



Legkvinnekonferanse om fødsels- og barselomsorgen

Gran på Hadeland
torsdag 9. og fredag 10. september 1999
Arrangør Statens helsetilsyn



Statens helsetilsyn

IK-2691

Legkvinnekonferanse om fødsels- og barselomsorgen

Gran på Hadeland
torsdag 9. og fredag 10. september 1999
Arrangør Statens helsetilsyn

IK-2691 1999



Statens helsetilsyn

Calmeyers gate
Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo
Tlf. 22 24 88 88 - Faks: 22 24 95 90
E-post: postmottak@helsetilsynet.dep.telemax.no
Internett: <http://www.helsetilsynet.no>



Legkvinnekonferanse om fødsels- og barselomsorgen

Billedvev på forsiden laget av Hanna Blaschova
Gjengitt med tillatelse av Hotell Hadeland
Fotografi: Linda Grytten

Forord

Svangerskap, fødsel og barsel er private og viktige begivenheter for et stort antall kvinner – og samtidig områder for omfattende medisinsk og annen helsefaglig virksomhet og utvikling. I de mange ulike møtene mellom fødekvinne og helsetjenester ligger både utfordringer og dilemmaer. Statens helsetilsyn har derfor arrangert sin første legkvinnekonferanse. Temaområdet omfatter svangerskap-, fødsels- og barselomsorgen i Norge med størst vektlegging av fødsels- og barselomsorgen.

Legkvinnekonferanse – hva er nå det for en nyskaping både som ord, metode og konferanseform? Ordet valgte vi for å synliggjøre at Helsetilsynet denne gangen ønsket å være i dialog med kvinner som har født. Ved deres hjelp ville vi hente inn og dra nytte av fødekvinners spesifikke kunnskaper og erfaringer for å kunne videreutvikle helsetjenestene til beste for fremtidige fødekvinne.

Legfolkskonferanse som metode og konferanseform er svært ny. Så vidt vi vet er det bare avholdt to legfolkskonferanser tidligere i Norge, – én om genmodifisert mat arrangert av De nasjonale forskningsetiske komitéer og Bioteknologinemnda i 1996, og én om ubestemte helseplager og kroniske muskelsmerter arrangert av Kvinnehelseutvalget i 1998 (gjengitt i NOU 1999:13 Kvinnens helse i Norge). Helsetilsynet valgte å forespørre de samme tilretteleggerne som Kvinnehelseutvalget benyttet om å ha det faglige ansvaret både for gjennomføringen av legkvinnekonferansen, og for dokumentasjonen under og rapporten etter konferansen. Stor takk til psykiater Unni Kristiansen, Samhandlings- og endringssjef ved RiT2000, og kriminolog og kvinneforsker Arnhild Taksdal, Universitetet i Bergen både for vel gjennomført konferanse, og for utarbeidelsen av denne rapporten.

Det er en utfordrende kombinasjon av posisjoner de to tilretteleggerne har måttet innta – både å skulle geleide gruppen av enkeltkvinner fram til felles budskap til helsemyndigheter og helsepolitikere, og å innta kvinnens posisjon i dokumentasjonsprosessen. De har også hatt en utfordring i å utarbeide en rapport som ivaretar og uttrykker grunntrekk ved denne formen for kunnskapsutvikling – prosess og dialog – i tillegg til en vurdering av legkvinnekonferansen som metode. Rapportens tre deler speiler disse utfordringene i måten den uttrykker de ulike stemmene fra konferansen, og ved at konferansens hendelsesforløp er valgt å beskrives i nåtid. Helsetilsynet synes utfordringene er løst på en fin måte i en dynamisk og tankevekkende skrevet rapport. Til intern bruk og til interesserte som kanskje selv vil vurdere tilsvarende konferanseform ved andre temaområder, har Helsetilsynet en fyldigere dokumentasjon fra selve hendelsesforløpet under konferansen. De som ønsker denne dokumentasjonen, er velkommen til å kontakte oss.

En legkvinnekonferanse utvikler en annen form for kunnskap enn den helsemyndighetene vanligvis forholder seg til og bygger på. Her er produsert kunnskap om hva en bredt sammensatt gruppe kvinner, med mange og varierte fødeerfaringer, samlet ønsker å melde fagmiljøer og helsepolitiske myndigheter etter å ha lyttet til hverandre, hørt profesjonelle eksperter på feltet og drøftet problemstillinger, dilemmaer og ønsker. Utvalget av legkvinner – og prosessen de har vært gjennom – gjør at vi føler oss sikre på at langt flere enn disse 23 kvinnene kunne og kan slutte seg til hovedbudskapet fra konferansen.

Det er vårt håp at både denne formen for kunnskapsutvikling og selve kunnskapen tas imot og diskuteres på egne premisser, og ikke nødvendigvis ut fra kriterier som anvendes i tradisjonelle kvantitative brukerundersøkelser eller i vitenskapelige medisinske studier.

Helsetilsynet takker legkvinnene for deres refleksjoner og klare krav til helsemyndighetene. Vi er *mottaker* og ikke *avsender* av det budskapet og de råd kvinnene har kommet fram til. Helsetilsynet vil sørge for at rapporten blir videresendt og videreformidlet i de fora og i de beslutningsprosessene hvor fødsels- og barselomsorgen er til behandling. Helsetilsynet vil selv bruke rapporten som innspill til *Veileder om svangerskapsomsorg i kommunehelsetjenesten* fra 1995 som nå skal revideres.

Helsetilsynet vil også takke ekspertene som velvillig stilte seg til rådighet for legkvinnene i en egen sesjon under konferansen. Ekspertene er ikke – som legkvinnene – anonymisert i rapporten, og referatet fra ekspertmøtet er forfattet ut fra legkvinnenes ståsted og opplevelser av møtet. Utfordringen ved senere konferanser kunne være at ekspertene også gir sin oppsummering av møtet.

Nesten 100 kvinner svarte positivt på henvendelsen fra Helsetilsynet om deltakelse på konferansen. Vi vil også takke alle de kvinnene som *ikke* kom til Hadeland – både for verdifulle svarskjemaer og for viljen til å stille tid og erfaringer til disposisjon for myndighetene. De skal vite at deres svarskjemaer også ble lagt til grunn for utarbeidelsen av problemstillingene til legkvinnekonferansen.

Det er viktige budskap legkvinnene har formulert, og det er viktig at brukerne av helsetjenestene setter sitt preg på felles mål om trygg helsetjeneste.

God lesning!

Oslo, november 1999

Anne Alvik
helsedirektør

INNHold

Prolog: Om dama ved kjøledisken, fødekvinner og havresuppe

Introduksjon

DEL 1: LEGKVINNEKONFERANSENS BUDSKAP

1.1 Hovedbudskap fra legkvinnekonferansen – sluttproduktet

1.2 Noen enkeltpunkter og politiske spørsmål på andre nivåer

DEL 2: LEGKVINNEKONFERANSENS ARBEID

2.1 Landskapet åpnes – rammer, presentasjon og assosiasjonsflom

2.2 Erfaringer og synspunkter møtes og utvikles – gruppearbeid

2.3 Prioritering og skjerping av problemstillinger – forberedelse til ekspertpanelet

2.4 Mer kunnskap og ny uro – møtet med ekspertpanelet

2.5 Diskusjon om keisersnitt – noen momenter

2.6 Samling om hovedbudskap, videreformidling og evaluering – plenumsdiskusjon

DEL 3: LEGKVINNEKONFERANSE SOM METODE – TILRETTELEGGERNES VURDERING

3.1 Legkvinnekonferanse som metode – tilretteleggerens vurdering

Vedlegg

1. Helsedirektørens åpningstale

2. Kort oversikt over hendelsesforløpet

3. Forhåndsarbeid av Statens helsetilsyn

PROLOG

OM DAMA VED KJØLEDISKEN, FØDEKVINNER OG HAVRESUPPE

Det er ved grønnsaksdisken jeg får øye på henne. Mørk, lita, midt i fortiåra. Dongeri og allværsjakke. Jeg triller etter henne bort til kjøledisken og overmannes av et ønske om å omfavne henne. Hvem er hun? Hun snur seg og smiler til vesle Bendik i vogna, kommenterer de fine krøllene hans. Så må jeg bare spørre hvem hun er. "Vi har kanskje møttes på neonatal?" repliserer hun. Da faller bitene på plass. Jeg kjenner sjelden noen dragning i retning av å omfavne fremmede kvinner ved kjøledisken, men denne gangen holdt kroppen og sjela rede på det intellektet ikke kunne huske på.

Minner om en "engel" som nattetid brakte Bendik de to etasjene fra neonatal til barsel; "det er en liten gutt her som vil til mamma!" Minner om trøst og oppmuntring gjennom netter med blodoverføringer, slanger og utstyr. Opplevelsen av at både vi som foreldre og vesle Bendik ble sett og tatt vare på. En kombinasjon av faglig integritet og evnen til å få øye på og forsøke å møte de individuelle behova.

Ved kjøledisken får jeg altså takka denne kvinna som spilte en så sentral rolle for oss noen dramatiske dager i 1997. Det ble rom for en klem også!

Jeg har satt tre barn til verden. Tre vidt forskjellige opplevelser, vidt forskjellige behov for barselomsorg. Det har vært tangforløsning, det har vært den "vellykka" nesten orgastiske fødselen på fødekrakk – og det har vært katastrofesexio med full alarm. Minnene spenner fra den totale nedverdiggelse og håpløshet til det man senere med letthet kaller de lykkeligste øyeblikka i livet. Det har satt sine spor på kroppen og i sjela.

Da jeg ble mor for første gang i 1990 ble det brakt varm havresuppe til nattbordet mitt grytidlig hver morgen – så kom de med Kristin. For resten av livet vil jeg assosiere dufta av havresuppe med melkespreng og erkjennelsen av å ha blitt mor!

Skulle jeg mene noe om barselomsorg i Norge så handler det om henne ved kjøledisken, om havresuppe og om kommunikasjon. Det handler om fag, det handler om å ha mot til å ta foreldre og barn på alvor, møte blick – og å tørre å holde fast i gleden – men også i smerten. Det handler om å kunne sammenholde fødekvinnens opplevelse og de medisinske indikasjoner.

Det er i alle fall åpenbart at opplevelsene vi har omkring fødsel er noe vi bærer med oss resten av livet. Ord, blick og handlinger sitter spikra. Det er faser i livet der man er sterk, men også sårbar og hudløs.

Hvilken omsorg fødekvinnes møtes med handler om organisering og ressurser selvfølgelig, men også om enkeltmenneskers faglige integritet og omsorgsevne.

Hvem jeg er? En 35 år gammel 3-barnsmor, lærer og spesialpedagog. Jeg har opplevd barselomsorg på sitt beste – og – nest – verste, og bærer mine fødekvinneopplevelser som arr og juveler på kropp og sjel. Det kan jeg være med på å målbære.

Vennlig hilsen Åse – fødekinne

En av kvinnenes vedlegg til skjema de ble bedt om å fylle ut for å komme i betraktning for deltakelse til selve legkvinnekonferansen.

INTRODUKSJON

I to snaue dager i september 1999 var 27 kvinner samlet på Hotell Hadeland. Legkvinnekonferansens hovedaktører var 23 kvinner i alderen 23 til 39 år, invitert og valgt ut av Statens helsetilsyn. Med egne erfaringer som utgangspunkt var de bedt om å komme med innspill til utvikling av best mulige helsetjenester knyttet til svangerskap, fødsel og barsel, med hovedvekten på fødsel og barsel. Legkvinnenes drøftinger skulle så videreformidles til fagkonferansen "Stort og sikkert? Smått og godt? Hvor skal kvinner i Norge føde?" i Bodø 22. og 23. november. Legkvinnekonferansen kan forstås både som en anerkjennelse av at brukere skal høres i spørsmål som angår dem, og av at brukernes erfaringer er en viktig ressurs for utvikling av gode helsetjenester.

Å gjennomføre en legkvinnekonferanse innebærer å legge til rette for at en bredt sammensatt gruppe kvinner i fellesskap bruker egne intense erfaringer til å reflektere over og ta stilling til prinsipielle spørsmål på politisk nivå. Både prosessen og resultatet dokumenteres. Tilretteleggerne er gitt en sammensatt bestilling av Helsetilsynet; både løse konferansen, være legkvinnenes sekretær og i tillegg utforske, dokumentere og drøfte legfolkskonferanse mer prinsipielt som metode i helsepolitiske prosesser.

Legkvinnene er bosatt over store deler av landet, og har mange ulike stillinger: avdelingsingeniør, barnehageassistent, barne- og ungdomsarbeider, bonde, butikkmedarbeider, fysioterapeut, gestaltterapeut, hjelpepleier, hjemmeværende, lærer i barneskole, miljøterapeut, selvstendig næringsdrivende innen handel, student, stuepike/renholder, ledende/spesial-sykepleier, systemkonsulent IT, tannlege, trygdesjef.

Kvinnene har født til sammen 58 barn i perioden 1981 til 1999, og fire av dem var underveis med én til. I gruppen var det fire ettbarnsmødre, åtte tobarnsmødre, seks trebarnsmødre og fem firebarnsmødre. Kvinnene spenner også over et stort spekter når det gjelder fødesteder og -erfaringer; fra hjemmefødsler til "mykenheter" av ulike slag, fødestuer og store sykehus, fra lykkerus over at alt stemte og følte flott – til dramatisk og vonde erfaringer på mange plan.

Det redegjøres nærmere for utvelgelse og sammensetning av deltakerne i vedlegg 3.

Med på hele konferansen var også

- *Unni Kristiansen*, fasilitator/tilrettelegger, til daglig samhandlings- og endringssjef ved RIT2000, psykiater. Hun hadde ansvar for å sette i gang og legge til rette for at legfolkene kunne arbeide godt sammen i forhold til målsettingen med konferansen, og for å gi rom og redskap for at den enkelte og gruppen sammen kunne ta ansvar for oppgaven.

