



Billede:
Ernisussiortut Kattuffiat - den grønlandske jordemoderforening

FLYTNING AF FØDENDE TIL NUUK

- EN UNDERSØGELSE AF PROCEDUREN FOR DE CENTRALISERENDE HENVISNINGS- OG VISITATIONSRETNINGSLINJER FRA 2002

Bachelorprojekt
Vejleder: Kennet Pedersen
Antal tegn med mellemrum: 48.627
Afleveret: 30/6 2020

MICHELLE LINDDAL SKOVHUS DANIELSEN, 270385
KULTUR- OG SAMFUNDSHISTORIE. ILISIMATUSARFIK

Indholdsfortegnelse

Indledning	1
Afgrænsning af undersøgelsens fokus	2
Problemformulering	3
Begrænsninger for undersøgelsen i forbindelse med COVID-19 pandemien	3
Metoder	5
Ekspertinterview	5
Personligt interview	5
Fænomenologisk analyse	6
Etiske overvejelser	6
Baggrund for visitationsreglernes indførelse	8
Evaluering af perinatale retningslinjer	9
Indsamlet materiale og analyse	11
Ekspertinterview: Ernisussiortut Kattuffiat - Den grønlandske Jordemoderforening	11
Interview: En forflyttet gravid	14
Teori: Institutioner som <i>styrer</i>	17
Michel Foucaults biopolitik	17
Goffman og det institutionaliserede system	19
Diskussion	20
Forskel på lig og sjæle	20
Manglende protester og debat – tillid til myndigheder eller konfliktskyhed?	21
Konklusion	22
Perspektivering	23
Litteraturliste	25
Internetsider:	27
Illustrationer:	28
Bilag	29

Indledning

I 2002 blev der indført nye henvisnings- visitationsretningslinjer for fødende i Grønland og siden da er en fremgangsmåde med at forflytte fødende indenfor landet blevet fulgt (Montgomery-Andersen 2013: 11). Begrundelsen for den centraliserende procedure er først og fremmest et ønske fra myndigheders side om at mindske børnedødeligheden. Det gælder for forflytningerne, at de foregår 1): fra bygder til byer med veludstyrede fødestuer samt et fødselsberedskab¹ og 2): i tilfælde af graviditeter, hvor fødslen lægefagligt vurderes at være i risiko for komplikationer². I sidstnævnte tilfælde foregår forflytningen fra både bygder og byer til Dronning Ingrid's Hospital³ i Nuuk, hvor der i kraft af sygehusets status som landshospital er samlet større ekspertise, og følgelig kan mere komplicerede tilfælde håndteres her.

Da fremgangsmåden indebærer, at kvinder i en sårbar tid i graviditetens sidste uger og den første tid efter fødslen flyttes fra familie, venner og lokalsamfund, kan det forventes at påvirke både kvinderne og andre i deres nærhed emotionelt. Ydermere kan der også opstå økonomiske og arbejdsmæssige forviklinger for kvinderne, deres familie og arbejdsplads. Det har mod betaling tidligere været muligt at have partner og børn boende på patienthotellet i Nuuk (Krebs & Witting 2018a: 4). Via e-mail med afdelingssygeplejerske på samme patienthotel er det blevet informeret, at den mulighed ikke findes mere (Laibjörn 2020, pers. komm., 10. juni), hvilket må anses at være en umiddelbar forværring af omstændighederne.

Tidligere forskning om emnet, der har fokuseret på kvinders subjektive oplevelse af forflytningen, har afsløret en række negative historier og konsekvenser. Denne forskning har anbefalet, at et helhedssyn, hvor man afvejer alle aspekter omkring den enkelte gravides tilværelse, er nødvendig at antage fra lægefaglig og andre relevante myndigheders side for at opnå den bedst mulige stillingtagen til en forflytning (Montgomery 2005). Således anbefales det ikke udelukkende at have fokus på det ufødte barns ve og vel, men også omstændighederne omkring moderen, familien og lokalsamfundet. Disse omstændigheder vil jeg forsøge at komme ind på i undersøgelsen her.

Efter anbefalingerne fra Montgomery (2005) ønsker jeg at lave en undersøgelse af konsekvenser, problematikker og den enkelte kvindes oplevelse af forflytningen i forbindelse med graviditeten. Metoderne til at undersøge dette vil være at udføre interview med en berørt kvinde, en jordemoder samt at sammenligne kvantitative undersøgelser. På denne måde forventer jeg at komme

¹ Et fødselsberedskab består af en jordemoder, en læge der kan udføre kejsersnit, personale til at assistere ved kejsersnit, en bioanalytiker og en operationsstue (Bjerregaard et al. 2012: 5).

² Disse komplikationer er opstillet i Bilag 1: Gældende henvisnings- og visitationsregler.

³ Fremover benævnt DIH Nuuk.

omkring forskellige aspekter og inddrage mest muligt af det, som er væsentligt for sagen. De kvantitative undersøgelser vil blive inddraget for at skabe overblik over hvorvidt og i hvilken grad de omfattende tiltag, der har været anvendt siden 2002, rent faktisk har haft de ønskede effekter, i.e. at sænke børnedødeligheden og øge svangreomsorgen.

Der vil være en gennemgang af baggrunden for retningslinjerne, ligesom en udført evaluering af dem vil blive præsenteret. Her vil der inddrages teorier, som har influeret retningslinjerne og implementeringen af disse, og jeg vil forsøge at påvise hvilke verdensanskuelser og teorier, der ligger til baggrund for ændringerne i retningslinjerne.

Fordi proceduren om forflytninger potentielt har omfattende konsekvenser, formoder jeg at det er af almen samfundsmæssig interesse at undersøge og følgende søge at minimere konsekvenserne ved denne løsning. Tal fra 2018 viser, at det er knapt 40% af alle fødende kvinder fra kysten, der føder i Nuuk (Nunatsinni Nakorsaaneqarfik - Landslægeembedet 2019). Dermed fremstår det tydeligt, hvor udbredt proceduren er. Hertil skal også indregnes antallet af kvinder, der rejser fra egne hjembyer eller -bygder til ét af de andre fødesteder i Ilulissat, Sisimiut, Qaqortoq eller Tasiilaq for at få et billede af hvor mange kvinder, der reelt rejser for at føde.

Afgrænsning af undersøgelsens fokus

Adskillige aspekter ved emnets problemstilling lægger op til videre undersøgelse. Eksempelvis kunne man undersøge den mindre gruppe af gravide kvinder, der vælger at trodse lægernes anbefaling og bliver i deres hjemby/hjembygd⁴. Denne gruppe og omstændighederne omkring dem kommer jeg ikke ind på, men fokuserer på dem, som rent faktisk har fulgt myndighedernes anbefaling om at blive forflyttet til DIH Nuuk.

Undersøgelsen kunne også fokusere på, hvordan kvinder med forskellig socioøkonomisk status tackler forflytningen. Tesen kunne være at kvinder med højere indkomst, uddannelse samt et trygt bagland, vil være mindre påvirkede af en forflytning end kvinder i den lavere ende af spektret. I Grønland er der sammenfald mellem borgere, som hører til gruppen af højere socioøkonomisk status, og de som behersker det danske sprog, eftersom højere uddannelser i Grønland er baseret på dansk. Da jeg ikke taler grønlandsk og således ikke har adgang til alle de påvirkede kvinder, vil mit projekt naturligt afgrænses af en sprogbarriere, og mine respondenter –

⁴ For at gøre dette, skal man udfylde en blanket, hvori man vedkender, at man handler imod myndighedernes anbefaling. Se bilag 2.

havde jeg haft flere af dem - vil af den grund ikke kunne give et repræsentativt billede af alle gravide, som er forflyttede.

Udover dem, der på grund af risiko for en kompliceret fødsel er henvist til DIH Nuuk, er en anden stor gruppe af gravide uden komplikationer nødsaget til at rejse fra deres hjemby eller -bygd til ét af de andre fødesteder i Ilulissat, Sisimiut, Qaqortoq eller Tasiilaq, hvor der er fødselsberedskab til stede. Blandt denne gruppe er der sandsynligvis også kvinder, familier og lokalsamfund, som påvirkes, men de indgår ikke i projektet her.

Problemformulering

Problemformuleringen er:

- *Hvordan oplever de gravide kvinder visitationsreglerne og den medfølgende forflytning og hvad er jordemødrenes oplevelse af proceduren?*
- *På hvilken empirisk og teoretisk baggrund blev visitationsreglerne i 2002 indført, har de haft de tilsigtede effekter og hvordan kommer det til udtryk?*

Begrænsninger for undersøgelsen i forbindelse med COVID-19 pandemien

Da der i 2020 brød en pandemi ud, som nåede Europa i februar/marts med mange smittede og døde til følge, lukkede mange samfund, inklusive det grønlandske, ned. Dette betød, at skoleelever fik undervisning hjemmefra, ansatte blev sendt hjem, butikker, restauranter og barer lukkede, og generelt blev samfund sat på standby for at inddæmme smitte i de enkelte lande. I Grønland blev udsatte grupper – herunder gravide – opfordret af myndighederne til at blive i hjemmet og mindske kontakt til andre mennesker. På baggrund af disse anbefalinger blev min undersøgelse udfordret, da både mine respondenter og jeg selv⁵ befandt os i gruppen, som var anbefalet at blive i hjemmet. Dette forsinkede og vanskeliggjorde min kontakt til kvinderne, som jeg i kraft af de potentielt sensitive emner ikke anså som egnede til at finde sted over eksempelvis mail, spørgeskema eller telefonmøde. Dette resulterede i, at der deltog færre interviewpersoner end først planlagt på grund af tidspres.

