (Bech-Jørgensen 1994:92). Det fremstår selvfølgelig for kvinderne at den vaginale fødsel har forrang for kejsersnittet.

Anes situation er meget illustrativ i forhold til at anskueliggøre den kulturelle forståelse af hvad der anses for at være selvfølgelig. I denne sammenhæng er det selvfølgelig tæt

²³ Det er noget tilsvarende Spradley henviser til, når han taler om tavs viden (Spradley 1979:9).

forbundet med begreberne 'det normale', 'gode', 'sande' og 'rigtige'. Ane og Peter beskriver at man bør føde vaginalt med mindre der er en medicinsk begrundelse for at føde ved kejsersnit. Peter fortæller:

Sådan har det været i mange tusinde år, at kvinder de føder nu på den måde som kvinder føder på. Og det er ligesom det er normen for den gode fødsel, og det er sådan folk helt naturligt regner med at det er sådan du skal føde. Og så hvis du ikke ønsker at føde på den måde, så må det være fordi der er et eller andet galt – sådan rent fysisk. Så må man kunne komme med en eller anden forklaring, som at lægen siger du ikke kan føde fordi det er en sædefødsel eller et eller andet. Dét kan folk forholde sig til, men jeg tror ligesom at folk har sværere ved, hvis man siger: Jamen det er fordi det ønsker vi, altså fordi man har jo ikke lyst til at forklare for dem man ikke kender så godt, at det er fordi Ane har vulvodyni.

Dét der gør Anes situation forskellig fra de andre informanter er at ønsket om kejsersnit udspringer af hendes vulvodyni. Denne lidelse anser parret for at tilhøre privatsfæren. De er således i den situation at de ikke ønsker at fortælle omverdenen om den egentlige årsag til deres ønske, hvilket har resulteret i en vis grad af manglende forståelse fra omgivelsernes side. Og det er i denne sammenhæng, at en af hverdagslivets selvfølgeligheder kommer til syne. Fødslen beskrives som noget 'oprindeligt', der henvises til den 'gode' fødsel, og til det 'naturlige'. Parret oplever et underforstået krav om fysiske og lægeligt funderede forklaringer. Det er altså ikke alle begrundelser der har samme vægt.

Dette bekræftes af Malou der fortæller hvorledes hendes graviditetsbetingede sukkersyge har ændret andres indstilling til hvordan hun skal føde. Hun siger: 'Det er andre folks indstilling at det ikke er normalt, at man véd hvornår man skal føde. Men nu har jeg fået sukkersyge, og så er der jo en god grund til det, og så har folk en helt anden opfattelse af det hele'. At ønske kejsersnit fordi det er nemmere er fx ikke en gyldig grund, hvilket fremgår af den gængse forståelse, som også Ane og Peter taler ud fra:

Det er også lidt fordi at man har følelsen af, at der er nogen der synes, at jamen det er den nemme løsning. Altså vi synes jo ikke den er nem. Det kan man godt fornemme på nogen der synes den der gammeldags fødsel er den rigtige, og det der kejsersnit det er bare dem der hopper over hvor gærdet er lavest. Og det synes vi jo ikke er tilfældet.

At føde ved kejsersnit kan altså tolkes som en form for snyd – at man 'hopper over hvor gærdet er lavest' – hvilket ikke er en acceptabel begrundelse. Denne opfattelse bekræfter Ane og Peter ved at argumentere for at de ikke vælger kejsersnittet fordi det er lettere. Kvinderne refererer samstemmende til at den vaginale fødsel per se er det mest efterstræbelsesværdige. Dette kommer bl.a. til udtryk hos Dorte der håber at hendes barn ikke bliver større end 4 kg.,

så hun selv kan føde det: 'Jeg håber på en helt almindelig fødsel, med en helt almindelig størrelse barn, med et helt almindeligt forløb bagefter. Det tror jeg er alle kvinders drøm'. Ved at henvise til hvad 'alle' kvinder drømmer om, siger hun noget om den almindelige måde at tænke fødsler på i en dansk kontekst anno 2006. Også Helle taler om den vaginale fødsel som den måde 'alle andre' kvinder føder på, og refererer hermed til det selvfølgelig. Malou siger indirekte noget lignende, når hun reflekterer over den betydning det kan have at føde ved kejsersnit:

Altså det er ligesom at naturen den har jo haft den her gang i flere tusinde år, og så kommer man lige pludselig og begynder at lave om på det – og man ved jo ikke om det begynder at ændre nogle ting – ved det menneskelige – lige pludselig.

Den vaginale fødsel italesættes som en 'gammeldags fødsel' og som noget oprindeligt og rigtigt, som normen for fødsler, noget der er knyttet til det at være menneske, mens kejsersnittet bliver set som noget unaturligt, og noget man vælger når man vil hoppe over hvor gærdet er lavest.

Mellem at snyde og at blive snydt – om fravalget af den vaginale fødsel

I de gravides overvejelser om fødselsmåde søger de at balancere i et felt, som jeg vil kalde *mellem at snyde og at blive snydt*. Ud over at det ikke i common sense-forståelsen er acceptabelt at vælge kejsersnit uden en rimelig begrundelse, dvs. at man ikke må snyde sig til det nemme, så taler kvinderne samtidig ud fra en anden selvfølgelighed – at fødslen er noget man skal opleve, og følgelig kan blive snydt for. Samtidig med at man altså ikke må snyde sig fra den vaginale fødsel, må man paradoksalt nok heller ikke snyde sig selv for den oplevelse, der er forbundet med at føde vaginalt. Malou har oplevet at andre kan have svært ved at forstå hvorfor hun ikke vil føde vaginalt, når hun ikke har prøvet det (det endte med akut kejsersnit under første fødsel). Hun imødegår deres undren ved at sige at hun godt ved, at hun mangler 'det sidste' af fødslen, men tilføjer at hun da trods alt havde veer i 18 timer. Hun forklarer:

Det generede mig ikke at jeg havde veer i 18 timer. Slet ikke. Det er rart at tænke tilbage på, at det havde jeg da trods alt opnået, når det så endte med et kejsersnit – at jeg var i hvert fald ikke gået glip af det første. Ikke fordi at jeg synes at jeg er gået glip af det sidste, men jeg ved jo ikke, hvad det er.

Den vaginale fødsel italesættes som noget man skal opleve og leve op til, og som det rigtige. For Malou er risikoen for at gå glip af den vaginale fødsel et forhold der taler imod at føde ved kejsersnit, og som gør det vanskeligere for hende at træffe den endelige beslutning om fødselsmåden.

I forlængelse af forståelsen af den vaginale fødsel som den naturlige, og som en oplevelse man ikke ønsker at gå glip af, udtrykker Malou en anden bekymring i forhold til ikke at føde vaginalt. Hun siger 'og så er det nok lige så meget det, at jeg ikke ved, om jeg vil komme til at føle mig som en mindre mor, hvis jeg vælger kejsersnit'. Også Helle har refleksioner over hvorledes fødselsmåden er bundet til identiteten som mor. Hun henviser flere gange under vores samtale til vigtigheden af at hun føler sig som 'en god nok mor', selvom hun vælger kejsersnit. Dorte forherliger derimod ikke fødslen. Hun har oplevet at hendes barn var tæt på at dø af en almindelig fødsel, og som hun siger 'så kan det være nok så meget naturlig fødsel – men det skal ikke gå ud over mine børn'.

Den refleksive indstilling

Kvinderne trækker på et kollektivt videnslager, fx når de tager den vaginale fødsels forrang for givet, men fastholder alligevel ønsket om kejsersnit. De handler ikke ud fra det selvfølgelig. For at forstå dette vil jeg bruge Schutz' begreb om *den refleksive indstilling*. Denne indstilling er kendetegnet ved at vi distancerer os fra det, der er sket, og det vi har gjort. Det forekommer fx i uvante situationer hvor vi bliver usikre og undrer os over at der sker noget uventet, og vi forlader vores common sense-indstilling (Bech-Jørgensen 2005:9)²⁴. Ifølge Schutz er der visse betingelser, der må være opfyldt for at vi kan opretholde en common sense-indstilling. For det første skal vi have en oplevelse af at livet vil være det samme, som det hele tiden har været. For det andet skal vi kunne stole på den viden vi har. For det tredje skal det være nok for os at have en viden om den mest almindelige type begivenheder som vi kan komme ud for. Og for det fjerde skal vores sædvanlige viden deles af vores medmennesker (ibid:10f). I tilfælde hvor en eller flere af betingelserne ikke er

²⁴ Birte Bech-Jørgensen har skrevet forordet til den danske oversættelse af Alfred Schutz' 'Hverdagslivets sociologi'.

opfyldt, vil vi miste troen på hverdagslivets selvfølgheder og i stedet indtage en refleksiv indstilling. I det følgende vil jeg anvende disse fire ovennævnte betingelser for at analysere hvorledes de gravide indtager en refleksiv indstilling i forhold til den forestående fødsel.

At kvinderne oplever at livet vil være det samme efter fødslen

Alle kvinderne taler ud fra en bekymring om at livet ikke vil være det samme efter en vaginal fødsel. Malou har fx forskellige bekymringer i forhold til at skulle føde vaginalt:

Jamen det ville jo være at få nogle skavanker som man skulle leve med i – ja flere år bagefter, hvis det nogen sinde bliver normalt igen. Eller om det bare er sådan, at man føler at det aldrig vil blive, som det var før, og selvfølgelig vil det jo nok ikke blive det altså.

Hun har en angst for at der vil ske ændringer – at det ikke vil blive som det har været før. Når hun taler om at det nok ikke forbliver det samme, henviser hun primært til småskavanker som slappe mavemuskler og strækmærker. Men hun frygter inkontinens, problemer med sexlivet og en forværring af sine bækkensmerter der i værste fald vil betyde, at hun ender i kørestol. Hun frygter disse komplikationer, da de for hende vil medføre store ændringer i hendes liv. Hun tager således udgangspunkt i det hverdagsliv som hun lever i og kender før fødslen. Hverdagslivet efter fødslen fremstår derimod som en ukendt størrelse, og hun ønsker at alt i store træk forbliver det samme.

De andre kvinder frygter også for fysiske komplikationer i forbindelse med den vaginale fødsel²⁵. Der er således mange forhold der taler for, at kvinderne ikke har en oplevelse af at livet, efter en vaginal fødsel, vil forblive som det var før. Alene det forhold at de som gravide står overfor en overgang til en ny rolle – især for de førstegangsfødendes vedkommende – vil transformere livet til noget nyt. Derudover kan der stilles spørgsmålstejn ved om fødslen i det hele taget er en af hverdagslivets begivenheder. Det at få barn er blevet et projekt, noget vi henviser til som en speciel og stor oplevelse, noget som man skal opleve og leve op til. Fødslen er blevet en begivenhed der udtænkes, planlægges og gennemleves (Bertelsen & Gohr 2005:10), hvorved den udskilles som en særlig begivenhed, der ikke må gå upåagtet hen.

²⁵ Et hjerneskadet barn, flere smerter i underlivet og ikke at kunne få en vigtig tarmoperation senere.

At kvinderne har en oplevelse af, at de kan stole på den viden de har fået overleveret

Dorte og Malou har begge erfaret at eksperterne kan fejle, og derfor forholder de sig mere reflektivt til den forestående fødsel. Helle og Ane oplever at der ikke er sikker viden i forhold til hvordan de skal føde. Generelt er der meget lidt viden om Anes sygdom vulvodyni. I det sparsomme materiale hun har fundet, har hun både kunnet læse at en vaginal fødsel kan forværre og forbedre tilstanden.

Helle møder også forskellige og modstridende anbefalinger i forhold til hvordan det er mest sikkert for hende at føde. Hun er blevet anbefalet at føde ved kejsersnit af sin speciallæge. Derimod mener en fødselslæge at det er bedre at føde vaginalt, og i en anden forbindelse har en læge brugt betegnelsen at 'det er et valg mellem pest eller kolera'. Hun har oplevet det som meget belastende ikke at vide hvordan det er mest sikkert for hende at føde, og har derfor 'været nødt til', som hun siger, at bestemme sig for hvilken viden hun vil tro på:

Jeg har brugt min egen praktiserende læge og min mave-tarmlæge meget. Jeg har sagt til mig selv: Det er dér, jeg skal have 100 % information. Så må jeg lade nogle af de andre gå ind af det ene øre og ud af det andet.

Med de mange modstridende forståelser fra forskellige læger er det ikke muligt for Helle at opretholde en common sense-indstilling til fødslen.

At kvinderne oplever at det er nok for dem med en viden om den mest almindelige type begivenheder, de kan komme ud for i forbindelse med fødslen

Alle kvinderne synes at være klar over at de risici de frygter i forbindelse med en vaginal fødsel er relativt sjældne, og at det er mere sandsynligt at det går godt. Men de erfaringer de har med sig, og de sygdomme de lever med, betyder at sådanne statistiske sandsynligheder ikke er tilstrækkelige for dem. Som Dorte siger, så har hun jo oplevet at det kan ske for hende. Flere siger at det ligeså godt kan være dem som en anden, det negative udfald sker for, og at de ikke vil løbe den risiko. Igen ses det hvordan der er nogle komplikationer der opleves som vigtigere at undgå end andre. Således kan kvinderne ikke nøjes med en viden om den mest almindelige type begivenheder de kan komme ud for i forbindelse med fødslen, og de må følgelig indtage en reflektiv indstilling.

At kvindernes viden deles af deres medmennesker

I denne forbindelse forstås medmennesker bredt; det være sig venner, familie, kolleger og sundhedspersoner. Det er disse kvinderne henviser til, når de reflekterer over og begrundet deres valg. Som behandlet i starten af kapitlet oplever kvinderne at mange ikke forstår de årsager, der ligger til grund for ønsket om kejsersnit. Der synes at være et krav om en lægelig (og helst fysisk) begrundelse for at føde ved kejsersnit, og kvinderne ønsker netop kejsersnit uden medicinsk indikation. Hvis der derimod var en medicinsk begrundelse for kejsersnittet, ville det være helt naturligt og acceptabelt at føde på denne måde. Kvindernes viden deles altså ikke umiddelbart af deres medmennesker.

Af ovenstående ses det hvorledes betingelserne for at være i common sense-indstillingen ikke opretholdes. De gravide har deres grunde til ikke at tage den vaginale fødsels forrang for givet, og de risici der er forbundet hermed har fået en anden betydning. Men det er muligvis i mindre grad et spørgsmål om de gravide er i enten common sense-indstillingen eller den reflektive indstilling. De er snarere begge dele. I deres overvejelser trækker de både på et lager af kulturel viden og er samtidig reflektive. Den naturlige indstilling bringes i tvivl, og de stiller spørgsmålstejn ved forhold der ellers anskues som selvfølgelige. Dette vender jeg tilbage til i afslutningen af kapitlet.

I beskrivelsen af de gravides begrundelser, har jeg henvist til, at der for den enkelte er visse risici, der er mere relevante end andre. I det følgende vil jeg uddybe de individuelle betydninger der er knyttet til bestemte former for risici, og som følgelig bliver bestemmende for valget af kejsersnit.

Kvindernes altoverskyggende virkelighed

Schutz anvender termen *den altoverskyggende virkelighed* om hverdagslivets virkelighed (Bech-Jørgensen 1994:152). Hermed henviser han til at der eksisterer multiple virkeligheder og at ikke alle er lige fremtrædende. Vi er med andre ord ikke lige interesserede i alle lag af virkeligheden. Vores interesse er selektiv, og vi oplever forskellige grader af relevans (Schutz 2005:105) fordi virkeligheden udgøres af vores erfaringers betydning, ikke af genstandens ontologiske struktur (ibid:108). I common sense-indstillingen er der knyttet et bestemt lager

af viden til en given genstand – i dette tilfælde ‘den vaginale fødsel’. Vi er i denne indstilling kun optagede af visse aspekter af denne genstand, hvilket Schutz kalder for genstandens *typikalitet* (ibid:27). Vi behøver med andre ord ikke at vide alt. Kvinderne taler ud fra den sociokulturelle forståelse af den vaginale fødsel som noget der skal opleves og leves op til, som noget naturligt, godt, noget der er forbundet med uvished og det at være mor. Disse aspekter udgør den vaginale fødsels typikalitet.

Ifølge Schutz lever vi altid i en *biografisk betinget situation* i vores hverdagsliv (ibid:29f). Hermed henviser han bl.a. til at noget går forud for vores handlinger. Kvindernes ønske om kejsersnit, er ikke bare fikse idéer der udspringer af det rene ingenting. Disse handlinger udspringer af den enkeltes erfaringer. Den viden vi har lagret, via egne og andres erfaringer, rummer muligheder for forskellige fremtidige handlinger (fx hvordan man vælger at føde). Dette kalder Schutz *det forhåndenværende formål* (ibid:30), og siger at dette er bestemmende for, hvad de enkelte anser for at være relevant. Dvs. at andre elementer ved den vaginale fødsel fx risiko for komplikationer, sikkerhed, tilfældighed, held osv. kan fremtrækkes som betydningsfulde.

Jeg vil i det følgende se på de erfaringer kvinderne taler ud fra, og på baggrund heraf vise hvordan de fremhæver visse aspekter ved den vaginale fødsel og kejsersnittet som relevante, mens andre nedtones.

‘Det er bare sådan noget man ved med sig selv’

Der er stor forskel på hvorledes Ane tænker om de komplikationer hun kan pådrage sig ved henholdsvis en vaginal fødsel og et kejsersnit. Hun kender til de komplikationer der kan være forbundet med et kejsersnit, fx at der kan gå betændelse i kejsersnitsåret, men oplever at det vil være lettere at leve med sådanne komplikationer end bristninger i fødselsvejen:

Altså jeg ville da stadig ikke synes at det ville være sjovt, men jeg ville bedre kunne håndtere et sår på min mave end længere nede. Og det er bare sådan noget man ved med sig selv – hvad man er bedst til.

Ane taler her om noget hun ‘ved med sig selv’, og at dette er knyttet til de erfaringer hun har gjort sig, og som har stor betydning for hende. Det er hendes altoverskyggende virkelighed. Videre siger hun: ‘Vi har fundet ud af at vi ikke synes at det er nogen stor risiko at tage,

i forhold til det jeg ellers kan komme til at slås med. Men man ved jo ikke om man går i stykker – altså det er jo bare forestillinger man har om hvad der kan ske – og hvad man så tror, der er bedst for én selv’. Ane henviser med termene ‘synes’ og ‘vide’ til at ønsket om kejsersnit netop er hendes perspektiv, dvs. hendes vurdering af hvad der er bedst. Hendes erfaringer med at leve med vulvodyni er med til at forme det forhåndenværende formål. Hun ved hvad der er bedst for hende, og dette bliver styrende for hvilke aspekter ved den vaginale fødsel og kejsersnittet der er relevante for hende at tage i betragtning.

Helle er i den situation at lægerne har haft divergerende opfattelser af hvilken fødselsmåde der er den bedste i hendes tilfælde. Derfor har hun søgt informationer om andre tarmpatienters erfaringer med fødsler. Hun fortæller:

Nogle havde gennemført en normal fødsel med aktiv sygdom og skrev til mig, at de uden tvivl ville vælge et kejsersnit næste gang. Så det var deres holdning. De havde prøvet det, og det har så noget at gøre med deres muligheder for senere hen at kunne få nogle af de operationer, som kan være en mulighed for os tarmpatienter, hvis det går så galt.

Det er dog ikke alle former for fødselserfaringer hun kan bruge til noget. Vi taler om andres holdning til hendes ønske om kejsersnit, og hun siger:

Jamen jeg oplever faktisk at det er kvinder som har haft gode fødselsforløb, som kan have svært ved at forholde sig til hvorfor man ikke vil prøve det [at føde vaginalt]. Og det kan jeg da egentlig også godt forstå, og det er det jeg siger med at hvis nu jeg havde haft sådan en god oplevelse at støtte mig op ad, så kan det godt være jeg havde tænkt anderledes. Men jeg kan jo ikke bruge de andres fødselsforløb til noget, fordi selv om de godt kan sidde og sige, jamen det gik så godt, og det var ikke så slemt, og når nu man er færdig så er man jo glad for det, og man er jo hurtigt på benene igen og sådan noget. Og det er også fint nok at høre, men det kan jeg jo ikke rigtig omsætte til en egen erfaring med det, vel?

I fravær af egne fødselserfaringer tager hun de andre tarmpatienters dårlige erfaringer med sig som et bærende argument for kejsersnittet, mens andre kvinders gode erfaringer ikke tæller i denne sammenhæng. Der er således én form for viden som er mere betydningsfuld end andre. Helle identificerer sig med de andre tarmpatienter ved at italesætte sig selv som én af dem ‘os tarmpatienter’. Hun kan ikke omsætte de andres gode erfaringer til sin egen, men ved at opleve sig selv som en af tarmpatienterne, bliver deres erfaringer også relevante for hende, og erfaringerne kommer til at indgå i hendes forhåndenværende formål.