- *Arnhild Taksdal*, konferansens sekretær og Unnis samarbeidspartner, for tiden forsker ved seksjon for allmenmedisin, Universitetet i Bergen, kriminolog og kvinneforsker. Hun hadde ansvar for å referere og foreslå fortløpende systematisering av gruppens arbeid, var samtalepartner for Unni på forhånd og underveis, og førte rapporten i pennen etterpå.
- *Sidsel Platou Aarseth* og *Linda Grytten*, rådgivere i Statens helsetilsyn. De var ansvarlige for det faglige og praktiske forarbeidet og praktisk tilrettelegging under konferansen. De observerte og noterte det som skjedde under selve konferansen.

På deler av konferansen deltok

- *Helsedirektør Anne Alvik* som åpnet konferansen. Vedlegg 1.

Fem profesjonelle eksperter var invitert og stilte seg til rådighet for legkvinnene i to timer fredag formiddag:

- *Siv Flaathe*, (styremedlem i Fødsel i Fokus)
- *Eli Heiberg*, fysioterapeut/sosialantropolog, p.t. tilknyttet Statens helseundersøkelser med prosjekt om foreldre og fødepraksis i Barentsregionen
- *Dag Moster*, overlege på Nyfødtsseksjonen, Barneklubben, Haukeland sykehus
- *Britt-Ingjerd Nesheim*, professor og avdelingsoverlege ved Avd. for obstetikk, Ullevål sykehus
- *Nina Schmidt*, jordmor ved Fødestuen, Alta helsesenter.

Rapporten er organisert i tre deler:

Del 1 inneholder *hovedbudskapet fra legkvinnene* – konferansens sluttprodukt. Det ligger mange budskap fra legkvinnene også i beskrivelsen av hendelsesforløpet og i gjengivelsen av de skriftene som ble produsert i løpet av konferansen (del 2). Hovedbudskapet i del 1 har likevel en spesiell status som det dokumentet en samlet gruppe legkvinner prioriterte å gi helsemyndighetene etter to dagers arbeid. Under overskriften *Rolleutfordringer* i del 3 drøftes beveggrunnene for valg av stil i utformingen av hovedbudskapet. Valget falt på *vi-formen*, og hovedbudskapet er å lese som legkvinnenes stemme.

Del 2 inneholder referat av hendelsesforløpet og gjengivelse av de prosessdokumentene som ble laget underveis. Det er altså en *dokumentasjon av arbeidet som ble gjort i løpet av konferansen*. Underpunktene viser til de ulike fasene i prosessen. Hvert underpunkt starter med en beskrivelse av det som skjedde, og flere av dem slutter med et dokument som ble produsert i den fasen. Denne delen taler derfor med flere stemmer. Pkt. 2.1 inneholder tilretteleggerens manus, formulert før konferansen startet. Temastikkordene under pkt. 2.1 og veggklappene under pkt. 2.3 er direkte gjengivelser av legkvinnenes formuleringer. Spørsmålene til ekspertpanelet under pkt. 2.4 er sekretærens rydding og formulering av en plenumsdebatt, men bekreftet av legkvinnene som deres egne spørsmål og refleksjoner.

Hendelsesforløpet, som setter de ulike dokumentene i en sammenheng og forsøksvis gjengir momenter som fikk betydning for arbeidet, er beskrevet av sekretæren.

Del 3 omfatter arbeid gjort *utenfor selve konferansen*. Tilretteleggerne var også bedt om å utforske og vurdere legfolkskonferanse som metode. Vurderingen drøfter blant annet hva slags kunnskap denne metoden kan gi og hva som kreves av tilretteleggerne.

Vedleggene omfatter helsedirektørens åpningstale, kort oversikt over legkvinnekonferansens hendelsesforløp og Statens helsetilsyns redegjørelse for forhåndsarbeidet til konferansen.

DEL 1: LEGKVINNEKONFERANSENS BUDSKAP

1.1 Hovedbudskap fra legkvinnekonferansen

1.2 Noen enkeltpunkter og politiske spørsmål på andre nivåer

1.1 HOVEDBUDSKAP FRA LEGKVINNEKONFERANSEN

En rekke temaer og momenter ble lagt på bordet og drøftet under konferansen. Kvinner har varierende fødsels- og barselerfaringer, forutsetninger, ønsker og behov. En tydelig rød tråd gjennom dette brokete landskapet var våre ønsker om *respekt, fleksibilitet og trygghet*. De tre stikkordene flettet seg inn i hverandre under svært mange av de spørsmålene vi diskuterte.

Så mange ulike kvinner har rimeligvis også ulike synspunkter på helsetjenester knyttet til fødsel og barsel. Mange lærte mye nytt underveis. Fra å være et knippe av enkeltindivider som aldri hadde sett hverandre før, ble vi en forsamling som kunne enes om noen sentrale meldinger vi ville gi videre.

Det budskapet vi samlet ønsker å formidle til helsemyndigheter og fagfolk på feltet, kan oppsummeres i fem hovedpunkter. Punktene tar for seg ulike problemstillinger eller områder, men samtlige uttrykker at *dialogen mellom helsepersonell og den enkelte kvinne må innarbeides som en helt sentral ressurs for helsetjenestens ytelser*.

1.1.1 Kontinuitet og sammenheng – mellom begivenheter og mellom folk

Vi – legkvinnekonferansen – etterlyser sammenheng i tid; svangerskapet (med ulike faser), fødsel og barseltid må i minst mulig grad organiseres og møtes fra helsevesenets side som atskilte bolker. Dette handler mye om samordning av tjenester. I tillegg bør tjenestene organiseres slik at det skapes åpninger og tråder mellom svangerskap og fødsel, mellom fødsel og den første barseltiden, og også videre til barseltiden hjemme. Også for dem som føder hjemme er det viktig å ha gode kanaler til helsetjenestene.

Både som en del av dette, og som et helt selvstendig poeng, har vi et sterkt ønske om kontinuitet i viktige relasjoner. Det ideelle kan være svangerskapsomsorg hos den jordmoren som hjelper ved fødselen, og at den samme jordmoren er tilgjengelig i tiden etterpå. De av oss som fremhever jordmor som en viktig kontakt, begrunner dette med at det hos jordmor er lettere å stille rare spørsmål og bli møtt på det man grubler over. Denne opplevelsen kan grunngis i flere årsaker; tidsbruk, profesjon, kjønn.

Det er unødvendig å gjøre det beste til det godes fiende, særlig ettersom sammenheng både i tid og i relasjoner nødvendigvis må organiseres ulikt på forskjellige steder i landet. Flere av oss har lest om eller selv erfart gode ordninger. Noen har forholdt seg til et team gjennom svangerskapet, og kunne føle seg ganske sikre på at iallfall én i dette teamet var til stede under fødselen.

Det vil uansett innebære store forbedringer om for eksempel den som er jordmor under fødselen tilbyr en samtale om fødselen noen dager senere, om det er mulig å ringe til den som holdt svangerskapskurset når man er vel hjemme igjen med et spedbarn, og om man får gjøre seg kjent med fødestedet og hvilke muligheter det byr på mens man er gravid.

1.1.2 Fagliggjøring av helsepersonellens lytteevne og -vilje

Våre – legkvinnekonferansens – samlede erfaringer, både gode og dårlige, peker på hvor viktig det er for kvinner som skal føde å treffe helsepersonell som ser, lytter, og som tilpasser og utformer sin hjelp ut fra en dialog med hver enkelt.

I noen akutte situasjoner knyttet til fødsel og barsel vil det være lite rom for omstendelig refleksjon og dialog. Men mange av oss har opplevd unødige krenkelsler: å ikke bli tatt på alvor, ikke bli spurt eller hørt. For andre har en oppmerksom, lyttende og omsorgsfull helsearbeider vært det avgjørende lyspunktet i situasjoner som ellers var smertefulle, utrygge eller dramatiske.

God dialog mellom helsepersonell og pasienter avhenger av rammer og retningslinjer (se pkt. 1.1.3), systemer og organisasjon (se pkt. 1.1.1 og 1.1.4) og av ressurser (se pkt. 1.1.5). Men det handler også om kunnskap og holdninger. Personlige forutsetninger for å lytte, vise omsorg og utøve ens fag i dialog med pasienten kan variere. Vi mener like fullt at dette er en form for kompetanse som kan læres, og som må utvikles og vektlegges sterkere i utdanning, videreutdanning, planlegging og veiledning.

1.1.3 Rutiner og redskap for individuell oppfølging

Vi – legkvinnekonferansen – mener at et viktig redskap for både kontinuitet og fleksibilitet er et individuelt "fødselskart". Dette må utformes tidlig i svangerskapet – av kvinnen og helsepersonell i samarbeid. Vi understreker at et slikt "kart" skal være et redskap for dialog og prosess – ikke en fasttømret og detaljert plan som må følges nøyaktig. (Dette medførte noe diskusjon om ordvalg; mange var av disse grunnene skeptiske til "fødselsplan", flere foretrakk "strategi", "flytskjema" eller "kart". Vi hadde ikke rom for å gå dypt i den diskusjonen, og konkluderte derfor ikke noe bestemt.)

Trygghet må bygge på at både svangerskap, fødsel og barseltid er uforutsigbare prosesser. Det er altså uforutsigbart hvordan fødselen vil forløpe for den enkelte – samtidig som det fins mye kunnskap om mange mulige forløp. Flere fortalte om å ha

bygget trygghet på veldig spesifikke forestillinger om hvordan deres fødsel og barseltid skulle være og forløpe, noe som gjorde at de ble vippet av pinnen av i og for seg lite farlige overraskelser. Solid trygghet må bygge på kunnskap, gode relasjoner, kompetente hjelpere, og det å være forberedt på det uventede.

Grunnlaget for utforming av et individuelt "fødselskart" må på den ene siden være tydelig informasjon fra helsevesenets side om:

- påbudte og anbefalte punkter i forløpet
- minstestandarder for hva kvinnen kan forvente og
- hva helsevesen og eventuelt andre instanser kan tilby utover dette.

Fra kvinnens side informasjon om

- egne ønsker
- behov
- forventninger
- uroer
- ressurser.

"Kartet" må være både en prosessrapport og et avtaledokument og må diskuteres og revideres underveis.

1.1.4 Trygghet – medisinsk sikkerhetsnett og nærhet

Det ble ganske snart klart at de fleste av oss legkvinner snakket om to til dels nokså forskjellige former for trygghet. På den ene siden har vi tryggheten ved at kompetente fagfolk med ressurser og teknologi står klare til å gripe inn dersom det oppstår farlige situasjoner. På den andre siden har vi tryggheten ved tilhørighet, nærhet og kommunikasjon – i forhold til egen kropp, det som skal skje, og i forhold til de profesjonelle og private helperne.

Vi – legkvinnekonferansen – ønsker begge disse formene for trygghet når vi skal føde. Samtidig kan disse formene for trygghet av og til stå i et motsetningsforhold til hverandre. Refleksjoner rundt dette motsetningsforholdet utkrystalliserte tre hovedpoeng:

- Kvinner vekter de to formene for trygghet ulikt – og må ha anledning til å gjøre det. For noen vil vissheten om å ha medisinsk spisskompetanse i umiddelbar nærhet være viktigere enn opplevelsen av god og lydhør kommunikasjon med hjelpere en kjenner fra før. Andre er villige til å renonsere på medisinsk trygghet, i ulik grad, for eventuelt å oppleve fødselen mer som sin egen. Innenfor noen etiske, praktiske og juridiske grenser må den enkelte kvinne ha anledning til å ta slike beslutninger selv. Vi ønsker en nærmere utredning om hvor grensene for den enkelte kvinnens beslutning må trekkes. En slik utredning må ta utgangspunkt i kvinners egne erfaringer og refleksjoner.

- Motsetningsforholdet mellom et medisinsk sikkerhetsnett på den ene siden og nærhet og trygge relasjoner på den andre er antakelig overfokuseret, og kan ofte dempes. Vi tror det er mulig å slippe å velge vekk nærhetstryggheten selv om man føder ved sykehus med høy medisinsk kompetanse. Vi tror også det er mulig å slippe å velge vekk så mye av det medisinske sikkerhetsnettet selv om man velger bort en del av de rammene helsevesenet tilbyr som standard. Mer av den medisinske kompetansen kan trekkes ut av sykehusene, og mer av det nære og hjemlige kan trekkes inn i institusjonene. I barseltiden bør man for eksempel kunne reise fort hjem hvis man ønsker, men ha tilgang på medisinsk og jordmorfaglig ekspertise ved behov. Føllings prøve er lovpålagt, og må derfor være tilgjengelig hos kommunehelsetjenesten dersom man er hjemme på tidspunktet for prøven. Helt allment vil helsepersonellens kompetanse og anledning til å være til stede, lytte og ha respekt (se pkt. 1.1.2) gi økt nærhetstrygghet uten å gå på bekostning av medisinsk sikkerhet. Antakelig vil god dialog og opplevelse av trygghet også gjøre fødselen *mindre* risikabel. For de som bor langt fra sykehus ser disse problemstillingene annerledes og mer dramatiske ut. Det kan være nødvendig å reise hjemmefra lenge før termin for å ha tilgang på medisinsk ekspertise – eller å måtte gi avkall på medisinsk sikkerhetsnett (for eksempel mulighet for hastesection) dersom man vil føde nær hjemmet. På konferansen ble det blant annet reist ønske om bedre informasjon om risikovurdering, om muligheter til å ha noen familiemedlemmer hos seg i ventetiden ved sykehus, og om det faktisk er billigere å vente i flere uker ved sykehotell enn å rekvirere helikopter når fødselen starter.
- Fleksibilitet skal innebære et reelt valg i begge retninger. De som vil raskt hjem, eller som vil føde hjemme, skal i minst mulig grad måtte gi avkall på tilgang til helsetjenester av den grunn. Tidlig hjemreise forutsetter utbygging av tjenester etterpå og utenfor. Noen konkrete forslag er åpen dør eller i alle fall telefon til barselavdelingen, telefonvakt med jordmor, flere hjemmebesøk. Så vidt vi vet er det et veldig høyt forbruk av lege- og andre helsetjenester det første leveåret. En åpen helsestasjon med kvelds- og helgevakt, ville helt sikkert føles tryggere for mange foreldre, og kanskje avlaste andre deler av helsevesenet betraktelig. Samtidig vil vi understreke at helsetjenestene må være åpne for at en del kvinner ønsker lengre opphold og tettere oppfølging i barseltiden. Mange reagerer på den effektive og til dels barske innstillingen en ofte møter umiddelbart etter fødsel; raskt opp, stelle selv, tidlig hjem. Noen vil ha mer bruk for hvile, oppmerksomhet, stell, støtte og feiring – og det bør forstås som helt rimelige krav.