⁵ Under nærværende bachelorprojekt forår/sommer 2020 var jeg gravid.

Ernisussiortut Kattuffiat - Den grønlandske Jordemoderforening⁶ havde i foråret 2020 planlagt at afholde en konference med titlen 'At rejse for at føde – konsekvenserne af adskillelse af familierne omkring fødsel'⁷, som jeg var blevet inviteret til at deltage i og forventede at få relevant og aktuelt materiale til mit projekt derfra. Denne konference blev, ligesom mange andre arrangementer, aflyst og udskudt til efteråret 2020, hvilket betød, at jeg ikke havde muligheden for at inddrage den i undersøgelsen alligevel. Psykolog ph.d. Svend Aage Madsen, som har forsket i fædres tilknytning til spædbarnet, skulle deltage i konferencen og holde oplæg om de psykologiske konsekvenser ved adskillelsen af familierne i den første tid af barnets liv. Han er forsøgt kontaktet, for at høre mere om hans specifikke tanker om emnet i forhold til situationen i Grønland og hvad han ville have taget op til konferencen, men han har desværre ikke reageret på min henvendelse.

⁶ Herefter benævnt Jordemoderforeningen.

⁷ Se bilag 3 for konferenceprogram.

Metoder

Til datagenerering har jeg gjort brug af interviewmetoden. Der er udført to interview: ét med en fagperson (jordemoder), og ét med en gravid, som er forflyttet til Nuuk. Da disses roller i sagen er forskellige, er det også to forskellige interviewformer, der er anvendt, hvilket jeg kommer nærmere ind på i det følgende.

Ekspertinterview

For at få en mere detaljeret indsigt i den nuværende situation omkring problemstillingen opsøgte jeg formanden for Jordemoderforeningen, Anne Schurmann. Inden interviewet havde jeg sat mig ind i foreningens involvering i de gravide kvinders problemstilling, og havde noteret mig hvilke emner, jeg ønskede at få uddybet ift. min problemformulering og udformede min semi-strukturerede interviewguide efter det. Hun havde så meget på hjerte ift. mine specifikke emner, at en styring fra mig kun var nødvendig i et beskedent omfang.

Personligt interview

Da det for undersøgelsen er ønskeligt at få en dybere indsigt i interviewpersonernes livsverden og konkrete oplevelser, vurderede jeg efter Tanggaard & Brinkmanns anbefalinger (2020: 35) at et personligt interview er den optimale metode. Det har været vigtigt for mig at skabe et trygt rum for interviewpersonen, hvori hun følte, at hun havde muligheden for at kunne åbne sig og også snakke om det, som har været og er svært. Inden interviewet med den gravide kvinde havde jeg efter at have læst om tidligere forskning og beretninger om emnet (Montgomery 2005; Krebs & Witting 2018a; Fog 2007) en antagelse om at høre ulykkelige og negative historier. Denne antagelse leder mig til at påpege, at det for en interviewsituation er essentielt at være bevidst om den altid tilstedeværende interaktion mellem interviewer og interviewperson. Herunder hører bevidsthed om den potentielle påvirkning, interviewerens forforståelse kan have på interviewpersonens måde at udtrykke sine oplevelser, for derefter at søge at minimere denne påvirkning (Tanggaard & Brinkmann 2020: 34f.). Derfor søgte jeg i tråd med den fænomenologiske analysemodel at stille åbne spørgsmål, der lagde op til lange, fortællende beretninger, og gjorde brug af en semistruktureret interviewguide udformet med en skelen til anbefalingerne fra Brinkmann & Kvale vedrørende den fænomenologiske metode (2015: 50ff.), da det efterfølgende var planlagt at udføre en fænomenologisk analyse af det indsamlede materiale.

For at opnå størst mulig tillid imellem mig og interviewperson indledte jeg efter anbefaling fra Montgomery-Andersen (2005:43) interviewet med at dele information om

undersøgelsen og mig selv. At jeg selv var højgravid i interviewsituationen, antager jeg at have været en fordel i forhold til at skabe tillid, og det betød også, at jeg allerede havde personligt indblik i procedurene for gravide i det grønlandske sundhedsvæsen, så at kvinden ikke skulle bruge tid på at indføre mig i detaljerne omkring scanninger, tilbudte kurser og andet, der var relevant for hendes situation.

Fænomenologisk analyse

For at komme i dybden med interviewpersonens udtalelser og for at give plads til de forskellige udtryk, hun måtte have, vurderedes en fænomenologisk analysemodel som mest passende til at bearbejde indsamlet data (Jacobsen, Tanggaard & Brinkmann 2020: 282). Derfor søgte jeg at stille åbne, nysgerrige spørgsmål uden at tage for givet hvad interviewpersonens oplevelse var, og samtidig var jeg som ovenfor nævnt opmærksom på at holde mine egne forudindtagelser tilbage.

Den fænomenologiske analysemodel lægger i kraft af sin åbne og udogmatiske beskaffenhed op til at velegnede teori/teorier til den respektive undersøgelse først udvælges efter fremlæggelsen af empirien, hvilket vil gælde for undersøgelsen her.

Etiske overvejelser

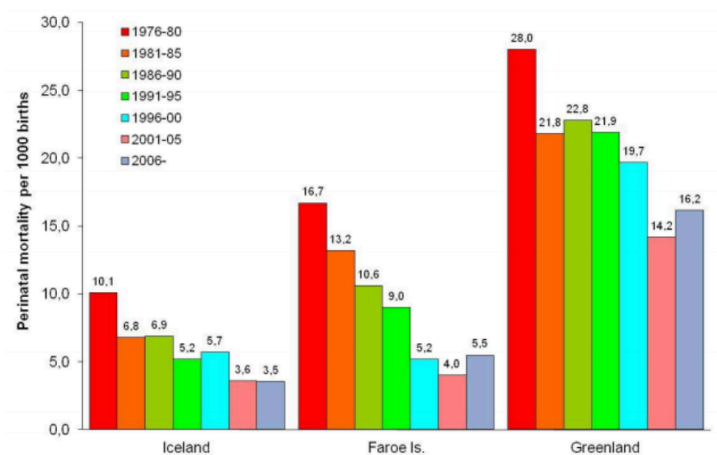
Der er i projektet fulgt de fire tommelfingerregler omkring etik i kvalitative studier (Brinkmann 2020: 598f.). Disse gælder for det personlige interview med den gravide og består af:

- *Informeret samtykke* – det er gjort klart for interviewpersonen, hvad hun deltager i, og hvad projektet skal og kan blive brugt til. Konkret er hun informeret om, at det muligvis vil blive delt med andre studerende samt med Ernisussioortut Kattuffiat - Den grønlandske jordemoderforening.
- *Fortrolighed* – Der er mulighed for at blive anonymiseret, hvis interviewpersonen ønsker det.
- *Konsekvenser* – Jeg har som interviewer overvejet, om det kan have konsekvenser for min interviewperson at deltage i projektet. Med anonymiseringen af hende anses risikoen for makroetiske konsekvenser at være elimineret. Hvad angår det mikroetiske aspekt og risikoen for, at der hos interviewpersonen bliver åbnet op for ubearbejdede følelser, vil jeg, hvis det skulle ske, henvise til de ansatte på stedet, hvor kvinden bor. Disse er professionelle og bekendte med problemstillingerne, som kvinderne ofte er i.
- *Forskerrollen* – Dette indebærer at besidde refleksivitet i rollen og være bevidst om egne værdier og forforståelse. Idet jeg selv er gravid, er jeg ekstra opmærksom på ikke at projicere

nogle af mine egne bekymringer ud på interviewpersonen, ligesom jeg heller ikke vil lade mine holdninger blive påvirket af de negative historier, jeg tidligere har læst om kvinder i denne situation.

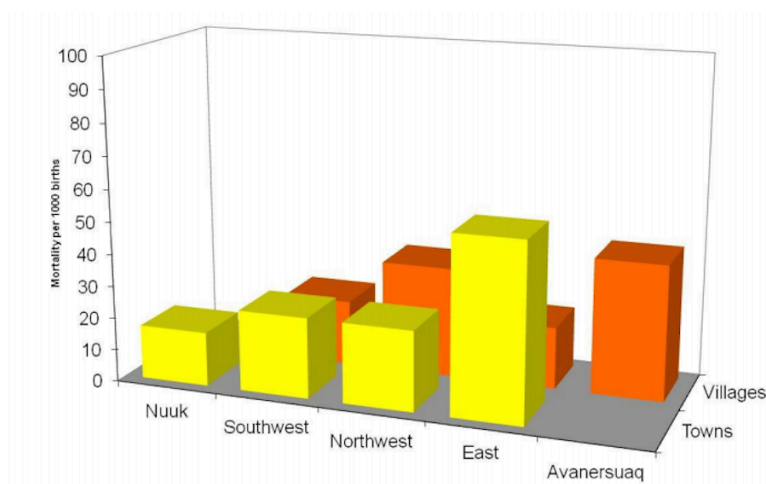
Baggrund for visitationsreglernes indførelse

Som det fremgår af figur 1, var den perinatale dødelighed⁸ i Grønland på 19,7 ud af 1000 fødte for perioden 1996-2000, hvor den til sammenligning på Færøerne og Island i samme periode lå på henholdsvis 5,2 og 5,7 (Bjerregaard 2011: 19).



