

# Mellem bureaukrati, klient og professionelle idealer

Et professionsteoretisk blik på jordemødres tale om brug af teknologier til at høre hjertelyd

**Niels Sandholm Larsen, Helle Johnsen & Kristian Larsen**

Between Bureaucracy, Clients and Professional Ideals – a Sociological Approach to Midwives' Experiences Monitoring Fetal Heartbeat Using Different Technologies.

This article examines professionals' perspectives on shifts in status of technologies. The article builds on data from focus group interviews with Danish midwives. Interviews revolve around midwives experiences using two technologies to listen to fetal heartbeat, the classical Pinard and the electronic Sonic Aid. These technologies are presently questioned by the Danish health authorities as well as obstetric research, due to their inability to produce valid clinical data. This issue however, goes beyond the mere attrition of technologies and lack of clinical effect. Drawing on Freidson, Foucault and Bourdieu, data analysis shows that professional reasoning and legitimization related to the use of the two technologies, is enacted in a field of cross pressures from organizational efficiency demands, evidence based medicine, professional values and client interests. Furthermore, data analysis illustrates how professional priorities and accounts refer to structural conditions and transformation processes influenced by new technologies, different forms of knowledge, institutions and their professions.

**Keywords:** Professional studies, midwifery, technology, consumers, forms of knowledge, legitimation.

## Perspektiv

Professioners prestige påvirkes i positiv retning af at udbyde effektive og socialt accepterede teknologier og regimer. Omvendt har anvendelse af teknologi og regimer, som anses for at være mindre effektive, en negativ indflydelse på professioners prestige og markedsværdi. Medlemmer af professioner har derfor en interesse i at benytte sig af viden og teknologi, som bredt anerkendes som effektiv og socialt acceptabel (Abbott 1988).

Sammenhænge mellem efterspørgsel, effektivitet og prestige er kompleks, men bekræftes i empirisk funderede studier af det sundhedsfaglige område. Her ses at eliten beflitter sig med prestigegivende problemkomplekser og teknologier. Omvendt er lavere positionerede aktører i det medicinske felt bundet til teknologier,

klienter og problemkategorier, som tilskrives en relativt lavere prestige (Burrage & Torstendahl 1990; Abbott 1988; Larsen 2013). Stat og felter relateret til sundhed er under transformation, med relaterede bevægelser mellem sektorer, institutioner, professioner, teknologier og klienter, herunder nye krav om produktion og anvendelse af viden relateret til sundhedsområdet (Larsen & Esmark 2013). Det er en grundlæggende teoretisk antagelse, at en række faktorer er inter-relaterede på en sådan måde, at f.eks. brugerkrav, udvikling af teknologier, professionsstrategier, organisatoriske forhold og statsligt-bureaukratiske forhold interagerer med hinanden på en subtil, men også eksplicit måde. Der er bånd og skjulte forbindelser på tværs, dvs. mellem relationer af professioner, relationer af specialer og relationer af teknologier osv. Der er tale om en strukturel homologi mellem de respektive subfelter af sundhedsprofessioner, subfelter af specialer, subfelter af artefakter (Larsen 2013).

I medicinsk felt er medicinske specialer, sygdomme, teknologier, institutioner, professioner og patientkategorier forbundet og hierarkiseret (Album 1991; Album & Westin 2008). Det beskrives fx af Album: ”Det vil si at spesialiteter, som er handlingsorienterte, gjerne radikale, i sin tilnærming til sykdom, spesialiteter som arbeider med objektiv dagnostikk og en naturvitenskapelig årsaksforståelse, gjør bruk av mye, avansert og kostbart teknisk utstyr, arbeider med akutte, dramatiske og livstruende sykdommer i ærbare organer på forholdsvis unge mennesker, vil komme høyt i hierarkiet” (Album 1991). Disse klassifikationer har været inspiration for studier via begrebet om strukturel homologi og viser, hvordan hierarkiet af medicinske teknologier, hierarkier af sygdomme og interventioner – også er internaliserede hos de professionelle fx som ’helligt’/’profant’, ’sikkert’/’usikkert’ (Larsen 2008).

I et Latour inspireret studie viser Mol, hvordan teknologi indgår i konstruktioner af objekter og viden i medicinsk praksis. I denne tradition ses sygdom og symptomer som praktiseret. Sygdomme og viden om sygdomme konstrueres i et væv af sociomaterielle praksisser. Mol undersøger, hvad artefakter bringer ind i en praksis, hvordan artefakter indgår i konstituering af kroppe, hvordan sygdomme konstitueres i sammenfletning af tegn og symboler. En case drejer sig om brugen af en ultralydsbaseret lytte-teknologi, doppleren, der anvendes til at lokalisere og graduere åreforkalkning i patienters ben. Om doppleren skriver Mol: ”It sends out ultrasounds and receives the reflections back again. If ultrasound is reflected by an object that is moving away its reflections have longer wavelength than the ultrasound emitted – and vice versa. This is the Doppler-effect. The apparatus (to which the probe is attached) makes the difference between emitted and received waves audible. The technician moves the probe around until she’s found the artery. We can all hear when she does....” (Mol 2002: 60). Mol påviser, at doppleren indgår i forskydninger af medicinsk praksis. Gennem anvendelse af teknologien forskydes klinisk praksis fra at lytte til eller mærke blodtryk i et ben til at måle blodtryk i et ben (Mol 2002). Brug af ultralydsbaserede teknologi indgår endvidere i rangordning af kliniske data. Det beskrives, at patienters subjektive smerteop-

levelse underordnes måleresultater, der genereres ved hjælp af doppleren. I det kliniske arbejde tilskriver sundhedsprofessionelles måleresultater således større sandhedsværdi end patientens subjektive fremstilling af problemer med gangfunktion og smerter. Hos Mol ses inspiration fra Michel Foucaults arbejder. Her hedder det, at viljen til viden hviler på et fintmasket net af institutionelt understøttet praksisser, der tilsammen udgør et eksklusionssystem til hierarkisering af viden, mennesker og teknologier (Foucault 2001).