1.1.5 Økonomi, ressurser og regnestykker

Vi – legkvinnekonferansen – mener at regnestykkene som gjøres på feltet fødsel og barsel både er for små og for snevre.

- Regnestykkene opererer med for små tall, totalt sett, når kvinner oppgir som ønsker for føde- og barselavdelinger at de kunne få rikelig og god mat, dobbeltseng og dusj på fødestua, nok babyklær i hyllene på barsel, lydisolasjon fra andre fødende, bedre madrasser for de som har bekkenløsning, pene og innbydende rom osv.
- Regnestykkene opererer også med for små totaltall når kvinner (på legfolkskonferansen også) blir satt opp mot hverandre når de stiller helt rimelige

krav. For eksempel at satsingen på de fine nye fødestedene for lavrisikofødsler må innebære at de med høyt blodtrykk eller andre komplikasjoner får et dårligere tilbud på ordinære fødeenheter.

- Regnestykkene er for snevre, og det bør gjøres grundigere sosialøkonomiske utredninger av hva større fleksibilitet og bedre tilbud vil koste – og gi. De forbedringene vi ønsker kan gi gevinster på andre budsjetter. For eksempel er det slett ikke sikkert at økt eller bedret tilbud fører til økt etterspørsel. De fleste vil helst greie ganske mye selv. Vissheten om at et tilbud er tilgjengelig (for eksempel god smertelindring eller åpen telefon til en jordmor) kan gjøre *behovet for og bruken av* disse tjenestene mindre. Trygge og fornøyde mødre er helt sikkert en ressurs – både under fødselen og i tiden etterpå.

1.2 Noen enkeltpunkter og politiske spørsmål på andre nivåer

- Legkvinnekonferansen mener at jordmorrekruttering er en viktig forutsetning for gode helsetjenester rundt fødsel og barsel. Her må det gjøres en skikkelig innsats både med hensyn til lønn og arbeidsvilkår. Kanskje vil jordmødre også oppleve arbeidsforholdene som mer tilfredsstillende dersom tjenestene organiseres mer i tråd med de budskapene vi har formulert.
- Det må legges inn rutiner for kvalitetssikring, tilbakemeldinger fra brukere – og bruk av disse i videreutvikling og planlegging. Én legkvinnekonferanse er ikke nok.
- Fødselsdepresjon og keisersnitt er temaområder det ikke var rom for å arbeide grundig nok med på konferansen, men hvor vi mener det er viktig at kvinners egne erfaringer og synspunkter trekkes sterkere inn.
- Denne konferansens budskap må inn i en nasjonal politikk på feltet.

DEL 2: LEGKVINNEKONFERANSENS ARBEID

- 2.1 Landskapet åpnes – rammer, presentasjon og assosiasjonsflom**
- 2.2 Erfaringer og synspunkter møtes og utvikles – gruppearbeid**
- 2.3 Prioritering og skjerping av problemstillinger – forberedelse til ekspertpanelet**
- 2.4 Mer kunnskap og ny uro – møtet med ekspertpanelet**
- 2.5 Diskusjon om keisersnitt – noen momenter**
- 2.6 Samling om hovedbudskap, videreformidling og evaluering – plenumsdiskusjon**

2.1 LANDSKAPET ÅPNES – RAMMER, PRESENTASJON OG ASSOSIASJONSFLOM

Helsedirektør Anne Alvik åpner konferansen (vedlegg1), og tilrettelegger Unni Kristiansen presenterer seg selv, sekretæren og observatørene fra Helsetilsynet – deres ulike roller og funksjoner. Hun gjør rede for den videre prosessen konferanseresultatet skal inn i, og snakker om prosess, rammer og regler.

Tilretteleggerens manus for innledning til legkvinnene (ordene falt annerledes, men hovedpunktene står her):

Statens helsetilsyn ber dere om å gjøre et stykke arbeid: Å bruke egne erfaringer og tanker for å komme med innspill og råd om

- *hva vi trenger mer kunnskap om eller en bedre eller annerledes forståelse av*
- *hvordan regler og retningslinjer, behandling og oppfølging, kort sagt hvordan helsepolitikken på området bør utformes.*

Utforming av helsepolitikk må være forankret i hvordan folk opplever det området politikken gjelder – det er derfor dere er invitert; forskjellige folk med hver sine erfaringer og synspunkter. I løpet av disse dagene skal vi forsøke å trekke tråder fra enkeltpersoners ståsteder til allmenne anbefalinger om prinsipper og politikk. Det er ofte et stykke vei å gå.

Allerede de første innspillene dere har gitt, på svarskjemaene til Helsetilsynet, forteller om et vell av ulike erfaringer, minner og følelser. Dere har født til sammen 58 barn, i tiden mellom 1981 og 1999. Dere har født på store sykehus, på små

fødeenheter eller hjemme. Dere har opplevd såkalt normale fødsler, vanskelige fødsler og svært dramatiske fødsler. Dere har gått til fødselen med ulike forventninger og ønsker, og blitt tatt imot og behandlet og fulgt opp på veldig forskjellig vis. Også følelsene dere sitter igjen med varierer; sårhet, sinne, fortvilelse, stolthet, lykke, tilfredshet, undring. Den enkeltes følelser kan gå i flere retninger. Gjennomgående er uansett at dette er sterke og viktige erfaringer i livet.

Dersom vi skal kunne utforme fødsels- og barselomsorgen på bakgrunn av dette, så må erfaringene og følelsene få bryne seg både på hverandre og på myndighetenes og helsearbeidernes begrunnelser for at praksis er som den er. Ulike gode og dårlige erfaringer og følelser må få anledning til å spille sammen – kanskje forklare hverandre og kanskje peke på muligheter til forbedringer.

Noen ganger kan vi føle oss ganske sikre på hva som er bra for en enkelt fødekvinne, men likevel ikke være sikre på at det er god politikk å gjennomføre for alle. Det kan ha med kostnader å gjøre, eller med muligheter for utdanning og organisering i helsevesenet, eller rett og slett med at fødekvinnens ønsker og behov er veldig forskjellige.

Poenget nå er i grunnen bare å si at de erfaringene og synspunktene hver enkelt av oss har, må gå noen runder før de kan bli til anbefalinger om offentlig politikk. Det er derfor vi ikke bare har sendt dere et spørreskjema hver om hva dere syns, men bedt dere komme hit sammen, for å ha tid til å gruble, utveksle tanker og gruble igjen.

Nødvendig med spilleregler

Når vi har forberedt oss til denne konferansen, har vi også vært inne på egne fødeerfaringer og følelser knyttet til dem. Vi har merket at det antakelig er ekstra krevende å gruble mer allment og prinsipielt ut fra erfaringer som er så intenst viktige, og som kan gjøre oss sterke og stolte men også veldig sårbare. Det gjør det spesielt viktig at vi lager noen spilleregler for arbeidet i denne gruppen. Våre forslag:

- *Taushetsplikt utad. Man kan selvsagt snakke med familie og venner om det man har opplevd på konferansen, også om andres erfaringer og følelser – men aldri slik at noen kan gjenkjenne hvem man snakker om. NB Norge er et lite land.*
- *Eget ansvar for ikke å blottlegge mer enn man selv etterpå kan leve greit med.*
- *Her er et dilemma; erfaringene skal brukes inn i prosessen, det kan bli smertefullt og det kan rett og slett bli fascinerende medrivende.*
- *Det bør ikke bli for smertefullt. Vi bør heller ikke la oss besnære til å bruke for mye tid på å utveksle anekdoter eller bearbeide erfaring. Erfaringen skal etter hvert løftes opp på politikknivå.*
- *Alles erfaringer er gyldige. Fødsel/barsel er ikke bare ladet med sterke følelser, men også med sterke meninger, normer og verdier; hva som er en riktig eller*

"vellykket" fødsel, hva som er "riktig" tilnærming og perspektiv fra helseansatte. Dette innebærer at mange kan bære på følelser og tankeskjemaer knyttet til vellykkethet og nederlag, og kanskje lett også rangerer andres erfaringer inn i et slikt skjema; prestasjon, skyld, hvor store følelser det er rimelig å ha i forhold til hvilke opplevelser. Det blir viktig å ikke sammenligne store og små sorger og gleder for å rangere, eller sette merkelapper på, men å lytte for å utvide landskapet og øke forståelsen i hele gruppen.

Unni reflekterer og utdyper deretter ut fra en rad med stikkord på R:

- *roller* (hvilke roller har legkvinnene, tilretteleggerne, representantene fra oppdragsgiver i prosessen)
- *rammer* (oppdragsgivers bestilling, tidsbegrensning, måltider, utstyr)
- *regler* (oppsummering av reglene over)
- *rom* (fysisk; dette rommet, møblering, funksjoner, landskapet utenfor, men også sosialt; rommene mellom oss i fellesskapet),
- *retning* (vi skal produsere noe nærmere avgrenset)
- *rundskriv, retningslinjer* (vi må forholde oss til helsemyndigheter og gitte premisser)
- *raus, redelig, respekt* (om hvordan vi kan dele og ivareta alles erfaringer)
- *relasjoner* (vi skal utvikle kunnskap i relasjonene mellom oss)
- *rytme* (erkjennelse og produksjon går ikke i en rett linje, men i sprang og ettertanke, god dialog handler også om å finne tone og rytme)
- *rot* (vi må tåle å være i kaos, få motstridende og løsrevete ting på bordet)
- *ryddighet* (og vi må etter hvert rydde og utforme noe som er mest sentralt).

Presentasjon og assosiasjonsflom

Legkvinnene presenterer seg for hverandre parvis og i plenum, før det åpnes for assosiasjonsflom i forsamlingen: Fritt fram for stikkord som deltakerne assosierer med temaet fødsel og barsel. Det blir et brokete landskap. På dette tidspunktet er legkvinnene fortsatt først og fremst en gruppe enkeltindivider med hver sine erfaringer og synspunkter. Stikkordene under er derfor å forstå som en første avdekking av *utgangspunktet* for det arbeidet legkvinnene skal gjøre videre. Hele 61 temastikkord kommer for dagen.

- Amming, gevinster og problemer
- Førstegangsfødende
- Valgfrihet
- Omsorgen for gravide
- Oppfølging fra jordmor
- Helsesøsters holdninger
- Normalitet – fins det?
- Keisersnitt
- Kontroll over egen fødsel
- Selvfølge å bli gravid? Barnløshet
- Fødselsdepresjoner
- Smertestillende under fødsel
- Mor/barn-vennlig fødested
- Å miste et barn
- Risikovurdering
- Opplysning om alternativer
- Ultralyd
- Å føde funksjonshemma barn
- Når funksjonshemma kvinner føder
- Krybbedød
- Parforholdet – eller mangel på
- Kolikk
- Sjalusi
- Prematur
- Brystbetennelse
- Kontrolltap – når ting går annerledes enn forventet
- Venterommets plass (høre andre fødende)
- Holde ord – brutte løfter (om behandling/tilbud)
- Kontinuitet i omsorgen
- Hjemreisesamtale
- Luftelukene på føden – høre andre
- Isolasjon etter fødsel, på fødested (for eksempel etter keisersnitt) og i livet etterpå

- Fødselsskader
- Igangsetting av fødsel
- Overtid
- Setefødsel
- Amming og arbeidstid
- Atskillelse fra familien
- Hjemmefødsler
- Kvinners selvbestemmelse
- Normalt å føde – sykeliggjøring
- Prestasjonsangst
- Det å bli hørt
- God omsorg
- Mottakelse på sykehuset (fødestedet)
- Helsestasjon
- Bemanning og turnus på fødestedet
- Å skifte jordmor underveis
- Barseltilbudet
- Dødfødsel – å vite på forhånd
- Legestandens forsvinningskunster (motta informasjon uten rom for spørsmål)
- Søkens plass
- Sammensetningen av mødre på barsel (kollisjoner, trivsel)
- Tyveri av rom – uten informasjon

- Nettverk
- Når andre føder dødt – å forholde seg
- Opplysninger om misdannelser
- Profesjonsstrid jordmor/lege – hvor ligger hvilken kompetanse
- Fedrenes rolle
- Bekkenløsning
- Svangerskap og arbeidsgiver

Forsøk på ryddeskjema for temastikkord:

Sekretæren skriver temastikkordene inn på PC og forsøker å lage et ryddesystem som kan brukes i videre arbeid. Det blir seende slik ut:

Tid/faser Svangerskap Innleggelse (evt. forberedelser hjemme) Fødsel Barsel	Perspektiver Risikovurdering Selvbestemmelse Enveisinformasjon – dialog Prestasjon God omsorg Normalitet
Relasjoner Til seg selv Andre fødekvinne Helsepersonell <ul style="list-style-type: none">- ulike profesjoner- ulike faser (se tiden) Privat nettverk <ul style="list-style-type: none">- evt. partner- evt. søsken- annen familie- venner Arbeidsgiver	Konkrete problemer/spørsmål

2.2 ERFARINGER OG SYNSPUNKTER MØTES OG UTVIKLES – GRUPPEARBEID

Spaserende smågrupper

I grupper på tre (tilfeldig etter telling), spaserer legkvinnene i det vakre landskapet rundt hotellet, med oppgave å diskutere nærmere noen av de temastikkordene de selv mener er sentrale.

Mens legkvinnene er på tur, diskuterer tilretteleggerne forsøket på ryddesystem av de første stikkordene (se forrige side). Det er for abstrakt, tydeliggjør ingen gode inndelinger som grupper kan arbeide videre etter – alt henger fortsatt likevel i hop. De blir enige om å presentere skissen for legkvinnene likevel, for å presisere en avgrensning og innretning av konferansens videre arbeid. Oppdraget fra Statens helsetilsyn betyr at konferansen skal konsentreres om fødsel og barsel, og om forholdet til helsepersonell og helsetjenester. Spørsmål som ikke har direkte betydning for akkurat dette, må legges vekk.