Figur 1 (Bjerregaard 2011: 19)

Et andet aspekt, der kom frem i 1990'erne, var den store forskel på by og bygd i Grønland. Det fremgår af figur 2 at spædbarnsdødeligheden⁹ varierer kraftigt fra region til region og imellem byer (towns) og bygder (villages).



Figur 2 (Bjerregaard 2011: 17)

⁸ Den perinatale dødelighed defineres forskelligt rundt om i verden, men for de tre pågældende lande gælder det, at den defineres som antal af dødfødte plus antal spædbørn der dør inden for første leveuge pr. 1000 fødsler. Dette er WHO's officielle retningslinje (WHO 2020a).

⁹ Spædbarnsdødeligheden defineres af WHO som antal spædbørn der dør inden for det første leveår pr. 1000 fødsler (WHO 2020b).

Da dødeligheden blandt spædbørn almindeligvis anvendes som en af indikatorerne for den generelle sundhedstilstand i et samfund (Bjerregaard 2004: 24; Philbert 2003: 12), er det åbenlyst, at så markante tal ikke ansås for at være acceptable i et velfærdssamfund. En stor årsag til de høje tal i Grønland pålagdes det decentraliserede sundhedssystem kombineret med en relativt lille befolkning, hvilket direkte påvirkede både kvantitet og kvalitet af sundhedspersonalet tilstede (Philbert 2003: 13). På denne baggrund blev der op gennem 1990'erne indført en række tiltag, som mandede ud i de standardiserede henvisnings- og visitationsretningslinjer, der siden blev indført under det daværende Hjemmestyre i 2002 (Montgomery-Andersen 2013:11).

Evaluerings af perinatale retningslinjer

Statens Institut for Folkesundhed stod for evalueringen af de pågældende retningslinjer, som førte til en rapport i 2012 (Bjerregaard et al. 2012). Denne rapport havde som mål at evaluere de førnævnte henvisnings- og visitationsretningslinjer og klarlægge effekten af disse. Arbejdsgruppen bag bestod af en blanding af læger og sygeplejersker. Rapporten kom frem til, at på trods af ikke helt sammenlignelige tal, så lå den perinatale dødelighed 2002-2009 et sted mellem 11,4 og 16,1 (Bjerregaard et al. 2012: 11). Således ses et umiddelbart fald fra tallet i figur 1, som lå på 19,7 for perioden 1996-2000. Dog var den regionale udligning, som man havde kalkuleret og arbejdet for, udeblevet for området Nordvestgrønland og Østgrønlands bygder (op. cit.: 12).

Rapporten fokuserer også på mere kvalitative aspekter og konkluderer, at der ofte er en konflikt mellem den gravide kvindes livssituation, og hvad der er optimalt for det ufødte barn:

Den obstetriske synsvinkel på fødsler er, at risici skal minimeres og helst elimineres, hvilket indebærer, at fødsler i princippet skal foregå, hvor der er obstetrisk, jordemoderfaglig og pædiatrisk ekspertise til rådighed. En anden synsvinkel er, at en fødsel er en normal og naturlig begivenhed, der bør foregå så tæt på kvindens familie og dagligdag som muligt (op. cit.: 18)

Her fremhæves det på hvilken måde de to tilgange – den lægefaglige og den holistiske/helhedsorienterede - at anskue problemstillingen på, er umiddelbart uforenelige, og rapporten forsøger heller ikke at levere noget klart løsningsforslag på konflikten. På samme måde

påpeger rapporten, at det er nødvendigt at forbedre forholdene for de involverede gravide kvinder, men også uden at fremsætte konkrete løsningsmodeller (op. cit.: 18).

Der er ikke siden 2012 udfærdiget så detaljeret en rapport med kvalitativt fokus på det perinatale område, men Nunatsinni Nakorsaaneqarfik – Landslægeembedet udgav i 2019 et evaluerende notat med titlen 'Fødsler i Grønland, 2018' (Landslægeembedet 2019), hvor emnet berøres overvejende kvantitativt. Heri fremgår det, at den perinatale dødelighed for 2018 lå på 9,72 (op. cit.: 13). Det vil sige, at tallet fortsat viser tendens til at være faldende, men som nævnt undlader notatet at komme ind på kvalitative forhold og giver derfor ikke et fuldstændigt billede af omstændighederne.

Når noget vedrører en så lille befolkning som den grønlandske, er det væsentligt at se på tendenser over længere tid. Idet man undersøger de faktiske rene tal, viser det sig, at antal dødfødte i Grønland 2018 er på 5 og døde inden udgangen af den første leveuge er på 3 (op. cit.: 18). Med så små tal vil statistikker være særligt følsomme over for fejlregistreringer¹⁰ og udslag fra år til år, hvilket der må tages forbehold for. Dette er årsagen til at det anbefales i stedet at se på tendenser over længere perioder.

¹⁰ Pga. fejlregistreringer og manglende konsekvent fremgangsmåde at registrere hændelser i forbindelse med dødsfald og fødsler hos de relevante myndigheder, har der i en årrække været udfordringer med at lave brugbar og sammenlignelig statistik over dette (Aaen-Larsen & Bjerregaard 2003: 191).

Indsamlet materiale og analyse

Ekspertinterview: Ernisussiortut Kattuffiat - Den grønlandske Jordemoderforening

For at få jordemødrenes syn på sagen havde jeg et længere interview og flere kortere opfølgende samtaler med formanden for Jordemoderforeningen, Anne Schurmann, hvilket har leveret materiale til det følgende.

Foreningens holdning er ligesom Montgomery-Andersen (2005; 2013) og Krebs & Witting (2018a; 2018b), at den gældende ordning ikke er optimal, og at den ofte har store psykiske såvel som praktiske negative konsekvenser for både den gravide, hendes partner og familiens eventuelle andre børn. Fra foreningens side har man på det seneste forsøgt at sætte fokus på emnet og problemerne herved, både ved den ovenfor nævnte konference 'At rejse for at føde – konsekvenserne af adskillelse af familierne omkring fødsel' og ved via deres Facebookside at opfordre de berørte kvinder til at dele deres fødselshistorier med dem. Disse initiativer er taget i håb om at medier og politikere vil blive opmærksomme på problemstillingen og være villige til at give foreningen taletid omkring sagen. Yderligere håber de på at få adgang til relevante møder og beslutningsprocesser. Der er her tale om beslutningsprocesser på kommunalt- og selvstyreniveau, som de oplever tidligere at have været udelukket fra, da en anden faggruppe - nemlig lægerne – har været vurderet til at have større ekspertise til at tage beslutninger om gravide:

Det var ikke noget med at kommunikere ud, det er ikke noget med at man tager fat i Jordemoderforeningen og siger "Har I nogle gode idéer, hvad gør vi her, hvad gør vi i denne situation?"

Den konkrete situation, der her henvises til, er da beslutningen om lukningen af fødestedet i Uummannaq blev meldt ud i 2017. For de fleste beslutninger vedrørende gravide gælder det, at jordemødrene ikke har været hørt, ligesom de heller ikke blev det, da Aasiaat blev midlertidigt lukket som fødested fra januar 2019. Til sidstnævnte hører det med til historien, at det ikke siden har været taget op, hvornår og hvordan fødestedet kan åbnes igen, så Schurmann anser det for at være en

syltekrukke – en måde at slippe for rigtigt at tage stilling til en permanent lukning, da myndighederne på den måde undgår protester¹¹.

Fra Jordemoderforeningens side sættes spørgsmålstegn ved myndighedernes prioritering af det ufødte barn over alle andre involverede, ligesom ordningens ubetingede positive effekter betvivles:

Det er ikke fordi man kan redde alting og det bliver man også nødt til at acceptere. Man kan ikke redde alle. Og så er det jo det, hvor store er konsekvenserne for at redde ét barn om året måske, hvad er det egentlig det gør ved rigtig mange andre, hvis vi siger det er over halvdelen af børnene, der bliver født på denne her måde, hvad har det af konsekvenser? For at redde ét barn måske

Schurmann er bekendt med Montgomery-Andersens forskning (2005; 2013) på området og henviser flere gange til denne, ligesom hun selv har fokus på eventuelle negative utilsigtede konsekvenser, især fokuseret på adskillelsen af familien og dennes effekt på tilknytningen mellem det lille barn og faderen. Som allerede nævnt, skulle psykologen Svend Aage Madsen have deltaget i den nu udskudte konference og her have udstyret jordemødrene med saglige og psykologisk funderede argumenter omkring den nuværende ordning:

Det ville også være interessant at høre nogle psykologer osv. hvad er det egentlig for nogle problemer, de ser i det her man gør. Ligesom få nogle andre faggrupper ind over og sætte fokus på det. For vi har jo ikke rigtig evidens for... Vi har bare nogle mistanker om det, og kan se nogle problematikker i det

Heraf fremgår det, at jordemødrene finder sig selv i situationer, hvor de mangler hårdtslående argumenter, der kan måle sig med de, der kommer fra lægerne som faggruppe.

