

# Masteroppgave i jordmorfag

MAJOR 2020

Oktober 2021

Hjemmefødselstilbudet i Norge sett fra et jordmorperspektiv

En kvalitativ intervjustudie

Kandidatnavn: 521 og 507  
Emnekode: MAJO 5900

Antall ord: 16237

**Fakultet for helsevitenskap**

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY  
STORBYUNIVERSITETET

## **Forord**

Arbeidet med denne masteroppgaven har først og fremst vært berikende og lærerikt, men også til tider intenst og frustrerende. Endelig står vi ved veis ende.

Vi vil starte med å takke våre engasjerte informanter. Uten dere hadde ikke denne oppgaven blitt til. Dere er våre forbilder i måten dere praktiserer jordmorfaget på. Videre vil vi si hjertelig takk til vår veileder som har hatt troen på oss, vært engasjert i oppgaven og fått oss fremover hele veien mot mål. Vår biveileder fortjener også en stor takk. Både for hjelpen med rekruttering av informanter, deltakelse på pilotintervju og gjennomlesning av oppgaven. Til sist vil vi rette en stor takk til våre tålmodige menn og barn. Vi lover nå å vende tilbake til virkeligheten hjemme.

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens egen regning.

Oslo, oktober 2021.

*“I do not wish women to have power over men but over themselves”*

*(Hill, 2019, side 261).*

## Sammendrag

**Tittel:** Hjemmefødselstilbudet i Norge sett fra et jordmorperspektiv – en kvalitativ intervjustudie.

**Formål:** Formålet med denne studien var å få innsikt i hva som kan bidra til utvikling av det nåværende hjemmefødselstilbudet, ved å få økt kunnskap om jordmødres syn på behovet for tilbud om jordmorhjelp ved hjemmefødsler.

**Problemstilling:** *Hvordan beskriver jordmødre behovet for tilbud om jordmorhjelp ved hjemmefødsler?*

**Metode:** Et kvalitativt design innsamlet data via semistrukturerte fokusgruppe- og individuelle intervjuer av ti jordmødre. Kvalitativ innholdsanalyse beskrevet av Graneheim og Lundman (2004) ble benyttet som analysemetode.

**Resultater:** Analysen identifiserte fire hovedkategorier som beskrev behovet for tilbud om jordmorhjelp ved hjemmefødsler. 1) *Styrke kvinners tillitt til egen fødekraft*, 2) *Anerkjenne kompetansen som erfaring med hjemmefødsler gir*, 3) *Styrke arbeidsvilkårene til hjemmejordmødre gjennom et offentlig organisert hjemmefødselstilbud*, 4) *Omsorgstilbudet bør gi kvinner et reelt valg av fødested*, Ett overordnet tema ble abstrahert fra kategoriene: *Å ta kvinners rettigheter på alvor*.

**Konklusjon:** Med utgangspunkt i resultatene kan det konkluderes med at det bør tilrettelegges for et offentlig tilbud om jordmorhjelp ved hjemmefødsler. Dette kan bidra til å styrke kvinners rettigheter i fødselsomsorgen og bedre arbeidsvilkårene til hjemmejordmødre. Slik kan kvinner som ønsker å føde hjemme sikres et bærekraftig tilbud.

**Nøkkelord:** Hjemmefødsel, Jordmorhjelp, Kvinnerettigheter, Fysiologisk fødsel, Offentlig tilbud, Kvalitativ metode.

## **Abstract**

**Title:** The home birth service in Norway seen from a midwife perspective – a qualitative interview study.

**Purpose:** The purpose of this study was to gain insight into what can contribute to the development of the current home birth service, by gaining increased knowledge of midwives' views on the need for services providing midwifery during home births.

**Research question:** *How do midwives describe the need for services providing midwifery during home births?*

**Method:** A qualitative research design collected data through semi-structured focus groups and individual interviews of ten midwives. Qualitative content analysis described by Graneheim & Lundman (2004) was used as an analysis method.

**Results:** The analysis identified four main categories that described the need for services providing midwifery during home births. 1) *Strengthening women's confidence in their own ability to give birth*, 2) *Recognizing the competence that experience with home births gives*, 3) *Strengthening the working conditions of home midwives through a publicly organized home birth offer*, 4) *The care offered should provide women real birthplace options*. One overarching theme was abstracted from the categories: *Taking women's rights seriously*.

**Conclusion:** Facilitating a public service providing midwifery during home births can help strengthen women's rights in maternity care. The working conditions of home midwives must be strengthened, in order to ensure women a sustainable offer of services providing midwifery during home births.

**Key words:** Home birth, Midwifery, Woman's rights, Physiologic birth, Public offer, Qualitative design.

# Innholdsfortegnelse

Forord .....	i
Sammendrag.....	iv
Abstract .....	v
Innholdsfortegnelse .....	vi
Tabeller.....	viii
<b>1 Introduksjon.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Bakgrunn .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Formål og problemstilling .....</b>	<b>4</b>
1.2.1 Avgrensning .....	5
1.2.2 Begrepsavklaring.....	5
<b>2 Teoretisk rammeverk.....</b>	<b>7</b>
<b>2.2 Feminisme og risikobegrepet i jordmorfaget.....</b>	<b>7</b>
<b>3 Metode .....</b>	<b>10</b>
<b>3.1 Kvalitativ metode - Det kvalitative forskningsdesign .....</b>	<b>10</b>
<b>3.2 Det kvalitative forskningsintervju.....</b>	<b>10</b>
3.2.1 Utforming av intervjuguide.....	10
3.2.1 Rekruttering av deltakere .....	12
3.2.3 Intervjukontekst.....	12
3.2.4 Gjennomføring av intervjuene.....	13
<b>3.3 Transkribering.....</b>	<b>13</b>
<b>3.4 Dataanalyse.....</b>	<b>13</b>
<b>3.5 Forforståelse .....</b>	<b>15</b>
<b>3.6 Etske overveielser .....</b>	<b>16</b>
<b>4 Resultater .....</b>	<b>18</b>
<b>4.1 Presentasjon av studiens deltakere.....</b>	<b>18</b>
<b>4.2 Presentasjon av resultater .....</b>	<b>18</b>
4.2.1 Styrke kvinners tillit til egen fødekraft .....	19
4.2.2 Anerkjennelse kompetansen som erfaring med hjemmefødsler gir.....	20
4.2.3 Styrke hjemmejordmødres arbeidsvilkår gjennom et offentlig organisert hjemmefødselstilbud .....	24
4.2.4 Omsorgstilbudet bør gi kvinner et reelt valg av fødested .....	25

4.2.5 Tema – å ta kvinners rettigheter på alvor .....	28
<b>5 Diskusjon .....</b>	<b>29</b>
<b>5.1 Diskusjon av resultater .....</b>	<b>29</b>
5.1.1 Styrke kvinners tillit til egen fødekraft .....	29
5.1.2 Å anerkjenne kompetansen som erfaring med hjemmefødsler gir .....	31
5.1.3 Styrke hjemmefødselsarbeidets arbeidsvilkår gjennom et offentlig organisert hjemmefødselstilbud. ....	34
5.1.4 Omsorgstilbudet bør gi kvinner et reelt valg av fødested. ....	37
5.1.5 Tema - Å ta kvinners rettigheter på alvor .....	40
<b>5.2 Metodediskusjon .....</b>	<b>41</b>
5.2.1 Kredibilitet .....	41
5.2.2 Pålitelighet .....	44
5.2.3 Overførbarhet .....	45
<b>6 Oppsummering, konklusjon og veien videre.....</b>	<b>46</b>
<b>6.1 Oppsummering .....</b>	<b>46</b>
<b>6.2 Konklusjon.....</b>	<b>47</b>
<b>6.3 Implikasjoner for praksis og videre forskning.....</b>	<b>47</b>
<b>Referanseliste .....</b>	<b>48</b>
<b>Vedlegg .....</b>	<b>55</b>

## **Tabeller**

*Tabell 1: Intervjuguide spørsmål, side 11.*

*Tabell 2: Eksempel fra analyseprosessen, side 15.*

*Tabell 3: Eksempel på subkategorier og kategorier, side 19.*



# 1 Introduksjon

## 1.1 Bakgrunn

Under koronapandemien har jordmødre som tilbyr planlagte hjemmefødsler merket økt etterspørsel (Vollan, 2020), og kvinners ønske om å føde hjemme har blitt synlig i medieoppslag (Hjartlie, 2021). I sosiale medier, blant annet på Facebook-gruppene “Folk for hjemmefødsel” og “Bevar ABC-enheten på Ullevål sykehus”, uttrykker kvinner frustrasjon over at de ikke får muligheten til å bestemme hvor de skal føde (Facebook, 2013, 2019). Utsagn som “min kropp, mitt valg” går igjen i kommentarfeltene. Enkelte jordmødre på ABC-klinikken ved Oslo Universitetssykehus har også ytret sine meninger i sosiale medier, blant annet i et innlegg hvor de uttrykker et ønske om å etablere et offentlig tilbud hvor de kan komme hjem og bistå kvinner i fødsel (Facebook, 2019).