Presisering av problemstillinger – organisering av temagrupper

Sekretæren presenterer "ryddeskjema" og snakker om avgrensning. Hun foreslår gruppeinndeling som vil gi fem grupper (å fire-fem deltakere):

- 1 forberedelse
- 2 fødsel
- 3 barselavdeling
- 4 barsel tid etterpå
- 5 alternative løsninger (hjemmefødsel)

Mange av legkvinnene reagerer på "alternativ-gruppa". Alternativ tenkning bør inngå i alle gruppene, og hjemmefødsel kan gjerne drøftes, men ikke under rubrikken "alternativ". Flere mener også det er kunstig å dele barsel inn i to faser – skillet "inne/ute" er nettopp noe av det en gruppe om barsel bør diskutere. Vi ender med tre ganske store grupper (seks-sju deltakere i hver) om forberedelse, fødsel og barsel, og en liten gruppe (tre deltakere) om hjemmefødsel. Deltakerne velger selv i hvilken gruppe de vil arbeide.

Tematisk gruppearbeid – del 1 – ønsker og forbedringer

Gruppene setter seg ved småbordene, får bunker med farget ark (en farge for hver gruppe) og skal skrive ned konkrete ønsker og forbedringer – én på hvert ark. Denne fasen skal ikke være realpolitisk, forbehold kan vi komme tilbake til.

Tematisk gruppearbeid – del 2 – helsevesenets reaksjoner og forbehold

Gruppene får beskjed om å gå gjennom den bunken med ark de nå har laget, og på hvert ark tilføye hvordan de tror helsevesenet (eller bestemte aktører i helsevesenet) vil reagere på forslaget.

I pausen etter denne økten henger tilretteleggerne gruppene produksjon opp på veggene, forsøksvis systematisert på undertemaer ("Veggklapper", se under). Veggene i salen er snart fulle. Alle kommer inn i salen igjen, vandrer rundt og leser veggklappene fra hverandres grupper. De som vil kan føye til nye klapper på rosa ark (fargen er ikke brukt i noen av gruppene), og de kan fortsette med det fram til neste dag.

På dette tidspunktet har legkvinnene sett hverandres assosiasjoner til konferansens tema (i assosiasjonsflommen), de har utvekslet erfaringer i smågrupper, og arbeidet mer systematisk i større temagrupper. Veggklappene er derfor i større grad et uttrykk for kollektiv kunnskap, utviklet i relasjoner. Men heller ikke veggklappene er gjennomgått og diskutert i plenum. De er derfor ikke et helhetlig produkt fra konferansen, men en samling arbeidsnotater i prosessen fram mot legkvinnenes endelige budskap.

Stikkordene som er markert med stjerne * og skrevet i *kursivert* skrift, viser reaksjoner legkvinnene antar at forslagene deres kan vekke i helsetjenesten.

Forberedelse til fødsel

- Omsorg for den gravide

- Gi alle fødende med cirka lik termin tilbud om å komme i "barselgrupper" allerede flere md. før fødsel. På helsestasjon, med fagpersonell
**Tilrettelegging fra helsestasjon*

- Endre "svangerskapskursordet" som er negativt ladet, til positivt igjen. Opplysning om hva det innebærer.

- Svangerskapskurs i alle kommuner
**Mangel på fagpersonell*

- Alle skal ha oppfølging av jordmor (mulighet)
**Mangel på fagpersonell*

- Informasjon fra jordmor og fysioterapeut til alle fødende
**Mangel på fagpersonell, økonomi i kommunene*

- Orientering om alternative fødemåter og hjelpemidler
**"Det må du finne ut av selv, jenta mi"*

- Omvisning på fødestua
**OK hvis du betaler moroa selv*

- Avtalt fødselsmåte, respekt for fødendes ønske

- Tilbud om minimum 2 ultralydundersøkelser i løpet av svangerskapet

- Støtteapparat for gravide med problemer, uten nettverk – ressursvake
**Mangel på stillinger, økonomi*

- Hjemmehjelp, husmorvikar til gravide, for eksempel med bekkenløsning
**Hva med hjelp fra far/familie?*

- Oppfølging/informasjon til fedre som ønsker det.
**Opp til far selv!*

- Lovlig fravær for fedre som ønsker å være til stede på kontroll
**Opp til hver enkelt arbeidsplass*

- Opprettelse av flere fødestuer, evt. med familie

**Ikke medisinsk forsvarlig? For dyrt?*

- Terskel for å kunne ta keisersnitt ved ikke-medisinsk grunn

**Fare for komplikasjoner, for dyrt (lenger på sykehus), plassmangel sykehus*

- Krav om likelønn selv ved omstilling innen bedriften

**Flott! Så slipper vi å betale full sykepengestønad*

- Arbeidsgiver skal holde regler/retningslinjer slik at den gravide kan arbeide lengst mulig

**Vanskelig å kontrollere*

- Like retningslinjer angående sykemelding av gravide

**Individuelle forskjeller fra kvinne til kvinne*

Fødsel

- Ta kvinners angst og opplevelse av fødsel på alvor

**Tidspress*

- Hver kvinne sin fødsel

**Ressursmangel, tidspress*

- Møte på fødeavdeling før fødsel

**Ressursmangel*

- Selvbestemt fødestilling og sted

**Arbeidsmiljøloven, belastningsskader, ressursmangel*

- Bedre lydisolasjon på fødeavdeling

**Ressursmangel, pengemangel*

- Standardisert utstyr

**Ressursmangel*

- Akuttberedskap (små fødeavdelinger)

**Ressursmangel, mangel på fagpersonell, sentralisering*

- Keisersnitt – hvem bestemmer? Valgfrihet

**Sikkerhet og økonomi*

- Man bør få bedre informasjon om keisersnitt ... på lik linje med en vanlig fødsel

**Tid, motforestillinger*

- Toveiskommunikasjon, informasjon, lytte

**Tidspress*

- Primærkontakt
**Ressursmangel, penger, turnus, AML (arbeidsmiljøloven)*
- Behovsorientert personell
**Vi gjør så godt vi kan, praktisk organisering*
- Samme jordmor under hele fødselen
**AML (arbeidsmiljølov), turnus, hensyn til arbeidstaker*
- Tilrettelegging for ledsager
**Ressursmangel, rommangel*
- Spesiell oppfølging av de med spesielle behov (unge mennesker)
**Ressursmangel, kompetansemangel*
- Fødekvinne må få en mulighet til å bli sett og hørt ved mottakelse
**Tidspress, ressursmangel, takk for tipset – vi vil utarbeide bedre rutiner*
- Nok rom slik at privatlivet kan ivaretas
**Ressursmangel*
- Føde i vann
**Ressursmangel, fysiske begrensninger*
- Få musikk under fødsel
**Takk for tipset*

Barsel

- Raskere informasjon
 - **Dårlige sykehusrutiner*

- Familierom, over natta
 - **Plassmangel, økonomi*

- Ikke mer enn to på rommet
 - **Vilje, plassmangel, økonomi, fleksibilitet*

- Nok søvn
 - **Holdninger*

- Ta skrikende barn ut
 - **Holdninger, rutiner*

- La barna være inne hos oss om natta
 - **Holdninger, valgfrihet*

- Valgfrihet
 - **Dårlig økonomi, plassmangel, lite kreativitet*

- Fri visittid på fellesrom
 - **God ide*

- Siesta!
 - **God ide*

- Respektere vanlig visittid på rommene
 - **God ide*

- Jordmorsamtale så raskt som mulig
 - **God ide, bemanning, turnus*

- Fysioterapi, opplyse om det
 - **God ide, økonomi*

- En tilgjengelig primærkontakt
 - **Rutiner*

- Barselgrupper med jordmor/helsesøster
 - **Økonomi, tid, god ide*

- Besøk av helsesøster på sykehuset
 - **Samarbeidsrutiner, tid, økonomi*

- Viktig at personalet er menneskekjenner
**Vanskelig å vite før ansettelse*
- Bedre madrasser for de som har bekkenløsning
**Økonomi*
- Store badehåndklær!
**Økonomi*
- Lekerom til søsken
**God ide*
- Telefon ved senger
**God ide, litt økonomi*
- Amming må ikke overfokuseres
**Holdninger, tid*
- Mer informasjon om amming – objektiv!
**God ide*
- Respektere barselkvinnens valg når det gjelder amming/flaske
**God ide, holdninger*
- God og mye mat når du vil, selvbetjening
**Rutiner*
- Rene, pene og innbydende rom (TV på enerom)
**Økonomi, rutiner*
- Kostholdsveiledning
**God ide*
- Valgfri oppholdstid på barsel
**God ide*
- Helsestasjonene bør kunne ta Føllings prøve
**Økonomi, kunnskap, praktisk gjennomførbart?*
- Åpen helsestasjon (tilgjengelig på kveldstid)
**Økonomi, kreativitet*
- Helsesøster har telefontid
**Tid, økonomi*

- "Husmorvikar"
 - *Økonomi
- Helsesøster tar opp negative ting også
 - *Kunnskap, tid (=økonomi)
- Kontinuitet, god tid hos helsesøster. Hold tiden som avtalt
 - *God ide
- Opplysning om økonomiske støtteordninger
- Foreldrerollen. Gjøre noe med holdninger osv.

Hjemmefødsel

- ABC – hjemmefødsel på sykehus
 - *Krever for mykje personal
- Norge må tilrettelegge for en normal fødsel slik WHO anbefaler (i rapporten Safe motherhood: Å ivareta den normale fødselen: en praktisk veiledning)
 - *Det gjer vi allerede, vi må tenke på norske forhold
- Fødselsplanen; Risikovurdering. Ved lav vurdering av risiko må ein anbefale heimefødsel.
 - *Komplisert og mykje papir
- Sikkerhet! Fødende, jordmor, helsetjeneste. Det medisinske ansvar må ligge hos helsepersonell
- Fødselsplan, må ta med Partogram frå tidlegare fødsler
- Fødselsplan for alle fødsler; før (tidlegare fødsler), med hvem, hvordan, risiko, etter fødsel
 - *Individuelle behov, kan ikkje følges opp pga. kapasitet
- Informasjon om muligheter ved fødsel – ved tidlig kontakt med helsepersonell. Kvinna sjøl kan velge sin omsorg
- Jordmor og helsepersonell må lytte til kvinnens behov og ønsker
- Respekt for kvinnens følelser og særskilte behov

- Obligatorisk for jordmødre under utdanning å få undervisning og erfaring om hjemmefødsel
**For lita interesse for heimefødsel*
- Hjemmefødsel som offentlig tilbud
**Ikke nok jordmødre blir utdanna, kan ikke pålegge jordmødre å bistå ved hjemmefødsel pga. risiko*
- Oppfølging/omsorg må være det samme om det er ei privat eller kommunal jordmor
- Jordmor må få trygderefusjon for å gi svangerskapsomsorg uten å være tilknytta ein lege eller kommune. Heimebesøk 3-4 ganger før
- Hvorfor får kvinner eit dårlegare tilbod pga. profesjonskampen mellom legar og jordmødre. La kvinna velge!
- Plan for hjemmefødsel med jordmor som dekkas av det offentlige.
**Kan ikkje skreddersy eit individuelt opplegg, kan ikkje dekke omkostningar for fødselen har skjedd*
- Jordmor må få lønn etter hvor lang tid hun må bruke ved hjemmefødselen
**Vanskelig å dokumentere – utnytte systemet.*
- Barselkvinner som kommer hjem etter fødselen for å gi hjelp til amming og husarbeid
- Prosedyrer på overførsel fra hjemmet til sykehus, hjemmefødseljordmor må få følge opp også på sykehus.
**Kan ikkje*
- Kommunejordmor må gi eit heilhetleg tilbod – før, under og etter fødsel. Samme person etter val.

2.3 PRIORITERING OG SKJERPING AV PROBLEMSTILLINGER – FORBEREDELSE TIL EKSPERTPANELET

Orientering om ekspertpanelet som kommer neste dag – gruppeforberedelser til dette
Legkvinnene setter seg i de samme gruppene. Tilretteleggerne orienterer om de profesjonelle ekspertene som er invitert til å komme tidlig neste dag. Det understrekes at ekspertene er ment som et redskap for konferansedeltakerne til å klargjøre og skaffe bedre grunnlag for egne refleksjoner. Ekspertene kan sendes hjem igjen hvis forsamlingen ønsker det. Ekspertene presenteres, og et ark med korte omtaler av dem deles ut. Hver gruppe skal nå prioritere noen få spørsmål de ønsker å ta opp med ekspertpanelet, og begrunne disse.

Deretter samles vi i plenum for tilbakemeldinger og diskusjon om hva forsamlingen ønsker å bruke ekspertpanelet til. Momenter og refleksjoner ryddes og renskrives av sekretæren i løpet av kvelden, og deles ut til legkvinnene før de møter ekspertpanelet fredag morgen.

Spørsmål til ekspertpanelet

Dette dokumentet fremstår i langt større grad enn de tidligere som et produkt fra legkvinnekonferansen som helhet. Momentene er jobbet fram i grupper, utviklet videre i plenumsdiskusjon, og sekretæren har oppsummert for plenum hva hun har hørt, slik at forsamlingen har kunnet gi tilbakemeldinger før det ble renskrevet. Legkvinnene bekreftet også at dette var deres eget da dokumentet forelå skriftlig. I tillegg var legkvinnenes refleksjon rundt forestående møte med ekspertene entydig: *Vi må holde på vår følelse og våre erfaringer når vi treffer dem. Vi har så lett for å ta for god fisk det de forteller oss, tenke at "slik må det være".*

1. Hvorfor ikke individuell variasjon i tilbudet, når det er så store geografiske variasjoner?

Vi får svært forskjellige tilbud rundt omkring i landet, med hensyn til informasjon, smertelindring, oppfølging, liggetid..... Og på hvert sted får vi beskjed om *at det er slik tilbudet er*, vi må ta det vi får. Helsepersonell fremstiller det lokale tilbudet som en vel fundert selvfølge. Men når helsevesenet faktisk åpner for så store geografiske variasjoner, kunne de iallfall ut fra medisinske vurderinger åpne for like store individuelle variasjoner på hvert sted.