¹¹ Lukningen af de to fødesteder skal overordnet ses som udtryk for en yderligere centralisering i henvisnings- og visitationsretningslinjerne fra 2002, og lukningen af de to fødesteder betød reelt at endnu flere skulle rejse for at føde.

Da vi kommer ind på de store økonomiske omkostninger, der også er forbundet med forflytningerne og at der er grænser for hvor mange penge, man kan bruge, giver hun udtryk for en skepsis over prioriteringerne:

Man gør en ret stor indsats på at gøre familien til en vigtig ressource når de er sammen. Men lige sådan på det vigtigste tidspunkt af barnets liv, så er det lige meget

Det er altså uforståeligt for Schurmann, at man ikke fra myndighedernes side følger de gode initiativer om forældreforberedelse og øget svangreomsorg til dørs, som netop er indført for at øge tilknytningen. Adspurgte om hvad der for hende at se vil være den optimale situation nævner hun at oprette enfamiliehuse, sådan at hele familien kan flyttes til Nuuk, og deres dagligdag med skole og familieliv så vidt muligt kan fortsætte:

Det vil jo også gøre at faren kan være med i de her sidste jordemoderundersøgelser og være med og mærke maven og se maven vokse, og der er bare sådan en magisk tilknytning lige i starten, hvor barnet virkelig søger kontakten og skal se "hvem er det mine forældre er"

Schurmann påpeger udover interessekonflikten mellem det ufødte barn og andre involverede familiemedlemmers ve og vel, også kontroversen mellem de to faggrupper, hvor lægerne står på den ene side og jordemødrene på den anden:

Altså lægerne ser det jo kun som et sikkerhedsspørgsmål. Jordemødrene ser det meget mere som sådan et helt familieliv, hvad er det egentlig lige der sker, så det er også der vi ofte... går lidt imod hinanden

Her peger hun på den gordiske knude, som uenigheden mellem de to synspunkter er, og lægger sig samtidig op ad Montgomery-Andersens anbefaling om at anlægge et helhedsorienteret syn på flytningerne i forbindelse med henvisnings- og visitationsretningslinjerne (2005: 44). En anbefaling, som det fremgår, også blev tilrådet af Statens Institut for Folkesundhed i den tidligere nævnte rapport om evaluering af de perinatale retningslinjer fra 2012.

Overordnet er de vigtigste temaer fra Jordemoderforeningen som følger:

- De ønsker at blive hørt og involveret som faggruppe i beslutninger, der vedrører gravide
- De stiller sig tvivlende over den stålfast prioritering af det ufødte barn over den gravide og hendes nære
- De er skeptiske omkring retningslinjernes egentlige effekt, når parametre som mistet tilknytning medregnes

Interview: En forflyttet gravid

De forflyttede gravide bor sammen i lokaler, der er indrettet til dem i Nuuk midtby tæt på butikker, caféer og indhandlingsmuligheder, men dog alligevel i et relativt roligt område. Indgangen til deres bosted¹² er set udefra temmelig anonym. På selve bostedet er der en lang gang med ordnede numre på dørene ind til kvindernes individuelle værelser. Umiddelbart ligner det noget, der kunne være fra en efterskole eller en anden statslig institution – måske endda en form for forvaringsanstalt¹³. Der er fællesarealer med køkken, spiseplads, sofa og sofabord. Med disse elementers tilstedeværelse har man forsøgt at gøre omgivelserne hyggelige og hjemlige, men de næsten bare vægge blotlægger alligevel en institutionel kølighed over stedet. Indholdet på det store bord i spisestuen afslører, at en vis del af ernæringen indtages fra bearbejdede fødevarer som emballeret kiks, slik, dåsemad og de velkendte papirposer påtrykt ”Candy King” med bland-selv-slik. Stedet giver indtryk af at lægge rum til hygge, og der er en afslappet stemning blandt kvinderne, men ikke en rigtig hjemlig atmosfære, selvom man fornemmer, at det er tilstræbt. Udover fællesarealerne har hver kvinde sit eget værelse med toilet og bad, et lille køkken samt seng, bord og stol.

Naja

Naja¹⁴ er førstegangsfødende, i trediveerne og bosiddende i en bygd i Vestgrønland. Hun er henvist til Nuuk for at føde, da der ikke er fødested i hendes hjembygd samt på grund af hendes alder. Senere har det vist sig, at barnet ligger i underkropsstilling, hvilket sandsynligvis vil føre til forløsning via kejsersnit, hvilket i sig selv er anledning til henvisning til DIH Nuuk. Hun er hvert år på ferie i Nuuk, og hun har både familie og venner i byen, så Nuuk er ikke fremmed for hende.

¹² Blandt gravide og sundhedspersonale kaldet ’Hotel Nuuk’.

¹³ Jf. Foucaults teorier om forskellige institutioner, der ligner hinanden, som nævnes senere.

¹⁴ Navnet er ændret jf. ønske om anonymisering.

Hendes mand er ikke hos hende i Nuuk, da han skal passe sit arbejde hjemme, men han kan være i Nuuk i løbet af nogle timer, når fødslen eller kejsersnittet går i gang:

Jeg har ingen bekymringer, fordi jeg ved at han kan komme, når tiden er kommet. Jeg ved, at jeg ikke skal være alene (...) Men jeg kan ikke forestille mig at... Hvis jeg er fra Ilulissat og skulle komme hertil og skulle blive her i 14 dage uden venner og bekendte, det må være hårdt

Naja er altså på denne måde privilegeret og hun er bevidst om det, samt faktummet at der er andre, som ikke har den mulighed, som hun har. I og med hun kommer fra en bygd, har hun hele tiden været forberedt på og accepteret den præmis, at hun skulle rejse for at føde, og at en adskillelse fra manden og lokalsamfundet var uundgåelig. Overordnet bærer hendes svar på mine spørgsmål præg af en accept og en indordning under forholdene, selvom hun erkender, at det for at være helt optimalt for hende, havde været anderledes:

Hvis jeg kunne blive, hvis jeg kunne føde i (hjembygd) uden at tage til andre byer eller bygder, ville det være dejligt. Det kan jeg jo ikke, men jeg kunne godt forestille mig at det ville være dejligt hvis... Asuki

Det afsluttende ord i citatet 'asuki'¹⁵ anvender Naja flere gange under interviewet ligesom 'ajunngilaq'¹⁶, hvor resten af hendes svar ellers er på dansk. Hun anvender disse ord, som det ses i ovenstående citat, som en måde at afslutte eller komme udenom yderligere uddybning af emnet på.

¹⁵ Betydning: 'det ved jeg ikke' eller 'det er lige meget'.

¹⁶ Oversættes ofte med 'det er fint', men betyder egentlig 'det er ikke dårligt/i stykker' Opbygningen og den semantiske betydning af ordet er her interessant at gå ind i, for her har vi at gøre med en noget ydmyg måde at forholde sig til noget på, som har leksikaliseret sig i det grønlandske sprog.

Da jeg spørger nærmere ind til forholdene på bostedet, og det viser sig, at wi-fi'en ikke er god nok til at kunne kommunikere over Skype eller Facetime, kan jeg nok ikke helt skjule min forundring over dette, og hun føler muligvis, at hun skal tage stedet og forholdene lidt i forsvar og siger:

Jeg kan godt se, at vi har det luksus her. Vi har badeværelse, alt hvad man skal bruge. Som man kan bruge hjemme. Jeg klager ikke

Man kunne argumentere for, at man sagtens kan tillade sig at klage over nogle forhold, selvom det er forhold, man også har hjemme, men det ligger ikke til Naja at klage og råbe op. Det samme gælder for mange andre i hendes situation, hvilket jeg vil komme ind på senere hen. Ikke engang når hun må bruge sin egen dyre mobildata til at kommunikere med sin mand, udtrykker hun utilfredshed:

Vi måtte bruge vores egen data for at (opkald). Men vi kan bruge den (wi-fi på stedet) til andre internetsider og sådan. Gratis wi-fi

Her udtrykkes det at i stedet for at være utilfreds med, hvad hun ikke kan med wi-fi'en, er hun taknemmelig for hvad hun kan, og at den er gratis.

Da jeg tilstræber en fænomenologisk analysemodel, anvendte jeg interviewet igennem åbne spørgsmål, der søgte at få detaljerede beskrivelser frem. Det viste sig problematisk delvist pga. sprogbarrieren, og jeg var ofte nødsaget til at bruge mere ledende spørgsmål og indimellem sætte svarmuligheder op for at skabe forståelse for, hvad jeg egentlig mente. Det er naturligvis ikke optimalt for en efterfølgende fænomenologisk analyse, men overordnet stillede Naja sig, som det fremgår, ikke udpræget kritisk over for proceduren, hvilket kunne indikere at selv uden sprogbarrieren, ville hendes svar stadig bære præg af at være relativt korte og affindende med situationen.