Dorte henviser til at hun selv er født ved kejsersnit, og at det derfor aldrig har været 'noget stort' eller 'noget anderledes' i hendes familie at få lavet kejsersnit. Hermed siger hun også at den betydning der er knyttet til at føde ved kejsersnit ikke er noget konstant, at det afhænger af hvem der taler, og hvilke erfaringer man har gjort sig. 'Det med kejsersnit har ikke ligget så fjernt i min familie', som hun siger. Dette tolker jeg som et udtryk for at måden at føde på er mindre relevant i den sociale kontekst som Dorte indgår i. Følgelig oplever hun det som mindre problematisk at fravælge den vaginale fødsel, da den ikke har særlig status for hende. For Dorte er der en klar sammenhæng mellem barnets størrelse, og den fare som hun vurderer at en vaginal fødsel vil udgøre for barnet. Hun er vidende om at et kejsersnit også er behæftet med risici, og henviser til at en jordemoder har fortalt hende at der er meget større risiko for at dø under et kejsersnit end under en vaginal fødsel. Om dette siger Dorte:

Og jeg fik at vide, jamen det var 8 gange så mange kvinder der døde af kejsersnit som en almindelig fødsel. Og jeg tænkte, ja dét kan godt være, men mit barn var ved at blive hjerneskadet eller dø af en almindelig fødsel – så vil jeg hellere tage den risiko det giver, bare for mig. (..) Jeg tror, når man har oplevet, man kan miste, ikke at vi gjorde det, men at man kan komme der, så er man lidt mere villig til at sige: Ja, de skærer i mig, og det gør ondt på mig, og jeg vil ikke kunne løfte i 8 uger eller hvor meget det er, men det må jeg så komme over. Det er ikke noget mit barn skal leve med resten af livet. Så da har jeg det sådan at jeg kan påtage mig meget for at mit barn undgår det.

Dortes erfaring med at den vaginale fødsel kan være til fare for barnet fremstår som mere nærværende end den viden hun har om øget mødre dødelighed ved kejsersnit. Risici ved kejsersnit nedtones, og kommer for hende til at handle om smerter, og om ikke at kunne løfte en tid efter indgrebet. For Dorte betyder den øgede risiko for hende selv ikke så meget. Hendes forhåndenværende formål er rettet mod at undgå at hendes barn bliver skadet, og hun slår den forøgede risiko for at dø hen og siger: 'Jeg har det sådan lidt altså, der er risici ved enhver operation, da kan man dø af det. Og det kan jeg også af at køre i bil til arbejde hver dag, det er der faktisk større risiko ved. Og kan jeg nedsætte risikoen for mit barn, så er jeg faktisk villig til meget'. Hun sætter kejsersnittet ind i en hverdagssammenhæng, når hun siger: 'Der er en risiko ved alt'. Derimod placerer hun sit barns risiko i en anden mere reel, håndfast kategori, som noget hun kan gøre noget ved og skabe sikkerhed omkring ved at føde ved kejsersnit. Med det forhåndenværende formål må hun fortrænge common sense-indstillingen af den vaginale fødsels fortrinligheder, og behøver samtidig kun en ret begrænset viden om, hvad det kan indebære at føde ved kejsersnit.

Det ses hvordan kvinderne selv skaber en sammenhængende fortælling der kan gøre det trygt og rimeligt at føde ved kejsersnit. Jeg har vist hvordan kvindernes erfaringer ændrer den kontekst hvori visse egenskaber eller karakteristika (typikaliteten) ved den vaginale fødsel og kejsersnittet defineres. I kvindernes altoverskyggende virkelighed har frygten for visse komplikationer større relevans end det at føde vaginalt, trods de mange samfundsborne værdier der knytter an til den vaginale fødsel. På dette punkt adskiller Malou sig fra de andre kvinder idet hun har meget svært ved at beslutte hvordan hun ønsker at føde. Hendes overvejelser behandles derfor separat i det følgende.

Malous tvivl

For Malou kan oplevelsen med en vaginal fødsel spænde fra at være noget 'enestående' til at være 'det mest frygtelige i [hendes] liv'. Hun er meget ambivalent, og synes at have svært ved at navigere i feltet mellem at undgå komplikationer i forbindelse med den vaginale fødsel og samtidig ikke blive snydt for oplevelsen af en normal fødsel. Det ender med at Malou føder vaginalt. Efter fødslen taler vi om hendes oplevelser og om at tage beslutningen. Og hun henviser både til samtaler med andre kvinder og med lægen. Hun fortæller om en veninde, der både har født vaginalt og ved kejsersnit: 'Hun sagde så til mig at jeg simpelthen ville fortryde, hvis jeg ikke fik prøvet'. Selv har Malou lænet sig op af sin gode erfaring med at føde ved kejsersnit, men får ændret sit perspektiv efter lægesamtalen:

Lægen fortalte mig så at jeg også havde været utrolig heldig med mit kejsersnit. Udover at jeg ikke havde haft nogen ting der generede; jeg kunne jo løfte næsten alt hvad jeg ville – ikke fordi jeg gjorde det – men der var jo ikke noget der gjorde ondt eller noget. Han sagde faktisk jeg var et særtilfælde, fordi jeg ikke havde haft noget overhovedet at kunne pege fingre af. Og det vendte måske lidt, at det kunne jo gå meget værre næste gang. Jeg kunne få stafylokokker og problemer med blæren på livstid, og også en rigtig grim mave.

I ovenstående er Malou selv inde på at lægen bringer viden på banen, som skaber et skift i hendes forståelse. Andre aspekter ved kejsersnittet end dem hun har erfaret bliver relevante. Under vores første møde har Malou fortalt at hun har brug for lægens hjælp til at klargøre hvad det egentlig er hun vil. Ved vores andet møde spørger jeg til de mange usikkerheder og bekymringer hun tidligere har knyttet til den vaginale fødsel, og hun forklarer:

Han gav mig meget ro i sindet, for han gav mig sit visitkort hvor jeg fik e-mail-adresse og telefonnummer, og jeg kunne kime ham ned døgnet rundt hvis jeg havde lyst til det, eller hvis der dukkede spørgsmål op. Og så spurgte jeg ham så hvornår er sidste chance for at tage min beslutning, hvis jeg nu vil have et kejsersnit, og da sagde han: 7 minutter efter du har taget beslutningen, der kan du ligge på bordet (ja – 7 eller 20 minutter?). Det gav mig simpelthen så meget ro i sindet – at jeg kunne gå derfra uden at føle mig presset til at tage beslutningen, men at valget stadigvæk stod åbent.

Jeg tolker det således at Malou, hvis bekymringer har været flertydige og diffuse, gennem samtalen med lægen oplever at kunne bruge hans viden. En venindes anbefaling og lægens råd hjælper hende til at tage beslutningen om at føde vaginalt. Endvidere synes lægens håndtering af deres intersubjektive relation at have stor betydning for at Malou kan føle sig tryk ved situationen. Dette ses ved at lægen er forstående overfor hendes bekymringer, at han tilbyder hende en direkte linie til kommunikation samt at han giver hende en oplevelse af at kunne sige fra og få kejsersnit.

I det følgende går jeg nærmere ind på Schutz' begreb om at vi lever i en biografisk betinget situation i vores hverdagsliv. Dermed mener han også den sociale position vi indtager i det sociale system (Schutz 2005:14). Da vi har brug for at blive forstået og accepteret, er det væsentligt at vores handlinger fremstår som rationelle. Jeg bevæger mig nu væk fra at fokusere på kvindernes overvejelser om fødselsmåde til at se på deres beslutning, og hvordan de begrundede denne.

Den rationelle beslutning

Ifølge Schutz refererer common sense-definitionen af 'rimeligt' og 'rationelt' både til det videnslager der er i en given sociokulturel sammenhæng og til aktørens subjektive synspunkt, dvs. til hendes forhåndenværende videnslager (Schutz 2005:54). Da den enkelte kvindes lager af viden er forskelligt fra andres, må hun stræbe efter at etablere et fælles relevanssystem, for at hendes ønske om kejsersnit kan blive forstået af andre som rimeligt og rationelt. I daglig tale skelner man ikke klart mellem hvad der anses for at være rimelige og fornuftige eller rationelle handlinger (ibid:52). I situationer hvor en handling er i overensstemmelse med givne sociale forestillinger fremstår handlingen som rimelig og fornuftig, selvom den enkelte

ikke nødvendigvis har handlet på baggrund af overvejelser om forskellige mulige midler og hvilke der bedst opfylder ens mål (ibid:53).

Kvindernes ønsker om kejsersnit er ikke i overensstemmelse med de givne sociale forståelser. De må derfor argumentere for det rimelige i deres ønsker. Måden de gør det på er i stor udstrækning ved at komme anklagerne i forkøbet. Mine samtaler med de gravide viser at de ikke befinder sig i nogen nem situation. Det er et gennemgående træk, at de alle har gjort sig mange overvejelser om det rimelige og fornuftige i at føde ved kejsersnit, og at de oplever at skulle forklare sig. Ane fortæller at hun er glad for at det var jordemoderen, som på baggrund af Anes bekymring, bragte muligheden for kejsersnit på bane, og henviste hende til en samtale med lægen. Ane forklarer: 'Det er det jeg hele tiden har vidst, at hvis jeg valgte kejsersnit så ville jeg skulle forklare mig fra nu af og altid'. Og det er netop dette krav om forklaringer, der vil være genstand for analyse i det følgende.

At komme anklagerne i forkøbet

Ifølge Schutz anses handlinger der er styret af følelser eller traditioner ikke som rationelle (ibid:54). I min empiri ser jeg mange eksempler på at kvinderne argumenterer for at deres ønsker er velovervejede, og at de ikke er følelsesstyrede. De må søge at positionere sig, så de hverken snyder sig fra eller bliver snydt for den vaginale fødsel. I forlængelse af dette taler flere af de gravide om deres frygt for at blive opfattet som hysteriske, fordi de ønsker at føde ved kejsersnit uden medicinsk grund. Helle beretter:

Jamen jeg har mødt mange forskellige holdninger. Der er nogle som med det samme hvis man fortæller at man har overvejet at få et kejsersnit, så kommer den der fordomsholdning – hvorfor det – det er da hysterisk og sådan noget.

Kvinderne kommer anklagerne i forkøbet ved selv at foretage en distinktion mellem mere eller mindre reelle begrundelser for at ønske kejsersnit. Helle henviser fx til tilfælde hvor der 'ikke er nogen særlige årsager til det, andet end den gravide måske er angst'. Hermed ser hun 'angst' som en mindre relevant begrundelse. Noget lignede gør Dorte når hun siger:

Altså hvis det var første fødsel, så har jeg det sådan lidt – man må godt have noget erfaring eller nogle begrundelser for det. At det ikke bare er sådan, at det kunne være smart eller det gør ondt har jeg hørt eller sådan noget. At der er ligesom noget erfaringsgrundlag, eller der er nogle indicier på, at det bliver nok sådan. (..) Jeg er glad for, jeg ikke skal beslutte det nu [hvordan hun skal føde],

fordi jeg har det sådan lidt, jamen hvis der ikke er nogen grund så synes jeg det er fjollet.

Det ses her hvorledes det er væsentligt at man har en gyldig grund for at ønsket om kejsersnit kan accepteres. For Dortes vedkommende er en reel grund enten én der er funderet i egne erfaringer eller i medicinsk viden. Alle andre grunde karakteriseres følgelig som 'fjollede' eller 'smarte' ideer. Selv argumenterer hun for at hendes egne erfaringer berettiger et kejsersnit denne gang, og at hun desuden ønsker at få informationer fra lægen for herigennem at træffe den mest fornuftige beslutning.

Helles overvejelser er karakteristiske for mine informanternes måder at argumentere på. Hun har gjort sig mange tanker om eventuelle negative konsekvenser for barnet ved at blive født ved kejsersnit. Hun taler om: '[D]en naturlige del som barnet ikke kommer til at opleve ved ikke at blive født naturligt'. Hun er ikke helt overbevist om at det ikke betyder noget, og mener der må være 'et formål med den naturlige måde at føde på'. Alligevel slår hun det hen og henviser til hvad lægerne har sagt:

Men jeg vælger at sige til mig selv at det ikke vil skade mit barn at blive født ved kejsersnit. Det har mest været fordi jeg simpelthen har været nødt til at tænke på mig selv. Men jeg har da også haft den der inde over, er det bare egoistisk at tænke på dig selv, ikk'? Men da synes jeg så at min praktiserende læge og min mave-tarmlæge har været gode til at sige til mig, jamen hallo, det der er bedst for dig, det er også bedst for dit barn.

Helle siger at hun har været 'nødt' til at udelukke visse overvejelser, at hun tænker langsigtet, og at lægerne er enige med hende i at et kejsersnit i sidste ende også vil være det bedste for barnet. Disse elementer går igen i større eller mindre grad hos alle mine informanter.

Overordnet set argumenteres der ud fra fire forskellige betragtninger: At kejsersnittet er en nødvendighed for dem, at de tænker langsigtet, at de har opbakning fra andre, og at de i sidste ende bliver bedre mødre ved at vælge kejsersnittet. De fire betragtninger er sammenhængende og vil i det følgende blive behandlet som sådan.

Rationalet om kejsersnittet

Dorte anser kejsersnittet for at være den mulighed hun har for at sikre sit barn, men hun forholder sig ikke til komplikationer for barnet ved kejsersnittet. Hun ekspliciterer ikke at hun har spekulationer om at blive en 'dårligere' eller 'mindre' mor af at føde ved kejsersnit.

Alligevel mener jeg at hun bekræfter den normative forståelse af hvad det vil sige at være en god mor. Det gør hun når hun siger, at hun vil gennemgå meget, dvs. at hun vil acceptere de gener der er forbundet med at føde ved kejsersnit for at skåne sit barn. På den måde taler hun ud fra samme common sense-forståelse af at være en god mor, selvom hendes handling ikke er knyttet til den vaginale fødsel.

Malou og Ane gør sig begge overvejelser i forhold til risici for barnet ved at blive forløst ved kejsersnit. De synes dog ikke at være bekymrede for dette aspekt, og refererer til at de ikke kender til eksempler, hvor børn har taget skade. Ane og Peter har studeret den nyeste viden om risici for barnet, og de siger: 'Altså sådan rent statistisk så er de risici jo ikke særlig store – ikke større end ved en almindelig fødsel'. Som yderligere argument for at ønske kejsersnit, har de under fødselsforberedelsen hørt jordemoderen skildre den vaginale fødsel som en hård proces for barnet:

Hun sammenlignede en naturlig fødsel med en boksekamp over ti runder, der så endte med en knockout til barnet. Det var sådan hendes billede af dét barnet skulle igennem, og det er også en hård proces for barnet.

Dertil kommer at Ane har en forventning om at hun vil have vanskeligt ved at føde vaginalt pga. muskelspændinger i underlivet, og at det som følge heraf måske ender med sugekop, hvilket heller ikke er godt for barnet.

Jeg tolker ovenstående sådan at kvinderne forsøger at skabe orden og sammenhæng mellem kejsersnittet og de normative forestillinger om 'den gode mor'. Det ses hvordan kvindernes viden er opbygget af heterogene former for viden, såsom egne eller andres erfaringer, videnskabelig viden og formodninger. Ifølge Schutz er det netop kendetegnende for hverdagslivets viden, at forskellige vidensformer knyttes sammen og organiseres ved hjælp af vaner, regler og principper, så man ikke reflekterer over hullerne og de manglende sammenhænge i ens videnslager (Schutz 2005:158). Forskellige udsagn kan være lige gyldige (ibid:186), som det eksempelvis er tilfældet med modsigelserne 'at snyde for' eller 'at blive snydt for' en naturlig fødsel, og at være en 'god mor' ved at føde vaginalt, eller at være en 'god mor' ved netop at fravælge den vaginale fødsel.

At kejsersnittet opleves som nødvendigt og som det eneste fornuftige for Ane fremgår af hendes overvejelser. Hun frygter at hun ville få flere gener fra underlivet efter en fødsel, og hun siger: 'Og så ville jeg bare opgive det helt, hvis der kom mere man skulle slås med'. De

andre kvinders perspektiver er også langsigtede. Helle fortæller fx at hendes læge har bakket op om beslutningen og har set kejsersnittet som en måde Malou kan 'sikre sin egen fremtid' på. Alle kvinderne udtrykker at de er parate til at tage de gener der kan tilstøde dem i relation til kejsersnittet. Disse gener anskues som forbigående og knyttet til selve operationen, mens de komplikationer de mener at undgå ved at føde ved kejsersnit er mere langsigtede og relateret til deres hverdagsliv. Dermed fremstår det rationelt at føde ved kejsersnit, idet de søger at skærme sig mod risici, der har længere perspektiver.

I kvindernes rationelle overvejelser stilles de 2 fødselsmåder op over for hinanden, og de vurderer konsekvenserne ved at vælge det ene frem for det andet. Kvinderne 'rangordner' de 2 måder at føde på, idet de allerhelst ville føde naturligt, hvis deres situation tillod det. De udfordrer dermed ikke den eksisterende orden, men bruger deres biografisk betingede situation som basis for deres rationelle valg. Med deres argumentation forsøger de at skabe en rationel og dermed socialt acceptabel forklaring for at ønske kejsersnit. Jeg har vist hvordan kvinderne med deres måder at argumentere på omskaber nogle af hverdagslivets selvfølgeligheder. Forestillingen om den gode mor, og hvordan det hører sammen med den vaginale fødsel, omskrives til at handle om den situation man er i, og at være en ansvarlig og forudseende mor ved netop at fravælge den vaginale fødsel.

Refleksioner over den anvendte teori

På baggrund af min analyse finder jeg anledning til at stille spørgsmålstejn ved Schutz' skarpe skelnen mellem common sense-indstillingen og den refleksive indstilling. Og når han fokuserer på common sense-indstillingen²⁶ og reducerer denne til at være den indstilling hverdagslivet konstitueres omkring (Bech-Jørgensen 1994:170). Schutz beskriver det som 'spring' når vi bevæger os ud af hverdagslivets common sense-indstilling og ind i en reflektiv indstilling. Dette 'spring' beskrives som 'en radikal ændring af vor bevidsthedsspænding' (Schutz 2005:110ff).

²⁶ Common sense-indstillingen eller *den naturlige indstilling* som denne også kaldes med et begreb som Schutz har overtaget fra Edmund Husserl (Bech-Jørgensen 2005:8)

Jeg har allerede tidligere i kapitlet bragt spørgsmålet frem, og mener at finde belæg for at betvivle Schutz' dualisme, når han taler om spring ind og ud af hverdagslivet (jf. Bech-Jørgensen 1994:155). Dette ville implicere at kvinderne i min undersøgelse konstant foretog sådanne bevidsthedsmæssige spring, hvor de enten var inde i eller ude af hverdagslivet. I mit materiale ser jeg at kvinderne trækker på forskellige slags viden og sideløbende forholder sig både med den største selvfølgelighed og med stor refleksivitet til det de har oplevet, og til det der skal ske.

Ifølge Bech-Jørgensen har dualiteten mellem at tro på selvfølgelighederne og at betvivle dem den konsekvens, at man kan komme til at lukke af for andre indstillinger til verden, fx en 'håbende' indstilling (ibid:92). Jeg tolker netop mit materiale derhen at kvinderne på én og samme tid både tager forhold for givet og betvivler dem. De tænker, tror, véd og håber, og alle disse indstillinger foregår samtidigt. Ifølge Schutz skulle de således næsten ikke befinde sig i hverdagslivet, da denne jo forudsætter en common sense-indstilling. Det er ud fra min tolkning i mindre grad et spørgsmål om de gravide er i enten common sense-indstillingen eller den refleksive indstilling, men snarere at de er begge dele. I deres omgang med hverdagens handlinger trækker de på et lager af kulturel viden og af en given relevansstruktur, men de er samtidig – fordi den naturlige indstilling bringes i tvivl – refleksive og stiller spørgsmålstejn ved forhold der ellers anskues som selvfølgelige.

Kapitel 4. Mødet med sundhedsvæsenet

I dette kapitel vil jeg beskrive kvindernes tanker om valget og mødet med lægen. Jeg indleder med at behandle en anden af hverdagslivets selvfølgheder, som den kommer til udtryk gennem kvindernes tanker om egen position som beslutningstagere. Kvinderne udtrykker en selvfølghed i forhold til at de selv skal bestemme hvordan de skal føde. Men som jeg siden vil vise, kommer denne selvfølghed i karambolage med tvivlen om lægen vil efterkomme deres ønske.

‘Det er mit valg’

Kvinderne ved, at der findes en mulighed for at få kejsersnit på eget ønske, og de fortæller at de i en eller anden forstand ser det som en selvfølge, at de selv bestemmer hvordan de skal føde. Dorte, der finder det risikabelt at skulle føde et stort barn, siger:

Hvis det ser ud som om det igen bliver en 5 kg.'s [baby], så er det mig, der bestemmer.

Med denne udmelding viser Dorte at hun oplever at det suverænt er hende der bestemmer. Da jeg spørger hende om hvem der træffer valget, svarer hun lakonisk: ‘Det gør jeg. Sammen med min mand’. Ane og Peter bruger flere gange vendingen at ‘vælge kejsersnit’, og giver med dette udtryk for at der er en mulighed for at den enkelte selv kan bestemme. I det første interview med Malou taler vi om valget af fødselsmåde, og hun siger: ‘Ja, jeg kan godt se at det selvfølghed ikke er dem [lægerne], der skal gå ind og vælge for mig’.