At lytte til hjertelyd forbindes traditionelt med jordemødre og jordemoderfaget, og i et mikropolitisk perspektiv kan træstetoskopet karakteriseres som del af jordemødres identitetsudstyr (Goffman 2001). I denne artikel fokuseres på jordemødres forhandlinger og erfaringer knyttet til brug af træstetoskopet og doptonen. Dette perspektiv er interessant, idet de to teknologiers legitimitet aktuelt er under pres. Teknologiernes effektivitet i svangrekontrollerne drages i tvivl af danske sundhedsmyndigheder. Både træstetoskop og doptone tilskrives ringe værdi som redskaber til at producere valide kliniske data. Rutinemæssig lytning af hjertelyd ved svangrekontroller tilskrives primært emotionel værdi. Sundhedsstyrelsen skriver således i ”Anbefalinger for Svangreomsorgen”: ”Der er ikke dokumenteret klinisk værdi ved rutinemæssigt at lytte efter hjertelyd (træstetoskop eller doptone) hos en gravid, der mærker liv dagligt. Det kan dog have psykologisk betydning [ ... ] og da kan Doptone anvendes i stedet for træstetoskop.” (Sundhedsstyrelsen 2013: 107).

Denne undersøgelse indgår i et større norsk-dansk studie (PHLEGETHON) om transformationer af velfærdsstat, professioner, klienter, teknologier og viden. Med afsæt i fokusgruppeinterviews med jordemødre undersøges professionelles ræsonnementer relateret til de igangværende forskydninger af teknologiernes legitimitet.

### **Historik og stridigheder om lytteteknologier i det jordemoderfaglige område**

På jordemoderområdet kan stabilitet og forandringsprocesser også beskrives. Lægen og jordemoderen er eksperterne og den kommende moder er lægmand, om end dog mere og mere som subjekt i processen end for 50 år siden. Jordemodereskab har gennem flere hundrede år gennemgået store forandringer. Det ses eksempelvis i Fjells periodiseringer og analyser fra hjemmefødsler med hjælpe- og nærkoner til fødsler og jordemodereskab i højteknologiske sammenhænge i Norge (Fjell 1996). Hun viser samarbejde og kampe mellem autoriserede jordemødre og hjælpekoner og mellem læger og jordemødre. Fjell beskriver, hvordan den moderne fødsel pågår i et spændingsfelt mellem høj og lavteknologi, det unormale og normale, medicinens og hverdagslivets stemme og mellem risikotænkning og tilid til det naturlige.

Hvor træstetoskopet kan beskrives som eksklusivt og forbeholdt sundhedsprofessionelle, så forholder det sig omvendt for de nyere lytteteknologier, som kan ses som ”demokratiske og socialt tilgængelige”. De nye teknologier er enkle at anvende og tilgængelige for både professionelle og lægfolk. Der placeres en ’mikrofon’/ transducer på maven, hjertelyden forstærkes og gengives i en højttaler,

således, at flere kan høre hjertelyden samtidig. De ultralydsbaserede teknologier udbydes i lighed med andet medico teknisk udstyr til lægfolk til selvmonitorering. Salg og leje af doptone kan ses i annoncer, her benævnes doptonen eksempelvis som ”Angelsound” og promoveres på kommercielle hjemmesider og i magasiner henvendt til vordende forældre. Her kan blandt andet læses at: ”Doptone er utrolig populær i USA og England, og anvendes flittigt af familier og gravide til at opleve barnet i den gravides mave; men også i Danmark har den bidt sig fast, og man kan på flere hjemmesider læse omkring danske familiers positive oplevelser med at lytte til barnet. Her eksempelvis på MinGraviditet.dk. Desuden anvendes den føtale doppler bredt af jordemødre, og er bl.a. fast inventar på helsecentre i Norge.” ([http://www.mingraviditet.dk/artikler/artikler\\_4.htm](http://www.mingraviditet.dk/artikler/artikler_4.htm)). De ultralydsbaserede teknologier udfordres ligeledes af mobiltelefoner, da der kan downloades apps, som kan optage, lagre og gengive hjertelyd (fx ’My babys beat’).

Det tragtformede træstetoskop (pinarden) stammer fra 1816 og blev oprindeligt benyttet til at diagnosticere hjerte- og lungesygdomme. Omkring 1820 introduceres træstetoskopet i obstetrikken (Jacobsen & Larsen 2007; Clausen 2011). Træstetoskopet kan beskrives som ’low tech’, det er tragtformet og typisk fremstillet af træ. Først i graviditeten kan hjertelyden være vanskelig at lokalisere med træstetoskopet, ligesom fostrets og moderens hjertelyde kan forveksles. Brug af træstetoskop forudsætter således håndlag og fysisk tæthed mellem klient og den professionelle. Under manøvren presses træstetoskopet mod maven og jordemoderen placerer sit øre ved den modsatte ende af træstetoskopet ca. 30 cm over klienten. Herefter fortager jordemoderen en vurdering af hjertelydens frekvens og variabilitet.

Ultralydsbaserede lytteteknologier blev introduceret i medicinsk praksis for ca. 50 år siden. Doptonen, eller den føtale doppler har et udseende, der minder om en lille båndoptager med mikrofon. Ultralydsbaserede teknologier kan betjenes af klienten selv eller af en hjælper.

En indholdsanalyse af udgaver af en klassisk angelsaksisk lærebog for jordemødre, *Textbook for Midwives*, viser forskydninger over tid i lyttepraksis og stridende positioner indenfor jordemoderfaget. Analysen omfattede 13 udgaver af værket fra perioden 1953 til 1999 (Lewis & Rowe 2004). Træstetoskopet beskrives frem til 1964 som jordemødres primære teknologi til rutinemæssige kontroller af hjertelyd hos gravide og under fødsler. I 1964-udgaven hedder det, at elektroniske teknologier til overvågning af hjertelyd kan anvendes i højrisiko tilfælde som en sikkerhedsforanstaltning ved forventning om usædvanlig belastning af barnet under fødslen. Træstetoskopet beskrives i denne periode fortsat som den primære teknologi til kontrol af barnets tilstand under normale fødsler. Doptonen eller ”Sonic aid” nævnes første gang i 1972 udgaven. Doptonen beskrives her som en teknologi, der kan benyttes til at konstatere graviditet fra 10. graviditetsuge. I samme periode udbredes systematisk teknologier til kontinuerlig elektronisk overvågning af veer og hjertelyd ved normale fødsler.