Teori: Institutioner som styrer

Det er af flere sociologer, filosoffer og andre, der har beskæftiget sig med iagttagelser af moderne samfund påpeget, hvordan institutioner af forskellig slags anvendes til at styre, beskytte, kontrollere, optimere og indordne befolkningen: ”biopolitik” (Bourdieu 1967; Hannah et al. 2020). Blandt disse institutioner befinder også sundhedsvæsenet sig. Baggrunden for denne placering fremgår delvist af følgende ræsonnement:

Kroppen er direkte placeret i et økonomisk og politisk felt, der gør den til et medicinsk og teknologisk objekt, og sundhedsvidenskaben indebærer derfor som videnskab et totalitært indgreb i menneskets livsverden (Rendtorff 1999:17).

Det kan stadig umiddelbart virke besynderligt, at sociologien i sin kategorisering placerer sundhedsvæsenet i samme gruppe som straffe- og uddannelsessystemet, hvor det gælder for hele gruppen, at de anses for at være midler til at korrigere og kontrollere befolkningen (Hannah et al. 2020: 2f.). Årsagen og argumentationen herfor skal historisk, men også nutidigt, findes i sundhedsvæsenets vigtighed for staten: for at opretholde nationalstaten var og er det essentielt at have en solid befolkning med gode ressourcer at gøre brug af til vigtige stillinger, e.g. soldater, der behøves for at opretholde et velfungerende samfund og dermed en nationalstat (Hannah et al. 2020: 4; Rendtorff 1999: 17f.).

Michel Foucaults biopolitik

Foucault er én af de fremtrædende filosoffer, som har beskæftiget sig med fænomenet. Hans tanker om biopolitik og begrebet *the medical gaze* beskriver, hvordan hhv. magthaverne i samfundet og læger ser patienter som organer, symptomer og sygdomme frem for som individer (Misselbrook 2013: 312). For biopolitikens vedkommende gælder det derudover, at den indeholder idéen om, hvordan magthavere ved hjælp af institutionalisering og den medfølgende styring og kontrol kan regere en stat og dennes befolkning (Kristensen & Hermann 2009: 806f.). Hertil kommer også at optimere og højne folket. Det er kendetegnende for de styrende institutioner, som beskrevet i den Foucaultske analyse af Hannah et al. (2020: 12), at der er tale om subtile magtudøvelser, som ikke anvender repression, straf og forbud, men i stedet ’nudger’ den enkelte borger til at selv træffe de af staten ønskede beslutninger. Jævnfør ovenstående afsnit er sundhedsvæsenet sammen med en række andre

institutioner blevet inspireret af fængselsvæsenets overvågning og er blevet *carceral* – fængselsagtige (Anders Fogh Jensen 2020), hvilket resulterer i fuld overvågning og kontrol. De moderne, frie, kapitalistiske velfærdssamfund, som vi kender dem i vesten, er – ironisk nok - bygget på biopolitikens tanker om kontrol og sikkerhed (Kristensen & Hermann 2009: 817).

Historisk har jordemoderinstitutionen i Grønland været anvendt af den danske kolonimagt og KGH som en måde indirekte at kontrollere grønlænderne på:

*Det indirekte aspekt må forstås således at i stedet for direkte at styre den grønlandske befolkning, ”opdrog” KGH-direktoratet jordemødrene således, at **de** fik hvervet med den direkte styring. Jordemødre blev således gjort til opdragerne, der skulle forme og præge grønlænderne til at handle anderledes, end de ellers ville have gjort. Grønlænderne skulle handle i KGH’s favør men ved, at grønlænderne ”blev styret til at styre sig selv”, følte de, at de selv styrede deres egne handlinger og tanker. Dermed føltes magten ikke så konkret, som hvis den udgik fra centraladministrationen (Rønsager 2006: 199f., forfatterens fremhævnning).*

Her ses et klassisk lærebogseksempel på den raffinerede magtudøvelse som defineret af Foucault, hvor borgeren blidt ’nudges’ til den ønskede adfærd. Dengang under kolonitiden kunne jordemoderinstitutionen i Grønland altså ses som den, der repræsenterede styringen fra kolonimagten. I dag har magtforholdet ændret sig, hvilket jeg kommer nærmere ind på senere.

Goffman og det institutionaliserede system

I vort vestlige samfund er der en bestemt måde, hvorpå to enkeltpersoner kan have med hinanden at gøre – den der ”betjener” og den der ”bliver betjent” eller med et andet udtryk: den der yder en service og den der modtager denne service. Hvis vi undersøger forudsætningerne og idealerne bag dette erhvervsmæssige samhørsforhold, tror jeg, vi kan forstå nogle af problemerne ved anbringelsen på statshospital¹⁷ (Goffman 1967: 236).

Goffman påpeger med dette citat det særlige ved sundhedsvæsenets natur. Der er således tale om et servicefag – som er til for den servicerede, altså patienten – men så alligevel ikke udelukkende, da lægen/behandleren er forpligtet ud over patienten i form af dennes lægeløfte og lovmæssige forpligtelser for arbejdspladsen, som er statsligt reguleret (1967: 253). Da lægeløftet afgives til både patient og samfund¹⁸, kan lægen befinde sig i en situation, hvor han står over for divergerende interesser.

Paradokset, som Goffman fremhæver, kan ses som baggrunden for tilstedeværelsen af dilemmaet med den fødende kvindes omstændigheder på den ene side, og det ufødte barns på den anden.

¹⁷ Til trods for at Goffman i dette specifikke citat taler om ’statshospitaler’ for sindslidende, dvs. tvangsindlagte, så gælder samme patient-behandler-forhold andre steder i sundhedsvæsenet, hvor borgeren ikke er der mod sin vilje.

¹⁸ Fra det danske lægeløfte: ”... at jeg ved mine forretninger som praktiserende læge stedse skal lade det være mig magtpåliggende, efter bedste skønnende at anvende mine kundskaber med flid og omhu til samfundets og mine medmenneskers gavn” (Lægeforeningen 2020).

Diskussion

Forskel på lig og sjæle

Essentielt for kontroversen mellem lægernes og jordemødrenes syn på sagen er de forskellige standpunkter, de udtaler sig fra. Førstnævnte udtaler sig fra en tanke om at liv skal reddes. Sidstnævnte ønsker også at redde liv, men ønsker samtidig at indregne de menneskelige omkostninger, som redningen af de liv medfører. Denne kontrovers er af antropologen Ronald Frankenberg (1994: 26f.) defineret som lægernes fokus på tal og anlægningen af en reduktionistisk tilgang til menneskekroppen på den ene side og antropologernes (og jordemødrenes) emiske tilgang, som inkluderer mennesket og dets omgivelser på den modsatte side. På lignende måde formulerer Steffen Fog (2007: 10) det i sin kritik af retningslinjerne, der ifølge ham på sigt medfører splittede familier: ”Det her er lig på bordet, men det er ikke sjæl på bordet”. Han erkender således, at der er en risiko ved ikke at følge retningslinjerne, men at der er forskel på at redde og drage omsorg for et liv og en sjæl. Ifølge Fog (ibid.) har det ufødte barn ingen sjæl, kun et liv, til forskel fra eventuelle søskende, forældre og andre mennesker i dets nærhed, og derfor lader det med en holistisk anskuelse til at være ligetil, at de sidstnævnte skal prioriteres højere end det enkelte ufødte barn. Et synspunkt som jordemødrene, repræsenteret ved Jordemoderforeningen, overvejende er enige i.

Ligeledes er der også et skisma mellem metoderne, som anvendes af de to faggrupper, hvor man igen kan drage parallel mellem jordemødrenes metoder og de, som antropologer gør brug af. Som en medicinstuderende med baggrund i antropologien sagde det, så er der en konkret handling tilknyttet lægens kvantitative tilgange, hvorimod antropologens rolle (igen, i denne sag repræsenteret ved jordemødrene) overvejende er den af betragterens og kvalitativ af metode (Aggernæs 1994: 186). Samme studerende gjorde dengang i 1994 observationen:

(...) lægers tiltagende erkendelse af, at mennesket ikke kan behandles isoleret, uden at man tager individets såvel biologiske, psykologiske som sociale forhold i betragtning både ved udredning af patientens problem(er) og ved tilrettelæggelse af en eventuel behandling (op. cit.: 187).

Dengang var der altså tegn på at de to retninger nærmede sig hinanden. Forfatteren forventer, at en implementering af mere gennemsækelighed i arbejdsprocesserne i sundhedssektoren, vil fungere som katalysator for en invitation af kvalitative metoder, som så vil føre til anlægning af en holistisk

anskuelse (op. cit. 188). Dette er netop det som efterspørges af kritikere af henvisnings- og visitationsretningslinjerne, men desværre er processen ikke nået langt.

Manglende protester og debat – tillid til myndigheder eller konfliktskyhed?