For kvinderne er det selvfølghed at de selv skal træffe beslutningen. Dette er interessant idet der ikke ifølge lovgivningen er hjemmel til at patienter kan bestemme egen behandling (Lov om patienters retsstilling 1998), og at behandlinger generelt udføres på baggrund af lægers skøn og ordinationer. Selvbestemmelsen er en af hverdagslivets selvfølgheder²⁷. Men

²⁷ Det ses eksempelvis indenfor sundhedsvæsenet hvor der lægges op til større grad af selvbestemmelse – og afspejles fx i brugen af begreber som brugerinddragelse, informeret samtykke og informeret valg. Som yderligere eksempel kan nævnes at Sundhedsstyrelsen skriver at de nye tilbud om risikovurderinger og fosterdiagnostik udgår fra et ‘selvbestemmelsesparadigme’, hvor hovedformålet er at ‘tilvejebringe et handlegrundlag for den gravide’ (SST 2003:45). Det ekspliciteres at sundhedsvæsenets tilbud ikke retter sig mod at forebygge, men at sikre selvbestemmelsen. Dette må siges at være et skred indenfor sundhedsvæsenet, hvilket underbygges med at det italesættes som et ‘paradigmeskifte’ (ibid:45).

selvom kvinderne taler om selvbestemmelse og virker afklarede med deres beslutninger, så er de alligevel nødt til at forholde sig til samtalen med lægen. Før kejsersnittet kan udføres skal anmodningen herom videregives til lægen, der sidder med den endelige beslutningsmagt, dvs. selve ordinationen af kejsersnittet. Et eksempel på at den intersubjektive relation mellem lægen og den gravide er præget af lægens magt ses i mit interview med Ane og Peter, der kalder den forestående lægesamtale 'en instans man skal igennem' for at få godkendt sit ønske. I denne formulering træder magtelementet i mødet mellem anmodningen om kejsersnit og selve ordinationen af kejsersnittet frem.

Kvindens tanker og overvejelser i forhold til lægesamtalen

Det er fælles for kvinderne at de anser det for at være deres valg hvordan de skal føde, men de ønsker ikke at blive ladet alene med valget. Kvinderne oplever det som belastende at være i den fase hvor den endelige beslutning endnu ikke er truffet og udtrykker et behov for en afklaring af fødselsmåden. Malou oplever at være 'presset' over ikke at vide hvordan hun skal føde, og ser frem til lægesamtalen, hvor hun forventer at lægen kan hjælpe hende med valget. Om dét at hun nu har fået en aftale med en læge, siger hun: 'Nu kunne jeg ligesom ånde lettet op og sige at han forhåbentlig kommer med en afslutning den dag – og så bliver det sådan'. Trods det at kvinderne i større eller mindre grad har besluttet sig for kejsersnit, behøver de lægens accept, der både rummer en ordination af kejsersnit samt en medmenneskelig støtte. Samtalen med lægen er derfor af stor betydning for kvinderne.

For kvinderne er den forestående lægesamtale forbundet med usikkerhed. De er usikre over den intersubjektive relation til lægen; hvordan han vil tage imod deres anmodning, om denne bliver efterkommet og hvilke rationaler der gælder. Ifølge Schutz er konsekvenserne af den basale usikkerhed mht. udfaldet af en planlagt interaktion at man kun kan udtrykke håb og bekymringer for denne (Schutz 2005:60). Som vi skal se italesætter mine informanter netop deres forventninger til samtalen som 'håb', og de er usikre på hvad der skal ske.

Ane om lægesamtalen

Ane og Peter har behov for at få informationer om fordele og ulemper ved de 2 fødselsmåder, og kan ikke vente med at få en afklaring til lægesamtalen, der ligger 5 uger efter henvisningen er sendt – kun en måned fra fødselsterminen. Ane har brug for at vide hvad hun skal 'indstille sig på'. Derfor har de selv indhentet viden. De har bl.a. læst MTV-rapporten og DSOGs anbefalinger for håndtering af fænomenet. Hermed kender de til den epidemiologiske evidens for de risici der er for mor og barn ved de 2 fødselsmåder, og har før lægesamtalen alle de oplysninger de har brug for. De fortæller at de på baggrund af denne viden synes, at 'kejsersnit virker som den rigtige måde at få forløst vores barn på – for os'. Med denne formulering henviser de til at det netop er deres perspektiv. De ønsker ikke at fralægge sig ansvaret og er afklarede med beslutningen, hvilket gør at de ikke har så mange forventninger til samtalen med lægen. Ane fortæller:

Jeg vil sige at vi har taget beslutningen, så vi vil bare have en dato og så vide at det er det. Så er der selvfølgelig sådan nogle helt praktiske ting man gerne vil have drøftet, men egentlig så ser jeg det som det er dem, der gerne vil snakke med mig. Jeg har taget beslutningen om at det er det, jeg gerne vil.

Ane har selv indhentet de nødvendige oplysninger for at kunne træffe en beslutning, og hun betragter samtalen som den instans hun må igennem for at få kejsersnittet. Hun anser samtalen for primært at være til for lægens skyld, idet hun er afklaret med sin beslutning, men håber at lægen vil lytte til og forstå hendes begrundelse. Når Ane ønsker kejsersnit er det for at hindre en forværring af vulvodynien. Om dette siger hun:

Det er jo egentlig bare det vi gerne vil have ham til at forstå, når vi skal ind til den samtale, og håbe på at han ved lidt om det i forvejen.

Med denne passus udtrykker hun netop et håb om at blive forstået, og at møde en læge som kender til hendes problemstilling.

Helle om lægesamtalen

Helle har i løbet af graviditeten haft det svært med at skulle forholde sig til anbefalingerne fra forskellige læger – for og imod kejsersnit. Hun fortæller at hun har besluttet sig for at tro på dét hendes praktiserende læge og mave-tarmlæge har anbefalet. Alligevel oplever hun, nu

hvor fødslen nærmer sig, igen at være i vildrede, og at have behov for at blive vejledt af lægerne på sygehuset. Hun forklarer dette med at fødselslægerne trods alt er specialister i fødsler, og at det er dem der skal udføre indgrebet. I denne forbindelse er der flere forhold der foruroliger Helle. Hun fortæller:

Jeg ved også godt at der er nogle ting [fødsels]lægerne har mere forstand på end mig, og det er det jeg synes jeg har manglet; deres ekspertise til at støtte mig op ad – i stedet for egentlig at forvirre.

Med dette henviser hun både til de mange forskellige anbefalinger fra lægernes side samt til den situation hvor lægen karakteriserede hendes valg som et valg mellem pest eller kolera. Helle fortæller hvordan dette har påvirket hende, og at hun på et tidspunkt slet ikke oplevede at have et valg:

Jeg var bare nødt til at vide. Jeg skulle have noget ro, for jeg kunne ikke sove om natten, jeg vendte og drejede mig, for altså den der udtale om pest eller kolera, jeg tænker, hvad er det for noget, det skulle gerne være en dejlig oplevelse det her altså. Jeg kan jo ikke kaste barnet op. Den skal ud en af de andre 2 veje. Jeg har jo ikke noget valg.

Dertil kommer at en læge har udtrykt bekymring over at skulle udføre indgrebet, hvilket har gjort Helle utryk i forhold til sin beslutning. Hun siger:

Samtidig tænkte jeg – jamen hvorfor siger lægen der skal udføre kejsersnittet så, at det kan være svært at udføre. Er han utryk ved at udføre det? For så vil jeg da helst ikke lægge mig under hans kniv.

Udover de mange andre overvejelser om risici for hende og barnet må hun også overveje om lægen kan udføre indgrebet. Dertil kommer at hun i løbet af graviditeten har været hos mange forskellige læger og jordemødre, som næsten alle har givet udtryk for, at de ikke vidste så meget om hendes sygdom. Dette har medført at Helle oplever en usikkerhed og utryghed i forhold til lægerne. Usikkerheden udtrykker Helle i et håb til den forestående samtale på sygehuset. Hun siger: 'Jeg håber der sidder en sød og forstående læge som har prøvet det her masser af gange'. Et andet sted under interviewet udtrykker hun endnu større usikkerhed overfor lægernes ekspertise. Hun siger:

Hvis man kunne møde en læge, det ved jeg ikke, om man kan, men ja, det kan man vel være heldig at gøre – én som havde prøvet det før. Én som havde haft en kvinde som mig før.

Det ses hvordan Helle oplever en så stor usikkerhed at hun end ikke har en forventning om at møde en kompetent læge, der har forstand på hendes sygdom. Som udslag af hendes tidligere erfaringer håber Helle denne gang at være heldig at møde en læge, der agerer som ekspert. Med 'heldig' henviser hun til at dette ikke er en selvfølge. Dertil håber hun at lægen er 'sød

og forstående', og samtidig at lægen formidler sin viden på en måde, så hun ikke er bange for at træffe den endelige beslutning:

Jeg håber bare at møde en læge, som siger at vi kan gøre begge dele. Ved den ene metode kan vi hjælpe dig sådan, og ved den anden kan vi hjælpe dig sådan. Og fordele og ulemper kan være sådan og sådan ved begge dele – uden at vise utryghed ved det – så jeg kunne få muligheden for egentlig selv at træffe min beslutning uden at være bange for at træffe den.

Helles håb er således at møde en kompetent, forstående læge, der hjælper hende med at træffe beslutningen.

Dorte om lægesamtalen

Dorte er den af mine informanter der har længst til terminen. Hun har derfor endnu ikke talt med så mange fagpersoner om den forestående fødsel. Selvom Dorte positionerer sig som beslutningstager udtrykker hun alligevel åbenhed for at gå i dialog med lægen, idet hun forventer at han fortæller hende om fordele og ulemper ved de 2 fødselsmåder. Hun mener at valget bedst træffes via 'nøgtern information':

At man tager imod al den information man får tilbudt, og så tager man selv valget. Det synes jeg er rart. At der ikke er nogen der skal komme og fortælle, at dét bør du ikke gøre, eller dét skal du gøre eller – altså det kan jeg godt lide, at man får informationen, og så tager man selv stilling.

Selvom hun forventer information har hun sat en grænse for barnets vægt på 4 kg. Denne er hun delvist villig til at forhandle, idet hun forventer at lægen 'kommer med et bud på, om det er helt hen i hegnet [med den grænse hun har sat på 4 kg.], men samtidig heller ikke at han forsøger at flytte mine grænser', som hun siger. Med dette giver hun udtryk for at hun gerne vil have en lægefaglig accept af sin beslutning, og hun er bekymret for at lægen har en anden dagsorden end hende. Men egentlig hjælp til beslutningen, har hun ikke brug for, den har hun selv truffet. Dette er i modsætning til de behov Malou giver udtryk for at have.

Malou om lægesamtalen

Malou, der som allerede beskrevet er meget i tvivl om hvordan hun skal føde, er den af de gravide, der udtrykker det største behov for at blive hjulpet til at nå en afklaring. Hun har ikke

lyst til at skulle vælge, og er i tvivl om hendes egen begrundelse for kejsersnit er god nok. Jeg tolker det sådan at hun har svært ved at træde ud af de selvfølgeligheder, der er knyttet til den vaginale fødsel. Dette kommer til udtryk i det følgende: 'Altså jeg ville jo gerne, at der var en lægelig grund til at jeg skulle have et kejsersnit. At det ikke er mig, der går ind og bestemmer over systemet og siger: Jeg er pibet eller jeg vil bare gerne have min vilje'. Om forventningen til lægesamtalen siger hun:

Jeg håber han [lægen] kan læse mig og fortælle mig hvad det er, jeg gerne vil.
At han siger: Jeg synes, det er bedst for dig, at vi gør sådan.

Idet hun ikke ønsker at 'gå imod lægerne' og ikke vil 'bestemme over systemet', lægger hun ønsket om kejsersnit i lægens hænder. Hun forventer hermed at lægen træffer den endelige beslutning om hvordan hun skal føde.

Opsamling

Af ovenstående ses det hvorledes kvinderne har forskellige forventninger til samtalen. Disse synes at være afstemt efter hvor afklarede den enkelte selv er med sin beslutning. De ved at det er muligt at få kejsersnit på eget ønske, og de anser det for selvfølgeligt at de selv skal træffe beslutningen. Derfor er det interessant at de taler meget om hvad de håber. Med dette håb viser de hvor stor en betydning den intersubjektive relation til lægen har for dem, og hvor usikre de er på lægesamtalen og resultatet af den. Med afsæt i håbene og usikkerhederne markeres et skift til en anden scene. Kvinderne bevæger sig væk fra hverdagslivets altoverskyggende virkelighed til et andet lag af virkeligheden, nemlig til medicinens verden.

Tidligere har vi set hvordan kvinderne har positioneret sig som rationelle og handlekraftige. De ved hvad de vil og ikke vil, og de har gennemtænkt og kan begrunde deres ønsker. Men de må nu forholde sig til en 'anden verden', hvor de kun kan 'håbe' og være bekymrede for ikke at få deres ønske opfyldt. Malou har fx læst at 'nogle kvinder har kæmpet meget for at få deres ønske gennemtruffet.' Sådanne kampmetaforer er også fremtrædende i interviewene. Alle overvejer hvilke strategier de kan anvende for at få deres kejsersnit. I det følgende vil dette aspekt blive behandlet ud fra Dortes fortælling.

Hvis anmodningen om kejsersnit ikke imødekommes – ‘så skal man være hysterisk og ufornuftig og skabe sig’

Dortes fortælling er illustrativ i forhold til den situation og det magtforhold kvinderne indgår i. På baggrund af en samtale med sin jordemoder har Dorte forstået at hun selv kan bestemme hvordan hun vil føde denne gang. Hun gør sig alligevel tanker om og har strategier for hvad hun stiller op hvis ikke hendes ønske imødekommes. Dorte kender folk der arbejder indenfor sygehusvæsenet, og de har beroliget hende med at hun nok skal få sit kejsersnit:

De sagde så, jamen du skal holde på din ret hvis det er det, du mener. Så skal du sige, sådan og sådan vil du have det. Og hvis det så ikke virker, så skal du skabe dig. Så skal man være hysterisk og ufornuftig og skabe sig.

Hvis ikke Dortes ønske imødekommes er det i første omgang hendes strategi at ‘skabe sig’. Såfremt dette ikke virker har hun allieret sig med en bekendt, der har en betydningsfuld stilling indenfor sundhedsvæsenet, og som vil kunne sørge for at hun får sit kejsersnit. I yderste konsekvens vil hun forsøge at forhindre den naturlige fødsel ved viljens magt. Hun har hørt at man ikke kan føde, hvis man ikke vil: ‘Hvis det kom så vidt, så de sagde, jamen du skal føde, og jeg sagde – det er bare ærgerligt, det gør jeg ikke, så vil det ikke kunne lade sig gøre. Og så ville de blive nødt til at lave et kejsersnit alligevel’. Dortes eksempel viser hvor langt hun er villig til at gå, og hvor meget et kejsersnit betyder for hende.

Det gælder for alle mine informanter at de henviser til at de har selvbestemmelse, men giver samtidig udtryk for en stor usikkerhed, og at de behøver lægens accept. Med deres håb og bekymringer viser de at selvbestemmelsen alligevel ikke er så selvfølgelig endda. Trods det at de kan argumentere for at deres beslutninger er rationelle, giver de ikke desto mindre udtryk for, at det kan blive nødvendigt at opføre sig hysterisk.

At vide hvilke argumenter man skal have klar

Som jeg tidligere har behandlet er der i common sense-indstillingen forskellige krav til en handling for at den af andre opfattes som rationel. Det er en forudsætning for at få kejsersnit at lægen accepterer at udføre indgrebet. Kvindernes egne rationaler er ikke nødvendigvis tilstrækkelige i lægens perspektiv. Processen med at få handlingen til at fremstå som rationel

bliver vanskeligere, idet kvinden, udover at kende og reflektere over egne mål og midler i forhold til de sociokulturelle betydninger der knytter sig hertil, også skal kende til lægens syn på fænomenet (Schutz 2005:57f).

En af mine informanter har sagt om lægesamtalen at det gælder om 'at vide hvilke argumenter man skal have klar'. Dette tolker jeg således at man må vide hvilke argumenter der gælder for at få sit ønske opfyldt. Malou henviser til at hun under samtalen skal forklare sig, men at hun ikke kender rammen for dette:

Og jeg prøvede selvfølgelig også på at forberede mig til lægesamtalen, selvom jeg ikke lige vidste, hvad det var jeg skulle forklare for, men jeg kunne jo kun komme med mine inderste tanker og spørgsmål og overvejelser over, hvad det var.

Malou siger med dette at hun ikke kender dagsordenen for samtalen, hvilket jeg tolker som et udtryk for at hun heller ikke kender til samtalsens formål. Fra hverdagslivets altoverskyggende virkelighed bevæger hun sig ind i en anden virkelighed – lægens og medicinens virkelighed. I denne virkelighed findes andre normer, vidensformer og rationalitetskrav, og hér er det ikke sikkert at hun kan nøjes med at argumentere som hun har gjort i forhold til hverdagslivets selvfølgeligheder.

Lægen og den gravide bruger i nogle henseender et fælles videnslager, men lægens verden er især en medicinsk verden med specifikke rationaler og modeller for verden (Good 1994; Mishler 1984). Når udgangspunktet for lægesamtalen netop er at en gravid anmoder om et indgreb som lægen ikke finder nødvendigt, vil der ikke umiddelbart være en fælles forståelse af den situation kvinden er i. Schutz henviser til forskellige betingelser for at en social handling kan opfattes som rationel, og han nævner bl.a. kravet om et fælles relevanssystem (Schutz 2005:58). Jeg har tidligere vist at den enkelte kvindes relevanssystem er afgørende for hvilken fødselsmåde hun anser for at være den bedste. For at komme igennem med sit ønske, må hun derfor søge at etablere et forum, hvor lægen får viden om hendes forhåndenværende formål. Schutz nævner også kravet om at det forhåndenværende videnslager hos de to parter skal have visse lighedspunkter. Dette vælger jeg samlet at kalde en *fælles forståelse*. Dette skal dog ikke forveksles med common sense-begrebet, ligesom det heller ikke forudsætter at de to parter har identiske perspektiver.

Betingelser for fælles forståelse

Schutz taler om betingelserne for at en handling der implicerer en andens handling eller reaktion skal lykkes, og bruger i denne anledning termen *at stille ind på* (ibid:58). Jeg anskuer dette som en form for bevægelse, og mener at der i forhold til lægesamtalen må foregå 2 bevægelser, for at kvinden og lægen kan mødes i en fælles forståelse af kvindens situation. Lægen skal stille ind på kvinden, og kvinden skal stille ind på lægen. Herved kan de 2 komme til at dele viden og relevanssystem i en sådan grad at de handler relevant og rimeligt i hinandens øjne. For det første må lægen forstå den gravides ønske, dvs. han må ikke blot vide at hun ønsker kejsersnit, men også forstå hvorfor det netop for hende er vigtigt og relevant. Lægen må stille ind på kvinden – i betydningen forstå kvindens begrundelser og acceptere dem som rimelige grunde til at ordinere kejsersnit på. For det andet skal den gravide stille ind på lægens rationaler. Det vil sige at hun skal forstå og handle i overensstemmelse med de forståelser, som lægen handler ud fra.

Lægen stilles ind på kvinden

Schutz taler som nævnt om den bevægelse, hvor man stiller ind på den anden. I dette afsnit behandler jeg kvindernes overvejelser i forhold til at etablere en fælles forståelse med lægen. Med udgangspunkt i mit empiriske materiale finder jeg, at der er grund til at udvide Schutz' begreb *at stille ind på* til begrebet *stilles ind på*. Med dette henviser jeg til at den ene af kommunikationens parter aktivt foretager en bevægelse af den anden. Kvinderne må til samtalen søge at blive set – ikke bare ud fra typificeringen 'gravid anmoder om kejsersnit uden medicinsk indikation' – men som meget mere end det. Kvinderne håber at lægen vil lytte på en måde så han forstå deres perspektiv. Ved at fortælle deres historie kan de føre lægen ind i deres relevanssystem og forhåndenværende formål.

Når Malou henviser til at hun skal 'komme med sine inderste tanker' tolker jeg det som en stillen-lægen-ind-på-sig. Som vi har set formulerer kvinderne et håb om at de vil blive lyttet til og hjulpet af lægen. Helle efterlyser at blive lyttet til og at blive forstået for den komplekse situation hun er i. Denne er dels formet af hendes sygdom, dels af de forskellige lægers modstridende holdninger til hvordan hun skal føde. Jeg tolker det sådan at Helle både

udtrykker et behov for at lægen stiller ind på hende, dvs. at han forstår hvorfor det er relevant for hende at undgå bestemte komplikationer ved den vaginale fødsel, og at han forstår hendes nuværende usikkerhed og agerer på en måde, så hun ikke bliver bange for at træffe beslutningen om fødselsmåden.