I udgaverne fra 1981 og 1985 fremføres en række reservationer i forhold til brug af træstetoskopet. Teknologien anses nu for at have begrænsninger som sikkert klinisk grundlag til at bedømme barnets tilstand. I de nyeste udgaver er fokus forskudt til en forhandling mellem jordemoder og den fødende om valg af teknologier i en afvejning mellem den gravides præferencer og det jordemoderfaglige hensyn (Lewis & Rowe 2004).

Andetsteds i litteraturen stilles spørgsmålstejn ved rationelle kliniske begrundelser for, at der rutinemæssigt lyttes efter hjertelyd ved svangrekonsultationer, hvad enten det er ved hjælp af træstetoskop eller doptone. Blake skriver eksempelvis, at doptonen bør foretrækkes, hvis man er opmærksom på dens begrænsninger. Træstetoskopet beskrives samtidig som et skattet jordemoderfagligt symbol, som jordemødre dog må acceptere at opgive, da det har alvorlige begrænsninger og derfor ikke længere tjener patienternes bedste (Blake 2008).

Både doptone og træstetoskopet rapporteres at have mulige skadelige følger-virkninger. En af de dominerende kritiske positioner tager afsæt i bekymringen for potentielle fosterskader ved brug af ultralydbaserede teknologier (Blake 2008). En anden mere brugerorienteret position beskriver ulemper ved træstetoskopet, da gravide kan opleve ubehag ved at træstetoskopet presses mod maven (Mahomed et al. 1994).

Clausen argumenterer for træstetoskopet som et 'multipelt' artefakt. Træstetoskopet beskrives blandt andet som en forlængelse af jordemoderens krop. Jordemoderen lytter, tyder og oversætter lyde fra kroppens indre. Ifølge Clausen benyttes træstetoskopet som en medicinsk teknologi, en forbindelsesskabende teknologi og som en teknologi, der kan anvendes til at bibeholde barnet inde i kvindens krop. Clausen påpeger, at fordi træstetoskopet tjener flere formål, så er det uforeneligt med standarder for sikker viden i medicinsk forskning. Det hedder, at: "Det randomiserede undersøgelsesdesign tillader ikke, at redskaber kan være multiple og evidensbaserede retningslinjer kan derfor uforvarende bidrage til at afskaffe produktive hverdagspraksisser" (Clausen 2011).

Over tid kan således iagttages, at teknologierne gennemgår en deroute. Træstetoskopet beskrives tidligere som primært redskab. I efterkrigstiden vinder elektronisk baserede teknologier frem i obstetrikken og doptonen anerkendes som et mere effektivt redskab end træstetoskopet. Samtidig stilles spørgsmålstejn ved det kliniske rationale i at lytte til hjertelyd ved rutinemæssige kontroller af gravide. I takt med teknologiernes udbredelse til lægfolk, kan beskrives en parallel proces, hvor vurderingen af teknologiers status nedtones i den jordemoderfaglige litteratur og hvor teknologiernes status og anvendelighed bedømmes forskelligt af positioner i feltet.

### **Teori og metode**

Tilgangen er teoretisk-empirisk, i den kvalitative undersøgelse inddrages empirisk materiale fra tre fokusgruppeinterviews med 9 danske jordemødre fra fire forskellige større fødeafdelinger på henholdsvis Sjælland og Fyn. Der er valgt fokus-

gruppeinterviews, da interessen er at konstruere empirisk materiale, der kan belyse forhandlinger og positioneringer mellem professionelle. De interviewede jordemødre havde mellem 1½ og 29 års professionserfaring. Jordemødre blev initialt forsøgt rekrutteret gennem Jordemoderforeningens hjemmeside. Grundet manglende tilmeldinger blev jordemødre efterfølgende rekrutteret via opslag på forskellige fødeafdelinger. Jordemødre blev tilbudt kompensation på 200 kr. for transport- samt interviewtid. Informanterne blev garanteret personlig og institutionel anonymitet.

Omdrejningspunktet for interviewene var jordemødrenes erfaringer med at arbejde i svangrekonsultationer. Interviewene blev gennemført af forfatterne (HJ og NSL) ud fra en semistruktureret guide og varede ca. en time. De blev optaget og fuldt transskriberet. Interviewguiden involverede spørgsmål om de sundhedsprofessionelles uddannelse og praksiserfaringer samt spørgsmål om hvilke former for viden de anvendte i deres professionelle arbejde. Jordemødrene blev blandt andet spurgt til hvordan evidens, institutionelle instrukser, manualer, egne erfaringer og klienters viden indgik i deres arbejde samt om diskrepans mellem vidensformer.

Analysen har været abduktiv i den betydning, at der er tale om en bevægelse mellem deduktivt at relatere det empiriske materiale til de teoretiske tilgange og arbejdsantagelser, operationaliseret i guides mv., og induktivt at være sensitiv på indspil fra informanternes konstruktioner af virkeligheden. På den måde bevæger analysen sig mellem meningskondensering i forhold til udvalgte kategorier og mere sonderende og eksplorative tilgange.

Initialt i analysen er det transskriberede materiale organiseret omkring tre temaer inspireret af Freidson. Temaerne er accounts relateret til en 'bureaukratisk rationalitet', en 'markedsrationalitet' samt accounts, der adresserer en 'professionsrationalitet' (Freidson 2001).

Den bureaukratiske rationalitet relaterer til, at det professionelle arbejde legitimeres i en organisatorisk kontekst. Markedsrationaliteten relateres til jordemødres markedssituation som udbydere af sundhedsydelser i konkurrence med andre aktører. Endelig handler professionsrationalitet om jordemoderfagets vidensgrundlag, faglige idealer og traditioner, der legitimeres og reproduceres i et fagligt fælleskab.