Omkring indførelsen af visitations- og henvisningsreglerne for gravide i 2002 kan man undre sig over, at et så omfattende indgreb, der påvirker så mange mennesker, kunne indføres uden nogen større modstand¹⁹. Som formand for Jordemoderforeningen, min interviewperson ovenfor, Anne Schurmann, sagde: ”Forestil dig i Danmark, altså bare man lukker et fødested og nogen skal køre 10 minutter længere, så er der jo mega ballade. Totalt storm”. I Danmark og andre europæiske lande er der tradition for at forsamle sig, udtrykke sine holdninger, komme med kritik. I Grønland er traditionen anderledes. Her lader der til på visse områder at herske en autoritetstro og noget, der ofte med europæiske øjne kan fortolkes eller misforstås som konfliktskyhed. På trods af de udeblevne protester, vides det dog med sikkerhed, at mange kvinder er utrygge og utilfredse med ordningen om at rejse for at føde, og der er efterhånden mange dokumenterede fortællinger, der beviser det (Montgomery-Andersen 2005; 2013; Krebs & Witting 2018a; 2018b; Fog 2007). Udover disse fortællinger er der også jordemødrenes vidnesbyrd, som kommer til udtryk ved Schurmanns bekymringer ovenfor. Man kan undre sig over, at de egentlige protester over retningslinjerne fortrinsvis kommer fra jordemødre, der ser de gravide til dagligt og retter sig mod sundhedsvæsenet – repræsenteret ved lægerne – og ikke fra folk som er direkte og personligt involverede. Hvad denne adfærd skyldes, er kompliceret at udrede, men man kan gisne om at livet under kolonitiden med struktur, regler og stærke autoriteter, kan have haft sin indvirkning på dette. Gisningen her går på, at man har vænnet sig til, at der ikke blev lyttet, og at det alligevel ikke nyttede at sige myndighederne imod. En anden årsag kan findes ved at kigge i den gamle eskimoiske livsførelse. I denne sås konflikt og vrede som noget man skulle bestræbe sig på at undgå, da effekten af disse kunne have store konsekvenser for det lille samfund, som man traditionelt boede i (Burch 1990: 109 f.).

Interviewpersonen Najas måde at håndtere sin situation væk fra hjemmet, manden og familien kan tolkes ind i ovenstående, idet hun ikke ser situationen som ideel, men alligevel

¹⁹ Ved de førømtalte lukninger af fødestederne i Uummannaq og Aasiaat var der en begyndende mobilisering af borgere, som var imod lukningerne, men det gik i sig selv.

accepterer hun den. På denne måde modsvarer hendes reaktion den inden for *coping*²⁰, som også Montgomery (2005: 10) hos sine interviewpersoner observerede som måden hvormed de håndterede stressen og ubehaget omkring flytningen og adskillelsen fra familie og lokalsamfund.

Konklusion

Efter anbefalingerne fra Montgomery (2005) har jeg lavet en undersøgelse af konsekvenser, problematikker og den generelle oplevelse af den enkelte kvindes flytning i forbindelse med graviditeten. Metoderne har været interviews med en berørt kvinde og en jordemor suppleret med studier af evaluering af retningslinjerne og inddragelse af de nyeste statistikker. På denne måde forventede jeg at kunne inddrage flest mulige omstændigheder, som er væsentlige for kvinderne. Statistikkerne har jeg set på, for at konkludere i hvilken grad de omfattende tiltag der har været anvendt siden 2002, rent faktisk har haft de ønskede effekter.

Overordnet er der efter 18 år med de opdaterede henvisnings- og visitationsretningslinjer ikke sket ændringer i fremgangsmåden og forholdene for de implicerede kvinder på trods af, at der siden 2005 har været fokus på det problematiske i dem (Montgomery-Andersen 2005). Tværtimod er flere fødesteder blevet lukket, hvilket har betydet, at flere kvinder nu må rejse for at føde, altså en yderligere centralisering og øgning af de italesatte problematikker. Der er stadig familier som splittes, stadig forhold som kan optimeres, og fokus ligger stadig på det lægefaglige aspekt, hvor det udelukkende er det ufødte barn, man ser på, når der tages stilling til at flytte gravide. Blandt de gravide ses der ud fra mit interview, samt de dokumenterede historier, jeg henviser til, en holdning præget af tro på lægen som autoritet og en oftest stiltiende accept af flytningen. Disse forhold skyldes sandsynligvis det faktum, at kvinden vil beskytte sit ufødte barn, men alligevel viser det sig, at mange af de samme kvinder er splittede omkring på den ene side sikkerheden omkring det ufødte barn og på den anden side den resterende families situation. Ifølge Jordemoderforeningen ville den optimale løsning være at udbygge patienthotellet i Nuuk til familiehuse, hvor den gravide kvinde, hendes mand og eventuelle børn kan bo under hendes tid i Nuuk. Denne løsning er dog heller ikke problemfri, da det selvsagt vil koste landskassen flere penge, og selvom familien på denne måde holdes samlet, så

²⁰ *Coping* dækker over en måde at håndtere en svær situation på ved at ændre sit fokus. Det er således ikke en måde at beherske den og få kontrol over den, men nærmere en måde at acceptere en ellers svær situation. Teorien er omtalt af Lazarus og Folkman i Montgomery-Andersen (2005:10).

trækker man dem væk fra deres kendte lokalsamfund. I et samfund som det grønlandske med en så udfordrende infrastruktur og omfattende påvirkning af vejret er der ingen nemme løsninger.

Den empiriske baggrund for indførslen af de standardiserede henvisnings- og visitationsretningslinjer skal findes i statistikker over den perinatale dødelighed. Det fremgår af et tidligere afsnit, at det var disse tal, der gjorde udslaget for at man ville ændre på procedurerne indenfor svangreomsorgen. Den teoretiske baggrund for udformningen af disse retningslinjer kan findes i Michel Foucaults teorier om biopolitik og hvordan disse har præget og stadig den dag i dag nærmest gennemsyrrer vores moderne samfund. Som det fremgår af afsnittet *Begrænsninger for projektet i forbindelse med COVID-19 pandemien*, har det været, og er i skrivende stund fortsat, en bemærkelsesværdig tid forår og sommer 2020. Med denne tid følger ændrede procedurer og som en konsekvens heraf ændret adfærd blandt borgerne. At observere dette har været et klart eksempel på, hvordan biopolitikken fremdeles spiller en stor rolle i moderne samfund, og selvom vi muligvis ikke i forvejen var bevidste om dens tilstedeværelse i vores hverdag, så må det nu med COVID-19 indgrebene verden over være afsløret for de fleste, at den er tilstede og at dens magt er stor.

De kvantitative undersøgelser og evalueringen af retningslinjerne viser at den perinatale dødelighed er faldet siden 1990'erne, men viser også at der stadig er uklarheder i tallene. Derudover påpeges det i evalueringen at de gravide kvinders omstændigheder stadig bør optimeres og forbedres, da der er vanskeligheder forbundet med proceduren for dem og deres nære.

Perspektivering

Biopolitikens tilstedeværelse i vores samfund er i disse tider tydeliggjort med fremkomsten af COVID-19. Her har statsapparaturer verden over grebet ind for at beskytte borgerne. Midlerne, som er anvendt, er kommet til udtryk i kontrol og fratagelse af basale borgerrettigheder. Rettigheder som borgerne over en årrække har kæmpet for. Konkret er befolkningens frihed til at bevæge sig som de vil blevet indskrænket, nogle steder med kraftige anbefalinger, andre steder med opholdsforbud og tredje steder med deciderede udgangsforbud (Møller 2020; Andersen & Frederiksen 2020). Forbud mod forsamlinger på helt ned til to personer er set (Lynard 2020) og uden nævneværdige protester fra befolkningen. I Nuuk og bygder blev der lukket for alkoholsalget i en periode, for at undgå at folk forsamle sig og kom hinanden for tæt (Kleist 2020). Årsagen til udeblivelsen af modstand fra befolkningen skal sandsynligvis findes i, at biopolitik som den kom og stadig kommer - eftersom der i skrivende stund ikke er nogen varig løsning på COVID19-epidemien - til udtryk med indgreb og restriktioner i sin natur indeholder et paradoks: På den ene side beskytter biopolitikken og på den

anden side indskrænker den. Naturligt vil den enkelte borger ønske at beskytte sig selv og sine nærmeste og vil derfor i første instans være tilbøjelig til at følge myndighedernes retningslinjer.

Although the logic of biopower is oriented toward the good of the population, it is still manifested in exercises of power, that is, in the most basic sense, in potentially contestable interventions in social life (Hannah et al. 2020: 5).

Konfliktens essens er udtrykt i kort og rammende form i ovenstående citat fra en artikel, hvor Corona-indgrebene indført i foråret 2020 tolkes via en Foucaulsk analyse.

Sammenfaldet med de gravides dilemma er åbenlyst, idet der påpeges at der under indflydelse af biopolitik kan indføres potentielt modstridige indgreb hvad angår menneskers sociale liv. Som det blev påpeget omkring konflikten med det af jordemødre anlagte holistiske syn på den ene side og det entydige lægelige-patologiske blik på den anden. Her ser vi altså en konflikt mellem de to faggruppers anskuelser. Jordemødrenes position i denne konflikt har flyttet sig fra at have været den opdragende udsprunget fra koloniadministrationen (Rønsager 2006: 199f.) til i dag at have flyttet sig til i stedet at tage kvindernes parti og således have frasagt sig sin magtposition, hvilken lægerne i stedet har overtaget.