2. Hvorfor er individuell oppfølging så tilfeldig?

Hvis du har spesielle ønsker for fødselen, og treffer en jordmor som nettopp har kommet på vakt, er sjansene gode. Er hun sliten og nettopp skal til å gå, er det verre. Hvordan lage rutiner og systemer som sikrer individuell oppfølging?

3. Oppholdstid på barsel – kan den gjøres mer individuell?

Hvordan er kriterier for oppholdstid fundert – de er veldig forskjellige lokalt, men ikke åpne for individuelle behov. Noen kunne tenke seg å reise rett ut, eventuelt med tettere oppfølging hjemme – andre ville gjerne få være lenger.

4. Oppfølging i barseltid – fleksibelt og åpent?

I det første leveåret brukes enormt mye helsetjenester, lege, legevakt... Kunne vi ikke få tilgjengelighet på helsestasjon, eller telefonvakt med helsesøster i denne første tiden? Det ville oppleves som et bedre tilbud av mange, og spare andre deler av helsetjenesten.

5. Hvordan utvikle, utdanne og profesjonalisere gode holdninger hos helsepersonell?

Trygghet forutsetter å bli sett, hørt, få individuell behandling. Hvordan kan kontakt og kommunikasjon fagliggjøres – slik at en lærer å bruke tid og forholde seg lyttende til fødekvinne? Kanskje har det skjedd noe i medisinstudiet, mer problembasert læring. Hvordan er mulighetene for faglig videreutvikling og stimulans, innhenting av ny

kunnskap for jordmødrene? Jordmorjobben forandrer seg i takt med endrede samfunnsforhold og ved at vi kvinner får endret vårt forhold til det å føde. Kan de bli utdannet og deretter jobbe i 20 år uten muligheter til nye innspill? Hva har de ressurser til for utvikling? Hvordan den enkelte jordmor/helsesøster fungerer i jobben er veldig viktig for oss. Har de retningslinjer og utdanning på hvordan de skal være, oppføre seg?

6. Hva tenker dere om forholdet mellom leger og jordmødre?

Vi opplever at det er mange sterke og positive krefter som vil legge forholdene bedre til rette og ta fødekvinne på alvor, særlig blant jordmødre. Som kanskje slåss mot overleger mange steder. Mange opplever at i svangerskapskontroll, fødesituasjon og oppfølging etterpå har jordmødre bedre tid, det er lettere å spørre dem om ting man lurte på og bli sett og hørt. Hvem har hvilken kompetanse og autoritet? Hvem skal legge premisser og ta beslutninger?

7. Mulighet for flere fødestuer? Trygt nok?

Mange må reise fra familien lenge før fødsel. Er fødestuer uten gynekolog og anestesileger trygt nok? Vi ønsker å ha valget; enten ta med familie til gjesteleilighet/pasienthotell, eller føde nærmere hjemmet, under enklere forhold hvis alt er greit i utgangspunktet.

Vi snakker om to former for trygghet:

- Medisinsk trygghet i forhold til hvis noe går galt.
- Trygghet ut fra å bli sett, hørt, forstått, tatt hensyn til. Tillit og tilhørighet (jordmorkontakt og nærhet til hjemmet).

Kvinner vil veie dilemmaet mellom de to typene trygghet ulikt, både ut fra risikovurdering (om alt ser greit ut) og personlige forskjeller. Mange ønsker mer av den andre typen trygghet også ved de store, sentrale fødestedene.

8. Risikovurdering og ansvar – hvem skal vurdere, hvem skal ta ansvar?

Jo mer de medisinske ekspertene kan stille opp med av tiltak og teknologi, jo større ansvar føler den enkelte kvinne ved å avstå fra den modellen. Hvem sitt ansvar er det, juridisk og moralsk, dersom en kvinne avstår fra noe av tilbudet og noe går galt?

9. Keisersnitt – kriterier og valg

Hva er kriterier på å få utført keisersnitt? Hvorfor kan vi ikke bestemme selv om vi vil ha keisersnitt? (Hva er farene – mange myter rundt dette. Hva slags informasjon kan gis til alle om dette?)

10. Behovet for kontroll – angsten for å miste den

Svangerskapskurs er fokusert på å vite mye og være veldig godt forberedt på fødsel, ta stilling til mange detaljer. Hvorfor er vi så redde for å miste kontroll, hvorfor blir alt så vanskelig hvis noe blir annerledes enn vi hadde tenkt og planlagt (hvis vi ikke får føde i saccosekk går alt galt)? Kunne vi heller la naturen råde og la noen styre litt? Er det en nordisk kvinnekultur – at vi skal fikse alt sjøl? Kan helsetjenesten hjelpe oss å bli mindre redde for å miste kontroll og ta imot styring?

11. Hvor mye preges tilbudet til fødekvinne av utenforliggende samfunnsforhold?

Når vi har 6 md. svangerskapspermisjon er det flott å amme i 6 mnd. Når vi har et års permisjon er det flott å amme i et år... Hva slags andre føringer legges utenfra?

12. Hva er mer langsiktige og prinsipielle ideer og planer rundt fødsel/barsel på høyere nivå (for eksempel hos overlegene i ekspertpanelet)?

Å lese lappene på veggene her gir et inntrykk av en ganske tragisk evaluering av det tilbudet kvinner møter i fødsel og barsel. Fortsatt må vi sette på en lapp at vi ønsker å bli hørt på om vi vil føde på huk eller i stol eller hengende i vinduskarmen... At vi ønsker oss mye og god mat, og kanskje på tider vi selv er sultne. På Vestfold Sentralsykehus er det *ett* familierom, og det betyr bare at der er det dobbeltseng og bad med dusj og pene gardiner. Det er små krav, og ting de fleste har hjemme. Det koster ingenting i sykehussammenheng. Samtidig har noen av oss "creme de la creme"-erfaringer, for eksempel på ABC; å bli hørt og sett, tatt hensyn til og fulgt opp. Hva tenker de i posisjoner på feltet om hvor de vil?

Er det rutiner for kvalitetssikring og evaluering fra fødekvinne selv på fødsel og barsel? Brukes disse evalueringene eventuelt i videre planlegging?

13. Hvorfor har dere ikke spurt kvinnene selv tidligere?

Halvparten av befolkningen er jenter og de fleste føder, mange flere ganger. Enda er det første gang en slik konferanse arrangeres for å høre hva vi mener. Er vi helt overkjørt av mennene? Skyldes det at vi stort sett ikke tenker på fødsel før vi selv skal føde, så er vi ganske sårbare i den fasen det står på, travle etterpå og senere opptatt av andre ting. Det er så midlertidig at vi ikke blir noen pressgruppe. Men tenk hvor mange som skal gjennom det og hvor viktig det er for oss! Det er rart at alle de kvinnene som sitter høyere opp i systemene og arbeider med slike spørsmål ikke har spurt oss før. Akkurat som vi bare er mennesker med stor mage som skal bli kvitt den magen, og det skjer uansett så det er ikke så viktig hvordan.

Vi er sårbare når fødselen nærmer seg. Da er det vanskelig å stå på barrikadene – vi trenger omsorg, støtte og oppfølging. Så det er en viktig jobb vi gjør her nå.

14. Hva er dere mest nysgjerrige på å få vite av oss?

Skal de profesjonelle ekspertene spørres om å redegjøre kort for hva de mest av alt ønsker å høre vår mening om. Vi trenger ikke svare dem, men kan ta det med i arbeidet videre hvis vi vil.

2.4 MER KUNNSKAP OG NY URO – MØTET MED EKSPERTPANELET

Møte med ekspertpanelet

Fra diskusjonen skal her bare nevnes noen av de konkrete informasjonene og synspunktene som kom fram, og som fikk betydning for legkvinnenes arbeid.

Noen *konkrete informasjoner* var viktige for konferansens videre drøftinger.

- Problemene med jordmorrekuttering er betydelige.
- Det er mulig å gjøre forsvarlige risikovurderinger ut fra svangerskap og fødselsstart. Risiko ved fødsel er i det hele tatt ekstremt lav i Norge (noe som samtidig gjør det vanskelig rent statistisk å sammenligne ulike fødesteder). En betydelig andel av de (få) kritiske situasjonene er uforutsigbare.
- I New Zealand føder 70% på lavnivå (fødestue) med gode resultater.
- I Pakistan blir kvinner rystet når de hører om norsk barseltid – i deres kultur er fødekvinne en dronning som får omsorg, massasje, oppvartning.
- Det ble også referert forskning som tyder på at nærhet i forholdet til fødselshjelper er viktigere enn trivelige rom og andre fasiliteter.

Noen *synspunkter* forplantet seg også inn i det videre arbeidet.

- Flere av ekspertene var inne på verdien av en fødselsplan som helsepersonell og kvinnen utvikler sammen – men advarte samtidig mot å gjøre denne for fasttømret og detaljert. Det bør være en plan for dialog.
- På spørsmål om hvorfor det ikke kan åpnes for større individuelle variasjoner når det allerede er så store geografiske variasjoner i tilbud og praksis, opplevde en del av legkvinnene å få litt steile "overlegesvar": For det første ble det forklart med den menneskelige natur – som kvinner vil også overleger bestemme selv. For det andre ble en drøfting på prinsipielt nivå unngått, ved å slå fast at spørsmålet måtte spesifiseres – rutiner og praksis for keisersnitt, epiduralbedøvelse, liggetider osv. har hver sine konkrete grunner på hvert fødested.
- Flere av legkvinnene var etterpå overrasket over at overleger ved viktige institusjoner framsto mer som leger enn som ledere. De hadde ventet tydeligere interesse for, og mer gjennomtenkte synspunkter rundt visjoner og retningslinjer på feltet, og på hvordan man utvikler arbeidsplasser i helsevesenet som styrker kompetanse og gode holdninger.
- Endelig skapte det en del debatt senere at en av ekspertene mente det ville gå ut over risikokvinner at de som roper høyest er de sterke og friske kvinnene som vil ha fødselen tilbake. Legkvinnene ble oppfordret til å tenke over hvor representative de er, og føle ansvar også for de risikokvinnene som kanskje ikke er til stede.

Plenumsrunde etter ekspertmøtet

Flere mente at særlig den mannlige overlegen hadde fått litt urettferdig behandling, at han ble skyteskive for ting han ikke kunne stilles til ansvar for. ("Hvem legger premissene – vi skulle hatt statsråd Høibråten her!") Spørsmålet om å representere alle typer kvinner ble viktig for mange. Noen typiske innlegg som møtte allmenn nikkning:

"Det er trist om vi begynner å diskutere om det er best med hjemmefødsel eller medisinsk ekspertise. Jeg er også takknemlig for overlegens kompetanse, selv om jeg har født hjemme. Vi må ivareta helheten."

"Jordmoren og nyfødtoverlegen representerer ytterpunkter av en skala som vi trenger hele av."

"Det med å ta ansvaret for de som ikke er her traff meg, det er kjempeegoistisk av meg å bare tenke på hjemmefødsel. Men ved å vektlegge fødeplan og individuell behandling – at hver kvinne blir møtt på det hun har behov for, ivaretar vi de andre også."

"Vi representerer tross alt ganske mange. Vi har ulik bakgrunn og situasjon, vi har med oss 58 veldig forskjellige fødsler. Hvis vi kan enes om noen viktige ting, kan vi regne med at det også vil gjelde veldig mange andre."

I denne diskusjonen tok også Unni ordet, ettersom hun var helt uenig i at legkvinnene skulle ta ansvaret for alle de som ikke var til stede. "Dere er invitert av Statens helsetilsyn, og det er ingen hemmelighet hvordan dere er valgt ut. Myndighetene har ansvaret for at eventuelle andre grupper og problemstillinger også høres i prosessen. Dere har mer enn nok erfaring og variasjon å ta vare på som det er, og skal konsentrere dere om å gjøre den jobben dere er bedt om: å ta utgangspunkt i egne erfaringer for å drøfte fødsels- og barselomsorgen."

2.5 DISKUSJON OM KEISERSNITT – NOEN MOMENTER

Keisersnitt viser seg å bli et tema som legkvinnene selv prioriterer å diskutere. Fordi det begynner å haste med å oppsummere konferansens hovedbudskap, foreslår sekretæren i første omgang at egen diskusjon om keisersnitt legges vekk – med beklagelse over at det ikke er tid. Forslaget faller, og det settes av en snau halvtime til en plenumsdiskusjon – som oppsummeres slik:

Keisersnitt blir omtalt som et tema omgitt av både myter og stor usikkerhet. Legkvinnene vil påpeke at også når det gjelder keisersnitt, er det samme behov for informasjon, lydhørhet overfor den enkelte kvinnen og god omsorg og oppfølging. Planlagte keisersnitt kan også gjøres til en stor opplevelse for kvinnen: "Bare en sånn ting som feiring, at jeg også har gjort en stor innsats og fått et barn. De andre som fødte fikk flagg på frokostbrettet første dagen, men ikke jeg fordi jeg lå på oppvåkning."

Legkvinnene understrekte forskjellen mellom planlagt keisersnitt, enten av medisinske grunner eller fordi kvinnen av ulike grunner ikke vil eller tør føde, og hastekeisersnitt når noe går galt under fødsel. I alle disse tilfellene kan kvinnens kunnskap om egen kropp og sjel komme på kollisjonskurs med en medisinsk vurdering. Én legkvinne var veldig glad for at hun var blitt hørt på sitt ønske om keisersnitt selv om det ikke var medisinsk begrunnet. Hun hadde greid å bli gravid mot medisinske odds og med hjelp av helsevesenet, og opplevde det som helt overordnet at ingenting nå gikk galt "i siste sving" – under fødselen. Keisersnitt følte tryggest. Hun kunne godt si at dette i en viss forstand var irrasjonelt ut fra medisinsk kunnskap; ingenting tydet på risiko, og hun kunne født med hele sikkerhetsnettet i beredskap. Men ut fra egen kunnskap om seg selv og situasjonen, visste hun likevel at keisersnitt var riktig og viktig for henne. En annen av legkvinnene opplevde under fødselen å være *helt sikker* på at det måtte gå galt, at barnet umulig kunne komme ut på vanlig vis. Hun ble ikke hørt. Situasjonen ble både dramatisk og farlig før det ble utført hastekeisersnitt. Den kunnskapen disse to kvinnene forteller om, er av et annet slag enn det som regnes for gyldig medisinsk kunnskap. Helt allment må det gis større rom for at begge disse kunnskapstypene kan være i dialog og befrukte hverandre. Spørsmålet om keisersnitt setter antakelig dette på spissen.