I 2017 lå planene klare for igangsettelse av et pilotprosjekt på hjemmefødsler under Kvinneklinikken ved Haukeland Universitetssykehus i Bergen (Juul, 2021). Piloten skulle utgå fra lav-risiko enheten Storken, hvor kvinnene som ønsket skulle få tilbud om jordmorhjelp ved hjemmefødsel. Både sykehusledelsen og Helsedirektoratet var positive til prosjektet. Piloten ble sendt til høring i foretakene, men ingenting har skjedd siden den gang. Det har fra Helse- og omsorgsdepartementet blitt uttalt at for få kvinner i Norge ønsker å føde hjemme, og at det derfor ikke kan forsvares økonomisk å finansiere et slikt prosjekt (Juul, 2021). Samtidig, Helsetilsynet publiserte nylig et innlegg hvor de skriver at det er viktig at de regionale helseforetakene tilrettelegger for en differensiert fødselsomsorg, og at kvinner bør få fødselsomsorg etter selektering og ønske (Helsetilsynet, 2021).

Mellom 100-170 kvinner i året føder planlagt hjemme i Norge. Dette utgjør 0,2% av de årlige fødslene (Folkehelseinstituttet, 2021). I Skottland har et forsøk på å gi kvinner et offentlig tilbud på hjemmefødsler ført til en økning fra 0,28% til 3% (Symon et al., 2020). I følge Lindgren et al. (2014) velger flere kvinner å føde hjemme i land hvor hjemmefødelstilbudet er en offentlig støttet tjeneste, hvor kvinnen slipper å dekke utgiftene for hjemmefødselen. Tilgjengelighet på hjemmejordmødre er en forutsetning for at kvinner skal ha muligheten til å føde hjemme (Lindgren et al., 2014). I Norge er ikke hjemmefødsler integrert i det offentlige helsevesenet, men tilbys av privatpraktiserende jordmødre uten avtale med helseforetakene eller kommunene. Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) dekker noen av utgiftene, resterende kostnader betales av kvinnen. En økonomisk begrensende ordning, gjør at planlagte

hjemmefødsler verken er et reelt eller likeverdig tilbud til gravide kvinner i Norge (Øian et al., 2012).

Flere land har hjemmefødselsordninger organisert under det offentlige helsevesenet, deriblant Danmark, Nederland, New Zealand og Canada (Comeau et al., 2018). I Danmark er kvinners rett til å føde hjemme med assistanse fra jordmor lovfestet i Sundhedsloven §83 (Sundhedsloven, 2005). Denne lovfestede retten medfører at danske sykehus har plikt til å sende ut jordmor på hjemmefødsler, uavhengig av kvinnens risikostatus. Jordmor skal informere kvinnen dersom det er forhold hos mor eller barn som tilsier at det er mest forsvarlig å føde på sykehus. Dersom kvinnen likevel velger hjemmefødsel, vil ikke jordmoren stå ansvarlig for komplikasjoner som hun ikke er i stand til å behandle i hjemmet (Retsinformation, 2001).

I Norge ble *“Nasjonal retningslinje for hjemmefødsel. Svangerskap, fødsel og barseltid i trygge hender”*, utarbeidet av et faglig utvalg, og publisert i 2012. Retningslinjen tilsvarer *“beste praksis”* og faglig forsvarlig opptreden ved planlagte hjemmefødsler (Eilertsen, 2015). Ifølge retningslinjen kan kvinner under gitte seleksjonskriterier støttes i sitt ønske om å planlegge en hjemmefødsel (Øian et al., 2012). Brudd på retningslinjen vil kunne representere et brudd på kravet til jordmor om faglig forsvarlig praksis jamfør Helsepersonelloven paragraf 4. Dette kan få alvorlige konsekvenser fordi jordmor kan miste sin autorisasjon (Eilertsen, 2015).

Det finnes kvinner som velger å føde uassistert hjemme. Dette har enkelte debattanter framstilt som en konsekvens av at det ikke finnes et offentlig organisert tilbud på hjemmefødsler i Norge (Rose, 2020). En kvalitativ studie fra 2020 undersøkte årsakene til at kvinner velger å føde hjemme uten jordmor. Et av funnene var at kvinnene gjerne ønsket å ha med seg jordmor på fødselen, men at de ikke fikk tak i noen som kunne bistå (Henriksen et al., 2020).

I kunnskapsbasert praksis står brukerkunnskap og brukermedvirkning som en sentral dimensjon, og skal vektlegges på lik linje som forskningskunnskap og erfaringskunnskap (Reinar & Blix, 2017). Dette innebærer at ønskene som den enkelte gravide kvinne har når hun planlegger sitt fødested, skal veies tungt i beslutninger om hvilken helsehjelp som tilbys. Pasientmedvirkning forutsetter at pasienten får tilstrekkelig og tilpasset informasjon til å kunne ta informerte valg på vegne av egen helse (Eilertsen, 2015). Plikten til å gi slik

informasjon hviler på det helsepersonell som har det faglige ansvaret for helsehjelpen. Jordmor har en omfattende informasjonsplikt overfor den gravide og fødende (Eilertsen, 2015). Manglende informasjon til gravide i svangerskapsomsorgen om alternativene til sykehusfødsel, er i følge (Øian et al., 2012), trolig en av årsakene til at få barn fødes hjemme.

Kvinner valg av fødested påvirkes også av hva samfunnet anser som trygt. I et samfunn hvor fødsel forbindes med høy risiko for mor og barn, vil de fleste kvinner velge å føde på sykehus hvor det er nærhet til medisinsk akutthjelp (Coxon et al., 2014). I Norge preges fødselsomsorgen av risikokalkulering (Blix, 2017a). Målet for sentraliseringen av det norske fødetilbudet har derfor vært å øke sikkerheten til mor og barn ved komplikasjoner gjennom bedre tilgang på legespesialister (Engjom et al., 2014). Dette har medført til at antallet fødeinstitusjoner har blitt redusert fra 95 til 45 i perioden 1979-2021 (Engjom et al., 2014; Folkehelseinstituttet, 2021). Det foreligger ikke evidens for at overføringen av flere fødsler til høyspesialiserte fødeenheter, har ført til bedre utfall hos mor og barn (Engjom et al., 2014). Sentraliseringen av fødetilbudet i Norge strider imidlertid imot anbefalingene fra Verdens helseorganisasjon, som har satt et mål om å demedikalisere normale fødsler, desentralisere omsorgen og organisere etter prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå (Fylkesnes, 2017). Til tross for dette er det en global økning i medikalisering av normale fødsler (WHO, 2018). En fersk systematisk oversikt og metaanalyse publisert i *The Lancet* (Reitsma et al., 2020) samt en anerkjent norsk retrospektiv kohortstudie (Blix et al., 2016), viser at friske kvinner med ukompliserte svangerskap, som føder hjemme, utsettes for færre medisinske intervensjoner i fødselsforløpet. De føder oftere spontant vaginalt, og har færre blødningskomplikasjoner, sammenlignet med friske kvinner som føder på sykehus. De samme studiene konkluderer med at det er trygt og medisinsk forsvarlig for friske kvinner å føde hjemme.

I 2014 ble det publisert en ny modell for perinatal omsorg i «Midwifery» serien av tidsskriftet *The Lancet* (Renfrew et al., 2014). Modellen anbefaler et skifte i synet på svangerskap og fødsel, fra et ensidig risikofokusert syn, hvor målet er å søke etter og behandle risiko, til å fremme fysiologiske, biologiske og kulturelle prosesser samt styrke kvinners ressurser. Intervensjoner skal kun gjøres av nødvendighet (Blix, 2017a). Nederland har siden 1970-tallet vært ansett som et foregangsland innen demedikalisering av fødselsomsorgen (De Vries et al., 2013). Jordmødre jobber selvstendig med friske kvinner i fødsler både på sykehus, fødestuer og i hjemmet. En autonom jordmorprofesjon har bidratt til å gi nederlandske kvinner stor frihet til å velge fødested. Andelen hjemmefødsler er høy sammenlignet med andre vestlige

land, og utgjør ca. 20% av alle fødsler. New Zealand står som et eksempel på et land hvor det i nyere tid har skjedd en betydelig omstrukturering av fødselsomsorgen (Grigg & Tracy, 2013). I 1990 ble det vedtatt omfattende lovendringer, som ledet til at New Zealand i dag har gått fra et medisinsk styrt og fragmentert system til en mer jordmorstyrt fødselsomsorg med kontinuitetsmodeller som tilpasser omsorgen til hver enkelt kvinne.