I et velfærdssamfund er der rettigheder for folket, men med disse rettigheder følger også pligter. Det er i en nøddeskal, det som biopolitikken drejer sig om: For at staten tager sig af dig og sikrer dig og dit barn overlevelse (vha. sundhedsvæsenet), så kommer det med en pris. Prisen er i dette tilfælde, at du opgiver noget af din frihed og frie valg: du flytter midlertidigt fra dit hjemsted, familie og nære, mod at blive taget vare på sundhedsmæssigt.

Litteraturliste

- Aaen-Larsen, Birger & Bjerregaard, Peter
2003 Changes in causes of death and mortality rates among children in Greenland from 1987-91 to 1992-99. *Scand J Public Health*. 31: 187-193
- Aggernæs, Bodil
1994 Om hvordan socialvidenskabelige og medicinsk videnskabelige indgangsvinkler kan forenes i en fælles antropologisk medicinsk erkendelse. *Tidsskriftet antropologi*. 29: 186-188
- Bjerregaard, Peter
2004 *Folkesundhed i Grønland*. INUSSUK. Arktisk forskningsjournal 1.
- Bjerregaard, Peter; Kristensen, Lone Hede Bisgaard; Olesen, Ingelise & Secher, Niels Jørgen
2012 *Evaluering af de perinatale retningslinjer*. Rapport til Departement for Sundhed. Center for Sundhedsforskning i Grønland.
- Brinkmann, Svend
2020 Etik i en kvalitativ verden. I: Svend Brinkmann & Lene Tanggaard (red.). *Kvalitative metoder - En grundbog*. Hans Reitzels Forlag. 581-600
- Burch jr, Ernest S.
1990 *Eskimoene*. Den Norske Bokklubben.
- Fog, Steffen
2007 Centralisering svigter familien. *Tidsskriftet for jordemødre*. 8: 6-11
- Frankenberg, Ronald
1994 På to sider af et spejlhav, adskilt fra hinanden af et fælles sprog? Kroppen i narrativ antropologi og videnskabelig medicin. *Tidsskriftet antropologi*. 29: 25-37
- Goffman, Erving
1967 *Anstalt og menneske*. Viborg: Jørgen Paludans Forlag
- Hannah, Matthew; Hutta, Jan Simon & Schemann, Christoph
2020 *Thinking Corona measures with Foucault*. University of Bayreuth. Ikke publiceret.
- Hansen, Helle Ploug
1988 Barselsperioden i rituel belysning: Refleksioner fra en barselsgang. *Tidsskriftet for Antropologi*. 18: 137-146

- Jacobsen, Bo; Tanggaard, Lene & Brinkmann, Svend
2020 Fænomenologi. I: Svend Brinkmann & Lene Tanggaard (red.). *Kvalitative metoder - En grundbog*. Hans Reitzels Forlag. 281-308
- Krebs, Martine Lind & Witting, Kite
2018a Nye visitationsretningslinjer fører til færre fødesteder i Grønland. *Tidsskrift for jordemødre*. 5: 4-7
- 2018b Når fødslen splitter familien. *Tidsskrift for jordemødre*. 5: 7-8
- Kristensen, Jens Erik & Hermann, Stefan
2009 Michel Foucaults studier af magt og politiske rationaliteter. I: Lars Bo Kaspersen og Jørn Loftager (red.). *Klassisk og moderne politisk teori*. Hans Reitzels Forlag. 797-821
- Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend
2015 *Interview - Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag
- Montgomery-Andersen, Ruth A.
2005 *Referral in Pregnancy: A challenge for Greenlandic women*. Nordic School of Public Health. Master of Public Health
- 2013 *Faces of Childbirth: The Culture of Birth and the Health of the Greenlandic Perinatal Family*. Doctoral thesis © Nordic School of Public Health NHV
- Misselbrook
2013 Foucault. *British Journal of General Practice*. 63 (611): 312.
- Philbert, Poul-Erik
2003 Børnedødeligheden på vej ned. *Polarfronten*. 1: 12-13
- Rendtorff
1999 *Bioetik og ret: Kroppen mellem person og ting*. Haslev: Gyldendal
- Rønsager, Mette
2006 *Imellem læger og landsmænd – Den vestgrønlandske jordemoderinstitution 1820-1920*. Ph.d.-afhandling. Det Humanistiske Fakultet. Københavns Universitet.
- Tanggaard, Lene & Brinkmann, Svend
2020 Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. I: Svend Brinkmann & Lene Tanggaard (red.). *Kvalitative metoder - En grundbog*. Hans Reitzels Forlag. 33-63

Internetsider:

Andersen, Cecilie & Frederiksen, David Blach

2020

Frankrig åbner efter 55 dage med udgangsforbud – 11. maj 2020. Set 17/6 2020 på: <https://www.dr.dk/nyheder/udland/frankrig-aabner-efter-55-dage-med-udgangsforbud-vi-maa-haabe-paa-det-bedste>

Bjerregaard, Peter

2011

Using the Greenlandic Mortality Database to identify Greenland's public health priorities. Centre for Health Research in Greenland National Institute of Public Health, University of Southern Denmark and Department of Health, Greenland. Set 4/6 2020 på: http://metrics.circumpolarhealth.org/files/2011/09/Metrics_PB.pdf

Jensen, Anders Fogh

2020

Foucault – tankesystemer. Set 23/6 2020 på: <https://www.filosoffen.dk/temaer/foucault/>

Kleist, Bikki P.

2020

Naalakkersuisut indfører alkoholforbud i Nuuk, Kapisillit og Qeqertarsuatsiaat. Set 17/6 2020 på: <https://knr.gl/da/nyheder/naalakkersuisut-indfoer-C3%B8rer-alkoholforbud-i-nuuk-kapisillit-og-qeqertarsuatsiaat>

Lynard, Esther Margrethe

2020

Tyskland indfører forbud mod forsamlinger over to personer. Set 4/6 2020 på: <https://nyheder.tv2.dk/udland/2020-03-22-tyskland-indfoerer-forbud-mod-forsamlinger-over-to-personer>

Lægeforeningen

2020

Lægeløftet. Set 23/6 2020 på: <https://www.laeger.dk/laegeloeftet>

Møller, Arne

2020

Spanien strammer udgangsforbuddet. Set 17/6 2020 på: <https://sundhedspolitisktidsskrift.dk/nyheder/3219-spanien-strammer-udgangsforbuddet.html>

Nunatsinni Nakorsaaneqarfik – Landslægeembedet

2019

Fødsler i Grønland, 2018. Hentet 10/6 2020 fra: https://www.nun.gl/Emner/Udgivelser/Aarsberetninger/Sundhedsfaglige_notater_vedroerende_2018#x94ddbd1c605142509fd6b30033be33f8

Sermitsiaq

Kæmpe demonstration mod de nye afgifter. Set 17/6 2020 på: <https://sermitsiaq.ag/node/217578>

WHO
2020a

Maternal and perinatal health. Set 4/6 2020 på:
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/en/

2020b

Infant mortality rate (probability of dying between birth and age 1 per 1000 live births). Set 8/6 2020 på:
<https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/1>

Illustrationer:

Forsidebillede

Ernisussioortut Kattuffiat - Den grønlandske jordemoderforening.
Set 27/5 2020 på:
<https://sermitsiaq.ag/node/219175>

Bilag

Bilag 1: Henvisnings- og visitationsreglerne

Ikrafttrædelsesdato:
26.11.2019

Henvisnings- og visitationsretningslinjer for gravide i Det Grønlandske Sundhedsvæsen

- 1) Baggrund
- 2) Principper
- 3) Henvisning
 - 3.1) Obstetrisk anamnese
 - 3.2) Tilstande opstået før graviditet
 - 3.3) Tilstande under nuværende graviditet
- 4) Der skal altid konferes med vagthavende obstetriker ved
- 5) Henvisningsprocedurer
- 6) Øvrigt
 - 6.1) Fravalg af fødested

1) Baggrund

I Grønland har man på grund af den høje perinatale mortalitet og komplikationer efter graviditet/fødsel, besluttet at intensivere den perinatale indsats. Norge, der har en udkants problematik sammenlignelig med den grønlandske med langt til specialafdelinger, indførte en stram visitationspolitik i begyndelsen af 90'erne og har fået særdeles gode resultater. På baggrund af disse erfaringer, er det besluttet at skærpe visitationspolitikken i Grønland. Da der er betydelige problemer ved henvisning af 1. gangs gravide er disse, i modsætning til norske principper, ikke medtaget som risikopatienter. En pågående analyse af komplikationer eller fravær deraf i denne gruppe, vil senere afgøre om de bør henvises til fødsel på specialafdeling.

2) Principper

Udenfor centre med døgnberedskab for jordemødre, obstetrikere og anæstesiologer anbefales det, at der stiles mod en absolut normal fødsel.