### **Bureaukratisk sfære**

Af interviewmaterialet fremgår det, at der foreligger lokale og nationale instrukser om, at der ikke bør lyttes efter hjertelyd ved den første kontrol i jordemoderkonsultationen. Årsagen til dette er, at der er stor usikkerhed forbundet med at lytte efter hjertelyd først i graviditeten. Medens materialet indikerer, at yngre jordemødre forbinder Sundhedsstyrelsens anbefalinger med de pligter, der påhviler jordemødre, viser materialet samtidig, at mere erfarne jordemødre tillægger denne anbefaling begrænset betydning. På tværs af materialet beskrives det som del af en jordemoderfaglig tradition at lytte til hjertelyd:

Det har vi direkte fået besked. Det står dels i vores retningslinjer. Sundhedsstyrelsens retningslinjer siger, at vi ikke skal lytte hjertelyd overhovedet. Men det kan vi så ikke lade være med. Fordi det simpelthen ligger i traditionen at vi skal lytte. Men derudover så har vi faktisk op til flere gange, tror jeg, fået mails, og jeg tror endda også at det står i vores specielle retningslinjer her, om at vi ikke skal lytte hjertelyd første gang de kommer. Fordi vi ikke kan forvente at finde den. (Jordemoder H, FGI 3)

Udfordringen med at lytte hjertelyd først i graviditeten drejer sig i mindre grad om tekniske vanskeligheder med at høre selve hjertelyden, men mere om de følgevirkninger, der udløses hvis jordemoderen ikke kan høre hjertelyd. Manglende hjertelyd kan være tegn på, at fostret ikke længere lever. Usikkerhed i forhold til at høre hjertelyd først i graviditeten forbindes også med risiko for at skabe unødigt bekymring hos den gravide.

I det bureaukratiske perspektiv udgør økonomi en central rationalitet, som også er meget virksom i striden om brug af teknologier blandt jordemødre. Et økonomisk argument er, at hvis jordemoderen ikke hører hjertelyd, så tilsiger institutionelle logikker, at der bør tilbydes ekstra og mere omkostningsfulde undersøgelser af den gravide. Undersøgelserne har primært til formål at tilvejebringe viden om fosterliv samt at berolige den gravide kvinde.

Kun den første gang, hvor de er måske fra 12-16-17 uger. Senere er det ikke noget problem at lytte. Altså, jeg tror da også at stort set alle som får en første. Altså en gravid første gang og hvor hun måske er 18-20 uger så kan vi jo ikke lade være. Så kan vi jo også næsten 100 % finde den.[...]

Det er de her tidlige der er problemet. Vi er blevet bedt om at lade være [at lytte med trærør]. Fordi hvis vi ikke kan finde hjertelyden så skal de simpelthen til scanning. Og de bliver ikke glade, det gør de altså ikke. For at få en ekstra scanning pga. at jordemødrene ikke kunne høre hjertelyd. (Jordemoder H, FGI 3)

Et rationelt klinisk argument i tråd med det som fremføres af Sundhedsstyrelsen er, at hjertelyden tidligt i graviditeten er et øjebliksbillede, som ingen dokumenteret klinisk værdi har, i forhold til at vurdere barnets fremadrettede levedygtighed. I interviewet anerkender en jordemoder, at lytte praksis først i graviditeten har begrænset klinisk værdi, men dette holdes op imod ønsker fra gravide kvinder om at 'blive lyttet på maven':

Jeg tror da også den anden vej rundt. Der er jo rigtig mange gravide der har en ide om, at når vi har lyttet en hjertelyd så er alt fint. Altså, det kan jo være svært så at sige til dem der er bekymret i hvert fald, at det kun er et øjebliksbillede. Når du går ud på gaden så kan der jo sker alt. Det siger man jo ikke. Men

det er meget det her med: 'Jamen jeg har jo været til jordemor og hun har lyttet og alt er fint...'. (Jordemoder F, FGI 3)

Et andet væsentligt forhold handler om at dokumentere arbejdet. Som andre sundhedsprofessionelle mødes jordemødre med krav om, at de skal dokumentere arbejdet, dels for at demonstrere produktivitet, men også som led i reduktion af patientklager, et moment som ikke mindst læger tillægger øget opmærksom efter oprettelse af Patientombuddet mv. (Bayer et. al 2002; Bayer & Larsen 2007). Her har det obstetriske felt historisk set været længere fremme end mange andre specialer (Parker & Lawton 2000). I forhold til jordemoderarbejdet har både træstetoskopet og doptonen svagheder sammenlignet med andre teknologier til overvågning af fostret i graviteten. Særligt træstetoskopets eksklusivitet fremhæves som en svaghed i forhold til at dokumentere faglige handlinger og beslutninger. Udfordringen med at dokumentere fosterhjerteraktion imødekommes blandt andet ved anvende doptonen og lade den gravide 'lytte med'. "Der dokumenterer vi på vandrejournalen, at vi har lyttet og den gravide har jo også hørt det og vi bruger i høj grad doptone, så de også selv kan høre det, de her gravide (...). Det er indtil videre i hvert fald nok, også for patienterne" (Jordemoder H, FGI 3).

På fødegangene forholder det sig anderledes. Her har jordemødrene under supervision af lægerne adgang til mere komplicerede teknologier i form af cardiocografer (c.t.g.) og ultralydsapparater. Følgende sekvens illustrerer, at CTG-teknologien med at 'køre en strimmel' i højere grad opfattes som vægtig og valid dokumentation:

Interviewer: Hvad kan den her strimmel som I ikke kan med jeres hænder og jeres øre?

Jordemoder: Den kan på papiret dokumentere noget som andre kan være med til at vurdere, hvorimod når det kun er mit øre, så er det min vurdering. Så det er sådan nærmest kvitteringen. Vores læger kommer jo også og laver en lille krusedulle og siger 'den er fin. Det er okay'.

Jordemoder: Hvis vi er usikre på at den er i orden.

Interviewer: Kvitterer du selv på den?

Jordemoder: Så putter jeg den i journalen med god samvittighed fordi jeg ved at den er okay.