At det har oppstått et begrep som "selvbestemt keisersnitt" avspeiler trolig en for stor fokusering på smerte og risiko. Keisersnitt kan fremstå som en lettvinnt måte å oppnå kontroll og trygghet. Det bør gis informasjon om komplikasjoner etter keisersnitt, og hovedvekten må legges på å bygge trygghet ved å tilby kunnskap, omsorg, gode relasjoner og medisinsk sikkerhetsnett

Legkvinnene ga tydelig uttrykk for at keisersnitt er et tema hvor det er viktig at kvinners egne erfaringer og synspunkter spilles inn i den helsepolitiske diskusjonen, og at de selv ikke fikk gjort dette grundig nok innenfor konferansens rammer. Også fødselsdepresjon ble framhevet som et slikt viktig tema.

2.6 SAMLING OM HOVEDBUDSKAP, VIDEREFORMIDLING OG EVALUERING – PLENUMSDISKUSJON

Videreformidling

Tilretteleggerne blir enige om å spørre tre av legkvinnene under lunsjen om de kan tenke seg å delta på Bodøkonferansen, for å være med på formidling av legkvinnenes synspunkter der. De velges fordi de representerer litt ulike ståsteder, er taleføre, og har vist at de er lydhøre for og tar ansvaret for forsamlingen som helhet. Alle tre sier ja. Unni orienterer i plenum om at hun har påtatt seg ansvaret for å formidle legkvinnekonferansen under fagkonferansen i Bodø, og at hun gjerne vil ha med seg noen av dem. Hun har selv valgt ut og spurt tre kvinner, både ut fra at hun tror de vil gjøre en god jobb for gruppen, og fordi hun tenker at hun kan samarbeide godt med dem. Noen kan kanskje tenke at de selv skulle valgt sine representanter, men Unni ville altså være sikker på at hun kunne ta ansvaret og ha det godt med det. Alle klapper over de tre som har sagt ja.

Oppsummering i plenum av konferansens hovedbudskap

Sekretæren forteller legkvinnene hva hun mener å ha hørt som sentrale budskap og synspunkter, og som hun har systematisert i fem punkter (de fem punktene som blir legkvinnenes hovedbudskap og rapportens del 1). Hun sier hun vil hente opp momenter fra referat av tidligere diskusjoner og plassere disse inn i hovedpunktene etterpå. Hun ber om reaksjoner og innspill, eventuelt bekreftelser på at hun har fanget det vesentlige. Til sist er det en runde hvor alle nevner ting de er redde for kan bli glemt, og sekretæren sjekker om det er med i hennes notater. De tre som skal delta på fagkonferansen i Bodø skal også kvalitetssikre sekretærens utkast til hovedbudskap fra legkvinnene.

Evaluering

Unni innleder med å si at dette har vært et dristig tiltak. Det er en annen måte å ta alvorlig, hente fram og nyttiggjøre erfart kunnskap: *Dere har vært utsatt for noe dere ikke kunne vite hva var da dere sa ja. Det har vært to slitsomme dager, men dere har holdt ut, bidratt og vært veldig produktive. Det var en metodeinngripen av en av ekspertene å be dere representere andre. Dere var valgt ut for å representere dere selv, og det har dere gjort strålende.* Hun åpner for en muntlig respons fra legkvinnene, men inviterer alle til å gi skriftlig tilbakemelding direkte til Helsetilsynet om de ønsker det.

Flere understreker at de har lært mye, ikke minst om de store forskjellene i Norge, og fått nye perspektiver på egne erfaringer også. Legkvinnene synes det er viktig å ha blitt spurt, og at de var så forskjellige. Flere lurer på den videre bruken av arbeidet de har gjort. En sier hun veksler mellom å tenke at dette er et direkte talerør inn i politikken, og i neste øyeblikk at "nei, dette er jo bare en forsamling med damer". En sier det ville være veldig kjekt om de i offentlige debatter senere kunne kjenne igjen noe de har vært med på å forme.

Det kommer tilbakemeldinger om at kvinnene synes dette har vært en god opplevelse, at stemningen har vært fin – og at de er ganske utkjørte. Tilretteleggerne får ros for profesjonell ledelse, og for måten to så forskjellige mennesker har samspilt på.

Flere har tidligere under konferansen gitt tilbakemelding om at temagruppene var for store (6-7 deltakere), slik at ikke alle fikk komme tilstrekkelig til orde, og dette gjentas under evalueringen.

En deltaker stiller spørsmål ved om hun egentlig skulle vært med på konferansen. Hun har arbeidet i mange år i helsevesenet, også med planarbeid og ledelse, og synes hun har kommet litt i forsvar for helsevesenet samtidig som egen fødeerfaring er kommet mer og mer bort fra henne under konferansen. Hun stiller dermed spørsmål ved sin egen "leg"-status. En annen av helsearbeiderne sier hun kjenner seg igjen.

Spørsmålet om sammensetningen av ekspertpanelet kommer opp igjen. Kanskje burde heller representanter for Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn vært invitert?

En av deltakerne kommer med en sang hun har laget og kopiert opp. Sang, fremvisning på storskjerm av fotografier tatt under konferansen, takk fra Statens helsetilsyn med bl.a. prologen *Hun står i stavnen og værer framtid* (*), avrunder legkvinnekonferansen. Det hersker en intensitet i rommet som ingen synes å ville bryte. Alle forblir sittende på stolene. Tilrettelegger Unni må til sist bryte inn, klappe i hendene og si at *Nå er faktisk det hele over, nå er det slutt, – buss og biler venter utenfor!*

(*) Prolog til Kvinneuniversitetet Nord av Aasta Aalo

DEL 3: LEGKVINNEKONFERANSE SOM METODE – TILRETTELEGGERNES VURDERING

3.1 LEGKVINNEKONFERANSE SOM METODE – TILRETTELEGGERNES VURDERING

Som tilretteleggere har vi hatt vansker med å skille ut vårt arbeid som en egen del om metode, teknikker og grep for losing av en slik konferanse. Tilretteleggerens arbeid er dialogbasert, det henger alltid sammen med legkvinnenes arbeid, og det utvikles og formes underveis i dialog med legkvinnene og med det de innholdsmessig legger fram. Når vi ber deltakerne om å snu seg mot hverandre i par og presentere seg for hverandre med navn, bosted, yrke og fødesteder, så forteller det noe om hvordan *vi* organiserte den første "bli-kjent-fasen", og det forteller samtidig om et arbeid *legkvinnene* gjorde for å bli kjent. På et tidspunkt foreslo vi en gruppeinndeling i fem temaer, og legkvinnene kom med innvendinger. Det forteller både noe om tilretteleggerens metode (lytte til forsamlingen, meisle ut noen temaer og foreslå disse), legkvinnenes arbeid (protestere, formulere kritikk), tilretteleggerens metode (åpne for diskusjon om hva som er feil og hvordan det kan løses), og legkvinnenes arbeid (diskutere hva de første forslagene butter mot og foreslå bedre løsninger). I en slik forstand mener vi at rapportens del 2 kan leses som en dokumentasjon av både tilretteleggerens og legkvinnenes arbeid.

I denne delen oppsummerer vi våre refleksjoner over hva metoden gir og krever.

Hva slags kunnskap gir metoden?

Konferansens utgangspunkt er erfart kunnskap, videreutviklet i relasjoner mellom personer med et bredt spekter av ståsteder og egne erfaringer. Vi har spurt oss selv hvilken tilleggskunnskap det gir at legkvinnene utviklet erfaringene i fellesskap. Kunne vi to laget et like godt dokument med utgangspunkt i de 96 svarene Helsetilsynet fikk fra fødekvinne, eller ut fra andre og fyldigere datasett fra enkeltinformanter?

Både forskere og dyktige journalister kan innhente, sammenfatte, drøfte og formidle et stort antall menneskers erfaringer og synspunkter. Det vi gjør utover dette er å skape en arena hvor det som er og skjer *mellom* informantene får stor plass. Vi initierer en prosess som utvikler kunnskapen til noe annet enn summen av enkeltdeltakernes viten før de kom. I den prosessen avdekkes i tillegg langt flere erfaringer og synspunkter enn en engangsinnhenting av informasjon kunne gi. Det innebærer at det gruppen gjør og lager de to dagene både blir noe helt annet og får en annen status enn det vi kunne ha produsert på basis av en samling enkeltinformanters opplysninger. Skulle vi presentert et slikt produkt som *vårt*, måtte vi dessuten i større grad innfridd egne profesjonskrav; forholdt oss til faglige debatter, forskning, forbehold, litteraturreferanser osv. Vi kunne heller ikke ha presentert det som gruppens produkt

når den faktisk ikke hadde vært med på utformingen, men bare levert råmaterialet. Oversetter- og formidlerrollen blir en annen når produktet er brukernes enn når det er journalistens, utrederens eller forskerens.

Den helsepolitiske gevinsten av legkvinnekonferansen ligger heller ikke bare i dokumentet. Det sendes noen budskap og settes i gang noen prosesser: myndighetene lager en arena for og viser vilje til seriøs dialog med brukere, og de som tar del erfarer noe som gjør at de agerer annerledes etterpå. Konferansen synliggjør at med rom for refleksjon og dialog kan en svært broket forsamling få et eierforhold til et enhetlig produkt.

Dette leder oss over til spørsmålet om representativitet. Konferansen har som formål å koble erfart kunnskap til helsepolitiske spørsmål. Grunnkilden til kunnskap er den enkeltes egne erfaringer, som selvsagt påvirkes og tolkes ut fra hva hun ellers har lest og hørt om andres erfaringer og synspunkter på feltet. Den enkelte deltakeren representerer bare seg selv og sin egen erfaring, slik også informanter i store kvantitative undersøkelser gjør det. Som gruppe er imidlertid legkvinnene sammensatt med tanke på å representere mangfold, flest mulige typer ståsteder og erfaringer på det området kunnskap søkes: svangerskap, fødsel, barsel.

Når vi snakker om representativitet og generaliserbarhet i forskning, gjelder det oftest fordeling av svar fra enkeltinformanter. Eksempelvis: Dersom utvalget er riktig sammensatt, og 30 % av svarerne prioriterer tilgang til medisinsk spisskompetanse fremfor "mykenhet", kan vi med en beregnelig grad av sannsynlighet gå ut fra at omtrent samme andel av hele den norske kvinnebefolkningen ville svart det samme. Fordi legkvinnene er så vidt bredt sammensatt, kan vi gå ut fra at deres erfaringer og synspunkter er representative for langt flere enn dem selv – men det fins ingen muligheter til å spesifisere det nærmere.

Hovedpoenget er imidlertid at den kunnskapen legkvinnekonferansen produserer ikke er av samme slag som den forskningen gir. Hovedbudskapet fra legkvinnene er ikke at så og så mange av dem har opplevd sånn eller slik, eller at ulike andeler av dem mener eller vil dette og hint. Kunnskapen er ikke lenger på individnivå.

Legkvinnekonferansen produserer *kunnskap om hva en svært sammensatt gruppe kvinner kan enes om å ville formidle til helsemyndighetene om fødsel og barsel*. Da kan vi tillate oss å anta at svært mange andre norske kvinner kunne stilt seg bak det samme budskapet.

Kanskje er det også slik at et strengt representativt utvalg norske kvinner ville gitt en annen tilbakemelding på spørsmålet i eksemplet over, om spisskompetanse og mykenheter, dersom de var gitt anledning til å dele erfaringer og videreutvikle kunnskap sammen. Kanskje ville de overskredet premisset i spørsmålet? I virkelighetens verden er det jo ofte slik at vi ikke kan vite sikkert hva vi selv mener før vi har hørt hva viktige andre vet og vil – og hvordan de begrunner det. Det gjelder både i hverdagsliv og i akademisk og politisk virksomhet. Vi lever i en sammenheng og blir oss selv også ved at vi hele tiden lærer av og forholder oss til andre.

Tradisjonell forskning på individnivå bygger på en helt spesiell kunnskapsteoretisk posisjon – som legfolkskonferanser utfordrer.

Hva krever metoden av tilretteleggerne?

Tilretteleggerne skal initiere og løse. Det innebærer å sørge for:

- at deltakerne blir kjent med hverandre
- at det skapes en stemning hvor folk føler seg frie og trygge til å hente opp egen erfaring og lytte til andres
- at gruppen tar ansvar for og føler seg i stand til å gjøre den jobben de er bedt om
- at også de usikre og fåmælte får bidra og at de sterkeste ikke overkjører noen
- at prosessen dokumenteres fortløpende og meldes tilbake til konferansen – slik at legkvinnene og sekretæren oppnår en gjensidig trygghet på at sluttproduktet ivaretar gruppens ønsker.

Å ta deltakernes erfaringer på alvor, betyr at løpet må legges underveis, ut fra hva de legger på bordet og hvordan de møter hverandres innspill.

Å ha ansvaret for en slik prosess krever både et klart resultatmål i bakhodet (konferansen skal produsere et gjennomdrøftet og tydelig formulert budskap), og forutsetninger for å møte det uforutsigbare underveis mot det målet. Vi opplever fem forutsetninger som avgjørende for å kunne løse slik i ukjent farvann:

Fysiske rammer

Møbleringen er viktig for arbeidsformen. Vi har en romslig sal hvor veggene kan fylles med lapper og plakater. På snaut halve gulvflaten plasserer vi fem småbord, med fem stoler rundt hvert – det er til gruppearbeid. Den andre hoveddelen av gulvet fylles av en sirkel med stoler (som eventuelt må gjøres dobbel for å ikke skape for store avstander).

Vi er godt utstyrt med flip-overblokker, fargede A4-ark, limbånd, store og små tusjer, digitalt kamera, PC kanon, kaldt vann, frukt og småsjokolader (de siste kommer fram når folk begynner å bli slitne). Det er skaffet CD-spiller og diverse vakker og rolig musikk, som spilles når folk siger inn og samles etter pauser, eller mens folk leser hverandres innspill på veggene.