Kvinden stiller ind på lægen

Med udgangspunkt i Anes fortælling vil jeg vise hvordan hun og Peter har forberedt sig til lægesamtalen. Jeg opfatter det de siger som deres forsøg på at stille ind på lægen. Ane henviser til at der er et krav om at argumentere på en bestemt måde, men at hun ikke umiddelbart 'ved hvad de er oppe imod'. De er nervøse for samtalen idet de ved, at der er divergerende opfattelser af vulvodyni og af *kejsersnit på moders ønske* blandt læger. De har derfor sat sig grundigt ind i hvad sundhedsvæsenet mener om fænomenet. Det har de gjort 'for at finde ud af hvad holdningen er til det der planlagte kejsersnit – så vi ligesom ved hvilke argumenter vi skal have klar', forklarer Ane. De har brug for at vide hvad der kræves for at de 'kan få lov til at få ønsket opfyldt'. Derfor har de også undersøgt hvad lægesamtalen indebærer. For Peter er spørgsmålet 'om lægen vil forsøge at tale os fra vores ønske, eller om det er med udgangspunkt i at han bare gerne vil prøve at forstå vores synspunkt'. Ane og Peter har indhentet megen viden om hvordan sundhedsvæsenet forholder sig til *kejsersnit på moders ønske*. De har bl.a. læst MTV-rapporten og DSOGs retningslinier for *maternal request*. Ane og Peter peger fx på det sundhedsøkonomiske aspekt der kan indgå i lægernes vurdering. Peter forklarer: 'Det kan godt være at man skulle bruge lidt flere kræfter i overtalelsesfasen til en eller anden overlæge som har budgetansvar, hvis det koster 8 gange så meget at få et kejsersnit som en almindelig fødsel'. Ud fra resultaterne fra MTV-rapporten slutter parret at økonomien ikke udgør en forhindring for at de kan få deres kejsersnit:

Det er jo i hvert fald ikke dyrere, det er måske endda lidt billigere ved planlagt kejsersnit end ved en almindelig fødsel for en førstegangsfødende og så er det ligesom man kan sige, at ok så er der i hvert fald ikke den hindring i vejen – at man skal til at argumentere overfor en eller anden, der sidder og tænker på, at det bliver godt nok dyrt.

Ane og Peter forholder sig herved til fænomenet på samme måde som obstetikerne, og på den måde stiller de ind på lægens perspektiv. De har også sat sig grundigt ind i den nyeste viden om risici ved kejsersnit sammenlignet med vaginale fødsler. På basis af denne viden

slutter de at risikoen ved et planlagt kejsersnit ikke er væsentligt forøget i forhold til at føde vaginalt. Således anser de heller ikke risikoaspektet for at udgøre en hindring for at de kan få deres kejsersnit. På baggrund af dette ses det hvordan de har forberedt deres argumentation, så den ligger indenfor rammerne af de rationaler, der er gældende for lægerne. De har stillet ind på lægen – og søger på denne måde at bringe kejsersnittet indenfor deres rækkevidde.

Jeg tolker også mine andre informanters overvejelser derhen at de søger at stille ind på lægen. Dorte fortæller fx at hun er åben for at drøfte beslutningen med lægerne. Trods det at hun har besluttet sig for hvor meget barnet må veje for at hun vil føde det vaginalt, så taler hun alligevel om at indgå i en forhandling med lægerne. Det ses eksempelvis ved at hun siger, at de skal vurdere om hendes beslutning er ‘helt ude i hampen’. Det er noget lignende der er tilfældet hos Helle. Hun fortæller at hun godt tør kræve et kejsersnit, men samtidig er åben for at høre lægernes argumenter:

Jeg er nået dertil at jeg godt tør kræve at få et kejsersnit. Jeg ved ikke om jeg er klar til at sige 100 % det bestemmer jeg, for jeg vil jo stadigvæk gerne høre deres argumenter for og imod, for hvis det er til skade for mig selv, så vil jeg da gerne vide det.

Med dette siger Helle to forskellige ting. For det første at hun godt ‘tør’ kræve et kejsersnit, og for det andet at hun alligevel er villig til at høre lægernes argumenter. Med denne intention om at lytte, udtrykker hun en vilje til at stille ind på lægerne trods det at hun har besluttet sig for kejsersnit. Heri ligger en dobbelthed, som jeg også finder hos Dorte og Malou. Kvinderne henviser dermed til deres selvbestemmelse samtidig med at de er villige til at indgå i en form for forhandling med lægen.

Samtalerne

Kvinderne beretter om forskellige oplevelser under samtalerne²⁸. Fælles for dem er dog at de ser frem til lægesamtalen, som de har ventet på længe, og som de tillægger stor betydning.

²⁸ I min behandling af kvindernes møde med lægerne må jeg gøre opmærksom på, at det er kvindernes oplevelser af hvad der er foregået, som er blevet udforsket. Hvis jeg derimod selv havde observeret samtalerne, havde jeg måske fået en større indsigt, og kunne have sagt mere om den intersubjektive relation mellem læge og gravid, end det kvinderne har berettet. Men da min hensigt er at forstå fænomenet fra kvindernes perspektiv, har jeg holdt mig til deres tanker og oplevelser.

Helles speciallæge har måttet 'banke i bordet', som hun siger, for at Helle har kunnet få en aftale i stand om en lægesamtale. Den tidsmæssige ramme for samtalerne svarer ikke til kvindernes forventninger. Enten har lægerne givet udtryk for at de ikke har så megen tid til samtalen eller de har virket fortravlede. Kvinderne fortæller samstemmende at samtalerne har været korte. Det er også hændt at tidspunktet for samtalen er blevet rykket. Dette har haft den konsekvens for Malou at hun i forbindelse med en anden undersøgelse på sygehuset pludselig måtte tale med lægen, og derfor ikke kunne få sin mand med, hvilket hun ellers havde lagt megen vægt på. Helle har måttet holde fast på at samtalen skulle afholdes på det planlagte tidspunkt, idet en anden læge insisterede på 'at tage snakken' om fødslen, selvom hun var på sygehuset i en helt anden anledning.

Malou og lægen

Tidligere har jeg beskrevet hvordan lægens håndtering af den intersubjektive relation har haft en positiv betydning for Malou. Hun oplever at være blevet lyttet til af lægen, og fortæller:

Jeg fortalte ham at jeg var utrolig nervøs for mine bækkenled [at der vil ske noget alvorligt med bækkenet under fødslen]. Og da sagde han at det havde de oplevet én gang i løbet af de sidste 30 år, så det skulle være meget uheldigt hvis det sådan lige var mig det skete for, og det kunne jeg selvfølgelig også godt se det fornuftige i altså, det er pisse-irriterende, men det kan man jo godt, altså men hvis og hvis og hvis, så kunne det jo godt have været mig det hele var gået ud over, ikk'?

Dette tolker jeg derhen at lægen har stillet ind på Malou i tilstrækkelig grad, og har kunnet berolige hende med at de komplikationer, som hun frygter, er meget sjældne. Malou på den anden side tager imod at blive guidet. Hun har stillet ind på lægens viden og relevanssystem og accepterer dennes viden. Selvom Malou efter samtalen stadig ikke ved hvordan hun skal føde, oplever hun at have fået en ro. Hun forklarer denne ro med at hun er blevet lovet, at hun kan bestemme sig til kejsersnit hvornår det skal være, og at hun kan ringe til lægen efter behov.

Ane og lægen

Samtalen lever slet ikke op til Anes forhåbninger, kun hendes bekymringer. Ved vores første interview udtrykker hun bekymring for at lægen ikke kender til vulvodyni, eller ikke vil have forståelse for hvordan hun har det. Hun oplever at denne bekymring er velbegrundet. Under lægesamtalen får hun og Peter at vide at der slet ikke er nogen grund til at foretage kejsersnit, og at Anes gener vil forsvinde efter en fødsel. Trods hendes forsøg på at forklare lægen at der er 'en reel smerte' forbundet med det for hende, oplever de at lægen kun har én dagsorden med samtalen – at slå fast at deres ønske om kejsersnit er noget 'pjat'. Ane fortæller at lægen har lagt vægt på, at 'kejsersnittet vil blive foretaget på psykisk og ikke på fysisk indikation', og at han ikke har vist interesse for at høre hendes begrundelse. Hun får sin vilje, som hun siger, men opnår ikke den accept hun har håbet på, idet lægen, som jeg tolker det, ikke stiller ind på hendes perspektiv. Efter samtalen fortæller Ane om de tanker de har gjort sig om lægens håndtering af *kejsersnit på moders ønske*:

Vi ser det som om der ikke er helt klare retningslinier for *kejsersnit på moders ønske*. På den ene side bliver det tilbudt, men på den anden side virker det som om der ikke bliver gået helhjertet ind for den beslutning. Hvis man først har valgt kejsersnit uden en lægelig grund, er det som om man må klare sig selv derfra. Man får ingen accept eller støtte.

Det er Anes oplevelse at de lades alene med beslutningen. De får ingen informationer om hvad der videre skal ske, bare at de kan ringe senere og få oplyst datoen for kejsersnittet. De har endog bidt mærke i at lægen som afslutning på samtalen end ikke gav dem et lille smil eller ønskede dem held og lykke, hvilket de godt kunne have ønsket sig. Parret oplever ikke at de får nogen accept fra lægens side.

Helle og lægen

Helle beretter også at lægesamtalen ikke har levet op til hendes forventninger, idet hun ikke har fået en afklaring på hvordan hun skal føde. Helle har godt nok en oplevelse af at lægen har forstået hende, selvom han ikke har fundet indikation for kejsersnit. Men han vil ikke lave en endelig aftale om kejsersnit før Helle igen skal til undersøgelse på sygehuset 10 dage senere. Dette foruroliger Helle der er bekymret for at gå i fødsel før den dato, og i så fald vil være nødt til at skulle diskutere fødselsmåden med personalet. Lægen noterer i journalen at Helle ønsker kejsersnit, og forsikrer hende om at dette notat vil blive fulgt.

Fødslerne

Malou, Helle og Ane når at føde indenfor dette speciales tidsramme. Derfor vil jeg behandle deres oplevelser med fødslen her. Som udgangspunkt udtrykker alle tilfredshed med den måde de har født på: Malou vaginalt, Helle og Ane ved kejsersnit.

Som allerede nævnt er Malou blevet lovet at hun til enhver tid kan få kejsersnit. Men da hun anmoder om det under fødslen efterkommer jordemoderen ikke hendes ønske. Alligevel giver hun udtryk for at være tilfreds med at have født vaginalt. Hun forklarer det bl.a. med at hun jo også har været heldig at der ikke er tilstået nogle af de komplikationer, som hun forinden frygtede. Ane har også en god oplevelse med kejsersnittet og barselsopholdet på sygehuset.

For Helle bliver opholdet på sygehuset derimod en blandet oplevelse. Det scenario som hun frygter kommer netop til at ske. Lægen har til samtalen forsikret hende om at hans notat i journalen vil blive fulgt, men da Helle går i fødsel en måned før termin oplever hun at jordemoderen på fødegangen er kritisk overfor ønsket om kejsersnit. Endnu engang skal Helle forklare og argumentere for sit ønske – et ønske som jordemoderen finder noget 'drastisk'. Det ender med at Helle afviser at diskutere sin beslutning med jordemoderen. Hun skal derefter tale med den vagthavende læge om sit ønske. Det viser sig at denne læge er uenig med den kollega, der tidligere har forholdt sig til Helles sag, og ikke har fundet at et kejsersnit var medicinsk indiceret. Helle fortæller hvor glad hun bliver, da den vagthavende nu meddeler hende, at hun i fællesskab med de andre læger har vurderet, at der alligevel er medicinsk

indikation for at foretage kejsersnittet. Dette er til stor lettelse for Helle, der har haft det svært med at være alene om at skulle beslutte hvordan hun skulle føde.

Tanker om næste gang

Ane og Helle siger at de, i tilfælde af at de igen bliver gravide, vil bruge erfaringerne fra denne gang, og meget tidligere i graviditeten bede om en afklaring. Som eksempel på hvor belastende forløbet har været, siger Helle:

Jeg kan blive irriteret over forløbet, men det kan jeg jo heller ikke blive ved med at gå og jukke i. Jeg er bare glad for at det er glædeligt overstået. Jeg tror nok, at hvis jeg skal have barn igen på et tidspunkt, så vil jeg meget tidligere bestemme mig for hvad jeg vil, og jeg tror også godt at jeg kan finde på at sige – uanset om min sygdom er aktiv eller ej – at jeg vil have kejsersnit en gang til. Fordi nu synes jeg, at jeg er stærk i det. Jeg har gjort mig nogle erfaringer for hvordan det kunne lette mig meget tidligere i mit graviditetsforløb, så jeg kunne skåne mig selv for de spekulationer der har været undervejs.

Belastningen ved at være i en uafklaret situation gennem næsten hele graviditeten har været så stor for Helle, at hun allerede nu er begyndt at overveje at føde ved kejsersnit hvis hun bliver gravid igen.

I analysen har jeg vist at kvinderne er i en vanskelig situation. De ved ikke helt hvordan de skal komme igennem med deres ønske, og de oplever kun i beskedent omfang at blive forstået af lægen. De befinder sig i en uafklaret situation indtil sent i graviditeten og især i Helles tilfælde forbliver hun i en sådan, helt indtil fødslen er langt fremskredet og hun får lavet kejsersnit. Relationen mellem gravid og læge er i høj grad præget af at lægen har magten til at bestemme hvad der skal ske og hvornår. Dette magtforhold mellem gravid og læge vil blive uddybet i det følgende.

Lægen sætter dagsordenen for samtalen

Relationen mellem den gravide og lægen er asymmetrisk. Dette kommer særlig tydeligt til udtryk ved at betragte magtrelationen mellem gravid og læge. Rent juridisk har patienter ret til

at fraskrive sig behandlinger, men de kan ikke kræve en bestemt behandling (SST 2005:19)²⁹. I Sundhedsstyrelsens MTV anføres det at det er '[S]undhedspersonen, der er ansvarlig for valg og udførelse af behandlingen' (ibid:19), og at sundhedsvæsenet ikke har en pligt til at imødekomme kvindens anmodning om kejsersnit, men at lægen i den enkelte situation kan skønne 'at de anførte grunde til ønsket gør, at planlagt kejsersnit er det bedste valg' (ibid:8). Det er således lægen der suverænt sidder med beslutningsmagten. Kvinden kan ønske kejsersnit, men har ikke ret til at få det. I MTV'en og hos DSOG er der en næsten identisk beskrivelse af fænomenet:

Der er et kontinuum af risikoniveauer for hver af de forskellige udkommer³⁰ man ser på, og risici kan både gælde moder og barn hver for sig eller samlet. Der er mange sociale og psykologiske forhold som spiller ind, samtidig med at lægernes, jordemødrenes og kvindernes egne holdninger ikke er uden betydning. Det er umuligt at opstille en klar skillelinie imellem de kejsersnit som er medicinsk indicerede og de kejsersnit som er foretaget på moderens ønske (DSOG 2006:7; SST 2005:20).

Selvom der således ikke er nogle absolutte eller objektive grænser for hvornår et kejsersnit er medicinsk indiceret, er der alligevel fokus på at skelne mellem de kejsersnit der er lægeligt indicerede, og de der ikke er. Det er lægen der suverænt definerer hvornår et kejsersnit er indiceret, og hvornår det udføres på kvindens ønske. Som det ses i analysen af kvindernes oplevelser af samtalerne er det også lægerne der bestemmer hvor og hvornår samtalen skal foregå, og hvor længe den skal vare. De bestemmer samtaleindhold og hvorvidt der skal træffes en endelig beslutning i forbindelse med samtalen. Det er altså i høj grad lægerne der sætter scenen for mødet og fastholder den gravide i en uafklaret situation³¹.

²⁹ I 'Lov om patienters retsstilling' § 2 er patienter defineret som personer 'der inden for sundhedsvæsenet eller andre steder, hvor der udføres sundhedsfaglig virksomhed, modtager eller har modtaget behandling af sundhedspersoner, medmindre andet særligt er fastsat i lovgivningen' (Lov om patienters retsstilling 1998). Med denne definition er gravide rent juridisk at betragte som patienter. Når jeg i forskellige sammenhænge finder at det er relevant at inddrage litteratur der beskæftiger sig med patienter og dermed sidestiller dem med gravide er det dels med udgangspunkt i det juridiske aspekt og dels at de gravide, selvom de ikke er syge, indtræder i en form for patientposition ved at anmode om en sundhedsfaglig ydelse.

³⁰ Sundhedsstyrelsen skriver 'udfald' i stedet for 'udkommer'.

³¹ Dertil kommer den magtrelation som der kan være imellem fagpersonerne, og som vi eksempelvis har set i Helles tilfælde hvor lægens journalnotat om hendes ønske om at føde ved kejsersnit ikke accepteres af jordemoderen, og at samme læges vurdering senere omstødes af en anden læge, der finder kejsersnittet medicinsk indiceret. Et andet eksempel på de magtrelationer kvinderne er underlagt ses i Malous tilfælde. Hun er blevet lovet et kejsersnit, men da hun beder om det under fødslen, får hun det ikke.

Kapitel 5. Lægens perspektiv på kejsersnit på moders ønske

Ud fra kvindernes oplevelser ser det ikke ud til at lægerne har stillet ind på deres perspektiv, og det spørgsmål jeg nu ønsker at besvare er hvorfor det forholder sig sådan? Min antagelse er at det kan være vanskeligt for lægen og den gravide at nå til en fælles forståelse. Der er ifølge Schutz visse betingelser for at en handling skal kunne fremstå som rationel – og på den måde anerkendes af den anden. De 2 aktørers forhåndenværende videnslager skal ligne hinanden og de skal have delvist samstemmende relevanssystemer (Schutz 2005:58f). Da lægerne har en stor magt og spiller en afgørende rolle i forhold til de gravides anmodning om kejsersnit, vil det være nødvendigt at analysere lægernes perspektiv på fænomenet for bedre at kunne vurdere mulighedsbetingelserne for at den gravide og lægen kan mødes i en fælles forståelse. I det ovenstående har jeg behandlet de gravides altoverskyggende virkelighed. Jeg ønsker nu at gå videre med en analyse af lægernes perspektiv på fænomenet.

Teoretisk ramme

Jeg vender nu blikket mod den viden og det relevanssystem der udgør lægens perspektiv. Til det formål tager jeg udgangspunkt i den amerikanske antropolog Byron J. Good (Good 1994). På baggrund af et omfattende observations- og interviewstudium af amerikanske medicin- studerendes personlige og professionelle oplevelser i løbet af deres uddannelse har han kastet lys over den medicinske verdens særlige måder at konstruere sygdom på som objekt for diagnose og behandling (ibid:67). Gennem en fænomenologisk tilgang viser han '(..) how the medical world gets build up as a distinctive form of reality for those who are learning to be physicians' (ibid:67), og skaber hermed en viden om 'den medicinske virkelighed'. Dette perspektiv finder jeg brugbart i forhold til at forstå den medicinske scene som kvinden må træde ind på for at få sit ønske om kejsersnit opfyldt. Goods tilgang lægger sig fint op af Schutz der også taler om, at der findes mange virkeligheder (Schutz 2005:108), men at ikke alle er lige fremtrædende. Det er det begreb som både Schutz og Good opererer med, når de henviser til 'den altoverskyggende virkelighed' (the paramount reality) (Bech-Jørgensen 1994:152; Good 1994:73); Schutz behandler hverdagslivets og Good medicinens.

Lægens altoverskyggende virkelighed

Good beskriver hvorledes medicinstuderende lærer at se krop og sygdom som medicinske størrelser. De indføres i medicinens verden via dens sprog og specifikke medicinske viden, men i høj grad også via bestemte praksisser. Det er gennem disse grundlæggende praksisser der inkluderer bestemte måder at se, skrive og tale på, at virkeligheden italesættes og dermed formes på specielle medicinske måder (Good 1994:71). Disse praksisser får konsekvenser for den måde som lægerne ser og opfatter patienterne på. Blandt mange illustrative eksempler beskriver Good hvordan medicinstudiet starter med en indføring i den menneskelige krop set gennem mikroskop. Hermed føres de studerende ind i en verden hvor der både sker en transformation af det objekt de studerer og af dem selv (ibid:72f). I laboratoriet kommer de studerende 'under huden' på de døde kropsdele, der udgør basis for indføring i medicinen og kroppen, hvilket åbner op for 'a whole other world' Det er denne helt anden verden der bliver deres altoverskyggende virkelighed (ibid:73). Good siger at de studerende tilegner sig et 'medicinsk blik'³², og han viser hvordan anatomen er central for dette medicinske blik, og at de lægestuderende netop lærer at 'tænke anatomisk'. Dette bidrager til en rekonstruktion af mennesket som en krop, en case, en patient eller et lig – på en måde så det passer til det medicinske blik (ibid:73).

En anden af de medicinske praksisser som Good har analyseret, omhandler de måder de studerende lærer at beskrive patienten på i det medicinske sprog. Han viser hvorledes denne praksis former samtalen med patienten, idet det mere handler om at præsentere patienten i journalen og for kolleger end at spørge ind til denne. Denne specifikke måde at beskrive og betragte mennesket på bliver bestemmende for samtalerne kategorier og strukturer. Den repræsenterer en relevansstruktur der retfærdiggør den systematiske udeladelse af patientens ikke-biomedicinske historie (ibid:78). Det er kun et lille udsnit af patientens historie som medicinen anser for at være 'the important stuff' (ibid:79), idet den medicinske virkelighed kun fortolker et bestemt udsnit af menneskets virkelighed – den (pato)fysiologiske. Dette udgør medicinens objekt. Sygdom forstås som lokaliseret i kroppen, og indbefatter ikke hvad Good kalder 'a personalized agent' (ibid:83). Begrebet defineres ikke, men ud fra teksten

³² Good skriver at begrebet 'gaze' (blik) er hentet hos Michel Foucault (Good 1994:86).

forstår jeg 'a personalized agent' som et menneske der udover at have en medicinsk sygdom også er et menneske med personlige oplevelser med og forståelser af egen situation og virkelighed. Denne medicinske tilgang til patienten som et objekt kan vanskeliggøre eller helt umuliggøre en forståelse for patientens livsverden³³. I forhold til mit genstandsfelt kan dette medføre at lægen ikke forstår kvindens behov for kejsersnit. Det er især vanskeligt når der i den medicinske optik ikke kan identificeres sygdom eller forøget risiko hos den enkelte. Good fremfører at når medicinen lokaliserer sygdom og iværksætter behandling, så medfører det en decideret uopmærksomhed på patientens livsverden, fordi lægens fokus er rettet mod sygdomsprocesser, der kan lokaliseres rumligt i væv eller som fysiologiske dysfunktioner (ibid:80). Dette perspektiv og rekonstruktionen af mennesket så det passer ind i medicinens diagnoser og behandlinger har en stor betydning for den måde lægen møder patienten på.