Et solid evidensgrunnlag er lagt for at kontinuitetsmodeller styrker kvaliteten på omsorgen som gis til kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barseltid (Bohren et al., 2017; Renfrew et al., 2014). En nylig publisert norsk studie, som baserer seg på en spørreundersøkelse av 8401 norske kvinner (Vedeler et al., 2021), viser at kvinner ønsker mer individuelt tilpasset omsorg, kontinuitet i tjenestene og mindre fokus på medisinske utfall. Disse resultatene sammen med både barselopprøret og bunadsgeriljaen (Barselopprøret, 2021; Bunadsgeriljaen, 2019) antyder at enkelte brukere av fødselsomsorgen i Norge ikke er tilfreds med fødetilbudet og omsorgen de mottar, og indikerer et behov for endring.

## **1.2 Formål og problemstilling**

I lovverket legges det stor vekt på hva pasienten/brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud (Eilertsen, 2015). Som følge av sentraliseringen av fødetilbudet i Norge samt den begrensede tilgangen på hjemmejordmødre, kan det synes som at kvinners valgmuligheter og rettigheter i valg av fødested er mangelfullt. Ifølge de Yrkesetiske retningslinjene for jordmødre, skal jordmødre sikre at kunnskapsutviklingen av jordmorfaget baseres på aktiviteter som beskytter kvinners rettigheter som mennesker (Jordmorforening, 2016). Dette aktualiserer behovet for forskning som retter fokuset mot hvordan jordmødre vil imøtekomme kvinners ønsker og behov.

Få norske studier har undersøkt det jordmorfaglige perspektivet knyttet til fenomenet jordmorhjelp ved hjemmefødsler. En kvalitativ studie av Aune et al. (2017) undersøkte hvordan norske hjemmejordmødre fremmet normal fødsel i en hjemmefødselskontekst. Behovsaspektet knyttet til jordmorhjelp ved hjemmefødsler er imidlertid lite studert. Formålet med denne studien var å få innsikt i hva som kan bidra til utvikling av det nåværende hjemmefødselstilbudet, ved å få økt kunnskap om jordmødres syn på behovet for tilbud om jordmorhjelp ved hjemmefødsler. Følgende problemstilling ble utarbeidet:

*«Hvordan beskriver jordmødre behovet for tilbud om jordmorhjelp ved hjemmefødsler?».*

Med dette ønsket vi å undersøke hva jordmødre anså som viktige aspekter ved et hjemmefødselstilbud. Vi ønsket at de både skulle utdype hvilke behov de hadde i sin egen arbeidshverdag, og hvilke behov de anså som sentrale for kvinner som ønsker å føde hjemme.

### 1.2.1 Avgrensning

Det har vært nødvendig å gjøre avgrensinger med tanke på oppgavens lengde og omfang. Vi har valgt å avgrense denne studien til å undersøke beskrivelser fra jordmødre i Norge som er positivt innstilt til hjemmefødsler. Vi har også valgt bare å fokusere på *planlagte hjemmefødsler*, hvor kvinnen har inngått en avtale med en jordmor som skal bistå ved fødselen, og som finner sted i kvinnens eget hjem.

Vi anerkjenner at det ikke er en selvfølge at kvinner identifiserer seg ut fra sitt medfødte eller biologiske kjønn. Denne studien undersøker behovet for tilbud om jordmorhjelp ved hjemmefødsler med utgangspunkt i det biologisk kjønnede, reproduktive perspektivet på kvinner, kvinnehelse og fødsel.

### 1.2.2 Begrepsavklaring

**Jordmorhjelp:** Jordmorhjelp defineres i denne oppgaven ut fra Lancet-serien Midwifery (Renfrew et al., 2014) og tar utgangspunkt i at jordmorhjelp tilsvarer begrepet *Midwifery*. Jordmorhjelp er:

“Dyktig, kunnskapsrik og medfølende omsorg for fødende kvinner, nyfødte spedbarn familier på tvers av kontinuumet mellom pre-graviditet, graviditet, fødsel, postpartum og de første ukene etter fødsel. Kjernekarakteristikk inkluderer optimalisering av normale biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle prosesser for reproduksjon og tidlig liv, betimelig forebygging og håndtering av komplikasjoner, konsultasjon med og henvisning til andre tjenester, respekt for kvinners individuelle behov og synspunkter, og samarbeid med kvinner for å styrke kvinners egne ressurser til å ta vare på seg selv og sine familier” (Renfrew et al., 2014).

**Jordmor:** En jordmor defineres i denne oppgaven ut fra *International Confederation of Midwives* sin definisjon av jordmor. En jordmor er:

"en person som har fullført en jordmorutdanning som er godkjent i landet der den er lokalisert, basert på ICMs viktigste kunnskaper og ferdigheter for grunnleggende

jordmorpraksis, og ICMs globale standard for jordmorutdanning. Personen har i tillegg tilegnet seg de nødvendige kvalifikasjoner for å bli autorisert og/eller tildelt lisens til å utøve jordmorvirksomhet og bruke tittelen *jordmor* og som viser ferdigheter i utøvelsen av jordmorfaget ". (ICM, 2005)

***Fysiologisk fødsel/ normal fødsel:*** Vi definerer fysiologisk/normal fødsel som en fødsel som starter spontant mellom uke 37 og 42, som fortsetter spontant uten at det blir gitt legemidler. Barnet fødes spontant uten forløsende inngrep, og mor og barn får ha uforstyrret hud-mot-hud kontakt den første tiden etter fødsel (Blix, 2017b).

***Kontinuitetsmodell/Caseload:*** Caseload er en omsorgsmodell som fokuserer på kontinuitet i fødselsomsorgen (Jepsen et al., 2016). I en slik modell følges kvinnen opp av én eller få jordmødre i en "caseload" gjennom hele svangerskapet, fødselen og barseltiden. Målet er at kvinnen og jordmoren kan bli kjent, og at dette vil skape trygghet for begge. Jordmødrene i caseload-gruppen roterer på å være på vakt og ha fri.

## 2 Teoretisk rammeverk

*Feminisme* og *risikobegrepet* er valgt som teoretisk ramme i denne studien. Ifølge Høyer (2011) kan en teori anvendes som en representasjon, boksåpner eller linse. I denne oppgaven brukes feminismen og risikobegrepet som en boksåpner i diskusjonen av studiens empiriske data. Dette vil ifølge Høyer (2011) bety at empirien sammenlignes med, sees i lys av eller åpner opp for en ny forståelse med hjelp av det teoretiske perspektivet.

Kalkulering av risiko for dårlige utfall hos mor og barn står sentralt i fødselsomsorgen i Norge (Blix, 2017a). Derfor ønsker vi å trekke inn risikobegrepet i diskusjonen om hvilken rolle tilbudet om jordmorhjelp ved hjemmefødsler kan ha for norske kvinners rett til valg av fødested. Vi vil også anvende feministiske perspektiver, da jordmorfaget har et grunnleggende fokus på kvinnehelse og respekt for kvinners autonomi (Jordmorforening, 2016). Dette kan gjenspeiles i feminismens kamp for like rettigheter og valgfrihet for kvinner (Hawke, 2021; Lasser, 2011). Relasjonen mellom kvinnen og jordmor er selve grunnpilaren i jordmorfaget. Å ha en feministisk tilnærming til forskning hvor kvinners behov og ønsker står i sentrum, vil ifølge Barnes (1999) styrke jordmorfagets posisjonering. Bruk av feministiske perspektiver vil på bakgrunn av dette kunne bidra til å sette fokus på brukernes rettigheter og behov, i tillegg til selve jordmorfaget som i all hovedsak er et kvinnefag.