Grundig planlegging

Å planlegge for det uforutsigbare kan synes paradoksalt, men alle som improviserer eller bygger deler av sitt faglige virke på "spontankompetanse" (den du har der og da, i en unik situasjon), vet at det ligger mye trening og planlegging bak. Det fins paletter og skrin med redskaper og teknikker for å få til forskjellige ting i grupper. Det enkleste er å tilegne seg en del slike redskap. Det vanskelige er å vurdere fortløpende når en tar hva i bruk eller når en må finne på noe helt nytt – ut fra hva som pågår i forsamlingen og hvor de skal i løpet av hvilke tidsrammer. Hva løfter vi fram og inviterer forsamlingen til å gå videre på, hva lar vi ligge dersom ingen av legkvinnene selv forfølger det – ut fra oppdragsgivers bestilling, gruppedynamikken, spekteret av erfaringer og synspunkter som legges på bordet. Vi har på forhånd drøftet og skisset

rundt ulike mulige forløp, utfordringer og ressurser, og snakket om hvilke grep det går an å møte disse med – vel vitende om at det meste kommer til å bli helt annerledes. Det har vært viktig å lese legkvinnenes svar til Helsetilsynet, bli antydningvis kjent med noen av dem, få en føling med om noen bærer på erfaringer som kan bli utfordringer i gruppeprosessen, kjenne på og diskutere hva vi selv bærer på, og som skal eller ikke skal få lov til å boble til overflaten blant legkvinnene. Det er også god planlegging å bestille rekvisitter; ved siden av å være helt nødvendige redskaper, er alle våre fargede ark, flipover-blokker, tusjer, PCer og sjokoladeposer også sterke signaler om kreativitet og produktivitet – og omsorg.

Tillit til legfolkene

Vi ville aldri turt å ta ansvaret for en slik prosess hvis vi ikke var helt sikre på at legkvinnene er i besittelse av mer enn nok erfaring, refleksjonsevne, engasjement og arbeidsmoral til å gjøre det arbeidet de er bedt om. Kunnskapskilden er der, til stede i rommet, og vi kan stole på at vår oppgave faktisk bare er å forløse og løse. Tilliten til legfolkene er tett koblet sammen med en stor nysgjerrighet, det leder over til neste punkt.

Interesse og nysgjerrighet, fra oss og fra oppdragsgiver

Vi er helt reelt nysgjerrige på og interesserte i hva legkvinnene kommer til å fortelle og diskutere og mene. Oppdragsgiver (Statens helsetilsyn) har signalisert en helt reell og sterk interesse for det samme. Også dette er trolig en viktig forutsetning for å kunne møte det uforutsigbare. Vi stiller med et vidåpent lytteutstyr, og legkvinnene oppfatter at invitasjonen er ment helt alvorlig. Det skaper en grunntone av ærlighet som gjør at vi underveis også kan stoppe opp og spørre forsamlingen om hva som nå skjer og hvordan vi skal håndtere det, dersom vi syns det er nødvendig.

Å ha det bra

Vi er sikre på at tilretteleggerne må ha det godt i situasjonen og med hverandre for å kunne møte uforutsigbarhet på en god måte. Den som er forknytt, føler ubehag, irritasjon eller negativ usikkerhet, mister evnen både til å lytte godt og til å være i bevegelse. Dette gjelder også for legkvinnene. Altså må tilretteleggerne gi betingelser for en gjennomgående god stemning. Også det forutsetter at tilretteleggerne har det godt selv. Det ligger også en eksempelkraft i at tilretteleggerne trives i situasjonen og med hverandre, og at dialogen glir godt mellom de to. Vi viser at det er mulig å gi seg fortrøstningsfullt i kast med noe vi ikke vet hva skal bli, som det knytter seg forventninger og alvor til, og endatil ha det spennende og moro underveis.

Ekspertmøtet – interessant utfordring eller prinsipielt umulig?

Vi er ikke fornøyde med ekspertmøtet og dets funksjon. Midt i det korte forløpet, når legkvinnene er godt i gang med å bli en fungerende gruppe og å gi form til et vell av erfaringer og tanker, skifter vi scene og introduserer nye mennesker, relasjoner og kunnskapstyper. Det er et sterkt signal at dette møtet vekker en type ubehag hos både legkvinnene, tilretteleggerne og flere av ekspertene selv (så vidt vi kunne oppfatte), som har vært fraværende gjennom hele resten av konferansen. Hva handler det ubehaget om?

Flere av legkvinnene ser ut til å oppleve tilgangen på profesjonelle eksperter som en mulighet til å formidle synspunkter til "makta", og bruker tiden til det. Det strider i og for seg mot formålet med møtet, som var å gi legkvinnene anledning til å hente ut kunnskaper og synspunkter de kunne ha nytte av i det videre arbeidet. Men det største problemet ligger i hvilke rammer vi skaper for kommunikasjon og refleksjon. Kanskje er det slik at møtet med ekspertpanelet konkretiserer og illustrerer grunnprinsippene i en legfolkskonferanse ved å øve vold på dem: Det blir fort en slags kampsituasjon, hvor ekspertene får rollen enten som allierte eller "store, stygge ulver".

Grunnprinsippet om anerkjennelse av den enkeltes erfaringer og ståsted som utgangspunkt for å utvikle kunnskap i forholdet mellom folk – det forlater vi i måten vi arrangerer ekspertmøtet på. Kan dette grunnprinsippet ivaretas når fem profesjonelle møter 23 legkvinner? Eller er hele ideen om ekspertmøte feil?

Ekspertene kan ha én eller flere posisjoner å forsvare. De representerer et system, og bestemte former for kunnskap. Legkvinnene har en frihet i forhold til slike posisjoner som antakelig gjør dem mer bevegelige overfor andres erfaringer og prosesser i forsamlingen. I tillegg har de fått noen timer på seg hvor vi har lagt til rette for nettopp åpenhet og bevegelse. Et *godt* møte mellom legkvinner og profesjonelle eksperter forutsetter trolig at også ekspertene gis anledning til å gå inn i en slik prosess.

Det er påfallende at spenninger og kommunikasjonsbrudd mellom legkvinner og eksperter særlig oppstår overfor legene. En fysioterapeut, jordmor eller representant for en brukerorganisasjon tar mer utgangspunkt i erfart kunnskap, mens legene først og fremst bygger på en forskningsbasert, naturvitenskapelig kunnskapsforståelse. Kanskje er kunnskapstyper og posisjoner for forskjellige til at en snau to-dagers konferanse også skal klare å bygge slike broer. Uansett er dette et punkt som krever videre diskusjon og eventuelt utprøving av andre modeller.

Vi har også diskutert hvordan introduksjonen av det inviterte ekspertpanelet påvirket forsamlingen. Flere virket litt "tatt på senga" – det kom brått på. Vi lurte på om dette burde vært snakket om tidligere i forløpet. Samtidig gikk det bare seks timer fra konferansestart og til de fikk beskjeden. Vi hadde prioritert at enkeltpersonene ble en gruppe, gikk inn i en prosess og raskt fikk de spørsmålene de selv opplevde som viktige på bordet – og var urolige for at en tidlig informasjon om ekspertpanelet skulle styre diskusjonene for mye.

"Bare damer" – hva betyr det?

Dette var en ren legkvinnekonferanse, også tilretteleggerne og observatørene fra oppdragsgiver var kvinner. På den forrige legfolkskonferansen vi loset, var én praktisk konferansehjelper og et mindretall av deltakerne menn. Det er godt dokumentert at kvinner og menn tendensielt har nokså ulike mønstre for kommunikasjon, det gjelder blant annet lytteevne og -vilje, selvhevdelse, konflikthåndtering, ansvarsfølelse for andre og for relasjoner. Vi lurer på i hvilken grad tilretteleggerens grep og kompetanse ville fungere på samme måte i en legfolkskonferanse med mange eller bare mannlige

deltakere, eller om en slik konferanse ville skape ganske andre utfordringer og muligheter.

Rolleutfordringer

Vi hadde en trippel-bestilling fra oppdragsgiveren, Statens helsetilsyn: Vi skulle være tilretteleggere for prosessen, en av oss skulle være legkvinnenes sekretær, og vi skulle utforske, dokumentere og drøfte legfolkskonferanse som metode for kunnskapsinnhenting i helsepolitisk arbeid.

Det ligger uansett en stor utfordring i selve rollen som sekretær for en sammensatt forsamling. Konsensus er å forstå som et resultat som alle i hovedtrekk kan leve med. For mange av legkvinnene var konferansen en intens og utfordrende erfaring som de la mye av seg selv i. Det vil alltid oppleves annerledes underveis, enn det er å se på trykk, formulert av en annen, hva det var som foregikk, selv når man kan stå inne for alt som formidles. Det er en parallell til at de fleste opplever en ubehagelig fremmedhet bare ved å høre sin egen stemme på lydbånd. Dette ser vi i ettertid at vi kunne ha tematisert på konferansen og forberedt deltakerne på.

Vi hadde ikke diskutert med legkvinnene om de ønsket hovedbudskapet skrevet i "vi-form" eller i en mer nøytral tredjeperson. Ut fra en ydmykhet overfor legkvinnene – fordi vi ikke ville påtvinge dem å stå inne for en språkføring som også var sekretærens – valgte vi i første utkast å formulere budskapet i tredjeperson: legkvinnene mener at... Dette opplevde noen av de legkvinnene som skulle kommentere utkastet som en skuffelse; at sekretæren ikke skrev *for* dem, men *om* dem. Spørsmålet skulle vært avklart med hele forsamlingen på forhånd.

Vi har erfart at tilrettelegging og sekretærarbeid befrukter hverandre, ettersom summen handler om å lage gode rom for, fange opp og formidle legkvinnenes erfaringer og budskap. I begge roller ligger lojaliteten hos legkvinnene.

Ved siden av å gjøre dette arbeidet for legkvinnene, var vi bedt av Helsetilsynet om å utforske og drøfte metoden mer prinsipielt. *Under* konferansen opplevdes ikke dette som noe problem: de prinsipielle diskusjonene vi hadde på bakrommene tok alltid utgangspunkt i de konkrete prosessene som foregikk på Hadeland, og var "sløyfer" som gjorde oss bedre rustet til å tilrettelegge den prosessen videre. I diskusjoner og rapportskriving *etter* konferansen ble det imidlertid et problem at rapporten kunne komme til å se for mye ut som en rapport *om* konferansen, og i for liten grad en rapport *fra* den. Dette kom det også reaksjoner på fra de tre legkvinnene som leste utkastet etter konferansen. Vi innså da at vi ikke hadde gitt legkvinnene beskjed om den doble rollen konferansen hadde; både få fram og formidle det de ville gi, og utforske metoden. Vi er nokså sikre på at informasjon og diskusjon om dette kunne gjort legkvinnene tilfredse heller enn frustrerte. I tillegg til å komme til orde selv, bidro de også til en metodeutvikling som kan komme andre brukergrupper til gode senere.

Vedlegg 1

HELSEDIREKTØRENS ÅPNINGSTALE VED LEGKVINNEKONFERANSEN

Velkommen til en annerledes konferanse om et velkjent og viktig temaområde som angår og engasjerer alle, – både som enkeltindivid (for ikke å si enkeltkvinne i denne forsamling) og som samfunnsborger.

Statens helsetilsyns legkvinnekonferanse på Hotell Hadeland om fødsels- og barselomsorg i Norge er en ganske ny og fortsatt noe eksperimentell konferanseform. Som det kanskje er kjent, så kom NOU 1999:13 om kvinners helse i Norge nå på vårparten, og den anbefaler sterkt å videreutvikle brukerkonferanser som metode og å tillegge et kjønnsperspektiv på det temaområdet det skal dreie seg om.

Helsetilsynet har grepet fatt i begge anbefalinger ved å arrangere denne legkvinnekonferansen. Selv om det kanskje burde være helt selvfølgelig at en spør brukerne av en helsetjeneste om deres erfaringer med tjenesten, så har det ikke vært slik i virkeligheten. En har vært mer opptatt av alle de ulike fagfolks ofte vitenskapelig begrunnede forståelse av hva som er faglig forsvarlig for hvor en fødsel skal foregå, hvilken smertelindring som skal gis, hvilke fødestillinger som er best, hvem som skal delta ved fødselen, hvor lenge mor og barn skal ligge på sykehuset, hvor ofte barnet skal legges til brystet osv. osv. Alt blir faglig begrunnet og faglig vurdert som det beste som kan tilbys på deres spesifikke fagområde. Dette har resultert i at det er mange profesjoner og mange fagmiljøer som hevder å være talerør for fødekvinne, og for hvordan fødsels- og barselomsorgen bør organiseres til beste for mor og barn, – de siste tretti årene også til beste for mor og *far* og barn. *Men hva vil egentlig kvinnene?* Kvinnenes egne erfaringer, kompetanse, ønsker og behov i denne tjenesten har vært langt mindre fremme i lyset som retningsgivende for videreutvikling av tjenesten, – og det er dette helhetlige kvinneperspektivet på hele tjenesten som Statens helsetilsyn nå er interessert i å innhente kunnskap om, og som vi har bedt dere hjelpe oss med, – til beste for fremtidige fødekvinne- og fremtidige menn og fedre, da kvinner er kjent for også å inkludere mannens interesser og behov i sitt eget fødearbeid.

Statens helsetilsyn har arbeidet mye med denne tematikken i alle år på mange ulike fronter, – og bare for å nevne de siste: Veileder 5/95 om svangerskapsomsorg for kommunehelsetjenesten og publikasjonen nr. 1/97 i utredningsserien om faglige krav til fødeinstitusjoner. Det er et vidt spekter av problemstillinger jeg vet dere skal ta for dere i dag og i morgen, og for Helsetilsynets del vil innspill til arbeidet med revidering av veilederen innen svangerskapsomsorgen være svært viktig. Men det er ikke bare i forhold til den veilederen at det dere kommer fram til disse to dagene vil ha betydning. Dette er første del av en todelt konferanse om fremtidig fødselsomsorg i Norge. Andre del blir en nasjonal fagkonferanse som skal foregå i Bodø 22. og 23. november. Den er det Norges forskningsråd og Statens helsetilsyn i fellesskap som skal arrangere etter oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet. Rapporten etter fagkonferansen i Bodø skal

danne grunnlaget for departementets videre arbeid med fremtidig fødselsomsorg i Norge.