Jordemoder: Det er et slags bevis på at barnet har det godt. Altså på sådan en strimmel, der kan man følge barnets hjertelyd over måske 20 min eller en halv time og så kan man se hvordan den skifter hele tiden, hvordan den udvikler sig, hvordan barnet reagerer i forhold til veerne. Der er sådan nogle. Det fortæller en lille smule mere om hvordan barnet har det end hvis vi bare lytter med træror eller en 'doptone'. (Jordemoder F, FGI 3)

Bureaukratiet kræver, at der kan fremlægges bedst mulige godtgørelser eller beviser som grundlag for dokumentation for professionelle beslutninger eller handlinger.

ger. Det er i den forbindelse en svag bevisførelse, når det er hvad den professionelle erfarer gennem sin egen hørelse via træstetoskopet og verificeringen af hjertelyd kun kan bekræftes af jordemoderen selv. Omvendt forligger der stærk dokumentation i form af et papirmæssigt og illustrativt artefakt såsom disse 'strimler', der, som det formuleres, fungerer som 'kvittering'. Det professionelle arbejde integrerer kontinuerligt elementer, som udgør historiske produkter fra tidligere kampe i feltet, fx indspil fra etiske råd, patienter (Patientombuddet), kampe mellem medicinske specialer, læge-jordemoderkampe og også mere overordnet effekter af det Wacquant kalder "*regelproducerende organer*, såsom kabinetter, ministerier, departementer, administrative bestemmelser, kontorer for dette eller hint." (Wacquant 1993). Her ses et tydeligt eksempel på det, som jf. Bourdieu og kollegernes (1999) analyse af statens transformation siden 1970'erne og 1980'erne og den påbegyndte *konservative revolution*, også kan kaldes den ny liberalistiske reorganisering af staten. En proces der, som Bourdieu påviser, svækker statens 'venstre hånd' (sociale, uddannelse, sundhed) til fordel for dens 'højre hånd' (økonomi, politi, retsvæsen) (Hammerslev et al 2010).

### Markedssfære

Jordemoderarbejdet som professionel praksis er med Friedson tillige positioneret i en markedssfære, dvs. hvor aktørerne er virksomme på et marked, eller i et felt hvor deres kreditter skal afsættes (Freidson 2001). Det er ikke jordemødrene, der selv fastsætter værdien af deres arbejde, hvilket i en Bourdieusk optik vil ækvivalere en afvejning af felt (marked) i forhold til kapital (ressourcer, jordemoderkapital). Jordemødrene opererer på et marked, der er under forandring og skærpet på grund af faldende efterspørgsel som følge af faldende fødselstal og hvor de gravides mulighed for valg af fødested har øget konkurrencen mellem de offentlige udbydere af svangreydelser.

Markedet – fx motiveret af brugerbehov – kan således øge nødvendigheden af fx at kunne fremvise fine, billedmæssige, grafiske og lyd-mæssige dokumentationer af det nye liv. Også selv om disse dokumenter har sekundær karakter (det er målinger af liv, ikke liv), at de er tidsspecifikke (de måler nogle sekunder eller minutter og ikke minutter før/efter), at de måler under specifikke sammenhænge (i klinikken oftest når kvinden er i ro og ikke f.eks. når hun løfter ting eller cykler), at de er brugerrettede (de viser mere hvad brugeren ønsker end nødvendigvis, hvad der er faglig bevisførelse).

Hensyn til klienter er centralt i de faglige værdier som præsenteres i materialet. På tværs af materialet fremhæves det som en professionel værdi, at primært den fødende, men også barn og familie beskrives som omdrejningspunkter for jordemoderens faglige aktiviteter. Der er flere dimensioner i respondenternes italesættelse af klientinteresser. Som væsentlige værdier fremhæves, at fødsler forløber naturligt og at der undgås skader på mor og barn. Samtidig betones relationerne mellem jordemoder og klient som centrale. Målet er at jordemoderen samarbejder med klienten, samt at der opstilles fælles mål for forløbet:

... altså det at en kvinde føder og kan føde. At hun kommer godt igennem det, får et dejligt barn, og selv ikke bliver skadet på nogen måder. Det ved vi efterhånden hvordan man gør, og vi skal prøve at fokusere på det at blive samarbejdspartnere med de gravide og fødende. Til enhver tid ramme dem, og finde det vi har af fælles mål, så kommer vi godt igennem det. (Jordemoder C, FGI 2)

Gode kerneværdier er at sætte fagligheden højt. At sætte patienten, eller det er jo ikke patienter, men den gravide, den fødende i centrum. Holde det på et normalt niveau. Familien og sådan nogle ting. Det er gode kerneværdier for mig. (Jordemoder D, FGI 2)

En anden dimension knytter sig til æstetiske aspekter, her betones det at klienten skal have en god oplevelse;

Vi har nok meget fokus på, altså når man snakker med folk i byen, er det selvfølgelig vigtigt at moren har det godt, og barnet har det godt efter fødslen. Men jeg tror næsten vi er begyndt at tage det for givet, i hvert fald tæt på. Hvor vi har meget fokus på, jamen det må også gerne være en god oplevelse at blive forældre. Selvfølgelig skal de andre ting være i orden først, for ellers kan det jo heller ikke blive en god oplevelse. Men det er også det jeg tænker som kerneværdier. Det der med, som du siger, at tage udgangspunkt i, hvor folk er, og hvad der skal til for at de får en god oplevelse. (Jordemoder E, FGI 2)

Hensyn til den gode oplevelse er også i spil i forhold til brug af henholdsvis træstetoskop og doptone. I materialet gives eksempler på, at gravide bliver skuffet eller føler sig afvist, hvis jordemødrene undlader at lytte. Kvinderne efterspørger en lyttepraksis, som er socialt tilgængelig. Her er et pres fra brugerne om selv at kunne lytte med og her har træstetoskopets eksklusivitet en åbenlys ulempe i forhold til de gravides præferencer: ”Hvis jeg som jordemoder lytter med træstetoskopet så bliver der spurgt: ’Har du ikke sådan en, så jeg også kan høre med?’”. Jeg har sådan et kunde-opland, som alle sammen kommer med deres mobiltelefoner, de skal have optaget sådan 20 sekunder [af hjertelyden] (Jordemoder G, FGI 3).

Samtidig producerer disse handlinger, iværksat for at imødekomme brugerinteresser, udfordringer, såfremt handlingerne ikke kan fuldføres med et succesfuldt resultat. Jordemoderen risikerer at skuffe den gravides forventninger om bestemte former for jordemoderfaglige serviceydelser: ”Hvis man ikke kan finde den [hertelyden] og eller så er der jo nogle gange hvor man har lyttet den første gang og tænkt, hvorfor gjorde jeg også det?” (Jordemoder G, FGI 3).