### 2.2 Feminisme og risikobegrepet i jordmorfaget

Den moderne feminismen stammer fra kvinnebevegelsen på 1960-tallet (Barnes, 1999). Feminisme handler om å se kvinner som likeverdige mennesker, og anerkjenne kvinners opplevelser på lik linje med menns. I tillegg til den politiske feministiske bevegelsen, finnes det i dag feministiske tilnærminger til vitenskap og forskning (Barnes, 1999). I forskningsfeltet har feministisk orienterte forskere ønsket å løfte frem kvinners perspektiver og erfaringer (Bortin et al., 1994). Innenfor jordmorfaglig forskning kan feminismen bidra med relevante perspektiver på forståelsen av jordmorfaget, jordmors relasjon til kvinnen og hvordan kvinner selv opplever fødselsomsorgen og deres valgmuligheter (Harkness & Cheyne, 2019).

Ifølge Lasser (2011) er jordmorfaget et feministisk fag, og det å tilby jordmorhjelp er et uttrykk for feminismens kjerneverdier. Selv om jordmorfaget kan anses som feministisk i sitt fokus på kvinnehelse og kvinners rettigheter, er det mye som tyder på at dagens institusjonaliserte fødselsomsorg ikke er det (Hawke, 2021). Fødsler som et

kvinneanliggende og en sosial hendelse innenfor familien, har de siste tiårene har beveget seg over i det biomedisinske perspektivet hvor medikalisering og hospitalisering står sentralt (Blix, 2017a). Dette kan stille jordmødre i utfordrende dilemmaer. Ønsket om å gi en helhetlig, individuelt tilpasset omsorg i fødsel kan begrenses av føringer i retningslinjer, prosedyrer, dårlig bemanning og mangel på kontinuitet i omsorgen (Hawke, 2021). Det biomedisinske perspektivet anser fødsel som en risiko som trenger medisinsk intervensjon, og som bare vil være normal i retrospekt (Berg et al., 2012). I dette perspektivet vil fødekvinnens kropp på ethvert tidspunkt kunne feile (Blix, 2017a), og risikofokuset forsterkes ved at fødekvinnene deles inn i “høy-risiko” og “lav-risiko”. Dermed fokuseres det på risiko selv hos de kvinner som i utgangspunktet er friske og har et normalt svangerskap (Berg, 2010).

Gunhild Blåka Sandvik (1997) drøfter risikobegrepet i den fødselsvitenskaplige og jordmorfaglige diskursen, og beskriver hvordan diskursene forholder seg til risikobegrepet på ulike måter. I den fødselsvitenskaplige diskursen forbindes kunnskap med det faste og målbare. Med utgangspunkt i det vitenskapelig målbare har institusjonaliseringen av fødsler hatt som mål å minimalisere risikoen for dårlige utfall hos mor og barn. Dette har skapt et behov for kontroll og systematisering av fødselsforløpene gjennom utvikling av tidsskjemaer. Avvik fra tiden har blitt sett på som en mulig risiko som krever intervensjon. I den jordmorfaglige diskursen ligger det også en risikovurdering, men denne er av en annen karakter. Jordmoren må være i forkant og ha et godt overblikk over fødselsforløpet for å kunne iverksette rett handling til rett tid. Dette *jordmorskjønn*et krever både emosjonelt og fysisk nærvær i fødesituasjonen (Sandvik & Hauglund, 1997).

Diskursenes ulike oppfatninger av risiko tydeliggjøres i synet på det beste «fødestedet» for fødekvinnene (Sandvik & Hauglund, 1997). Den medisinske diskursens «verste fallstenkning» rundt risiko viser eksempelvis til hvor mye farligere det er å føde hjemme versus på høyspesialiserte fødeavdelinger. Dette bildet på risiko får innflytelse på fødekvinnens oppfatning av hva som er trygt, da den fødselsvitenskaplige diskursen fremstår som en autorativ diskurs over den jordmorfaglige. Den jordmorfaglige diskursen argumenterer med et mindre presist språk som baserer seg på erfaringskunnskap og jordmorskjønn. Ifølge Sandvik og Hauglund (1997) må jordmoren derfor kjempe for å få anerkjennelse i den moderne vestlige fødselsdiskursen, som favoriserer kunnskap som kan bevises vitenskapelig. Spørsmålet om valg av fødested handler dermed ikke bare om trygghet og risiko, men for den moderne jordmorfaglige diskursen handler det også om å definere et



territorium for å kunne utøve faget i tråd med yrkestradisjonens verdigrunnlag (Sandvik & Hauglund, 1997).

Ifølge Bortin et al. (1994) har hospitaliseringen av fødselsomsorgen endret i maktbalansen mellom fødekvinne og fødselshjelperne. Dette på bakgrunn av at kvinnen nå føder i «ukjente» omgivelser. Fødestedet representerer «noens» territorie, uavhengig om det er på sykehus, fødestue eller hjemme. Hjemmet kan sies å symbolisere kvinnens territorie, mens sykehuset representerer et uvant sted hvor kvinnen ikke lengre har kontrollen. Fødestedet kan imidlertid ha stor betydning både for fødselsopplevelsen og for fødselsutfallet (Bortin et al., 1994).

Feminister har ifølge Bortin et al. (1994) og Davison (2020) poengtert at ikke bare blir kvinnekroppen ansett som en maskin i det biomedisinske perspektivet, men som en defekt maskin som trenger kontinuerlig overvåkning. Teknologi og intervensjon blir et redskap for å regulere denne defekte maskinen, og produktet som produseres er en frisk nyfødt baby. Kvinnen reduseres til objektet som produktet utvinnes fra (Bortin et al., 1994). Ifølge Davison (2020) er det bekymringsfullt at den økte avhengigheten av teknologi i fødselsforløpet synes å fortrenge de tradisjonelle jordmorferdighetene. Tas ikke dette på alvor, mener Davison (2020) at fødsler kan risikere å bli fullstendig avhengig av teknologiske hjelpemidler, og jordmoren med tillit til kvinnens fødekraft vil kunne bli en jordmor for historiebøkene.

## 3 Metode

### 3.1 Kvalitativ metode - Det kvalitative forskningsdesign

I denne studien søkte vi etter jordmødrenes beskrivelser av fenomenet *jordmorhjelp ved hjemmefødsler*. Et kvalitativt forskningsdesign med semistrukturerte intervjuer ble derfor valgt som metode. Formålet med et slikt design er å få innsikt i individers livserfaring og deres egne fortolkninger (Kvale et al., 2015). Studien har hatt en induktiv tilnærming, og slutninger ble tatt ut fra jordmødrenes beskrivelser. Vårt ønske var å få fram det som var virkelig for våre informanter, altså deres livsverden. Målet har vært å gå fra empiriske data for å finne svar med utgangspunkt i jordmødrene selv (Malterud, 2017).

### 3.2 Det kvalitative forskningsintervju

Ifølge Kvale et al. (2015) kan fokusgruppeintervjuer være gunstig når forskningsspørsmålet skal belyse noe som ikke eksisterer. Siden jordmorhjelp ved hjemmefødsler ikke er en del av det offentlige fødetilbudet i Norge, ønsket vi å få fram et mangfold av perspektiver på forskningsspørsmålet, og valgte derfor fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode. Fokusgruppeintervjuer karakteriseres av en ikke-styrende intervjustil, og det er ikke et mål at gruppen skal komme til enighet om spørsmålene som stilles (Kvale et al., 2015). En slik intervjuform fordrer at intervjuer er påpasselig med å styre gruppen inn på temaet, da meningsutvekslingen lettere kan spore av fra det opprinnelige formålet.

Det ble imidlertid utfordrende å gjennomføre de planlagte fokusgruppeintervjuene. Både på grunn av jordmødrenes jobbturnuser, men også av smittevernhensyn knyttet til koronapandemien. Vi valgte derfor også å foreta individuelle intervjuer. Det individuelle kvalitative forskningsintervjuet karakteriseres av rike beskrivelser, hvor informantenes egne ord skaper bildene (Malterud, 2017).

#### 3.2.1 Utforming av intervjuguide

Intervjuene tok utgangspunkt i en *semistrukturert* intervjuguide (Tabell 1), og ble laget med utgangspunkt i prosjektets opprinnelige problemstilling (vedlegg 2). Målet med en semistrukturert intervjuguide er at samtalen skal være mest mulig åpen. Samtidig skal intervjuguiden være et hjelpemiddel for å styre informantene inn mot temaet prosjektet skal belyse (Malterud, 2017).

Intervjuguide spørsmål	
1	Kan dere beskrive hvorfor dere har en interesse for hjemmefødsler?
2	Hvorfor mener dere at kvinner skal ha muligheten til å velge planlagt hjemmefødsel?
3	Hvordan ser dere på deres mulighet til å bistå kvinner med planlagt hjemmefødsel?
4	Kan dere fortelle hvordan dere organiserer arbeidshverdagen deres i dag, med tanke på hjemmefødsler?
5	Hvordan mener dere ideelt sett at tilbudet om planlagte hjemmefødsler burde organiseres i Norge?
6	Hvordan opplever dere å jobbe som jordmødre i det systemet vi har for fødselsomsorg i Norge i dag?
7	Hva skiller utøvelsen av jordmorfaget ved en hjemmefødsel versus en sykehusfødsel?