Good peger på at den måde man fortæller sin historie på, er langt mere end blot en simpel fremstilling af egen erfaring. Fortællingen er også en måde at organisere og fortolke erfaring på, og dermed en bestemt måde at italesætte virkeligheden på (ibid:80). Når Schutz taler om at stille ind på den anden for at kunne dele en vis grad af relevanssystem, så henviser han netop til betydningen af at kende mere til den anden end blot typikaliteten. I forhold til mit genstandsfelt vil det sige at lægen må vide mere end at en gravid ønsker kejsersnit uden medicinsk grund. Schutz forholder sig ikke så meget til hvordan mennesker kan stille ind på hinanden, men Good peger i denne forbindelse på et væsentligt aspekt i forhold til at nå en forståelse af, hvorledes man kan stille ind på den anden – via dennes fortælling. Jeg tolker det derhen at kvindernes udtrykte behov for at blive lyttet til, er et behov for at fortælle deres historie til lægen. Via fortællingen kan de viderebringe deres fortolkede erfaringer – deres egne virkeligheder på en måde, så relevansen fremstår tydeligere for lægen.

På baggrund af min analyse af de gravides virkelighed og af Goods karakteristik af lægens virkelighed mener jeg at der er tale om store forskelle mellem de 2. Forudsætningen for at der kan etableres en fælles forståelse omkring kvindens begrundelser må være at lægen ser og forstår mere om kvinden, end at hun blot ønsker kejsersnit uden medicinsk grund. Det er

³³ Livsverden kan defineres som 'de umiddelbart sansbare omgivelser, hvori vi lever vores liv' (Bech-Jørgensen 1994:91). Egentlig er begrebet hentet hos Edmund Husserl. Schutz anvender også begrebet 'livsverden', men transformerer det til 'hverdagslivets verden' (ibid:91).

dermed nødvendigt at lægen får et andet perspektiv, der rummer en bredere forståelse af hvad 'the important stuff' udgøres af. I denne forbindelse bliver den gravides fortælling central, hvilket udfoldes i det følgende.

At skabe plads til patientens fortælling

Good viser hvordan man kan forstå medicinen som et sæt af praksisser, hvorigennem mennesket konstrueres som patient, og dermed som et medicinsk objekt. Han undersøger lægens verden og henleder opmærksomheden på hvordan denne udelader patientens fortælling. Jack A. Clark og Elliot G. Mishler har også studeret den medicinske praksis og har netop udforsket kommunikationen mellem læge og patient (Clark & Mishler 1992). De tager ligeledes afsæt i at den medicinske model ikke har opmærksomheden rettet mod de følelsesmæssige, sociale og kulturelle aspekter ved patientens situation, og taler for at se 'patients-as-persons' (ibid:345). Dette implicerer at lægen retter opmærksomheden mod patientens personlige og subjektive forståelser af egen situation³⁴. Clark og Mishler har fokus på hvordan patienten søger at fortælle sin historie indenfor rammerne af den kliniske diskurs (ibid:368). Forfatterne opererer således med diskursbegrebet, men definerer det ikke. Ud fra deres tekst opfatter jeg begrebet 'diskurs' som synonymt med 'indholdet og strukturen i en samtale'. Der er i denne forbindelse ikke tale om en simpel kommunikationsmodel hvor kommunikationen ses som en proces, hvor en afsender indkoder et budskab i en meddelelse der sendes til en modtager, som efterfølgende er i stand til at afkode det selv samme budskab. Clark og Mishler har en anden opfattelse af den mellem menneskelige kommunikation. De taler om det kliniske møde som en social begivenhed der bliver til i diskursen (ibid:368). Fortællingen skabes mellem de to parter der har hver deres måde at fortælle historier på (ibid:363)³⁵. Clark og Mishler tager således afsæt i at begge parter har deres fortællinger. Jeg tolker Good derhen at det er en form for medicinsk fortælling der henvises til, når han taler

³⁴ Dette syn på patienter som handlende og tænkende mennesker har lighedspunkter med Goods begreb om patienten som 'a personalized agent'.

³⁵ Dette er i tråd med hvad jeg i metodeafsnittet skriver om at interviewet - forstået som en form for samtale - skal anskues som et produktionssted for viden. Det samme gør sig gældende i forhold til kvindens fortælling der produceres i mødet mellem læge og patient.

om, at den medicinske videnskab er opbygget som en hierarkisk orden, der udgår fra biologien (Good 1994:75). Denne orden beskriver Good som en tidløs, rationel struktur, der skaber sammenhæng i lægernes hverdagsliv, og at denne måde at skabe sammenhæng på handler om en materiel virkelighed – og fx ikke om en social virkelighed (ibid:75). Således adskiller denne fortælling sig meget fra patientens der i høj grad skabes af sociokulturelle strukturer.

Clark og Mishler viser hvordan forskellige måder at håndtere samtalen på enten kan fremme eller hæmme patientens fremstilling af egen historie (Clark & Mishler 1992:345). I analysen af hvordan patienter fortæller deres historier henleder de opmærksomheden på, at der i mødet mellem læge og patient udkæmpes en kamp om kontrol. De viser hvordan lægen skal indtage rollen som modtager af historien og give patienten autoritet til at fortælle (ibid:346f). I mit materiale tyder kvindernes oplevelser ikke på, at der i særlig stor udstrækning har været rum for og tid til at en sådan fortælling kan udfolde sig.

For at nå til en form for fælles forståelse, må samtalen opbygges omkring en anden struktur end den der formes af den medicinske praksis. Dette henviser Clark og Mishler også til når de taler om 'reframing the clinical task' – (ibid:344) hvor objektet for det kliniske møde ændres fra at være en medicinsk og objektiv fortælling til at udgøres af kvindens subjektive fortælling. Dette kræver en transformation af lægens rolle. Fra at være autoritativ og den der stiller spørgsmålene og strukturerer mødet, skal lægen være den der modtager og deltager i fortællingen. På den måde har lægen afgivet en del af sin autoritet. Med denne tilgang kan jeg præcisere begrebet om at lægen skal stille ind på den gravide, og pege på ændringer af den medicinske fortælling for at kvinden kan blive mødt. Kvinden får autoritet i form af taletid, og hun får lov til selv at strukturere sin fortælling med dens eget forløb. Dette implicerer en omdannelse af lægens rolle og magtposition.

Jeg ønsker nu at undersøge hvilke perspektiver lægerne har på den gravides anmodning om kejsersnit. Jeg vil undersøge i hvilken udstrækning disse perspektiver reflekterer Goods billede af medicinens altoverskyggende virkelighed, og om betingelserne er til stede for at kunne etablere en fælles forståelse af kvindens situation. Til dette formål vil jeg analysere udvalgte dokumenter der udgår fra sundhedsvæsenet. Mens Good taler om 'the medical gaze' – det medicinske blik (Good 1994:73) – opererer Mishler, som har fokus på den kliniske

diskurs, med begrebet 'voices', dvs. 'stemmer', hvor 'the voice of medicine' og 'the voice of the lifeworld' repræsenterer henholdsvis medicinens videnskabelige antagelser og hverdagslivets naturlige indstilling (the natural attitude of everyday life) (Mishler 1984:14). Da min empiri er skabt via interviews med gravide og ikke via observation af konkrete kliniske møder mellem læge og gravid, vil mit analytiske objekt ikke være forholdet mellem 'medicinens stemme' og 'livsverdens-stemmen'. Da jeg imidlertid ser en tæt forbindelse mellem Goods metafor 'blikket' og Mishlers metafor 'stemmen', vil jeg i stedet undersøge hvilket syn der ligger til grund for sundhedsvæsenets tilgang til fænomenet ved at analysere 'det medicinske blik', som det kommer til udtryk i udvalgte dokumenter. Via denne analyse ønsker jeg at vurdere mulighederne for at den gravides fortælling kan udfolde sig.

Præsentation af udvalgte dokumenter

Det følgende bygger på en analyse af Sundhedsstyrelsens Medicinske Teknologivurdering *Kejsersnit på moders ønske – en medicinsk teknologivurdering* (SST 2005) og DSOGs retningslinier – også kaldet Sandbjerg-guidelines – med titlen *Maternal request* (DSOG 2006). Formålet med MTV'en er at danne grundlag for fremtidig håndtering af området ved 'at belyse fordele og risici ved planlagt kejsersnit på moders ønske set i forhold til vaginal fødsel' (SST 2005:16). DSOG udarbejder retningslinier for den obstetriske praksis. Da disse retningslinier er udarbejdet af lægerne selv, anser jeg dem for at være et billede af danske lægers perspektiv på fænomenet³⁶. Disse to officielle dokumenter kan således ses som rettesnore for sundhedsvæsenets og lægernes håndtering af fænomenet³⁷.

³⁶ Det er velkendt at der blandt læger er forskellige holdninger til fænomenet, og at disse har forskellige holdninger til hvornår det er indiceret at foretage kejsersnit (SST 2005:20; Bergholt et al. 2004:262). Det er ikke sikkert at de forståelser der kommer til udtryk i de valgte dokumenter er sammenfaldende med de forståelser mine informanter har mødt. Da jeg vil beskrive den scene som forhandlingen om kejsersnit udspiller sig på, finder jeg det relevant at tage udgangspunkt i de officielle dokumenter.

³⁷ Der er på afgørende punkter overensstemmelse mellem indhold og formuleringer i Sundhedsstyrelsens og DSOGs anbefalinger, og der er også enkelte forfattere, der har medvirket til formuleringen af begge tekster. Efter min vurdering er der ingen betydelige forskelle på det medicinske blik, der kan fremanalyseres i de to dokumenter. MTV'en er udarbejdet af en tværfaglig projektgruppe bestående primært af obstetrikere og jordemødre og derudover af antropologer, en økonom, en teolog samt andre konsulenter, og dertil har der været tilknyttet en bredt sammensat referencegruppe (SST 2005:17f). Det er således ikke kun læger der har produceret MTV'en, men idet den indeholder konkrete beskrivelser af hvordan man håndterer fænomenet nu og hvordan man skal håndtere det i fremtiden, vurderer jeg at dokumentet kan bidrage til en forståelse af sundhedsvæsenets og dermed lægernes tilgang til fænomenet.

I analysen vil jeg belyse tre aspekter. For det første vil jeg analysere lægernes syn på den vaginale fødsel og *kejsersnit på moders ønske*. For det andet vil jeg analysere lægernes syn på de gravides begrundelser, og for det tredje vil jeg se på lægernes syn på og håndtering af samtalen med den gravide. Der vil løbende indgå sammenstillinger af lægernes og kvindernes perspektiver³⁸.

Den medicinske forståelse af kejsersnit på moders ønske

I MTV'en italesættes den vaginale fødsel som en 'almindelig' fødsel (SST 2005:4) og som en 'naturgiven proces'. Det hedder:

Den vaginale fødsel må anses som en naturgiven fysiologisk proces, som uden udefrakommende indblanding er den ufravigelige konsekvens af en graviditet. Derfor kan kejsersnit ikke ligestilles med den vaginale fødsel, idet kejsersnittet fordrer et kirurgisk indgreb. Den vaginale fødsel har således naturligt »forrang«, mens et kejsersnit må kræve en begrundelse (indikation) (ibid:19).

Med termerne 'almindelig', 'naturgiven', 'naturlig forrang' henvises der til at den vaginale fødsel har forrang for kejsersnittet³⁹. Den vaginale fødsel beskrives som en 'naturgiven fysiologisk proces' hvilket jeg tolker derhen at fødslen i det medicinske blik konstrueres som en fysiologisk begivenhed. Men for de gravide er fødslen meget mere end blot en fysiologisk proces. Fødslen formes i høj grad af den enkelte kvinde der befinder sig i en biografisk betinget situation, hvor betydninger skabes ud fra et meget bredere perspektiv end blot det fysiologiske. Jeg vil hævde at den vaginale fødsel i MTV'en konstrueres ud fra en medicinsk forståelse, så den kommer til at passe til det medicinske blik (jf. Good). Konstruktionen af 'den fysiologiske graviditet og fødsel' kommer til at udgøre det medicinske objekt der følgelig kan diagnosticeres og behandles. I denne konstruktion er der tale om en reduktion af

³⁸ Formålet med analysen af lægernes perspektiver er at kunne beskrive og forklare forskellige perspektiver på fænomenet, og ikke at vurdere hvilke perspektiver på fænomenet der er de korrekte.

³⁹ Der henvises til den vaginale fødsel som noget naturgivet. Dette er interessant, når man tænker på hvordan vaginale fødsler foregår anno 2006. Der anvendes mange 'kunstgreb' i betydningen udefrakommende indgreb. Jeg tænker på fertilitetsbehandling, diverse graviditetsundersøgelser, risikovurderinger, fosterdiagnostik, ultralydsscanninger, og dertil kommer at langt fra alle føder almindeligt i betydningen vaginalt og uden indgreb. Her tænker jeg på igangsættelse af fødslen, vestimulation, elektronisk overvågning af fosteret, kunstforløsning med sugekop eller kejsersnit, epiduralbedøvelse osv. Det fremstår som om det 'almindelige' eller 'naturlige' er sikret såfremt barnet fødes vaginalt - uanset hvordan graviditet og fødsel er foregået, og at grænserne for hvad der anses for at føde normalt rykker sig i takt med udbredelsen af indgrebene. Lægernes forståelser indeholder dermed også ikke-videnskabeligt funderet viden. De trækker også på en form for common sense-viden, denne er bare på mange punkter meget forskellig fra de gravides.

fødselens betydning. Lægens opmærksomhed er rettet mod den fysiologiske proces som sådan og ikke mod de sociokulturelle aspekter ved fødslen. På denne måde finder jeg at der er stor forskel på de betydninger fødslen har for henholdsvis lægen og kvinden.

Kvindernes begrundelser set i et medicinsk perspektiv

Idet den vaginale fødsel i MTV'en anskues som den foretrukne fødselsmåde, så argumenteres der for at et kejsersnit må kræve en begrundelse. Man finder det væsentligt at pointere 'at de to alternativer ikke opfattes som ligestillede valgmuligheder' (ibid:19). Kejsersnittet gives altså ikke nødvendigvis fordi en gravid ønsker det, men fordi begrundelsen synes at være rimelig set med lægens øjne. Dette er sammenfaldende med min analyse af de bestemte krav der stilles til kvindernes begrundelser, for at de kan anskues som fornuftige nok til at lægen efterkommer ønsket og ordinerer kejsersnit. Spørgsmålet er så hvilke begrundelser der gælder for lægen. Umiddelbart passer de gravide ikke ind i det medicinske blik, idet de ikke er i betydelig risiko for at komme til at fejle noget i forbindelse med en vaginal fødsel. Når der således ikke er nogen pato-fysiologisk tilstand, så er der heller ikke noget medicinsk objekt. Alligevel må lægen forholde sig til disse kvinder og deres anmodning om kejsersnit. Dette sker i MTV'en og i DSOGs retningslinier ved at man foretager opdelinger af kvindernes begrundelser.

DSOG inddeler begrundelserne i forskellige kategorier hvoraf den ene indeholder de medicinsk indicerede kejsersnit og den 2. de begrundelser for kejsersnit, der ikke er medicinsk indicerede. Sidstnævnte italesættes som 'ikke medicinsk indikation/forståeligt ønske' samt 'ikke medicinsk indikation/ikke forståeligt ønske' (DSOG 2006:8). Disse kategorier er formuleret ud fra en anden relevansstruktur end den hvori begrundelserne er blevet til. Kategorierne er skabt indenfor den medicinske relevansstruktur hvor fokus primært er rettet mod diverse somatiske tilstande og komplikationer. Det er ikke klart hvorledes man har foretaget sondringen mellem 'forståelige' og 'ikke forståelige' begrundelser. Eksempelvis anser DSOG det for at være 'forståeligt' at ønske kejsersnit, hvis man tidligere har født ved akut kejsersnit, men 'ikke forståeligt', hvis man tidligere har født et barn 'som var påvirket

men ikke er skadet' (ibid:8)⁴⁰. Dette eksempel er interessant i forhold til min empiri, da Dortes fortælling jo netop handler om, at hendes første barn var påvirket efter at være blevet født vaginalt, men ikke tog skade. Denne reducerede version af Dortes fortælling, anskuer jeg som en form for typikalitet. Ud fra typikaliteten ved vi intet om den betydning den tidligere fødsel har for Dorte, men set gennem DSOGs briller er det åbenbart nok til at kunne betegne den som værende 'ikke-forståelig'. Typikaliteten er en så kraftigt reduceret og rensset udgave af de erfaringer som Dorte har gjort sig, at der er tale om en helt anden fortælling. Det er snarere lægens fortælling idet den kun rummer de biomedicinske elementer; den fysiologiske fødsel og barnets tilstand karakteriseret ud fra om der kan identificeres en 'skade'. Når medicinen på forhånd definerer begrundelsen og udelader kvindens fortælling, kan det ses som en form for objektgørelse af kvinden. Der sker ikke en forskydning af autoriteten til kvinden, hvis fortælling er underordnet.

Et andet aspekt i forhold til lægernes perspektiv på begrundelserne for ønsket om kejsersnit er at der ikke er overensstemmelse mellem de individuelle lægers håndtering af fænomenet. I forhold til det ovenstående forholder det sig eksempelvis sådan at Dorte allerede har fået fuld opbakning til sit ønske om at føde ved kejsersnit. Hermed har de læger hun har mødt haft et andet syn på *kejsersnit på moders ønske* end det der er at finde i retningslinierne.

I MTV'en er der opstillet en række eksempler på indikationer for planlagt kejsersnit. Disse følger et kontinuum fra absolutte over relative til 'identificerbare årsager' og til 'ikke identificerbare årsager' (SST 2005:21ff). I forhold til sidstnævnte gruppe af indikationer – hvor der ikke er en identificerbar årsag – nævnes det, at det drejer sig om 'normale førstegangsfødende, eller normale flergangsfødende som ikke har haft problemer i tidligere fødsel og som heller ikke anfører det' (ibid:23). Begreberne 'ikke identificerbar' og 'normal' er i denne sammenhæng centrale. Jeg tolker det derhen at det medicinske blik ikke kan identificere egentlige patologiske tilstande ved kvinderne. Den gravide er med andre ord normal, og der er således intet medicinsk objekt. DSOG går skridtet videre og indsnævrer forståelsen af kvindens situation yderligere. De anskuer det eksempelvis som 'ikke forståeligt' at en kvinde ønsker kejsersnit pga. at hun oplever en tidligere fødsel som besværlig, hvis der

⁴⁰ Med 'påvirket' menes at barnet i en eller anden grad har vist tegn på iltmangel ved fødslen.

findes et normalt partogram, og hvis en eventuel operativ forløsning er beskrevet uden komplikationer (DSOG 2006:8). Et partogram er et skriftligt arbejdsredskab udformet i skemaform hvor fødselens fremgang registreres ud fra en tidslinie hvor livmoderens åbning samt barnets nedtrængning i bækkenet plottes ind. Partogrammet er således et billede på fødselens fysiologiske mekanisme, og siger intet om de betydninger kvinden knytter til sin fødselsoplevelse. Det gør lægens beskrivelse af den operative forløsning heller ikke. Igen ses et eksempel på at det medicinske blik ikke anskuer den gravide som en 'personalized agent'. Den gravides oplevelse af sin fødsel som besværlig anerkendes ikke af det medicinske blik der overtrumfer alle andre forståelser. Dette er Anes fortælling et illustrativt eksempel på. Hendes begrundelse for at ønske kejsersnit er at hun lider af vulvodyni – en tilstand der ikke er anerkendt eller klassificeret af medicinen. Ane oplever at lægen lægger meget vægt på, at kejsersnittet ville blive lavet på psykisk og ikke på fysisk indikation. Det ses hvordan det medicinske blik, med sit fokus på identificerbare fysiologiske årsager, ikke kan få øje på et objekt og følgelig definerer tilstanden som 'noget psykisk'. Og en sådan emotionel årsag er nærmest en ikke-grund, idet den falder uden for 'the important stuff', og fremstår som en mindre acceptabel og irrationel grund til kejsersnit. På samme måde som jeg tidligere har vist hvordan den vaginale fødsel konstrueres som et objekt for medicinen, reduceres og transformeres kvindernes begrundelser så de passer bedre til det medicinske blik.