I takt med at sundhedsfaglige ydelser generelt udfordres af økonomiske restriktioner opstår der, for jordemødrenes vedkommende, også nye markedsandele i regi af alment praktiserende læger. Både praktiserende læger og jordemødre vare-

tager svangrekontroller af gravide. Jordemødrene ansættes af praktiserende læger til at varetage helbredskontrollerne af de gravide, der tilhører den pågældende lægepraksis. Ifølge jordemødrene, et resultat af at praktiserende læger har vedkendt sig jordemødrenes særlige ekspertise, det hedder at: ”Så går de i stedet for at gå til læge, så går de faktisk lige til jordemoderen, som er ansat af lægen, det er jo et eller andet, tror jeg, i erkendelse af i hvert fald, i de enkelt lægehuse, erkendelse af, at det her, det ved de [jordemødre] altså rigtig meget mere om....” (Jordemoder I, FGI 3).

Ifølge jordemødrene mangler de praktiserende læger både kompetence til at yde omsorg for den gravide, men også jordemoderfagligt håndlag. Sidstnævnte kommer til udtryk i lægernes manglende kompetence til at vurdere fostret: ”Men jeg synes også at jeg oplever egen læge i udfyldelse af der hvor der skal stå ’fosterskøn’, der har de bare lavet en streg. De har slet ikke vurderet fosteret fordi det kan de ikke” (Jordemoder A, FGI 1).

I svangrekonsultationerne praktiserer jordemødrene forholdsvis autonomt inden for eget virksomhedsfelt. I lægepraksis er jordemødrene derimod organiseret under lægernes ansvar. Selvom jordemødre og praktiserende læger varetager identiske undersøgelser af gravide, er der samtidig forskelle i de professionspecifikke rettigheder. Medens praktiserende læger har bemyndigelse til at udskrive medicin og henvise gravide til specialister, er jordemødrenes ordinationsret stærkt begrænset. Fra jordemødrenes perspektiv er lægeansættelserne udtryk for en vunden kamp. I et historisk perspektiv er lægeansættelserne snarere et billede på stabilitet i jordemødrenes subposition til lægerne. Samtidig viser udviklingen, at jordemoderkapital bliver omsættelig til økonomisk kapital hos alment praktiserende læger qua forskellene i de offentlige takseringer til henholdsvis læger og jordemødre.

### **Professionssfære**

I materialet forekommer forskellige vurderinger af træstetoskopets og doptonens kvaliteter i svangrekonsultationen. På tværs af udsagnene er det gennemgående, at lyttepraksis ses som en integreret del af en jordemoderfaglig tradition.

... Ja det er faktisk lige præcis sådan det er. Jamen den faglige tradition er jo nok opstået ved, at det er det man kan. Det er det middel vi har til, for os selv, at finde ud af, at det her barn har det godt. Vi kan mærke på maven, vi kan skønne hvor stor den er i forhold til hvor langt hun er inde i graviditeten, vi kan spørge om hun mærker liv og så kan vi lytte. Det er vores midler til at finde ud af: Har det her barn det godt. Så det er traditionen, at det gør jordemødre, fordi det er det vi kan. (Jordemoder G, FGI 3)

En væsentlig forskel mellem træstetoskopet og doptonen er træstetoskopets forbindelse med klinisk erfaring og ’høre-ekspertise’. Her beskrives jordemoderens øre som et intuitivt redskab og som en kilde til kropsbåren viden som akkumule-

res over tid i jordemoderfaglig praksis: "... jeg tror det er en fingerspidsførelse, hvis man kan kalde det med øret? Ørespids..." (Jordemoder I, FGI 3).

Træstetoskopet fungerer som en forlængelse af jordemoderens krop (embodiment relation) både konkret og historisk. Brugen af det givne artefakt har således en lang historik og den er helt sammenvævet med hvad en jordemoder er. Man kan således ikke adskille træstetoskop og jordemoder. Fagligheden er symbolsk ophobet i betegnelsen og autoriteten som jordemoder og den knytter sig ikke mindst til træstetoskopet som materialitet. Træstetoskopet fungerer næsten som et ikon, dvs. som et religiøst billede eller symbol på jordemoderskab. Denne konstruktion, der sammenbinder træstetoskopet og jordemoderen, fungerer som grundlæggende relationer, der er virksomme hos jordemødre (for eller imod teknologien) og ikke mindst hos kommende forældre, som også kan have præferencer for og imod den naturlige lytten, elektrobølger osv. I det empiriske materiale fremhæves forskellige kvaliteter ved de informationer som produceres gennem denne lyttepraksis. En erfaren jordemoder fremhæver her, at træstetoskopet er en særlig værdifuld kilde til informationer, der ikke kan leveres af ultralyd eller strimler:

Ja, men jeg lytter med træøret hver eneste gang og det er fordi jeg synes at træøret giver mig nogle helt andre impulser i øret end doptone [ultralydsapparatet] gør. Og derfor har jeg det meget med [at lytte] fordi det er en ekstra information man får. Det kan ikke dokumenteres og det er jeg sådan set ligeglad med, fordi det er nok for mig. For jeg hører rytmen og jeg hører betoningen, det er ligesom et stykke musik, et eller andet sted. Man kan godt høre om det lyder rigtigt og det kan du ikke med doptone, fordi den kun fanger signalet... Du kan ikke høre slagkraften eller livet i den, i Doptone, så jeg lytter altid først og så lytter jeg med doptone bagefter... jeg har altid lytterøret under armen. (Jordemoder I, FGI 3)

Men professionens indlejring i et felt, som også involverer et subfelt af teknologier (Larsen 2008), dvs. med en vifte af mulige teknologier til rådighed, åbner også for – og man kunne sige nødvendiggør – stridigheder og distinktioner internt herom. Ideen om at træstetoskopet er adgang til særlige kvalitative informationer, står således ikke uimodsagt i materialet: "... så tænker jeg bare, at der er rigtig mange jordemødre, som sådan siger det der... Altså jeg har ikke den oplevelse selv, at jeg kan høre noget andet med træstetoskopet, selvom jeg har brugt det i mange år..."(Jordemoder G, FGI 3).