Tabell 1: Intervjuguide spørsmål

Spørsmålene ble utformet slik at de skulle bidra til refleksjon og spontane beskrivelser (Malterud, 2017). Vi ønsket at intervjuguiden skulle bestå av relativt få spørsmål, men at de skulle åpne opp for et mangfold av perspektiver. Med inspirasjon fra Kvale et al. (2015) vekslet spørreordene mellom *hvorfor*, *hvordan* og *hva*. Ifølge Malterud (2017) bør intervjuguiden revideres underveis i prosjektet etter som forskeren lærer mer om hvor fokus bør konsentreres. Vi fulgte ikke intervjuguiden slavisk, men brukte den som en rettesnor for å holde informantene inne på hovedtemaet vi ønsket å belyse. Spørsmålsformuleringene varierte litt ut ifra hva som kom fram i intervjuene. Dette bidro til åpenhet og fleksibilitet til å følge opp uventende vinklinger som dukket opp underveis. Strukturen på intervjuene la opp til en dialog istedenfor bare spørsmål og svar (Malterud, 2017).

Vi gjennomførte to pilotintervjuer i forkant av studien for å undersøke hvorvidt spørsmålene fanget opp beskrivelser som belyste problemstillingen vår. Funnene fra testintervjuene er ikke inkludert i studiens datamateriale. Prøveintervjuene ga oss erfaring med ulike spørsmålsformuleringer, timing av oppfølgingsspørsmål og hvordan vi som intervjuere påvirket informantene.

### **3.2.1 Rekruttering av deltakere**

Informantene ble valgt strategisk. Det betyr at utvalget ble sammensatt slik at det endelige datamaterialet skulle gi best mulig forutsetninger for å besvare problemstillingen (Malterud, 2017). Inklusjonskriteriene til studien var (1) jordmødre med en positiv innstilling til hjemmefødsler, (2) jordmødre som jobber med hjemmefødsler eller som kunne tenke seg å jobbe med hjemmefødsler. Rekrutteringen ble gjort ved to større sykehus, hvor lederne ved de aktuelle fødeavdelingene ble kontaktet og fikk tilsendt informasjonsskriv med kontaktinformasjon (vedlegg 2). Jordmødre som ønsket å delta kontaktet oss direkte. En fagjordmor ved et av sykehusene sendte forespørsel om deltakelse til aktuelle informanter både på fødeavdelingene og i hjemmefødselsmiljøet, og vi fikk videreformidlet kontaktinformasjon til de som ønsket å delta.

14 jordmødre meldte sin interesse, men på grunn av frafall bestod utvalget til slutt av ti deltakere. Etter at kontakten med informantene var opprettet fikk alle tilsendt et informasjonsskriv om studien på e-post (vedlegg 3) og elektronisk samtykkeerklæring ble signert før oppstart av intervjuene (vedlegg 3).

### **3.2.3 Intervjukontekst**

Fokusgruppeintervjuene ble avholdt på et møterom ved et av sykehusene som jordmødrene jobber ved. Intervjukonteksten var i tråd med informantenes ønsker. De individuelle intervjuene foregikk også der hvor jordmødrene selv ønsket å møte oss. To intervjuer fant sted hjemme hos jordmødrene. Et intervju ble gjennomført ved jordmørens kommunale kontor og et intervju fant sted på et møterom ved sykehuset hvor den aktuelle jordmøren jobbet.

Under intervjuene satt vi ovenfor hverandre og hadde god øyekontakt. Lydopptak ble gjort med bruk av doble opptaksenheter via mobiltelefon og mobilappen *Diktafon-Nettskjema*. Av hensyn til lyd kvaliteten ble mobiltelefonene lagt midt på bordet. Intervjuene bar preg av lett stemning, humor og stort engasjement for temaet. I etterkant av intervjuene reflekterte vi over hvordan vi hadde opplevd intervjuet, samt hva det hadde gitt oss av meningsinnhold.

### **3.2.4 Gjennomføring av intervjuene**

Vi utførte to fokusgruppeintervjuer og fire individuelle intervjuer av til sammen ti jordmødre. Vi opplevde da at vi hadde mettet problemstillingen med data. Ifølge Malterud (2017) er metningspunktet nådd når data ikke lengre fører til ny kunnskap.

Jordmødrene fikk velge mellom fire ulike datoer for intervju, og sammensetningen av jordmødrene i de to fokusgruppene ble deretter. Den ene gruppen besto opprinnelig av tre jordmødre, men på grunn av sykdom endte det opp med to jordmødre i denne gruppen. Den andre gruppen besto av fire jordmødre. Tidspunktene for de individuelle intervjuene ble avtalt ut fra hva som passet den enkelte jordmoren best.

Vi var begge til stede under intervjuene. Vi avtalte på forhånd hvem som hadde hovedansvaret for å stille spørsmålene, og begge stilte oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuene. Intervjuene startet med å takke for deltakelse, og en uformell samtale for å bli litt kjent. Deretter gjentok vi informasjonen om lydopptak og anonymisering av materialet. Alle godkjente dette. Før lydopptaket ble startet repeterte vi formålet med prosjektet og forklarte strukturen i intervjuet. Intervjuene hadde en varighet på mellom 52 og 66 minutter.

### **3.3 Transkribering**

Hensikten med å transkribere intervjuene er å få fram en tekst som representerer budskapet informantene ønsker å meddele (Malterud, 2017). Vi fordelte transkriberingen av intervjuene mellom oss da dette var en tidkrevende arbeidsprosess. Data ble transkribert fra lydfil til tekst gjennom at vi lyttet til intervjuene med hodetelefoner og skrev ned det vi hørte, verbatim. Latter, pauser og nonverbale uttrykk ble tatt med for å bevare atmosfæren i intervjuene. Dette gjorde vi kort tid etter at intervjuene var ferdig, slik at stemningen og det som ble sagt skulle ligge friskt i minnet. Det var god kvalitet på lydopptakene, og alle deler av samtalen ble fanget. Seks timer med lydopptak resulterte i 180 sider transkribert tekst.

### **3.4 Dataanalyse**

Det transkriberte datamaterialet ble analysert ved å benytte Graneheim og Lundman (2004) sin kvalitative innholdsanalyse. Metoden består av en trinnvis analyse av den transkriberte teksten, hvor meningsinnholdet abstraheres over i et nytt tolkningsnivå for hvert trinn. Målet er at forskeren aldri skal miste meningsinnholdet i teksten og derfor må tolkningen holdes så nær teksten som mulig.

For å få et *helhetsinntrykk* av materialet, ble transkripsjonen gjennomlest både hver for oss og sammen. Målet var å være åpen og mottakelig for innholdet. Materialet var omfattende, og det var behov for å redusere mengden data. Neste steg i analyseprosessen var å finne *meningsbærende* enheter i teksten. Materialet ble på denne måten *detekstualisert*, ved at vi dro ut deler av teksten som bar med seg mening. Dette var ord, setninger eller avsnitt som belyste forskningsspørsmålet (Graneheim & Lundman, 2004). De meningsbærende enhetene ble markert i teksten og deretter satt inn i en tabell i Excel. Denne prosessen var krevende, og vi gikk flere runder før vi satt igjen med de «endelige» meningsbærende enhetene. Videre ble de meningsbærende enhetene redusert til *kondensert* tekst. Dette vil si at de meningsbærende enhetene ble komprimert, uten at vi endret på innholdet. Neste steg var å utvikle *koder* fra de kondenserte meningsenhetene. Koden representerte en merkelapp på hva den meningsbærende enheten inneholdt. Materialet ble kodet i flere omganger, før vi var fornøyd med resultatet. Underveis i kodingen, ble det tydelig at datamaterialet hadde et fokus som ikke fanget beskrivelser av den opprinnelige problemstillingen. Derfor ble det nødvendig å endre ordlyden og fokuset i problemstillingen. I følge Malterud (2017), er det normalt at fokus endres når forskeren blir bedre kjent med datamaterialet gjennom analysearbeidet. Forskningsspørsmålet vil derfor måtte revideres i løpet av prosjektet.