Opdelingen af begrundelser kan ses som en måde medicinen forsøger at håndtere og tæmme sit objekt på, og et forsøg på at gøre vurderingerne af de enkelte sager mindre subjektive. Endvidere tolker jeg distinktion mellem de medicinsk indicerede kejsersnit og de kejsersnit der udføres på moders ønske som en indsnævring af det medicinske felt. Alle gråzone-tilfældene, dvs. hvor der ikke er konsensus blandt lægerne eller hvor fordele og ulemper ved kejsersnit og vaginal fødsel vurderes til at være lige store, henhører nu til indikationen *kejsersnit på moders ønske*. Herved bliver det kun de strengt fysiologiske grunde til at foretage kejsersnit der er medicinsk indicerede. Det medicinske blik der i forvejen kun forholder sig til et lille udsnit af mennesket, er nu blevet yderligere indsnævret. Konstruktionen af *kejsersnit på moders ønske* og opdelingen af begrundelser kan følgelig anskues som en måde at placere problemet og ansvaret hos den enkelte på.

Samtalen set fra et medicinsk perspektiv

Sundhedsvæsenets forslag til håndtering af samtalen og i det hele taget den medicinske tilgang til fænomenet fremstår med flere uklarheder, hvilket kommer til udtryk i de to dokumenter. På den ene side er der tale om et 'ønske' og ikke en 'ret' til kejsersnit, og at lægen har beslutningsmagten. Men på den anden side italesættes valget som 'et informeret valg' hvor lægen ønsker at afklare og respektere kvindens (parrets) holdninger og synspunkter (DSOG 2006:8,18). I MTV'en hedder det, at rapporten henvender sig til beslutningstagere så som obstetrikere, jordemødre, gravide og politikere (SST 2005:16). Det er derfor uklart hvem der egentlig kan tage beslutningen i sidste ende, eller hvad det er for beslutningsniveauer man opererer med. Uklarheden kommer også til udtryk i MTV'ens anbefalinger, hvor det bl.a. hedder:

Man bør i de relevante tilfælde forsøge at overbevise kvinden om at føde vaginalt, hvis der ikke er grunde til det modsatte.

Hvis kvinden fastholder sit ønske, bør hun tilbydes kejsersnit, hvis der ikke er grunde til det modsatte (ibid:56).

I det ovenstående citat ekspliciteres det at formålet med lægesamtalen er at forsøge at tale kvinden fra ønsket om kejsersnit. *Kejsersnit på moders ønske* ses som et ikke-kærkomment ønske ud fra lægens perspektiv, og det omtales da også som en 'problemstilling' (ibid:19). Det præciseres ikke hvilke grunde man sigter efter i formuleringen: 'Hvis der ikke er grunde til det modsatte'. Dette læser jeg som en udvanding af anbefalingen der ikke gør det mere overskueligt for lægen at håndtere mødet og beslutningen. Samtalens formål medfører at lægen må balancere mellem at ændre og at respektere de gravides holdninger. Dette ser jeg som vanskelig håndterbart, især når det ikke fremgår hvordan en sådan balanceakt kan udføres.

Lægens håndtering af samtalen

I MTV'en konkluderes det at der mangler viden på afgørende områder for at kunne vurdere fænomenet ud fra de gravides perspektiv. Det drejer sig bl.a. om mangel på viden om baggrunden for de gravides ønske om kejsersnit, om hvilken information de gravide modtager i sundhedssystemet og hvilken betydning denne har for deres valg af fødselsmåde (ibid:39). Alligevel har man både i denne rapport og hos DSOG opstillet anbefalinger for håndteringen af samtalerne med de gravide. Medicinen har altså – uden at kende årsagerne – alligevel en løsning på problemet. Dette tolker jeg som endnu et udslag af medicinens forsøg på at forme sit objekt, så det passer til de løsningsmodeller, den har til rådighed. De tilbud sundhedsvæsenet vil give kvinden har primært til formål at støtte hende i at føde vaginalt. Hos DSOG foreslås det fx at tilbyde '(..) særlig 'fødselsforberedelse' ved særligt uddannet/interesseret jordemoder med gennemgang af evt. tidligere fødselsforløb, samt diskussion af forventet forløb af vaginal forløsning' [sic!] (DSOG 2006:18). Videre hedder det at man, i tilfælde af at der ligger en angst eller depressiv tilstand til grund for ønsket om kejsersnit, må afklare dette og iværksætte den relevante behandling heraf. Til dette formål foreslås det at anvende den såkaldte 'PLISSIT-model' (ibid:18). Denne model er udformet som et skema der inddeler angsttilstande i tre kategorier med de dertil hørende behandlinger samt hvem der skal udføre dem (ibid:18). Good henviser netop til hvorledes lægen via sine praksisser – i dette tilfælde opstilling af kvindernes begrundelser i kategorier og ved hjælp af PLISSIT-modellen – kan stille en diagnose og iværksætte behandling. Denne måde at reducere den enkeltes erfaring på til noget der – uden den enkelte gravides livsverden – kan indeholdes i et forsimplet skema, er endnu et eksempel på at medicinen reducerer de subjektive forståelser til en typikalitet. Medicinen transformerer kvinden til et objekt der passer ind i den medicinske virkelighed og dennes løsningsmodeller.

DSOG henviser også til at: 'Kvinden (parret) bør tilbydes samtaler hos jordemoder og obstetriker med henblik på at afklare baggrunden for ønsket om sectio (..)' (DSOG 2006:18). Og de anbefaler at 'rådgivning og risikovurdering' bør tilpasses den enkelte, og at man bør 'respekttere kvindens/parrets holdninger og synspunkter' (ibid:18). DSOG præciserer ikke hvad der menes med at afklare baggrunden, og der er ikke anvist måder dette kan gøres på. På samme måde er det uklart hvad der ligger i 'respekt for kvindens holdninger og synspunkter',

ikke mindst set i lyset af at det suverænt er lægen, der træffer den endelige beslutning, og at det i MTV'en anbefales at lægen forsøger at overtale kvinden til at føde vaginalt. Med henvisning til min analyse af de gravides perspektiv og begrebet 'at stille ind på' vurderer jeg ikke at retningslinierne lægger op til at lægen stiller ind på den gravide⁴¹. Medicinen forholder sig til fænomenet uden at inddrage kvindens viden. Der er snarere tale om at den gravide skal stilles ind på lægens viden og relevanssystem.

Formidling af medicinsk risikoviden

Information til den gravide fremstår som et afgørende element i lægernes håndtering af anmodningen om kejsersnit. Som allerede beskrevet er der andre forhold end de rent medicinske der spiller ind i lægens vurdering af hvorvidt et kejsersnit er medicinsk indiceret eller ej. I dokumenterne nævnes det at også sociale og psykologiske forhold samt personlige holdninger er af betydning. Men som jeg tolker det, så forsøger man fra lægeligt hold at eliminere disse aspekter. Det ekspliciteres fx at: 'Substansen i afgrænsningen af, hvornår et kejsersnit er lægeligt begrundet, og hvornår der er foretaget kejsersnit på moders ønske, er vurdering af risiko' (DSOG 2006:7; SST 2005:20). Grundlaget for hvornår et kejsersnit er medicinsk indiceret udgøres således af en risikovurdering. Dette adskiller sig ikke fra kvindernes begrundelser for valg af fødselsmåde, da de også afvejer forskellige risici ved de 2 fødselsmåder. Men der er alligevel afgørende forskelle i forståelserne. Dette behandler jeg i det følgende.

I MTV'en anføres det at det er den gravides 'krav' at modtage grundig information (SST 2005:19), og at den viden som kvinden bør træffe sit 'informerede valg' ud fra, er viden om risici⁴².

⁴¹ Min empiri viser at nogle af kvinderne oplever at blive forstået og lyttet til af lægen, mens andre slet ikke får indfriet deres håb og forventninger til samtalen, og at de ikke føler de er blevet forstået eller respekteret. En forklaring på disse forskellige oplevelser kan være den manglende konsensus omkring den tilgængelige viden og i det hele taget lægernes forskellige holdninger til fænomenet. Dertil kommer at lægerne ikke kun er medicinere. Ud over lægerollen lever de også et hverdagsliv, og den viden de har med sig fra dette lag af virkeligheden vil måske kunne blande sig med de medicinske forståelser. Jeg mener imidlertid at kunne bekræfte min antagelse om at lægerne i deres arbejdsliv udøver de praksisser de har lært gennem deres profession, og som er funderet på en særlig medicinsk virkelighed i lighed med den Good beskriver.

⁴² Det anføres i MTV'en at det endnu ikke er afklaret hvilken information kvinderne har behov for, hvordan informationen skal gives og af hvem (SST 2005:8).

Ideelt set bør den gravide kvinde tilbydes evidens-baseret information og vejledning for at kunne træffe sit informerede valg af forløsningsmåde (ibid:7).

Informationen består af viden om fordele og ulemper og risici ved henholdsvis vaginal fødsel og kejsersnit (DSOG 2006:3; SST 2005:54). Den information man ønsker at give de gravide bygger på et naturvidenskabeligt fundament og er af epidemiologisk karakter. De risiko-forståelser jeg har fremanalyseret i de to dokumenter kan karakteriseres som det Deborah Lupton kalder 'kognitivt videnskabelige', hvor en given fare transformeres til en kalkuleret sandsynlighed (Lupton 1999:17). I dokumenterne ses det hvorledes risici behandles som objektive facts, der angives i procenter eller ud fra andre epidemiologiske risikoestimer. Et andet karakteristisk træk ved den kognitivt videnskabelige risikoforståelse er en vurdering af den videnskabelige evidens der ligger til grund for risikoberegningerne (Lupton 1999:18). DSOGs retningslinier er fx 'baseret på grundige litteratursøgninger med evidensbaserede konklusioner' (DSOG 2006:4). Og i MTV'en vurderes 'evidensgraden' af den tilgængelige viden som handler om fysiske komplikationer for mor og barn (SST 2005:6). I Goods terminologi kan man sige at lægens blik er rettet mod de medicinske risici og at disse udgør 'the important stuff'.

Lægens viden er baseret på information fra større grupper eller populationer og kan give et tal for hvor mange kvinder der statistisk set vil få en given komplikation efter henholdsvis en vaginal fødsel og et kejsersnit. Dermed får lægen et billede af de øgede risici der er forbundet med at vælge den ene behandling frem for den anden. Problemet er bare at denne viden ikke siger noget om hvem der rammes. Derfor kan det være svært for den enkelte at bruge en sådan viden til noget (Hansen & Svendsen 2005:24). Denne naturvidenskabelige forståelse af risici hvor man stræber efter objektiv viden, er forskellig fra de subjektive kontekstafhængige risici som kvinderne oplever. Mine informanter ved godt at risikoen for at netop de løber ind i de komplikationer, som de frygter, objektivt set er lille. Men uanset hvor lille risikoen synes at være, så kan de ikke vide sig sikre, og derfor har de statistiske beregninger ikke så stor betydning for kvinderne. Der er således ikke noget fast forhold mellem viden om risici og betydningen af denne viden i den enkeltes liv. Som anført af Marie B. Hansen og Mette N. Svendsen skabes betydningen af en given risiko i konkrete livssammenhænge og gennem en fortolkningsproces (ibid:17). Der foregår en rekontekstualisering af den epidemiologiske viden så den giver mening for individet (ibid:28). Dette er i overensstemmelse med hvad jeg

har peget på i min analyse af de gravides forståelser. Fortolkninger og betydninger skabes i hverdagslivets altoverskyggende virkelighed hvor forskellige former for viden mødes og blandes. Den gravide tolker den viden hun får ud fra sit forhåndenværende videnslager og relevanssystem. Dermed er der store forskelle på den gravides og medicinens videnslager hvad angår risiko-forståelser, ligesom der er store forskelle på hvad de anser for at være relevante vurderinger af risici og begrundelser for kejsersnit. Disse forskelle gør det meget vanskeligt at nå til en fælles forståelse.

Jeg tolker den store fokusering på risikokommunikation således at man anser den gravides ønske om kejsersnit for fejlagtigt, og søger at korrigere 'misforståelsen' via risikoinformation. I denne forbindelse anser sundhedsvæsenet lægen for at være den part der er i besiddelse af den viden der skal til, for at den enkelte kan vurdere hvad der er risikabelt, og herigennem træffe sit informerede valg. Valget skal således træffes ud fra et medicinsk relevanssystem. Nok er lægen rådgiver, men for at rådgive ud fra kvindens perspektiv må han først kende hendes forståelse, hvilket der kun lægges op til i meget beskedent omfang. Når lægen ikke stiller ind på den gravides perspektiv får han ikke en forståelse for at den 'objektive og sande' medicinske viden, der er et væsentligt element i medicinens altoverskyggende virkelighed, ikke betyder det samme for den gravide. Ud fra medicinens perspektiv er kvindens viden ikke relevant, og på den måde afgiver lægen ikke autoritet til at den gravide kan fortælle om sine forståelser. I dokumenterne tales om en afklaring af kvindens begrundelser. Men der lægges mere op til at lægen styrer samtalen ud fra det Clark og Mishler kalder en medicinsk dagsorden – at samtalen har det formål at diagnosticere og behandle, dvs. at skabe en medicinsk fortælling (Clark & Mishler 1992:346).

Diskussion

Mine analyser viser at samtalen mellem gravid og læge har et andet resultat end det tilstræbte. De har forskellige forventninger til og formål med samtalen og tillige forskellige perspektiver på fænomenet. Den gravide ønsker at blive lyttet til og forstået, mens lægen derimod skal formidle risikoviden og forsøge at få den gravide til at frafalde sit ønske. Der er således ikke meget at mødes om, og det er på dette grundlag ikke muligt at nå til en fælles forståelse. Udover at søge at overtale kvinden til at føde vaginalt har formidlingen af risikoviden

naturligvis også det formål at sikre, at den enkelte er klar over hvad hun vælger og hvilke medicinske risici, der kan være forbundet med det. Dette er relevant for kvinder der har brug for en afklaring, og som kan bruge den medicinske viden. Men det er slet ikke relevant for kvinder der har truffet en beslutning ud fra ikke-medicinske rationaler, og som har brug for en accept og vejledning ud fra egne præmisser.

Mine analyser peger på at der er 2 forskellige rationaler og relevanssystemer på spil. En fælles forståelse fordrer at der skabes nye relationer mellem læge og gravid. Moira Stewart et al. har udviklet en model for 'Patient-Centered Medicine' (Stewart et al. 1995) hvor lægen – udover at trække på sin biomedicinske viden – også skal møde patienten som menneske og inddrage dennes subjektive forståelser af egen situation (Stewart & Weston 1995:xv). Metoden indeholder forskellige delkomponenter som skal være opfyldt, for at lægens praksis kan siges at være patient-centreret. Et af disse elementer benævnes 'finding common ground', hvilket beskrives som 'moving toward a meeting of minds' (Weston & Brown 1995:28). Begrebet er fint i tråd med den betydning jeg i denne opgave har tillagt dét at skabe eller nå til en fælles forståelse. 'Finding common ground' indeholder 3 trin: At læge og patient sammen definerer problemet, at de definerer målet og at de klargør rollerne mellem sig (ibid:28). Disse 3 trin vil jeg nu anvende for at vurdere om det er muligt for den gravide og lægen at nå en fælles forståelse.

Med udgangspunkt i det første trin hvor læge og patient i fællesskab definerer problemet, peger mine analyser på at de to parter har vanskeligt ved at nå til en fælles forståelse. Kvinden skal, ud over at fortælle sin egen historie, stille ind på lægen og den medicinske diskurs for at komme igennem med sit ønske. Herved bliver det vanskeligt for kvinden at fortælle sin historie. Clark og Mishler viser hvordan patienten må samarbejde med lægen ved at følge dennes dagsorden hvor fokus er at stille en diagnose og finde en behandling (Clark & Mishler 1992:346). Ifølge forfatterne er dét at patienten også skal tale ud fra lægens tilgang ikke nødvendigvis en hindring for patientens fortælling. Det er dog min tolkning at der er stor forskel på det succesfulde møde mellem læge og patient som Clark og Mishler har analyseret, og mødet mellem læge og gravid i mit materiale. Forskellen beror på at der i førstnævnte møde er tale om at en læge og patient som udgangspunkt har patientens sygdom som en fælles platform. De 2 parter kan enes om et fælles objekt, sygdommen, trods det at de har hver deres

fortolkninger af og fortællinger om hvad denne sygdom betyder. Men i mit materiale er det vanskeligt for læge og gravid overhovedet at nå til en fælles definition af problemet, idet der ikke kan identificeres et objekt eller problem i den medicinske optik. Eksempelvis er der i Anes tilfælde tydeligvis tale om 2 perspektiver, hvor vulvodyni i lægens optik er noget psykisk, et ikke-fysisk problem, mens det for Ane er yderst virkeligt og håndgribeligt. Det er altså perspektivet på begrundelsen, og ikke grunden i sig selv, der afgør hvilken kategori begrundelsen hører til. Det 2. trin – at definere et fælles mål – synes også vanskeligt at opnå idet lægen og den gravide har vidt forskellige formål med samtalen. De har også forskellige forståelser af hvad der er risikabelt. I Dortes tilfælde ses det fx hvordan hun ikke er optaget af den øgede risiko, der vil være for hende ved at føde ved kejsersnit, men meget optaget af de komplikationer der kan være for hendes barn ved at blive født vaginalt.

I forhold til det 3. trin i Stewart et al.'s model – at parterne klargør deres roller – finder jeg at der helt mangler en afklaring af de roller som læge og gravid har i forhold til fænomenet.

Dette eksemplificeret ved at man på den ene side taler om muligheden for at ønske og få et kejsersnit, mens man på den anden side tildeler lægen autoriteten til at bestemme om han mener det er berettiget at ordinere kejsersnit ud fra kvindens begrundelse.

Alt i alt må det konkluderes at betingelserne for at nå til en fælles forståelse mellem lægen og kvinden ikke er til stede.

Kapitel 6. Kvindernes handlefelt

I dette kapitel diskuterer jeg den viden jeg har produceret om de gravides perspektiv på *kejsersnit på moders ønske*. Med udgangspunkt i Schutz' begreb om at mennesker virker i og indvirker på verden, vil jeg diskutere de muligheder og begrænsninger kvinderne har i forhold til at få kejsersnit på eget ønske. Jeg anvender begrebet 'handlefelt' om det felt eller de kontekster som kvinderne agerer indenfor med deres ønske om kejsersnit. I dette handlefelt er der både muligheder og begrænsninger for deres måder at handle på.

Min analyse viser at kvinderne handler ud fra både subjektive, samfundsborne og medicinske forståelser, og at disse forskellige forståelser fletter sig ind i hinanden og påvirker hinanden gensidigt. I forhold til relationen mellem den gravide og lægen ses det eksempelvis hos Ane og Peter hvordan de anvender den medicinske diskurs når de skal beslutte hvordan Ane skal føde. De bruger både Anes egne erfaringer med sin lidelse og de samfundsborne normer og selvfølgeligheder i deres beslutning. Derudover anvender de også de statistiske beregninger over risici ved at føde ved kejsersnit sammenlignet med vaginal fødsel. På samme måde benytter de den medicinske diskurs når de forbereder sig på hvordan de skal argumentere overfor lægen ud fra dennes rationaler. Den medicinske diskurs er på denne måde flettet ind i og influerer på Ane og Peters forståelser. Modsat påvirker kvinderne også den medicinske verden med deres anmodning om kejsersnit. Det er netop et resultat af kvindernes/parrenes påvirkning af den medicinske verden at Sundhedsstyrelsen og DSOG har konstrueret indikationen *kejsersnit på moders ønske*, og at der er formuleret retningslinier for sundhedsvesenets håndtering af fænomenet. Kvindernes livsverden og den medicinske verden udgør således ikke totalt adskilte verdener. Eksempelvis taler DSOG ligesom kvinderne også ud fra forståelsen af den vaginale fødsel som en oplevelse man ikke skal snyde sig selv for (DSOG 2006:19)⁴³. Kvinderne og lægerne deler altså på visse punkter common sense-forståelser, ligesom de indvirker på hinandens verdener. Men som jeg også har vist, er deres altoverskyggende virkeligheder alligevel forskellige på ret så afgørende punkter. Der er nærmest tale

⁴³ Det hedder: 'At føde sit barn ved en normal fødsel opleves af mange som en fascinerende fysiologisk proces, som man altid vil huske og efterfølgende ikke ville have været foruden. For en del kvinder medfører det at gennemgå en vaginal fødsel en følelse af personlig stolthed og tro på, at man fremover vil kunne klare selv de største udfordringer' (DSOG 2006:19)

om et sammenstød mellem de to perspektiver, når kvinden fremsætter sin anmodning om kejsersnit overfor lægen.

Overordnet set handler kvinderne i et felt som sundhedsvæsenet har defineret. Kvinderne har ikke krav på bestemte behandlinger, og fænomenet ville slet ikke eksistere, såfremt lægerne udelukkende foretog kejsersnit på medicinsk indikation. Kvinderne virker på den måde i verden ved at benytte sig af de muligheder der allerede er til stede i kraft af medicinens konstruktion af indikationen *kejsersnit på moders ønske*. Der er således skabt betingelser for at et ønske om kejsersnit kan fremsættes og imødekommes.