Blandt jordemødre, uden adskillige års erfaring med at anvende træstetoskopet, indikerer materialet endvidere, at lyttehandlingen kan anskues som sekundær i forhold til andre jordemoderydelser. Her drejer det sig mere om jordemødrenes mulighed for at skabe en tillidsfuld relation til den gravide: "Det der er udfordringen, det er mere den psykologiske del af det. Alt det fysiske, det er jo det vi er

uddannet til... At kunne mærke på de der maver, hvor store er babyerne? Og måle blodtryk er jo a piece of cake” (Jordemoder D, FGI 2).

Samlet set indikerer materialet, at skønt træstetoskopet forsyner jordemødre med informationer, så er de samtidig ved at vænne sig af med at bruge det. Om træstetoskopets fremtid hedder det: ”Man kan da også sige, at i Danmark, nå men så falder det sikkert ud, hvis man ikke holder det ved lige, som du gør og som nogle af mine kolleger gør. Ja, jeg tror det forsvinder som en evne. Men hvis du skal et eller andet sted hen ude i verdenen, så ville det være en rigtig, rigtig dejlig ting at kunne”. (Jordemoder G, FGI 3)

Den forventede udfasning af træstetoskopet har dog aktuelt ikke betydning for jordemoderstuderende, det hedder at nye i professionen fortsat skal lære at anvende træstetoskopet, idet ”det er en del af det at være jordemoder, at kunne bruge et træstetoskop” (Jordemoder G, FGI3).

## Diskussion

Overordnet viser materialet at pres på træstetoskopet håndteres forskelligt af jordemødrene, hvilket flugter med positioner i den jordemoderfaglige litteratur.

Nogle jordemødre rapporterer, at de følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger og undlader således helt at lytte efter hjertelyd ved første jordemoderkontrol. Andre jordemødre lytter efter hjertelyd fra starten af graviditeten. Her indikerer materialet, at jordemødrene lytter på trods og i det skjulte. De angiver, at de i deres lyttepraksis tillægger klienternes præferencer og egne faglige traditioner større vægt end hensynet til organisatoriske og rationelle kliniske ræsonnementer – der lyttes således efter hjertelyd uanset anvisninger om det modsatte i Sundhedsstyrelsens anbefalinger og lokale guidelines for jordemoderfagligt arbejde. Nogle Jordemødre bruger træstetoskopet trods dets eksklusivitet og andre jordemødre kombinerer brug af træstetoskop med ultralydsbaserede teknologier.

Som det viste sig er jordemødres brug af træstetoskopet under pres fra krav om dokumentation, om effektivitet og fra klienter. Konsekvenserne for jordemoderdisciplinen vurderes forskelligt af de interviewede. Presset på træstetoskopet beskrives både som et tab af kropslig viden og som et tab af færdigheder. I et vidensperspektiv kan man udlægge fænomenet som et eksempel på udgrænsning af personbåren viden. Med Max Webers ord kan man sige, at forskydningerne mellem teknologier og viden kan ses som tegn på fortsat affortryllelse, her af sundhedsfagligt arbejde – analysen viser at sundhedsprofessionelle, på trods af ambivalenser, er medaktører i udgrænsningsprocesser rettet mod personbåren, kropslig viden.

I Bourdieus analyser er staten en kollektiv illusion, men det er en velfunderet kollektiv illusion med meget reelle effekter. Det er en vigtig dobbelthed: Selv om staten ikke eksisterer per se, så findes der forskellige felter, hvor der handles på statens vegne. Blandt disse felter er det bureaukratiske felt måske det mest fremtrædende (Hansen & Hammerslev 2010). I en overordnet analyse er det interessant, at undersøge mere præcist, hvordan forskellige positioner agerer i feltet, med særligt henblik på inklusion og eksklusion af teknologier. I det medicinske felt er

det tydeligt, at statens højre hånd supplerer den venstre hånd i reguleringen af eksempelvis det sociale område (Wacquant 2009), men de overordnede kampe i metamatfeltet virker ikke direkte og uformidlede i det medicinske felt. Det sker via stridende positioner og i kampe i det medicinske felt og som kampe (eller symbiose) mellem nye styringskrav (NPM – herunder nye krav fra brugere, patientorganisationer), krav om dokumentation og standarder (f.eks. via Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM og akkrediteringsbestræbelser), samt i nye videnskaber (f.eks. evidens, men også kampe i og mellem faggrupper om henvisning til eksklusiv viden).

Når vi går tættere på teknologierne, viser det sig, at disse teknologier udvikles og afvikles over tid. Over tid sker der forskydninger i, hvad der opfattes som de distinktive teknologier, som eksempelvis træstetoskopet. Jordemoderen kan til dels distingvere sig fra almindelige mennesker ved at gøre brug af træstetoskopet og som sådan monopolisere viden frem for at gøre brug af doptonen, hvis målinger øjeblikkeligt er bredt tilgængelige. Samtidig udfordres de ultralydbaserede teknologier af mobiltelefoner med tilkoblede apps, som kan gengive og optage hjertelyd.

Man kan med inspiration fra Bourdieu sige, at når der er sammenfald mellem jordemoderens dispositioner og den position som vedkommende tildeles i det medicinske felt, så kaster agenten sig med glæde ud i det, som er muligt og nødvendigt. Kroppen har indskrevet sig i feltets struktur, herunder dets struktur af teknologier – som et virksomt princip i forhold til hvad der 'kan gå', hvad der 'er noget', og også hvad der 'er upassende', dårligt eller 'ikke noget for en som mig' (Larsen 2008).