For fødsler på lokalt niveau forudsættes:

- at der er en faglig forsvarlig dækning på planlagte fødested, dvs. fornødne kirurgiske-, anæstesiologiske-, jordemoder- og laboratorie-kompetencer.
- at tidligere fødsler er forløbet uden komplikationer eller indgreb (der ses bort fra tidligere præmature fødsler, der i øvrigt er forløbet normalt. De bør konfereres tidligt i graviditeten og følges tæt)
- at svangrekontroller ikke har givet anledning til at forvente komplikationer ved fødslen
- at der er sikker termin, og at fødslen finder sted efter 36+0
- at der kun er et foster i hovedstilling
- at fødslen starter spontant

3) Henvisning

Aetas eller andre indikationer for henvisning til amniocentese, skal udarbejdes efter scanning

ved udgangen af GA 12.

3.1) Obstetrisk anamnese

- > 5. para (gravid som venter sit 6. barn)
- > 50% spontane aborter (af ønskede graviditeter)
- Tidligere dødfødsel eller neonatal død
- Tidligere besværlig, og/eller kompliceret fødsel eller abnorm langvarig fødsel
- Tidligere vacuumextraction, tangforløsning eller sectio
- Tidligere retentio placenta
- Tidligere IUGR-barn (konfereres i GA28+ mhp. vægtkontrol)
- Tidligere makrosomi-barn (> 4500 g.)
- Tidl. PPH >1000 ml
- Tidl. præterm fødsel (konf. med bagvagt på DIH om kontrol og scanninger. Der udarbejdes individuel plan).

3.2) Tilstande opstået før graviditet

- Førstegangsfødende < 16 år på terminsdatoen (ledsagers navn bør også stå på henvisningen).
- Førstegangsfødende > 35 år ved undfangelsestidspunktet
- Svær overvægt:
 - BMI 30 – 35 gives der intensiv kostvejledning.
 - BMI 36 – 40 konfereres med DIH.
 - BMI > 40 henvises altid til fødsel på DIH.
- Svær undervægt (Prægravid vægt < 50 kg eller betydeligt vægttab under graviditeten)
- Statura parva (< 145 cm) (Førstegangsfødende indtil videre <150cm)
- Uterinanomalier herunder fibromer og vaginal septum
- Tidligere uterine operationer (sectio, myomfjernelse o.l.)
- Tidligere vaginal-, vulva-, perineal- og anal- samt incontinensoperation
- Diabetes mellitus
- Essentiel hypertension
- Nyresygdomme med eller uden hypertension
- Andre betydelige medicinske sygdomme
- Andre betydelige psykiske sygdomme (Se under pkt. 6: 1*)

3.3) Tilstande under nuværende graviditet

- Præeklamsi
- Truende præmatur fødsel eller primær vandafgang før GA 36+0
- IUGR
- Flerfoldsgraviditet (i henvisning bør også stå ledsagers navn)
- Abnorme fosterstillinger efter GA 37+0
- Anæmi (hæmoglobin < 6,0) – konfereres med vagthavende obstetrisk overlæge på DIH
- Overbårenhed (Ved GA 41+0 rettes henvendelse til vagthavende obstetrisk overlæge på DIH mhp. overflytning omkring GA 41+2 til DIH for tilbud om igangsættelse)
- Oligohydramnios/Polyhydramnios
- Tilstedeværelse af Rhesus- eller irregulære antistoffer, der kan give erythroblastose
- Gestationel diabetes mellitus
 - Diæt-behandlet GDM bør konf. med vagthavende obstetrisk overlæge på DIH.
 - Insulinkrævende GDM skal henvises til fødsel på DIH
- Betydelige psykiske sygdomme (Se under pkt. 6: 1*)
- Væsentlig utryghed ved planlagte fødested

4) Der skal altid konferes med vagthavende obstetriker ved

- Vandafgang >24 timer
- Mekoniumfarvet fostervand
- Afvigelse i normalt fødselsforløb (manglende fremgang eller andre komplikationer)

5) Henvisningsprocedurer

Ved første svangreundersøgelse udfyldes notat "Første svangrekonsultation" samt journaltabellen "Perinatal journalen". I Sundhedscentre, hvor Cosmic ej benyttes skal notatet "Første svangrekonsultation" alligevel udfyldes - evt. af jordemoder via Skype.

Hvis tidligere fødsler ikke har fundet sted på sygehuset/i distriktet rekvireres relevante fødejournaler og epikriser.

Ved første svangrekonsultation gennemgås det eksisterende journal-materiale. Såvel ambulant som indlæggelsesjournal samt fødejournaler fra tidligere forløb skal være tilgængelige.

Der konfereres efterfølgende lokalt og eventuelt med specialafdelingen om relevante tidlige screenings- og eller behandlingstiltag som eksempelvis cerclage-anlæggelse eller henvisning til amniocentese.

Risikofaktorer vurderes - og der udfærdiges om fornødent henvisning efter gældende regelsæt.

Inden GA 17+0, hvor BPD er målt og terminen konfirmeret fremsendes henvisning i Cosmic med samtlige relevante oplysninger.

Ved indikation for amniocentese eller cerclage, henvises patienten i GA 12+, efter der ved UL er bekræftet et levende foster og [terminen er fastlagt](#).

6) Øvrigt

1* Alle henvisninger af gravide kvinder til DIH på psykiatrisk indikation, drøftes med overlægen på psykiatrisk afdeling og vil efter henvisning blive tilset af psykiater.

Ønsker patienten ikke at modtage tilbud om anbefalet fødested udfyldes og underskrives "[Samtykkeerklæring](#)" som lægges ind i Cosmic (se vedhæftede bilag), så tidligt som muligt og senest i GA 37+3.

6.1) Fravalg af fødested

Se vedhæftede bilag, som skal udfyldes og underskrives.

Bilag 2: Fravalg af fødested. Samtykkeerklæring

FRAVALG AF FØDESTED – SAMTYKKEERKLÆRING

Undertegnede erklærer:

at jeg ønsker at føde på selvom det anbefalede faglige beredskab ikke er tilstede.

at jeg, i denne forbindelse, er blevet grundigt informeret om evt. konsekvenser af mit valg både mundtligt og skriftligt.

at jeg har kendskab og forståelse for de fordele og ulemper/komplikationer, der er ved at tage denne beslutning

at jeg har modtaget en kopi af den relevante information, og denne samtykkeerklæring.

at det er mit eget ønske, der er afgivet på et frivilligt og selvstændigt grundlag.

PATIENTENS UNDERSKRIFT: _____

PATIENTENS NAVN: _____

PATIENTENS FØDELSDATO: _____

Patienten har modtaget mundtlig og skriftlig patientinformation om behandlingen /fødselsforløbet og har haft mulighed for at stille spørgsmål til undertegnede læge. Der er efter min overbevisning, givet tilstrækkelig information til at der kan træffes en beslutning om at indgå i et fødselsforløb på uden det anbefalede beredskab.

INFORMERENDE LÆGE

LÆGENS UNDERSKRIFT: _____

LÆGENS NAVN: _____

DATO: _____

Bilag 3: Program for konference 'At rejse for at føde – konsekvenserne af adskillelse af familierne omkring fødsel'

AALLARLUNI ERNIARTORNEQ - ERNISUNNERMI ILAQUTARIIT
AVISSAARTITAANERATA KINGUNERISINNAASAAT

AT REJSE FOR AT FØDE – KONSEKVENSERNE AF ADSKILLELSE
FAMILIERNE OMKRING FØDSEL

Ulloq/Dato:
27. april 2020

Nal./Kl.
08.00-16.30

Sumiiffik/Sted:
Lillesal, Katuaq - Nuuk.

Akeq/Entré:
300 kr. nerisaqarneq ilanngullugu
300 kr. inkl. fuld forplejning

Ikisiffissaq/Indbetales på konto:
8120-305027514

Nalunaarfissaq/Tilmelding:
ek@ppk.gl
Ateq ilaasussallu amerlassusaat nalunaarutigineqassapput
Angiv navn og antal tilmeldinger

Attavissaq/Kontakt:
Siulittaasoq - Formand Anne Schurmann

Oqarasuaat/Tlf.:
+299 25 04 38

Mail:
ek@ppk.gl

Støttet af:



AT REJSE FOR AT FØDE

Program

Kl. 7.45 Registrering

Kl. 8.30 Velkomst - Anne Schurmann,
forkvinde for Ernisussiorlut Kattuffiat

Kl. 8.45 Børn og familiers rettigheder - Sara Olsvig,
programchef Unicef

Kl. 9.00 MANU, forældreforberedende undervisning i
Grønland - Rikke Kuhn, projektleder i Paarisa

Kl. 10.00 Kaffepause

Kl. 10.30 Fødsel og fællesskab - tryghed og sårbarhed
i familiedannelsen over graviditet, fødsel og spædbarns-
tid I - Psykolog og forsker Svend Aage Madsen

Kl. 12.00 Frokost

Kl. 13.00 Fødsel og fællesskab - tryghed og sårbarhed
i familiedannelsen over graviditet, fødsel og spædbarns-
tid II - Psykolog og forsker Svend Aage Madsen

Kl. 14.30 Kaffepause

Kl. 15.00 Debat om hvilke konsekvenser det kan have
at adskille familier i forbindelse med fødsler.

*Debatpanelet bestående af Anne Schurmann, Svend Aage
Madsen, Rikke Kuhn og Sara Olsvig*

Kl. 16.30 Tak for i dag

Med forbehold for ændringer.