Analyseprosessen gikk deretter over i en *rekontekstualiseringsfase*, hvor materialet ble sortert og satt sammen igjen til en helhet. Kodene ble først bearbeidet gjennom en sortering av meningsinnholdet i kodene. Kodene som inneholdt likheter i meningsinnhold, ble slått sammen. Dette gjorde vi ved å skrive ut alle Excel-arkene i papirformat, klippe ut kodene og legge de i utover kjøkkenbordet. Kodene som vi opplevde at passet sammen, ble fordelt i samme gruppe. Denne prosessen ble gjentatt flere ganger. Analysen gikk deretter videre til å abstrahere meningen i kodene som var slått sammen til et nytt tolkningsnivå. Gjennom denne prosessen utviklet vi *subkategorier*. Sluttfasen i analyseprosessen besto av å tolke meningsinnholdet i de 19 subkategoriene som hadde framkommet, og deretter abstrahere innholdet over i *kategorier*. Vi satt igjen med fire kategorier som bidro til å belyse vårt forskningsspørsmål. Hovedveileder bisto hyppig i de siste fasene av analyseprosessen. Ordlyden i subkategoriene og kategoriene ble endret i flere runder. Analysen som var gjort fram til dette punktet tok utgangspunkt i det manifeste innholdet i datamaterialet, det teksten sier (Graneheim & Lundman, 2004).

For å få tak i studiens underliggende *tema*, det latente innholdet av teksten, krevde siste steg av analysen at vi så på materialet med et nytt og åpent blikk. Subkategoriene og kategoriene

ble igjen diskutert sammen med hovedveileder. Gjennom denne felles tolkningsprosessen framkom det et hovedfunn, *tema* av det samlede analyse materialet (Graneheim & Lundman, 2004). Et eksempel på analyseprosessen fra meningsbærende enhet til subkategori er vist i Tabell 2.

Meningsbærende enhet	Kondensat	Kode	Sub-kategori
Men jeg mener jo det faktisk er en menneskerettighet. Og hvis du går til kvinnerettigheter, så har kvinner lov å velge seg et sted å føde der de føler seg trygg. Og det er absolutt ikke gitt i dag at man føler seg trygg på sykehus, bare fordi det heter sykehus.	En menneskerettighet å velge seg et fødested hvor man føler seg trygg. Ikke en selvfølge at det er på sykehus.	En menneskerettighet å velge seg et trygt fødested.	Kvinnens rett til å velge seg et fødested hun opplever som trygt.
Og i og med at fødsel er så veldig privat, og intim og en sky begivenhet, som Ina May Gaskin sier, så har, tror jeg at, eller mener jeg at kvinner skal få lov til å, de vet hva de trenger best selv. Altså hvor de er trygge. Det kjenner hver enkelt kvinne på selv, så jeg syns det er en kvinnes rett til å kunne få lov å velge fødested.	Fødsel er en privat, intim og sky begivenhet. Kvinner vet hva de trenger best selv, hvor de er trygge. Jeg syns det er en kvinnes rett til å kunne velge fødested.	Fødsel som en privat, intim og sky begivenhet gjør at kvinnen bør få velge fødested selv.	

Tabell 2: Eksempel fra analyseprosessen

### 3.5 Forforståelse

Utgangspunktet i kvalitative metoder er at det er *forforståelsen* som gjør at forskningsprosessen settes i gang (Malterud, 2017). Det er vår forforståelse som har gitt oss motivasjon til å komme i gang med mastergradsprosjektet vårt. Forståelseshorizonten gir opphav til både spørsmål og retning på studien, og har vært med på å avgjøre hvilken mening vi fant i det jordmødrene fortalte oss (Thomassen, 2006). Under innsamling, bearbeiding og analyse av våre empiriske data har forforståelsen vært med å bestemme hvor vi retter blikket og hvilke fortolkninger vi gjør av datamaterialet (Thomassen, 2006).

Vi er både brukere og deltakere i det empiriske feltet som vi undersøker. Begge to er kvinner som har født og som har vært brukere av tjenesten «fødselsomsorgen». Samtidig er vi jordmorstudenter og yter omsorg til kvinner som skal føde. Kombinasjonen av disse rollene kan påvirke «blikket» og hva vi legger merke til. Som jordmorstudenter har vi en sterk tro på kvinners iboende fødekraft, og et ønske om at kvinner skal ha muligheten til å føde hjemme. Vi har også en oppfatning om at fødetilbudet i Norge mangler en differensiering, slik at kvinner kan velge friere innenfor ulike nivåer av omsorg. Disse holdningene kan ha bidratt til å legge føringer for studiens retning, og det har vært viktig å ha en bevissthet til for forståelsen gjennom hele prosjektet.

### **3.6 Etiske overveielser**

Kunnskapen som utvikles gjennom kvalitativ forskning med bruk av intervju som metode, baseres på informantenes egne beskrivelser i møte med intervjueren (Malterud, 2017). Det fordrer derfor en spesiell etisk aktsomhet hos forskeren som skal bruke dette *mellommenneskelige* materialet. I en intervjustudie er det alltid en fare for at de som deltar kan føle seg sårbare eller utsatte på grunn av informasjonsutvekslingen i intervjuet. Å overholde forskningsetiske prinsipper og regler er derfor vesentlig (Malterud, 2017). Et viktig etisk prinsipp i all forskning er å behandle deltakerne med en grunnleggende respekt for deres integritet og menneskeverd (NESH, 2019). Nyttens av kunnskapen som kommer fram i studien skal som en hovedregel alltid overstige belastningen deltagelsen innebærer (Kvale et al., 2015) Intervjuene har gitt oss innsikt i jordmødrenes kunnskap og erfaringer. Det er viktig at vi som forvalter denne kunnskapen, lykkes i å håndtere materialet på en måte som samsvarer med den opprinnelige meningen. Datamaterialet skal ikke fordreies, det skal fortolkes, og det krever en lojalitet til deltakernes beskrivelser (Malterud, 2017).

I dette forskningsprosjektet har vi vært underlagt taushetsplikten og Oslomets personvernrutiner (Oslomet, 2021). Forskningsprosjektet krevde elektroniske lydopptak fra intervjuene. Søknad ble sendt til Norsk senter for forskningsdata (NSD), for godkjenning av innhenting av sensitive personopplysninger (refnr:497005) (vedlegg 4). Studien var ikke søknadspliktig til REK. Lydopptakene ble tatt opp via den mobile appen *Diktafon-nettskjema*, godkjent av Oslomet. Opptakene ble deretter sendt via kryptert fil, og oppbevart via tjenesten *Nettskjema.no*, også godkjent av Oslomet. Lydopptakene samt personlige opplysninger som var nødvendig for å avtale intervjuer, ble slettet etter transkriberingen var ferdigstilt og



anonymisert. Transkripsjonen har blitt oppbevart på passordbeskyttet e-postadresse og passordbeskyttet pc.

Før prosjektets start ble adekvat informasjon gitt skriftlig, og informantene signerte en elektronisk samtykkeerklæring via *Nettskjema.no* (vedlegg 2). Informantene ble informert om sin rett til å trekke seg uten å oppgi årsak frem til transkriberingen av materialet var ferdigstilt. Dette samsvarer med det forskningsetiske kravet om å gi tilstrekkelig informasjon vedrørende forskningsprosjektet (NESH, 2019). Deltakerne skal vite forskningens formål, hvem som får tilgang til informasjonen, hvordan resultatene er tenkt brukt, og hvilke konsekvenser deltakelsen får.

Flere tiltak ble gjort for å overholde kravet til konfidensialitet (NESH, 2019). Informantene ble informert om at det var ønskelig at de ikke skulle oppgi navn eller arbeidssted under lydopptakene. I de tilfeller hvor identifiserbare personopplysninger framkom, ble disse utelatt fra transkripsjonen. Ingen andre enn de ansvarlige for gjennomføringen av prosjektet, har hatt innsyn i studiens materiale før transkriberingen var ferdigstilt og anonymisert. Informantene kan ikke gjenkjennes i beskrivelsene som er fremstillet i det ferdige forskningsresultatet. Det er planlagt en artikkelpublikasjon av studiens datamateriale, og transkripsjonene blir av den grunn ikke slettet ved studiens slutt. Transkripsjonen oppbevares på kodebeskyttet minnebrikke, låst i eget skap.

## 4 Resultater

Forskningsresultatene våre utgjør studiens empiriske data, og i dette kapitlet presenteres deltakerne og funnene fra analysen av intervjuene. I teksten presenteres sitater fra informantene i kursiv.