Det er dog i høj grad lægen der definerer den enkelte kvindes handlefelt. Ud fra min analyse af Sundhedsstyrelsens og DSOGs behandling af fænomenet finder jeg, at man fra medicinsk side ikke anskuer kvindernes selvbestemmelse som kærkommen. Fænomenet italesættes som en problemstilling, og lægen skal forsøge at tale kvinden fra sit ønske. Hovedkonklusionen i MTV'en går netop på at 'forebygge ønsket', dvs. at undgå at kvinder anmoder om kejsersnit (SST 2005:9). Heraf følger det at sundhedsvæsenet i mindre grad beskæftiger sig med selve emnet; at kvinder anmoder om en behandling som de selv, og ikke lægen, finder indiceret, og hvordan disse anmodninger så skal mødes og håndteres af lægen. Denne tilgang til fænomenet er med til at sætte rammerne for den scene kvinden træder ind på. Scenen er desuden bestemt af en særlig magtrelation, hvor lægen har magten til at afgøre hvilke begrundelser der er forståelige og rimelige nok til at ordinere kejsersnit ud fra. Han har magten til at bestemme hvornår der skal træffes en beslutning. Ligesom det er ham der bestemmer hvor samtalen foregår, hvor længe den varer, hvad der skal snakkes om, på hvilken måde samt hvilke beslutninger der skal træffes.

Et andet træk ved kvindens handlefelt er de mange uklarheder i forhold til hvornår kvindens anmodning kan imødekommes. Der er ikke konsensus blandt læger mht. hvornår et kejsersnit er indiceret, og hvorvidt kvinden selv må bestemme hvordan hun vil føde. Kvindernes handlemuligheder er dermed definerede af sundhedsvæsenet og af den enkelte læge. Herved bliver det felt som kvinden skal agere i med sin anmodning om kejsersnit på mange områder præget af uvished. Dette kommer bl.a. til udtryk når kvinderne fortæller hvor belastende det har været for dem at være i en uafklaret situation, og det afspejles i skiftet i deres talemåde. Kvinderne bevæger sig fra deres egen altoverskyggende virkelighed, hvor de klart kan give udtryk for det

rationelle i deres beslutning, til en anden position hvor de kun kan udtrykke håb om lægens accept. Det er med andre ord et ganske reduceret handlefelt som kvinderne har. Dette har konsekvenser for spørgsmålet om individets selvbestemmelse og de sundhedspolitiske aspekter ved brugerindflydelse som MTV'en og DSOGs retningslinier også må sættes i forbindelse med.

Helle Timm har undersøgt betingelserne for at der kan skabes reel brugerindflydelse i sundhedsvæsenet. Med 'reel brugerindflydelse' henviser hun til at den enkelte bruger eller patient har indflydelse på forståelsen af sundhed og sygdom, på valg af behandling og på organiseringen heraf (Timm 1997:42). Ifølge Timm kræver reel brugerindflydelse både et handlerum og nogle handlende brugere. Dette forudsætter at der skabes betingelser for at der kan gives og tages et sådant handlerum, dvs. at der skal være en vilje til og mulighed for at tage og afgive indflydelse (ibid:42). Reel brugerindflydelse kræver at indflydelsen tages et sted fra. I denne forbindelse er det fra lægerne. Det er også det Clark, Mishler og Stewart et al. henviser til, når de hævder at lægen må afgive autoritet til patienten. I mine analyser har jeg vist at der ikke lægges op til at kvinderne får tildelt en sådan autoritet. Konsekvensen er at der ikke skabes et handlerum hvor kvindernes fortællinger kan udfolde sig i. På den måde får de ikke indflydelse på at definere deres egen situation eller hvilken behandling der er den bedste for dem.

Selvom der således er meget der peger i retning af at lægen har en magtfuld position, og at kvinderne virker i denne verden, så udfordrer de dog alligevel – med deres ønsker om kejsersnit – i en forstand den traditionelle læge-patientrelation. De formulerer aktivt deres egen behandling, og udfordrer dermed lægens ekspertviden ved selv at forholde sig til hvad de anser for farligt. De agerer, i overensstemmelse med Timm, som handlende brugere der vil have medindflydelse, og udviser handlekraft i og med at de har tænkt sig at kæmpe for deres kejsersnit.

Jeg tolker dog kvindernes handlinger derhen at de har set sig nødsaget til at udfordre lægerne, snarere end det er fordi de vil have selvbestemmelse. Når Helle fx taler om at hun har valgt hvem af lægerne hun vil lytte til og 'hvad der bare skal gå ud af det andet øre', så er det fordi hun har fået modstridende oplysninger fra lægerne. Hun fortæller jo netop at hun har savnet lægernes ekspertise, og på den måde positionerer hun sig som en patient der ønsker lægens

eksperthjælp. Min behandling af fænomenet peger således på at der er komplekse relationer mellem læge og gravid. På den ene side udtrykker kvinderne at de bedst selv ved hvad der er godt for dem mens de også efterlyser eksperthjælp. Og lægerne på deres side søger at opretholde deres magtposition som eksperter, samtidig med at de har divergerende indstillinger til *kejsersnit på moders ønske* og til den enkeltes situation, sådan at kvinderne ikke oplever dem som eksperter.

Kvindernes handlefelt i relation til at få kejsersnit på eget ønske består altså både af muligheder og begrænsninger. Nok kan det siges at kvinderne med deres anmodninger om kejsersnit indvirker på deres eget liv, men de virker i verden, med dennes strukturer og ordener af selvfølgeligheder og udfordrer derfor kun i ganske beskedent omfang den traditionelle læge-patient relation.

Konklusion

I dette speciale har jeg behandlet 4 kvinders tanker og erfaringer i forbindelse med deres ønsker om kejsersnit uden medicinsk grund. Deres ønsker må forstås i den kontekst hvori de bliver til. Kvindernes overvejelser i forhold til at ønske kejsersnit indeholder såvel egne subjektive som samfundsbårne og medicinske forståelser af *kejsersnit på moders ønske*. Jeg har vist at der ligger utallige overvejelser – for og imod kejsersnit – forud for kvindernes beslutninger om kejsersnit, og at disse ikke har været nemme at træffe. Kvinderne må argumentere for berettigelsen af at gå imod den herskende orden af selvfølgeligheder der omgærder barnefødsler. Kvinderne har deres subjektive begrundelser for at ønske kejsersnit. Disse handler om at undgå visse komplikationer for dem selv eller barnet som kunne tilstøde dem i forbindelse med den vaginale fødsel. De ville helst føde vaginalt, men har alligevel besluttet at føde ved kejsersnit ud fra netop deres situation. Jeg viser hvordan kvindernes ønsker skal forstås ud fra deres referencerammer der både rummer egne og andres tolkninger af hverdagslivets verden. Det er især kvindernes egne erfaringer der har betydning for hvordan de tolker den forestående fødsel, herunder hvilken viden og hvilke risici der er relevante for dem at træffe deres beslutninger om fødselsmåden ud fra.

Ved at analysere kvindernes og lægernes perspektiver kan jeg konkludere at *kejsersnit på moders ønske* fortolkes vidt forskelligt. Der er tale om 2 divergerende perspektiver med hver deres vidensformer, relevansstrukturer og rationaler. Sådan som der fra sundhedsvæsenets side er lagt op til at fænomenet skal håndteres, vurderer jeg ikke at der er mulighed for at den gravide og lægen kan nå til en fælles forståelse. Det nærværende for kvinderne er at få kejsersnit og at blive accepteret for denne beslutning, mens lægernes fokus er rettet mod at forsøge at overtale kvinderne til at føde vaginalt. I det medicinske blik forholder man sig primært til fænomenet ud fra epidemiologisk viden om risici for mor og barn, og det er på forhånd defineret hvad der anses for at være relevante begrundelser for kejsersnit. Kvindernes egne erfaringer og begrundelser er sekundære i denne sammenhæng.

Kvinderne er på mange måder i en vanskelig situation. Nok er det muligt at få kejsersnit uden medicinsk grund, men det er ikke nemt. Det er meget belastende for dem ikke at vide om lægerne vil efterkomme deres anmodninger, og de får først sent i graviditeten en endelig

afklaring af hvordan de skal føde. Jeg konkluderer at sundhedsvæsenet ikke er afklarede i forhold til fænomenet, herunder hvorledes autoriteten skal fordeles mellem læge og gravid.

I mine analyser viser jeg hvordan kvindernes anmodninger om kejsersnit i en vis forstand udfordrer både de eksisterende sociokulturelle og medicinske selvfølgeligheder. Men jeg finder at kvinderne transformerer selvfølgelighederne på en måde, så de ikke truer den eksisterende orden. Sundhedsvæsenets håndtering af kvindernes anmodning om kejsersnit har ikke ændret den traditionelle læge-patientrelation, og lægens autoritet er bevaret.

Perspektivering

Afslutningsvis vil jeg perspektivere den viden jeg har produceret om fænomenet *kejsersnit på moders ønske*. Perspektiveringen indeholder to niveauer. Min undersøgelse kan ses som patientelementet i MTV'en og jeg giver nogle konkrete anbefalinger til håndteringen i praksis. Dernæst berører jeg nogle videnskabsteoretiske overvejelser i forhold til fremtidig udforskning af fænomenet.

Ud fra mine analyser af kvindernes perspektiv og sundhedsvæsenets retningslinier kan jeg nu pege på en række områder i den nuværende praksis som med fordel kan gentænkes. Først og fremmest mener jeg at det er nødvendigt at sundhedsvæsenet afklarer om *kejsersnit på moders ønske* skal anerkendes, eller om man derimod ønsker at fastholde den medicinske suverænit. Såfremt man vil implementere den nye indikation, må der etableres en anden relation mellem læge og gravid, som implicerer sundhedsvæsenets accept af den enkelte kvindes perspektiv. I forhold til varetagelsen af omsorgen for disse kvinder giver min analyse følgende anbefalinger:

- Det må anerkendes at der kan ligge mange overvejelser forud for kvindens (parrets) ønske, og at den enkelte har sine subjektive grunde til at anse kejsersnittet for at være den bedste måde for hende at føde sit barn på.
- Det er vigtigt for kvinden at få lov at fortælle om de betydningsfulde forhold der er knyttet til netop hendes ønske om kejsersnit samt at hun bliver mødt med en accept.
- Samtalerne er af stor betydning for kvinderne hvorfor det er vigtigt at aftaler overholdes. Det er også vigtigt at der er afsat tid til at en samtale kan udfolde sig.
- For at reducere belastningen på kvinderne bør samtalen om fødselsmåde foregå indenfor en overskuelig fremtid og gerne i god tid inden fødselsterminen.
- Endelig må man tilstræbe kontinuitet både i kvindens møde med fagpersoner og i den omsorg – herunder information – der gives til disse kvinder (par). Det er også vigtigt at der er konsensus om de trufne beslutninger blandt sundhedspersonalet.

Jeg vil nu kort perspektivere den viden jeg har produceret i forhold til fremtidig udforskning af fænomenet *kejsersnit på moders ønske*. Til dette formål vil jeg reflektere over fænomenets ontologi, for herigennem at kunne sige noget om hvordan det kan udforskes.

Kejsersnit på moders ønske er tæt knyttet til og defineret i forhold til den vaginale fødsel. Som jeg har vist italesættes den vaginale fødsel som 'naturgivet' både i den individuelle, den samfundsmæssige og den medicinske diskurs. Fødselens natur kan ikke bestrides – uden en fysisk krop var der ingen fødsel. Men fødslen og de fænomener der er knyttet til den er i høj grad også kulturelle fænomener. I en dansk kontekst er fødslen fx også en hændelse som kvinden skal opleve og leve op til, og de betydninger der er knyttet til fødslen afhænger af hvem der taler. På den måde er fødslen både konstitueret af natur og kultur. Fænomenet *kejsersnit på moders ønske* kan derfor ansues som en krydsning – eller hybrid – mellem kultur og natur. Hybrid-begrebet refererer til de fænomener der består af både kultur- og naturelementer (Lykke 1999:147). At fænomener er hybride har konsekvenser for hvorledes de kan erkendes. Ifølge Nina Lykke forudsætter sådanne hybridfænomener at der også anvendes videnskabelige tilgange, der på samme facon er hybridiseret i såvel teori som metode (ibid:149). Hun beskæftiger sig med hybridfænomener i sundhedsforskningen og taler for at forstå sundhedsbegrebet som 'et væv af biologisk fakticitet og omskiftelige kulturelle processer' (ibid:143). På baggrund af mine analyser vil jeg foreslå at man på lignende vis tager udgangspunkt i at *kejsersnit på moders ønske* er et fænomen der skal erkendes som et væv af biologisk fakticitet og omskiftelige kulturelle processer.

Med MTV-tilgangen kan man sige at Sundhedsstyrelsen forsøger at favne sådanne komplekse fænomener ved at behandle så forskellige elementer som teknologi, økonomi, patient, etik og organisation under ét. Men metodisk behandles disse perspektiver hver for sig – og ikke ud fra overvejelser om fænomenets ontologi. Jeg ser det sådan at MTV-konceptet mangler en afklaring af hvorledes de partielle perspektiver – der udgøres af de enkelte delelementer i MTV'en – kan sammentænkes. På samme vis som jeg i mit speciale har vist hvorledes der er grundlæggende forskelle i den viden og de forståelser der udgør henholdsvis den medicinske verden og kvindernes livsverden, på samme vis kan man sige at de enkelte elementer i MTV'en bygger på videnskabelige tilgange, der fundamentalt set er forskellige. Hvordan kan det lade sig gøre at kæde disse forskellige perspektiver på fænomenet sammen? Hvad sker der

med den viden jeg har genereret om kvindernes perspektiv, hvis det skal knyttes sammen med økonomiske, tekniske, organisatoriske, og etiske perspektiver på fænomenet?

I fremtidig behandling af fænomenet er det væsentligt at kunne skelne mellem at forske i fænomenet, og at lave handleforskrifter for det. MTV'ens formål er at 'klarlægge, på hvilke måder forskningsresultaterne kan omsættes til daglig praksis' (SST 2000:9). MTV'en er således et politisk og sundhedsfagligt redskab til at træffe beslutninger med i forhold til anvendelsen af fænomenet. Men for at nå til sådanne anbefalinger, er det afgørende at fænomenet er grundigt udforsket. Der mangler på afgørende punkter viden om og afklaring af fænomenet. Jeg håber med dette speciale at have medvirket til at skabe nogle bedre forudsætninger for at forstå og dermed håndtere fænomenet *kejsersnit på moders ønske*.

Resumé

I dette speciale belyses fænomenet *kejsersnit på moders ønske* i en dansk kontekst. Fænomenet dækker over de tilfælde hvor en kvinde føder ved kejsersnit uden medicinsk indikation. Formålet med specialet er at behandle udvalgte kvinders begrundelser for at ønske kejsersnit, og de erfaringer de har gjort i forbindelse med at anmode sundhedsvæsenet om kejsersnit. Det empiriske materiale bygger på etnografiske interviews med 4 danske kvinder der alle har anmodet om kejsersnit. De er blevet interviewet 2 gange hver, første gang i graviditeten og 2. gang efter fødslen. Kvindernes tanker og overvejelser i forbindelse med at ønske kejsersnit er blevet analyseret med en fænomenologisk tilgang. Analysen af kvindernes perspektiver er tvedelt. Jeg har for det første beskrevet og analyseret de tanker og oplevelser der ligger til grund for kvindernes ønsker og for det andet hvordan de har måttet argumentere for dette ønskes berettigelse overfor andres forståelser og rationaler.

I min udforskning viser jeg hvordan kvindernes begrundelser for at ønske kejsersnit kan forstås i et hverdagslivsperspektiv – ud fra den kontekst og den subjektive viden der er knyttet til den enkeltes erfaringer, og som udgør deres altoverskyggende virkelighed. Alle kvinderne giver udtryk for at de helst ville føde vaginalt, men at de har deres grunde til alligevel at fravælge den. To af kvinderne har født før og deres begrundelser handler især om deres tidligere fødselserfaringer. De to andre kvinder er førstegangsfødende og ønsker at fravælge den vaginale fødsel for at undgå visse komplikationer, der for dem ville forringe deres hverdagsliv i betydelig grad. Jeg viser hvordan der til hverdagslivet er knyttet bestemte former for viden og rationalitet, og hvordan kvindernes tanker og overvejelser i forbindelse med den forestående fødsel udspringer af disse. Jeg viser også hvorledes der i kvindernes tanker og overvejelser indgår såvel egne subjektive, som samfundsborne og medicinske forståelser af fødslen og *kejsersnit på moders ønske*.

Ønsket om kejsersnit fordrer at lægen accepterer at udføre indgrebet trods mangel på medicinsk grund. For at belyse den virkelighed som kvindens ønske skal fremføres i, har jeg foretaget en analyse af sundhedsvæsenets syn på fænomenet. Jeg viser hvorledes der er meget stor forskel på henholdsvis lægens og kvindens perspektiver på fænomenet. Via min analyse betvivler jeg mulighederne for at de to parter kan nå til en fælles forståelse af kvindens situation, sådan som der fra sundhedsvæsenets side er lagt op til at fænomenet skal håndteres. På baggrund af min samlede analyse finder jeg hverken at fænomenet har ændret ved den traditionelle læge-patient relation eller ved den orden af selvfølgeligheder der omgærder barnefødsler.

Summary

This thesis investigates the phenomenon *caesarean section on maternal request* in a Danish context. The phenomenon relates to those situations where a woman without any medical indication gives birth by caesarean section. The purpose of the thesis is to illuminate selected women's reasons to wish and request caesarean section, and to describe their experience in terms of requesting the health services for a caesarean section. The empirical material is based on ethnographic interviews with four Danish women, who have all requested a caesarean section.

Each woman has been interviewed twice – the first time during her pregnancy and the second time after giving birth. These women's thoughts and considerations in terms of requesting caesarean section have been analyzed using a phenomenological approach. The analysis of the women's perspectives is divided into two parts. First, I have described and analyzed the thoughts and experiences leading to their requests, and second I show how they have had to argue for the justice of the requests when it comes to other people's understanding and rationality. As I have demonstrated in my exploration of the subject, the women's reasons for requesting caesarean section is understood from an everyday life perspective – from the context and the subjective knowledge connected to the experiences of the individual, which constitutes their paramount reality.

All the women express a preference for a vaginal delivery but also that they have reasons to choose caesarean section. Two of the informants are multiparae and their reasons for requesting caesarean section are primarily based on their previous birth experiences. The two other women are primiparae and they request caesarean section to avoid certain health related complications that – in their point of view – most certainly would reduce the quality of their everyday life.

I show how the women's considerations are formed by specific claims of knowledge and rationality of everyday life. I also show how these considerations relate to birth giving and that the request for caesarean section consists of individual meaning as well as elements of societal and medical reasoning. In order to fulfil the request, the obstetrician must accept to perform the operation despite a lack of medical indication. To elaborate further on this, I have analysed the Danish health services' perspective on the phenomenon. The analysis shows a huge gap between this perspective and the perspective of the women. Furthermore, I discuss and question the possibilities of establishing common ground between the women and the obstetricians. According to my exploration, I conclude that the phenomenon *caesarean section on maternal request* neither changes the traditional doctor-patient relationship nor creates changes in the taken-for-granted concepts related to birth giving.

Litteraturliste

- Bech-Jørgensen, Birte
2005
- ‘Alfred Schutz og hverdagslivet’. Indledning til: A. Schutz: *Hverdagslivets sociologi*. København, Hans Reitzels Forlag, s. 7-20.
- Bech-Jørgensen, Birte
1994
- ‘Når hver dag bliver hverdag’. København, Akademisk Forlag, s. 89-106, 151-8, 170-2.
- Berger, Peter L.;
Luckmann, Thomas
2004
- ‘Den sociale konstruktion af virkeligheden’. København, Akademisk Forlag, s. 41.
- Bergholt, Thomas;
Østberg, Birgitte;
Legarth, Jesper;
Weber, Tom
2004
- ‘Danish obstetricians’ personal preference and general attitude to elective cesarean section on maternal request: A nation-wide postal survey’. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, Vol. 83, Issue 3, s. 262.
- Berthelsen, Anne
Mette; Gohr, Camilla
2005
- ‘Den gode fødsel. En antropologisk analyse af fødselsfortællinger anno 2004’. Dansk selskab for gynækologi og obstetrik, s. 7-11.
- Borkan, Jeffrey
1999
- ‘Immersion/Crystallization’. I: B. F. Crabtree & W. L. Miller (eds.): *Doing Qualitative Research*. Thousand Oaks, Sage Publications, 2nd edition, s. 179-194.
- Clark, Jack A.;
Mishler, Elliot, G.
1992
- ‘Attending to patients’ stories: reframing the clinical task’. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 14, No. 3, s. 344-372.
- DeVries, Raymond;
Salvesen,
Helga B.; Wiegers,
Therese A.; Williams,
A. Susan
2001
- ‘What (and Why) Do Women Want? The Desires of Women and the Design of Maternity Care’. I: R. DeVries, et al. (eds.): *Birth by Design. Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in Northern America and Europe*. England, Routledge, s. 243.
- DSOG
2006
- ‘Maternal Request’. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, Sandbjerg Guideline, s. 2-22.
(<http://www.dsog.dk/guidelines.shtml/> - 10. februar 2006).