Det er sagt at gravide kvinner, fødekvinne og barselkvinne aldri kan bli noen sterk opinionsdannende gruppe i arbeidet med svangerskaps- fødsels- og barselomsorgen. Dette fordi de aldri er gravide på likt! – altså kvinner er gravide, de føder og de har barseltiden sin, men aldri som en enhetlig gruppe på likt. Slik at selv om vi har rundt 60 000 fødekvinne i løpet av ett år, så er de ikke på samme tid på samme sted *samtidig*, og dette gir ikke grunnlag for en sterk solidarisk gruppe over tid. Dette er et interessant fenomen, og det er for å gjøre noe med nettopp dette, at dere er utrolig viktige i det arbeidet som nå ligger foran dere. Dere har vist av svarskjemaet dere sendte inn på forsommeren, at dere evner å tenke ut over dere selv og egne erfaringer, og er opptatt av hvilke endringer som er mulig å gjøre ut fra den kunnskap og kompetanse en eller flere fødsler har gitt dere. Dere representerer derfor en verdifull motvekt til vår alle Peer Gynt, *som var seg selv nok* ved alle anledninger til beste for seg selv. **Dere er ikke dere selv nok**, – dere har gitt uttrykk allerede for at dere ser ut over egen navle bokstavelig talt. Det er nettopp dette blikket utover sin egen hverdagsvirkelighet som er så verdifullt for andre å få grep om, og som kan gi innspill i en beslutningsprosess om et tema som dere og vi brenner for.

Statens helsetilsyn føler seg privilegert over å få tilgang til deres ressurser, og vi håper dere føler dere privilegert over å ha fått denne muligheten til å være med å påvirke og prege fremtidens beslutninger om dette feltet. Dere er 23 kvinner som er plukket ut. Det var 500 kvinner som fikk det første brevet fra Statistisk sentralbyrå hvor det var en invitasjon fra Helsetilsynet om mulig deltakelse på denne legkvinnekonferansen. 96 tilbakemeldinger mottok vi fra kvinner som ønsket å delta, og av disse fikk 29 den endelige invitasjonen. Det var ikke lett å sjalte ut til under tretti, men det skulle være en håndterbar gruppe for tilretteleggerne også! Vi måtte derfor konsentrere oss om at de fleste problemstillinger som var tatt opp, ble dekket inn av dere som nå er her, og at hele landet så langt råd ble representert. Men når den ene fra Finnmark som svarte, har termin nå i september, ble det ikke mulig å få dette fylket representert, – og tynt ble det også fra Sør-vest-landet, der det heller ikke er noen representert til slutt. Det er jo en kjent sak at ikke alt ligger til rette for at mor kan dra av gårde i to dager, eller at læreren får fri, slik at seks kvinner har måttet si nei, – jeg skal hilse dere fra dem at det ikke var av lett hjerte. Vi fikk et nært innblikk i hva slags type organisering som ligger bak når mor, kone, lærer, sivilarkitekt eller ballettinstruktør skal forlate hjemmearenaen og/eller arbeidsarenaen for kun to dager og en natt. Jeg har lyst til å referere fra én telefonsamtale med en kvinne som også er gårdbruker, og som ikke deltar. Hun sa at hun ser livsløp – fødsel – liv – død – i sammenheng, ut fra å bo tett sammen både med den eldre generasjonen og med dyra på gården. Hun ser derfor på fødsel som noe naturlig, og ikke en sykkelig tilstand. Hun hadde hatt så lyst til å være med å påvirke tenkningen rundt det å normalisere selve fødselen og barseltiden. Hun hadde et syn på liv og død som tilsa at en skal ha ydmykhet for livet, og at det kan være forhold som tilsier at noe ikke er forenelig med liv. Denne viktige dugnadsinnsats for fremtidige fødekvinne, – og noen av dem er også antakelig dere selv, – gjør dere altså på vegne av mange, mange andre.

Jeg ønsker lykke til med konferansen – både til dere legkvinner og til de to tilretteleggerne Unni Kristiansen og Arnhild Taksdal som Helsetilsynet har håndplukket for å gjennomføre denne konferansen. Skulle ønske at jeg selv var til stede – men Helsetilsynet er til stede via Linda Grytten og Sidsel Platou Aarseth som begge skal observere prosessen og legge de praktiske forhold til rette disse dagene.

Helsetilsynet vil vente spent på rapporten som kommer ut etter konferansen, – det er stor interesse for den allerede og dere har manges øyne rettet mot dere, og mange som ønsker å få bekreftet at dette er en konferanseform som kan videreføres i andre temaområder for andre brukergrupper vi vil hente inn kunnskap, ideer og refleksjoner fra.

Lykke til og på forhånd takk.

Vedlegg 2

KORT OVERSIKT OVER HENDELSESFORLØPET

Onsdag 8. september

Tilretteleggere og arrangør møtes på hotellet, møblerer og forbereder

Torsdag 9. september

11.00 Helsedirektør Anne Alvik åpner konferansen (vedlegg1)

11.20 Unni innleder

11.35 Presentasjon i par

12.00 Presentasjon i plenum

12.40 Assosiasjonsflom i plenum

13.00–14.00 *Lunsj*

14.00–14.50 Spaserende smågrupper med tema til diskusjon

14.50 Presisering av problemstillinger – organisering av temagrupper

15.20 Tematisk gruppearbeid – ønsker og forbedringer

16.00 Gruppearbeidet fortsetter – helsevesenets reaksjoner og forbehold

16.30–17.00 *Kaffe/tepause*

17.00 Vandring i salen – lesing av veggplapper

17.20 Orientering om ekspertpanelet som kommer neste dag – gruppeforberedelser

17.50–18.30 Forberedelse til ekspertpanel i plenum

20.00 *Middag*

Fredag 10. september

08.30–09.10 Plenumsforberedelse til ekspertpanelet

09.10–11.10 Møte med ekspertpanelet

11.25–12.00 Plenumsrunde etter ekspertmøtet

12.00–13.00 *Lunsj*

13.00–13.30 Planlegging i plenum av sluttfasen

13.30–14.00 Assosiasjonsflom og diskusjon om de gode opplevelsene

14.00–14.30 Diskusjon om keisersnitt

14.30–15.00 *Kaffe/tepause*

15.00–15.45 Oppsummering i plenum av konferansens hovedbudskap

15.45–16.00 *Pause*

16.00–16.30 Evaluering, avrunding og takk fra Statens helsetilsyn

Vedlegg 3

FORHÅNDSARBEID AV STATENS HELSETILSYN OG SAMMENSETTING AV DELTAKERE TIL LEGKVINNEKONFERANSEN

NOU 1999:13 *Kvinnens helse i Norge* anbefaler og nærmest utfordrer både departementer og nivå-to-institusjoner, som Statens helsetilsyn tilhører, om å arrangere åpne høringer eller legfolkskonferanser om ulike tema. Ett aktuelt tema som konkret ble foreslått var om fødselsomsorg og fødselspraksis i Norge. Statens helsetilsyn grep utfordringen, og utarbeidet et konsept om en to-delt konferanse om fødsels- og barselomsorgen i Norge. Del I skulle være en legkvinnekonferanse og del II en nasjonal fagkonferanse.

Helsetilsynets mål for legkvinnekonferansen var ønsket om å få kunnskap om hvordan ulike kvinner i en gitt gruppekontekst opplever og reflekterer over de tre fasene svangerskap, fødsel og barsel, og hva som må til eller hva tjenesten bør inneholde og omfatte for at den skal kunne oppfylle deres forventninger, behov og krav om en trygg helsetjeneste.

Arbeidet med de to konferansene gikk parallelt. Det ble bestemt at legkvinnekonferansen skulle legges tidlig høsten 1999, mens fagkonferansen skulle arrangeres sent samme høst. Legfolkskonferanse-konseptet er en svært ny konferanseform, og Helsetilsynet forespurte de to som gjennomførte Kvinnehelseutvalgets legfolkskonferanse om ubestemte helseplager og kroniske muskelsmerter om også å gjennomføre denne konferansen: psykiater Unni Kristiansen, Samhandlings- og endringssjef i RiT2000, og kriminolog og kvinneforsker Arnhild Taksdal, Universitetet i Bergen. Unni Kristiansen var positiv på betingelse av at Arnhild Taksdal kunne være medansvarlig som legkvinnenes sekretær, som sist gang. Denne gjensidige betingelse om å arrangere som ett team, var også Arnhild Taksdals tilbakemelding, – og derved var det faglige ansvaret plassert.

Det ble arrangert to planleggingsmøter mellom Helsetilsynet og de faglig ansvarlige i forkant av konferansen. Ellers ble telefon og e-post brukt for avklarende spørsmål som dukket opp gjennom sommeren.

Utvelgelse av legkvinner

Statistisk sentralbyrå (SSB) ble kontaktet for uttrekk av et representativt utvalg på 500 tidligere fødekvinne. Kriteriene for uttrekket:

- kvinnene skulle ha født barn mellom 1. juni 1993 og 1. juni 1998
- de skulle være mellom 18 og 45 år
- de skulle representere urbane og griseværende strøk
- de skulle komme fra hele landet

SSB sendte ut invitasjonsbrevet fra Helsetilsynet 31. mai 1999, om mulig deltakelse på konferanse om fødsels- og barselomsorgen i Norge. Kvinnene fikk frist til 30. juni for

å svare. Med invitasjonsbrevet fulgte også et enkelt spørreskjema om personalia og en invitasjon til å skrive noe om seg selv med tilknytning til temaet.

Helsetilsynet fikk 96 skriftlige svar, og noen telefonhenvendelser fra kvinner om at de var interessert, men at dagene i september ikke passet. 29 kvinner ble valgt ut til invitasjon til selve konferansen, og fristen ble satt til 16. august for å gi endelig bekreftelse om deltakelse. Helsetilsynet forsøkte å sette sammen en gruppe kvinner ut fra kriterier som gjorde at kvinnene skulle representere variasjoner i fødeerfaringer når det gjaldt opplevelsene fra fødselen(e), type fødeenhet, bosted (by og land) alder, paritet, yrke og utdanning. Talespråket måtte tillegges stor vekt, da metoden krever at en kommuniserer utvungent på norsk. Siden gruppen skulle være så liten, ble det ugjørlig å sørge for at ulike grupper av kvinner kunne være representert som gruppe – som for eksempel samekvinner, innvandrerkvinner, funksjonshemmede og/eller overgrepsutsatte kvinner. Ingen skulle derimot utelukkes for å tilhøre en av de nevnte gruppene, og heller ikke utelukkes for eksempel pga. traumatiske opplevelser. Kvinnene skulle m.a.o. velges ut som person og ikke for å representere en gruppe. Alle fylker ble ikke representert, men det ble lagt vekt på at de aller fleste problemstillingene i de ulike kvinnenenes svarskjema til slutt skulle bli dekket inn av de kvinnene som ble endelige deltakere. Helsetilsynet mener at det etter grundig gjennomgang ble satt sammen en mangefasettert gruppe kvinner.

Det viste seg at to kvinner fortsatt hadde spedbarn som vanskelig kunne la seg kombinere med deltakelse, og fire andre kvinner meldte tilbake at de av ulike private årsaker ikke kunne delta. Det ble derfor 23 kvinner som ankom Hotell Hadeland torsdag morgen 9. september.

Kvinnehelsesatsing

På Stortingets initiativ ble Statens helsetilsyn i 1997 gitt i oppdrag av Sosial- og helsedepartementet å integrere kvinnehelsesatsing i Helsetilsynets og fylkeslegenes ordinære virksomhet. Dette innebærer en anerkjennelse av særpremisser og av nødvendig prioritering for å oppheve uønskede ulikheter mellom kjønn.

Intensjonen med satsingen er at kvinne- og kjønnsperspektivet blir integrert i tenkningen innen Helsetilsynets tre hovedaktiviteter: tilsyn, rådgivning og regelverksutvikling. Å måtte forholde seg aktivt til kvinne- og kjønnsperspektivet vil kunne bidra til et solid og bredere beslutningsgrunnlag for kvinnehelse spørsmål i statsforvaltningen, og bidra til at kunnskap om kvinners helse blir tilgjengelig og ivarettatt i helsetjenesten. I Helsetilsynet arbeides det både på kort og lang sikt for å etablere bedre rutiner for å overvåke og kvalitetssikre helsetjenestetilbud overfor den enkelte kvinne og overfor grupper av kvinner. Fokus rettes mot rettferdighet som overordnet verdi. Det betyr at (i) kvinner må få like god tilgang til helsetjenester og øvrige ytelser som menn for samme type plager (sjanselikhhet), (ii) behandlingstilbudet skal være kunnskapsbasert og kjønnsspesifikt både for plager som rammer begge kjønn, men som ytrer seg ulikt eller trenger ulik behandling, og for særlige kvinnehelseplager eller belastninger, enten disse er biologisk eller sosialt betinget (resultatlikhet).

Som ledd i Statens helsetilsyns kvinnehelsesatsing ble det arrangert en legkvinnekonferanse om fødsels- og barselomsorgen over to dager i september 1999. Konferansen var første del i en todelt temakonferanse om fremtidig fødselsomsorg i Norge. Del to arrangerer Norges forskningsråd og Statens helsetilsyn i samarbeid etter oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet i Bodø samme høst. Det ble arbeidet fram et hovedbudskap fra legkvinnekonferansen til presentasjon under den nasjonale fagkonferansen. Denne rapporten inneholder legkvinnenes hovedbudskap, en beskrivelse av legkvinnekonferansens arbeid gjennom to dager og tilretteleggernes vurdering av legkvinnekonferanse som metode.



Statens helsetilsyn

Calmeyers gate
Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo
Tlf.: 22 24 88 88 - Faks: 22 24 95 90
E-post: postmottak@helsetilsynet.dep.telemax.no
Internett: <http://www.helsetilsynet.no>

Bestilling: - Tlf.: 22 24 88 86
- Faks: 22 24 95 90
- E-post: trykksak@helsetilsynet.dep.telemax.no

IK-2691