### 4.1 Presentasjon av studiens deltakere

Det endelige utvalget besto av ti jordmødre. Informantene hadde fra to til tretti års arbeidserfaring som jordmødre. Den yngste jordmoren var 35 år, den eldste var 64 år. En av jordmødrene jobbet utelukkende med hjemmefødsler. Tre jobbet i deltidsstillinger ved sykehuset og tok på seg hjemmefødsler ved siden av. To jobbet som jordmor i kommunen og drev hjemmefødselsvirksomhet i tillegg. En hadde lang erfaring som hjemmejordmor, men tok ikke på seg hjemmefødsler lengre i sin nåværende stilling ved en jordmorstyrt enhet. Tre jobbet ved jordmorstyrte enheter og bisto ikke ved hjemmefødsler. Disse jordmødrene hadde en særlig interesse for hjemmefødsler som fenomen, enten på bakgrunn av egne hjemmefødsler eller fordi at de hadde vært med på hjemmefødsler til bekjente.

### 4.2 Presentasjon av resultater

Analyseprosessen ledet oss frem til følgende fire kategorier som sammen er med på å besvare vårt forskningsspørsmål "*Hvordan beskriver jordmødre behovet for tilbud om jordmorhjelp ved hjemmefødsler?*": 1) Styrke kvinners tillit til egen fødekraft, 2) Anerkjennelse kompetansen som erfaring med hjemmefødsler gir, 3) Styrke hjemmejordmødres arbeidsvilkår gjennom et offentlig organisert hjemmefødselstilbud, 4) Omsorgstilbudet bør gi kvinner et reelt valg av fødested. Et overordnet tema ble abstrahert fra kategoriene: *Å ta kvinners rettigheter på alvor.*

Kategoriene henger sammen, men de må likevel sees på som separate funn og presenteres derfor hver for seg. 19 subkategorier ligger til grunn for de fire hovedkategoriene, og på grunn av oppgavens omfang beskrives kategoriene i sin helhet. Temaet presenteres til slutt. Eksempel på subkategorier og kategorier er vist i Tabell 3. Fullstendig tabell ligger som vedlegg (4).

Sub-kategori	Kategori	Tema
Risikofokuset skaper en latent frykt hos både jordmor og fødekvinne.	Styrke kvinners tillit til egen fødekraft.	Å ta kvinners rettigheter på alvor.
Medikaliseringen i sykehusmiljøet forstyrrer kvinnens fødselsforløp.		
Jordmødre som skal bistå kvinner hjemme trenger kunnskap, trygghet og tro på den fysiologiske fødsel.	Anerkjenne kompetansen som erfaring med hjemmefødsler gir.	
Jordmorstudenter må gjennom praksisfeltet få kunnskap om og erfaring med fysiologiske fødsler.		
Er det vilje så er det mulig å gi kvinner et offentlig tilbud på hjemmefødsler	Styrke hjemmejordmødres arbeidsvilkår gjennom et offentlig organisert hjemmefødselstilbud.	
Idealistisk virksomhet med inngripende, ulønnet beredskap		
Strengt seleksjonskriterier sikrer jordmors krav til forsvarlighet, men hemmer kvinners valgfrihet	Omsorgstilbudet bør gi kvinner et reelt valg av fødested.	
Kvinnens rett til å velge seg et fødested hun opplever som trygt		

Tabell 3: Eksempel på subkategorier og kategorier

#### 4.2.1 Styrke kvinners tillit til egen fødekraft

Den første kategorien vi analyserte frem var knyttet til jordmødrenes beskrivelser av hvordan tilbud om jordmorhjelp ved hjemmefødsler bidro til å styrke kvinners tillit til egen fødekraft. I intervjuene kom det frem beskrivelser av hvordan hjemmefødsler skilte seg fundamentalt fra fødsler på sykehus. Det ble trukket frem erfaringer av hvordan maktforholdet mellom jordmor og fødekvinne endret seg hjemme. Ved hjemmefødsler var jordmor gjest, og det opplevdes som en trygghet og forutsigbarhet for kvinnen at premissene lå hos henne. I intervjuene kom det frem betraktninger av at jordmødre oppførte seg roligere og med større respekt i kvinnens hjem, og at fødekvinne hadde mer kontroll over sin egen fødsel. Jordmødrene beskrev

fødsler primært som en familiebegivenhet og ikke en sykehusaffære. Det ble fortalt om en grunnleggende tro på kvinners iboende fødekraft, og en forståelse av at trygge omgivelser fremmet oxytocinet. Kvinnens behov for ro og trygghet i fødselsforløpet ble poengtert, og at det måtte anerkjennes at en del kvinner ikke fant denne tryggheten på fødeavdelingen, men i sitt eget hjem.

*“Det er jo nettopp det at du får ro å være ett sted når du føder. Det er jo sånn klassisk, de som er for hjemmefødsel sier sånn «The first intervention is that you step outside your door». Og det er så sant. Å sitte på sin egen do, og bare slippe alt løs, og la hormonene få jobbe med deg.”*

Jordmødrenes beskrivelser av erfaringer fra fødeavdelinger illustrerte et system som medikaliserte og forstyrret fødselsforløpene. Det kom fram at hektiske sykehusmiljøer forhindret ro i fødselen, og at fødeavdelingene kunne oppleves som et hinder for tilrettelegging av fysiologisk fødsel for friske kvinner. En jordmor poengterte at forstyrrelsene hemmet det hormonelle samspillet som er en forutsetning for normal fødsel, og at dette var årsaken til mange protrauerte forløp. I risikofokuserte sykehusmiljøer lå det en latent frykt for at noe skulle gå galt, og redselen for komplikasjoner førte til intervensjoner for sikkerhets skyld. Det ble også trukket fram hvordan fødeavdelingenes fysiske miljø påvirket fødselen. Jordmødrene beskrev en bekymring for at fødeavdelinger har mye teknisk utstyr som ikke innbyr til å føde normalt, og dette påvirket både jordmødre og fødekvinner, fordi det lå en forventning i at utstyret trengtes for å føde. Det ble beskrevet en opplevelse av at fysiologiske fødsler var blitt en raritet på sykehus som følge av risikofokuset og verstefallstenkningen.

*“Jeg ser at det går en feil vei. Det har liksom skjedd mye på dem 17 årene jeg har vært i bransjen, i feil retning, og at vi bare leter etter patologi hele tiden (...) Og gud det er jo flaks hvis du kommer inn spontant med rier og føder av deg selv uten at vi rekker å plukke borti.”*

I intervjuene fremkom en felles forståelse av at det var kvinnen som fødte barn, og at det dermed verken var jordmødrene eller legenes fødsel.

#### **4.2.2 Anerkjenne kompetansen som erfaring med hjemmefødsler gir**

Den andre kategorien beskrev hvordan tilbud om jordmorhjelp ved hjemmefødsler bidro til å opprettholde kompetansen på den fysiologiske fødsel. Det fremkom fra jordmødrenes

beskrivelser at erfaringen med hjemmefødsler uten tekniske hjelpemidler og unødvendige forstyrrelser, ga en unik kompetanse på hvordan kvinnekroppen fungerer i fødsel. Informantene beskrev at hjemmefødsler krevde en forståelse av hva som påvirket fødehormonene og fødselsforløpet, og at de måtte være kreative og bruke rommet annerledes enn på fødeavdelingene. Det ble fortalt at de fikk tid til å bli kjent med kvinnen og hennes partner mer inngående. De hadde møtt paret i forkant og pratet om ønsker og behov, og det muliggjorde en annen tilstedeværelse i fødselen.

*“Det tror jeg mange ikke er klar over, hva det innebærer å få lov til å føde normalt i sine omgivelser uten å bli forstyrret. Samtidig som at du må ha kunnskap om fødselsforløpet. Og veldig det der hva påvirker forløpet. Fordi de gjør så innmari mye rart i sykehusene. Så jeg tenker, altså det å ha en hjemmefødsel, det oppleves som litt sånn höydare for jordmor også. Fordi man faktisk får lov til å bruke kunnskapen sin.”*

Jordmødrene opplevde at kunnskapen om den fysiologiske fødsel ikke ble synliggjort eller anerkjent i fagmiljøet. Det ble uttrykt en frykt for at jordmorfaget forfalt i store, medisinske enheter, fordi fokuset var på risiko og medisinsk intervensjon. Det ble beskrevet en opplevelse av at foretaksmodellen ikke verdsatte normale fødsler uten intervensjoner, i og med at en jordmorstyrt, fysiologisk fødsel ikke ville gi økonomisk inntjening til avdelingen. En jordmor fortalte at hun opplevde at ingen kjempet for jordmorfaget ved hennes arbeidsplass, fordi det ikke fantes jordmødre i sentrale stillinger høyere oppe i systemet.