I feltet af positioner i det medicinske felt kan man opsummere, at også træstetoskopet indskrives sig i et subfelt af teknologier, som bevæger sig op og ned i subfeltets hierarkisystem, hvilket hænger sammen med forskydninger indenfor feltets spændinger mellem teknologier, eksempelvis relationer mellem træstetoskopet og ultralydsteknologier, mellem de fine teknologier og de almindelige. Men disse forskydninger er ikke noget i sig selv. Ny teknologi produceres, distribueres og modtages af mennesker i og uden for felter. På den måde kan man ikke analysere modstillingen mellem teknologierne 'i sig selv', f.eks. ud fra modstillingen god/dårlig dokumentation, god/dårlig brugbarhed. Som det viste sig i analysen var disse dikotomier tæt inter-relaterede med krav og rationaliteter fra den bureaukratiske sfære (regulering af arbejdet i statslig og fagbureaukratisk sammenhæng); markedssfæren (fagets markedssituation og f.eks. brugerkrav), og slutteligt professionsfæren (fagets historiske traditioner f.eks. som identifikation med det naturlige og træstetoskopet). Hvis man ser på andre faggrupper i det medicinske felt, kunne man fortsætte med at gøre rede for typer af teknologier, der knytter sig til respektive positioner i det medicinske felt. Der kunne være tale om gribe-tang, vinkelkniv, strømpepåtager, aftagerpind, skohorn eller elastiksnøreband, som relaterer sig til ergoterapi, eller teknologier som stok/albuestok, gangbuk, rollator, T-stol eller gangbare, som relaterer sig til fysioterapi. Blandt de lavest

positionerede teknologier finder man anti-liggesårsmadras, bandager, tandbørste og hudlotion, som relaterer sig til sygehjælperen eller til social- og sundhedshjælperen.

Niels Sandholm Larsen, Lektor, Institut for Sygepleje, Metropol UC, [nela@phmetropol.dk](mailto:nela@phmetropol.dk); Helle Johnsen, Lektor, Jorde-moderuddannelsen Institut for Rehabilitering og Ernæring, Det Sundhedsfaglige og Teknologiske Fakultet, Metropol UC, [hejo@phmetropol.dk](mailto:hejo@phmetropol.dk); Kristian Larsen, Professor MSO, Institut for Læring og Filosofi, Aalborg Universitet, København, [kl@learning.aau.dk](mailto:kl@learning.aau.dk)

## Referencer

- Album, D. 1991. Sykdommers og medisinske specialiteters prestisje. *Nordisk Medicin*, 106(8–9): 232–236.
- Album, D. og S. Westin. 2008. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine* 66(1): 182-188.
- Bayer, M. og A. Henriksen, K. Larsen, C. Ringsted 2002: *Turnuslægers praksislæring*, H:S Postgraduate Medicinske Institut: [Kbh.]
- Bayer, M. og Larsen K. 2007 *Speciallægeuddannelsen i Danmark. Rapport om den nye speciallægereform*. Sundhedsstyrelsen og Danmarks Pædagogiske Universitet.
- Blake, D. 2008. Pinards: out of use and out of date? *British Journal of Midwifery*, June 2008, vol.16 no. 6.
- Bourdieu, P. et. al.1999. *The Weight of the World: Social Suffering in Contemporary Society*. Polity Press, Cambridge.
- Burrage, M og Torstendahl, R. 1990. *The Formation Of professions – Knowledge, State and Strategy*. Sage, London.
- Clausen, J. 2011. Fagligt indstik: Hvordan begrundes monitorering praksisser? *Tidskrift for jordemødre*, 2011 nr. 5.
- Fjell; I. T. 1996. *Blikket vendes. Fødsel i endring*. Avhandling til framstilling for dr. art. – graden, Historisk-filosofisk fakultet, Universitet i Bergen.
- Freidson, E. 2001. *Professionalism – the third logic*. Polity Press.
- Goffman, E. 2001. *Anstalt og menneske – den totale institution socialt set*. Jørgen Paludans Forlag [1967].
- Hansen, J. A og O. Hammerslev. 2010. Bourdieu og staten. *Praktiske Grunde. Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab* Nr. 1-2 / 2010, 11-32. <http://praktiskegrunde.dk>.
- Hammerslev, O. og Mathiesen, A. Hansen, J. Arnholtz. 2010. Redaktionelt forord. *Praktiske Grunde. Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab* Nr. 1-2 / 2010, 5-10. <http://praktiskegrunde.dk>.
- Jacobsen, K og K. Larsen. 2007. *Ve og Velfærd*. Loldrups Forlag.
- Larsen, K. 2008. Sundhedsprofessionernes kamp – hvorfor opretholdes status quo over tid? - om stabiliserende faktorer i det medicinske felt. In *At sætte spor på*

- en vandring fra Aquinas til Bourdieu*, red. K. A. Petersen, & M. Høyen. Forlaget Hexis: København.
- Larsen, K. 2013. Social position i rum, krop og identitet. En sociologisk analyse af sygeplejens position i medicinsk felt med fokus på hvorfor det kan være let eller svært at give injektioner. In: *Nødvendige omveier. En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag*. Red. Herdis Alvsvåg, Ådel Bergland og Oddvar Førland (red.).
- Larsen, K og K. Esmark 2013. Velfærdsstat, sundhed og kroppe under forandring – norske og danske studier, *Praktiske grunde Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*. 2013: 1-2. <http://praktiskegrunde.dk/praktiskegrunde1-2-2013-samlet.pdf>
- Lewis, L. Rowe, J. 2004 Moving with the beat: changing fetal monitoring practices in low-risk labor. *Australian Midwifery Journal* March 2004.
- Mahomed, K. Nyoni, R. Mulambo, T. Kasule, J. Jacobus, E. 1994. Randomized controlled trial of intrapartum fetal heart rate monitoring. *BMJ*. 1994:308: 497-500.
- Mol, A. 2002. *The Body Multiple*. Duke University Press, 2002.
- Parker D, Lawton R. Judging the use of clinical protocols by fellow professionals. *Social Science and Medicine* 2000; 51:669–677.
- Sundhedsstyrelsen. 2013. Anbefalinger for svangreomsorgen.
- Wacquant, L. 2009. Punishing the Poor: The Neoliberal Government of Social Insecurity. Duke University Press: Durham, NC.
- Wacquant, L 1993. In Hansen, J. A og O. Hammerslev 2010. Bourdieu og staten. Tema: Bourdieu og Staten. Praktiske Grunde. Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab Nr. 1-2 / 2010. ISSN 1902-2271 . [www.hexis.dk](http://www.hexis.dk) 11-32.
- Weber, M. 1995. *Den Protestantiske etik og kapitalismens ånd*. Nansensgade Antikvariat, København [1920].