- Fjell, Tove I.
1997
- 'Blikket vendes. Fødsel i endring'. Doktordisputats, Universitetet i Bergen, s. 22.
- Good, Byron J.
1994
- '*Medicine, rationality, and experience*' [sic!]. Cambridge University Press, s. 65-87.
- Hansen, Marie B.;
Svendsen Mette N.
2005
- '*Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse*'. København, Viden- og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen, s. 4-29.
- Hansen, Helle Ploug;
Morgall, Janine;
Timm, Helle;
Poulsen, Peter B.;
Sigmund, Helga
2001
- 'Patienten' I: F. B. Kristensen; M. Hørder; P. B. Poulsen (red.): *Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering*. Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering, s. 37-43.
- Hansen, Helle Ploug
1996
- 'Feltarbejde som forskningsstrategi' I: I. M. Lunde og P. Ramhøj: *Humanistisk forskning indenfor sundhedsvidenskaberne. Kvalitative metoder*. København, Akademisk Forlag, s. 38-9.
- Hastrup, Kirsten
2003a
- 'Introduktion. Den antropologiske videnskab'. I: K. Hastrup (red.): *Ind i verden. En grundbog i antropologisk metode*. København, Hans Reitzels Forlag, s. 9-33.
- Hastrup, Kirsten
2003b
- 'Sproget. Den praktiske forståelse'. I: K. Hastrup (red.): *Ind i verden. En grundbog i antropologisk metode*. København, Hans Reitzels Forlag, s. 207-225.
- Hastrup, Kirsten
2003c
- 'Metoden. Opmærksomhedens retning'. I: K. Hastrup (red.): *Ind i verden. En grundbog i antropologisk metode*. København, Hans Reitzels Forlag, s. 412-4.
- Holstein, James A.;
Gubrium, Jaber F.
1995
- 'Introduction' i *The Active Interview*. Thousand Oaks & London, Sage Publications, s. 1-6.
- Jordemoderforeningen
2005
- 'Ønsker om kejsersnit imødekommes'. s.1.
(<http://www.dadj.dk/> - 14. november 2005).
- Jørgensen, Marianne
- '*Diskursanalyse som teori og metode*'. Roskilde

- Winther; Phillips,
Louise
1999
Universitetsforlag, s. 9, 17.
- Lov om patienters
retsstilling
1998
'*Lov om patienters retsstilling*'.
Nr. 482, 1. juli 1998.
- Kvale, Steinar
2003
'*InterView*'. København, Hans Reitzels Forlag, s. 15, 62.
- Lupton, Deborah
1994
'*Medicine as Culture. Illness, disease and the Body in Western Societies*'. London, Sage Publications, s. 18.
- Lupton, Deborah
1999
'*Risk*'. London, Routledge, s. 17-8.
- Lykke, Nina
1999
'Sundhed – en postpositivistisk hybrid'. I: A. S. Sørensen & C. Dalgård (red.): *Sundhed mellem biologi og kultur*. København, Gyldendal Uddannelse, s. 143-161.
- Mishler, Elliot G.
1984
'*The Discourse of Medicine. Dialectics of Medical Interviews*'. U.S., Ablex Publishing Corporation, s. 1-15.
- Oakley, Ann
1980
'*Women Confined. Towards a Sociology of childbirth*'. New York, Chocken Books, s. 5.
- Poulsen, Erik Fangel
2006
'*Vulvodyni – smerter i underlivet*'.
(<http://www.netdokter.dk/sygdomme/fakta/vulvodyni.htm/>
- 25. april 2006).
- Rubow, Cecilie
2003
'Samtalen. Interviewet som deltagerobservation'. I: K. Hastrup (red.): *Ind i verden. En grundbog i antropologisk metode*. København, Hans Reitzels Forlag, s. 239.
- Schutz, Alfred
2005
'*Hverdagslivets sociologi*'. København, Hans Reitzels Forlag.
- Spradley, James P.
1979
'*The ethnographic interview*'. U.S.A., Holt, Rinehart and Winston.
- Stewart, Moira;
Weston, W. Wayne,
'Introduction'. I: M. Stewart et al.: *Patient-Centered*

- 1995 *Medicine. Transforming the Clinical Method*. Thousand Oaks, Sage Publications, s. xv-xxiv.
- Sundhedsstyrelsen
2006 'Nye tal fra Sundhedsstyrelsen'. Årgang 10. Nr. 3, marts, s. 10.
- Sundhedsstyrelsen
2005 'Kejsersnit på moders ønske – en medicinsk teknologivurdering'. Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. Medicinsk Teknologivurdering, 7(4).
- Sundhedsstyrelsen
2003 'Notat vedrørende nye retningslinier for fosterdiagnostik'. Sundhedsstyrelsen, 10. oktober 2003, j.nr. 0-607-02-3/1, s. 45.
- Sundhedsstyrelsen
2001 'Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering'. F. B. Kristensen et al. (red.). Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering, s. 7.
- Sundhedsstyrelsen
2000 'Medicinsk Teknologivurdering. Hvorfor? Hvad? Hvornår? Hvordan?'. Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering, s. 9.
- Sundhedsstyrelsen
1998 'Svangreomsorg. Retningslinier og redegørelse. Sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselperiode'. s. 3.
- Taylor, Steven, J.;
Bogdan, Robert
1998 'In-Depth Interviewing'. I: S. J. Taylor & R. Bogdan: *Introduction to Qualitative Research Methods. A Guidebook and Resource*. 3rd edition, John Wiley & Sons, s. 99.
- Timm, Helle
1997 'Patienten i centrum? Brugerundersøgelser, lægperspektiver og kvalitetsudvikling'. DSI - Institut for Sundhedsvæsen, s. 7-150.
- Weston, W. Wayne;
Brown, Judith, B.
1995 'Overview of the Patient-Centered Clinical Method'. I: M. Stewart et al.: *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method*. Thousand Oaks, Sage Publications, s. 28.

Bilagsfortegnelse

Bilag A:	Henvendelse til obstetrikere	93
Bilag B:	Informationsskrivelse til personalet	94
Bilag C:	Brev til de gravide	95
Bilag D:	Godkendelse fra Datatilsynet	96

Bilag A: Henvendelse til Obstetrikere

Kære

Tak for en god samtale d.d. om mulighederne for at jeg kan rekruttere informanter fra jer til min undersøgelse af kejsersnit på mors ønske. Undersøgelsen skal danne baggrund for mit speciale på den sundhedsfaglige kandidatuddannelse ved Syddansk Universitet i Odense.

Jeg sender hermed som lovet en kort beskrivelse af hvorledes jeg har tænkt mig at skulle udforme undersøgelsen. I fald det viser sig at være vanskeligt at rekruttere informanter, vil jeg gerne vende tilbage til muligheden for at fortage interviewene efter den gravide har været til den første samtale hos dig, men som udgangspunkt ønsker jeg at gøre som følger:

Jeg ønsker at lave en kvalitativ undersøgelse af fænomenet "kejsersnit på mors ønske". Da jeg med min undersøgelse ønsker at skabe viden om de gravides oplevelser, tanker og forståelser af deres ønsker og valg af fødselsmåde, vil jeg lave semi-strukturerede interviews. Den løse struktur i interviewene, indebærer at jeg tilstræber at stille meget åbne spørgsmål, så det er den enkeltes egne tanker og beskrivelser der er centrale (i modsætning til de forestillinger og hypoteser som jeg eller andre udenforstående måtte have). Jeg er meget interesseret i at foretage interviews med både første- og flergangsfødende. Det er umiddelbart vanskeligt for mig at afgøre, hvor mange interviews der skal laves, men jeg har en forestilling om at skulle interviewe 6-8 gravide to gange i graviditeten. Rekrutteringen tænkes at foregå fra jer, sygehus X og X.

Jeg ønsker at tale med gravide, der har fremsat et ønske om sectio uden medicinsk indikation og som er henvist til samtale på sygehuset på baggrund heraf, da jeg anser det som et udtryk for, at der må være tale om et seriøst ønske (altså at den gravide tilhører min målgruppe). Hvad inklusionskriterierne angår, er det ikke afgørende hvilke årsager de gravide umiddelbart har angivet til ønsket om kejsersnit (ud over at der ikke er medicinsk indikation for sectio/at vaginal fødsel ikke er frarådet), ligesom det heller ikke er væsentligt, om de allerede har bestemt sig for sectio eller om de senere ombestemmer sig. Informanterne skal være etniske danskere. Det er i min interesse at lave to interviews med hver gravid, fordi det kan give mig mulighed for at stille yderligere spørgsmål på baggrund af første samtale, og da jeg forestiller mig at der også kan være udvikling i de gravides forståelser som tiden går. Det første interview skal foregå på et tidspunkt før første samtale på sygehuset og det andet på et tidspunkt efter denne samtale. Det er ikke væsentligt hvor langt de gravide er henne på interviewtidspunkterne. Når jeg ønsker at interviewe dem før og efter samtalen er det bl.a. fordi jeg ønsker at undersøge hvad de tager med sig fra samtalen (ikke hvad samtalen har indeholdt i sig selv, men de gravides oplevelser og forståelser).

Vedhæftet er et brev som jeg gerne vil have, at alle etniske danske gravide der ønsker sectio får tilsendt sammen med indkaldelsen til samtale på sygehuset. Vedhæftet er også en kort beskrivelse af min undersøgelse, som jer har tænkt som information til personalet.

Det er vigtigt for mig at understrege, at det ikke er min hensigt at påvirke eller bearbejde de gravide til at vælge noget bestemt, og jeg vil gøre alt jeg kan for at interviewene skal blive behagelige oplevelser for de gravide.

Undersøgelsen er anmeldt til Datatilsynet og i denne forbindelse følges deres regler, således at såvel de involverede informanter som fødestedet sikres anonymitet.

Så snart jeg har godkendelse fra Datatilsynet, ønsker jeg at gå i krig med interviewene.

Jeg kan træffes enten pr. mail kfaaborg@nal-net.dk eller telefonisk 6591 3656, mobil. 2127 4447.

Mange hilsner
Kirsten Faaborg
Jordemoder og stud.scient.san

Bilag B: Informationsskrivelse til personalet

Information om kvalitativ undersøgelse af 'kejsersnit på mors ønske'

Kære alle

Jeg er jordemoder i Odense og derudover læser jeg sundhedsvidenskab på Syddansk Universitet. Som afslutning på min uddannelse er jeg i gang med at skrive speciale om fænomenet 'kejsersnit på mors ønske'. Der eksisterer ikke ret megen viden om de forhold der har betydning for at gravide ønsker kejsersnit – og det er netop en sådan viden jeg gerne vil skabe. Jeg ønsker at belyse emnet ud fra en kvalitativ tilgang, hvor mit formål er at skabe viden om de gravides perspektiv. Jeg vil derfor gerne foretage kvalitative interviews med gravide (første og flergangsfødende etniske danskere) der har fremsat ønske om sectio uden medicinsk indikation. Interviewene vil have karakter af samtaler med meget åbne spørgsmål, der skaber mulighed for at fokusere specielt på den gravides tanker og overvejelser i forhold til fødselsmåde.

De gravide, der er visiteret til samtale med obstetiker på baggrund af anmodning om sectio eller drøftelse af fødselsmåde, vil modtage et brev om min undersøgelse. Jeg foretager to interviews med hver informant. Det første interview skal foregå før den første lægesamtale, medens det andet foretages efter samtalen.

Det er vigtigt for mig at understrege, at jeg ikke har til hensigt at påvirke de gravides valg af fødselsmåde, men udelukkende at forstå hvorfor de ønsker kejsersnit. Undersøgelsen er anmeldt til Datatilsynet og således underlagt deres forskrifter og regler. Både de involverede informanter og det berørte personale er sikret anonymitet.

Hvis der er brug for yderligere information om min undersøgelse så kontakt mig venligst på telefon 6591 3656 eller E-mail: kfaaborg@nal-net.dk.

De bedste hilsner

Kirsten Faaborg

Bilag C: Brev til de gravide

Kære gravide

Tillykke med det ventede barn.

Jeg henvender mig til dig, fordi jeg er ved at skrive speciale ved Syddansk Universitet i Odense. I den forbindelse ønsker jeg at foretage en undersøgelse af nogle af de forhold der har betydning for, at gravide ønsker at få foretaget kejsersnit. Der eksisterer ikke megen viden om dette emne - og det er netop en sådan viden, jeg ønsker at kunne skabe gennem min undersøgelse.

Jeg vil derfor gerne bede om lov til at foretage i alt to interviews med dig. Det første interview ønsker jeg skal forgå inden din første samtale med en fødselslæge på sygehuset. Det andet på et tidspunkt efter samtalen. Fokus i interviewene vil være på dine tanker og overvejelser omkring valg af fødselsmåde. Jeg har **ikke** til hensigt at påvirke dit valg af fødselsmåde, men derimod udelukkende at forstå hvorfor du ønsker kejsersnit.

Du skal vide, at jeg er interesseret i at tale med dig uanset om du vælger eller fravælger kejsersnit, og uanset om du allerede er fuldt besluttet eller ej. Interviewene, der vil have karakter af samtaler, bliver hver af ca. 1 times varighed, og de kan efter dit valg foregå enten i dit eget eller i mit hjem i Odense. Det vigtigste i den forbindelse er, at du føler, at der er tid og ro til samtalen. Jeg har et ønske om at optage vores samtaler på lydbånd.

Undersøgelsen er anmeldt til Datatilsynet - den offentlige myndighed, der kontrollerer og giver tilladelse til at udføre denne type undersøgelser. Undersøgelsen er således underlagt Datatilsynets regler hvilket indebærer, at alle dine oplysninger vil blive behandlet fortroligt. Du vil ikke kunne identificeres i det færdige speciale. Du kan til enhver tid træde ud af undersøgelsen, hvis du alligevel ikke ønsker at deltage i den. Uanset om du vælger at deltage i undersøgelsen eller ej, så vil det ikke få nogen betydning for din fortsatte behandling på sygehuset.

Hvis du vil deltage i min undersøgelse og/eller har brug for yderligere information, er du velkommen til at kontakte mig enten på telefon 6591 3656 eller E-mail: kfaaborg@nal-net.dk. Af hensyn til undersøgelsens kvalitet og mine tidsmæssige rammer er det vigtigt, at du kontakter mig hurtigst muligt for at få en eventuel aftale i stand.

De bedste hilsner
Kirsten Faaborg
Stud.scient.san.

Bilag D: Godkendelse fra Datatilsynet

Vedrørende anmeldelse af: Gravides ønske om kejsersnit uden medicinsk indikation

Ovennævnte projekt er den 13. marts 2006 anmeldt til Datatilsynet efter persondatalovens⁴⁴ § 48, stk. 1. Der er samtidigt søgt om Datatilsynets tilladelse.

Det fremgår af anmeldelsen, at De er dataansvarlig for projektets oplysninger. Behandlingen af oplysningerne ønskes påbegyndt snarest og forventes at ophøre 15. juli 2006.

Oplysningerne vil blive behandlet på følgende adresser: Dronning Louises Vej 23, 5000 Odense C og Syddansk Universitet, Winsløwparken, J.B. Winsløvsvej 19, 2. sal, 5000 Odense C.

TILLADELSE

Direkte 3319 3245
Datatilsynet
Borgergade 28, 5.
1300 København K

Datatilsynet meddeler hermed tilladelse til projektets gennemførelse, jf. persondataloven, § 50, stk. 1, nr. 1. Datatilsynet fastsætter i den forbindelse nedenstående vilkår:

Generelle vilkår

CVR-nr. 11-88-37-29

Tilladelsen gælder indtil: 15. juli 2006

Telefon 3319 3200
Fax 3319 3218

Ved tilladelsens udløb skal De særligt være opmærksom på følgende:

E-post
dt@datatilsynet.dk
www.datatilsynet.dk

Hvis De ikke inden denne dato har fået tilladelsen forlænget, går Datatilsynet ud fra, at projektet er afsluttet, og at personoplysningerne er slettet, anonymiseret, tilintetgjort eller overført til arkiv, jf. nedenstående vilkår vedrørende projektets afslutning. Anmeldelsen af Deres projekt fjernes derfor fra fortegnelsen over anmeldte behandlinger på Datatilsynets hjemmeside.

J.nr. 2006-41-6390

Sagsbehandler
Ane Kallmayer Bach

Datatilsynet gør samtidig opmærksom på, at al behandling (herunder også opbevaring) af personoplysninger efter tilladelsens udløb er en overtrædelse af persondataloven, jf. § 70.

1. Jordemoder Kirsten Faaborg er ansvarlig for overholdelsen af de fastsatte vilkår.
2. Oplysningerne må kun anvendes til brug for projektets gennemførelse.
3. Behandling af personoplysninger må kun foretages af den dataansvarlige eller på foranledning af den dataansvarlige og på dennes ansvar.
4. Enhver, der foretager behandling af projektets oplysninger, skal være bekendt med de fastsatte vilkår.
5. De fastsatte vilkår skal tillige iagttages ved behandling, der foretages af databehandler.

6. Lokaler, der benyttes til opbevaring og behandling af projektets oplysninger, skal være indrettet med henblik på at forhindre uvedkommende adgang.
7. Behandling af oplysninger skal tilrettelægges således, at oplysningerne ikke hændeligt eller ulovligt tilintetgøres, fortabes eller forringes. Der skal endvidere foretages den fornødne kontrol for at sikre, at der ikke behandles urigtige eller vildledende oplysninger. Urigtige eller vildledende oplysninger eller oplysninger, som er behandlet i strid med loven eller disse vilkår, skal berigtiges eller slettes.
8. Oplysninger må ikke opbevares på en måde, der giver mulighed for at identificere de registrerede i et længere tidsrum end det, der er nødvendigt af hensyn til projektets gennemførelse.
9. En eventuel offentliggørelse af undersøgelsens resultater må ikke ske på en sådan måde, at det er muligt at identificere enkeltpersoner.
10. Eventuelle vilkår, der fastsættes efter anden lovgivning, forudsættes overholdt.

Elektroniske oplysninger

11. Identifikationsoplysninger skal krypteres eller erstattes af et kodenummer el. lign. Alternativt kan alle oplysninger lagres krypteret. Krypteringsnøgle, kodenøgle m.v. skal opbevares forsvarligt og adskilt fra personoplysningerne.
12. Adgangen til projektdata må kun finde sted ved benyttelse af et fortroligt password. Password skal udskiftes mindst én gang om året, og når forholdene tilsiger det.
13. Ved overførsel af personhenførbare oplysninger via Internet eller andet eksternt netværk skal der træffes de fornødne sikkerhedsforanstaltninger mod, at oplysningerne kommer til uvedkommendes kendskab. Oplysningerne skal som minimum være forsvarligt krypteret under hele transmissionen. Ved anvendelse af interne net skal det sikres, at uvedkommende ikke kan få adgang til oplysningerne.
14. Udtagelige lagringsmedier, sikkerhedskopier af data m.v. skal opbevares forsvarligt aflåst og således, at uvedkommende ikke kan få adgang til oplysningerne.

Manuelle oplysninger

15. Manuelt projektmateriale, udskrifter, fejl- og kontrollister, m.v., der direkte eller indirekte kan henføres til bestemte personer, skal opbevares forsvarligt aflåst og på en sådan måde, at uvedkommende ikke kan gøre sig bekendt med indholdet.

Oplysningspligt over for den registrerede

16. Hvis der skal indsamles oplysninger hos den registrerede (ved interview, spørgeskema, klinisk eller paraklinisk undersøgelse, behandling, observation m.v.) skal der uddeles/fremsendes nærmere information om projektet. Den registrerede skal heri oplyses om den dataansvarliges navn, formålet med projektet, at det er frivilligt at deltage, og at et samtykke til deltagelse til enhver tid kan trækkes tilbage. Hvis oplysningerne skal videregives til brug i anden videnskabelig eller statistisk sammenhæng, skal der også oplyses om formålet med videregivelsen samt modtagerens identitet.
17. Den registrerede bør endvidere oplyses om, at projektet er anmeldt til Datatilsynet efter persondataloven, samt at Datatilsynet har fastsat nærmere vilkår for projektet til beskyttelse af den registreredes privatliv.

Indsigtsret

18. Den registrerede har ikke krav på indsigt i de oplysninger, der behandles om den pågældende.

Videregivelse

19. Videregivelse af personhenførbare oplysninger til tredjepart må kun ske til brug i andet statistisk eller videnskabeligt øjemed.
20. Videregivelse må kun ske efter forudgående tilladelse fra Datatilsynet. Datatilsynet kan stille nærmere vilkår for videregivelsen samt for modtagerens behandling af oplysningerne.

Ændringer i projektet

21. Væsentlige ændringer i projektet skal anmeldes til Datatilsynet (som ændring af eksisterende anmeldelse). Ændringer af mindre væsentlig betydning kan meddeles Datatilsynet.
22. *Ændring af tidspunktet for projektets afslutning skal altid anmeldes.*

Ved projektets afslutning

23. *Senest ved projektets afslutning skal oplysningerne slettes, anonymiseres eller tilintetgøres, således at det efterfølgende ikke er muligt at identificere enkeltpersoner, der indgår i undersøgelsen.*
24. Alternativt kan oplysningerne overføres til videre opbevaring i Statens Arkiver (herunder Dansk Dataarkiv) efter arkivlovens regler.
25. Sletning af oplysninger fra elektroniske medier skal ske på en sådan måde, at oplysningerne ikke kan genetableres.

Ovenstående vilkår er gældende indtil videre. Datatilsynet forbeholder sig senere at tage vilkårene op til revision, hvis der skulle vise sig behov for det.

Anmeldelsen offentliggøres i fortegnelsen over anmeldte behandlinger på Datatilsynets hjemmeside www.datatilsynet.dk.

Persondataloven kan læses/hentes på Datatilsynets hjemmeside under punktet "Lovgivning".

Med venlig hilsen

Ane Kallmayer Bach