*“For min autonomi som jordmor nå på huset, blir vingeklippet, vingeklippet, vingeklippet. Det er snart ikke noe igjen av meg. (...). Da er det noe fundamentalt galt i forhold til jordmorfaget. Vi blir ikke hørt på noe som helst.”*

Jordmormangelen ble problematisert av jordmødrene, som erfarte at de som sluttet på store, travle avdelinger, ofte var jordmødre som begynte å bli erfarne. Høyt stressnivå og stort ansvar ble nevnt som årsaksforklaringer til at jordmødrene søkte seg til andre stillinger. Flere påpekte at driften av fødeavdelingene ikke var bærekraftig, og at det måtte finnes alternativer til høyteknologiske avdelinger for å beholde jordmødre. Arbeidspresset på fødeavdelingene førte til at jordmødrene ikke fikk brukt den tiden og konsentrasjonen det krevde for å ivareta en fødekvinne. En konsekvens av dette var at jordmødrene opplevde å bli frarøvet muligheten til å jobbe på en måte som fremmet den fysiologiske fødselen, og da mistet de troen på den.

*“Så hvis jordmoren ikke har muligheten til å yte den servicen som er av en sånn veldig privat og intim karakter, så mister hun troen på det. Og så jager hun rundt i forhold til epiduraler og lav hjertelyd, og får ikke mulighet til å oppdage at en normal fødsel den foregår kanskje på en helt annen måte enn det hun opplever i hverdagen sin. Når de ikke tror på det, så tror de ikke på oss hjemmefødselsmødre heller, da tenker de jo at vi driver med risikosport, for erfaringsverden er en helt annen for dem enn for oss.”*

Flere refleksjoner framkom rundt muligheter for et offentlig hjemmefødselstilbud under sykehusene. Enkelte presiserte at et samarbeid med andre involverte faggrupper var essensielt for å få til en slik organisering, men det ble også diskutert et fullstendig jordmorstyrt hjemmefødselstilbud, for å sikre at jordmødrene tok faget sitt tilbake. Flere mente at en hjemmefødselsmodell ut fra sykehus kunne fremtvinget et bedre samarbeid mellom hjemmefødselsmødrene og sykehusene, og samtidig bidratt til at hjemmefødselsmødres kompetanse ville synliggjøres. Det kom frem at en slik organisering ville krevd en egen opplæring eller sertifisering av sykehusjordmødre, for å unngå at jordmødre følte utrygghet i kvinnens hjem. Sykehusmiljøet skiller seg fundamentalt fra hjemmemiljøet med tanke på tilgjengelige ressurser og overvåkning. Eksempler fra hjemmefødselsordningen i Canada ble trukket frem, hvor jordmødre må ut i en egen hjemmefødselspraksis og re-sertifiseres med jevne mellomrom. I tillegg ble det poengtert at jordmødre som skal jobbe med hjemmefødsler må ønske dette selv.

*“Men plutselig å gå fra en dag til en annen og si at nå skal du ut og ta imot ute, det ville jo ikke fungere, for da ville man for det første mistet mange jordmødre, fordi de hadde ikke orket å jobbe i det. Det hadde vært alt for mye redsel og uro og ubehag. (...) Så det ville jo bli et langt lerret å bleke med opplæring da.”*

Jordmødrene beskrev at det var et paradoks at forskning på hjemmefødsler viser gode utfall hos mor og barn, mens det veletablerte riskofokuset i sykehusmiljøet allikevel fremsto som et hinder for å se behovet for et offentlig hjemmefødselstilbud til kvinner. Det framkom at jordmødrene opplevde motstand mot å sette hjemmefødsler på agendaen. Flere pekte på at et offentlig organisert tilbud om hjemmefødsler ut fra sykehuset kunne bidratt til at stigmaet rundt hjemmefødsler ville ha endret seg i positiv retning:

*“Vanlig eller normalt - det er jo bare det du er vant til å se. Så hvis du alltid ser fødsler med veldig mye teknologi og overvåkning knyttet til det, så er det veldig*

*vanskelig å tro at barn kan bli født på noen annen måte. Men likeledes, hvis du som hjemmefødsel driver stort sett med det (...) så er det jo veldig vanskelig å tro at det alltid skal være noe overvåkning og teknologi knyttet til fødsel. Så man blir stående på veldig forskjellige arenaer og forskjellige planeter. Så jeg tror at det er utrolig viktig at hjemmefødsel blir en integrert del, for da kunne man kanskje ha forstått hverandre mer. Kanskje den patologiske siden kunne sett at det har en verdi å holde fødselen normal.”*

Sikkerhetsaspektet ved hjemmefødselsvirksomheten opptok jordmødrene, og en opplevelse av at hjemmefødsel måtte jobbe helt på den sikre siden for å slippe tilsynssaker. De beskrev en underliggende skepsis til forsvarligheten ved hjemmefødsler i sykehusmiljøet, og jordmødrene uttrykte at det var lav terskel for melding om uforsvarlig praksis. De beskrev en frykt for å bli fratatt jordmorautorisasjon, og en opplevelse av at de kunne være uheldig og møte feil person som mente de hadde handlet uforsvarlig, selv om det ikke hadde skjedd noe galt.

*“Jeg er ikke så redd for å få kjeft, men jeg er livredd for lisensen min. (...) Og det som er så følt er at ryker jordmorlisensen min, så ryker også sykepleierlisensen min. Og jordmorlisensen kan ryke selv om det ikke har skjedd noe galt. Jeg kan bare møte på feil person i sykehuset, som mener at jeg har handlet uforsvarlig, så melder han det, og så ryker lisensen, selv om alt gikk bra.”*

Jordmorutdanningen ble også diskutert. Det ble beskrevet at studenter hadde teoretisk kunnskap på fysiologisk fødsel, men at de i praksisfeltet ble møtt av høyteknologiske, risikofokuserte fødeavdelinger. En informant spurte seg hvordan jordmødrene skulle ta tilbake faget sitt, og konkluderte med at elementer i utdanningen måtte endres. Det kunne ikke forventes at jordmorstudenter hadde kompetanse på fysiologiske fødsler, hvis ikke praksisfeltet ga dem erfaringen med å bistå kvinner uten intervensjoner.

*“Jeg blir jo oppriktig helt fortvilet, når det kommer jordmorstudenter som ikke har hatt en eneste fødsel uten at dama har hatt epidural og ligget i fødeseng med CTG overvåkning og bena i fotbøyler.”*

At erfaring med hjemmefødsler burde løftes frem i praksisfeltet på jordmorutdanningen var det tydelig engasjement for. Både for at studenter skulle få muligheten til å oppleve fødsler i

et annet perspektiv enn det medisinske, men også for at kompetansen deres kunne anerkjennes samt skape interesse slik at fremtidige hjemm jordmødre kunne rekrutteres.

#### **4.2.3 Styrke hjemm jordmødres arbeidsvilkår gjennom et offentlig organisert hjemmefødselstilbud**

Den tredje kategorien beskrev behovet for et offentlig tilbud om hjemmefødsler, som kan styrke hjemm jordmødres arbeidsvilkår. I intervjuene kom det frem beskrivelser av at dagens private hjemmefødselsordning ga dårlige økonomiske betingelser både for jordmødrene og kvinnene. Jordmødrene fikk ikke betalt for beredskapstiden, og de poengterte at det var uholdbart at kvinner må betale for å føde hjemme. Flere fortalte at de var helt avhengig av å ha store stillinger ved siden av hjemmefødselsvirksomheten, samtidig som de opplevde utfordringer med å få tilrettelagt turnus fra arbeidsgiver. Dette påvirket i stor grad hvor mange hjemmefødsler de kunne påta seg. Som en direkte konsekvens av arbeidsvilkårene oppga flere at de ikke bisto førstegangsfødende, da disse fødslene innebar større usikkerhet rundt tidsaspektet og om kvinnen ville mestre å føde hjemme. Jordmødrene ble ikke økonomisk kompensert for den belastende beredskapen i påvente av fødsel, og de strakk seg langt for å kunne gi kvinnene et hjemmefødselstilbud. Idealismen og engasjementet som lå bak ønsket om å tilby kvinner hjemmefødsel framkom i flere intervju, og det ble beskrevet at de fikk en symbolsk betaling i opplevelsen.

*“Vi tjener jo ikke penger på det. Det er gratisarbeid så det holder. Du kan jo gå i beredskap i fem uker også blir de indusert på grunn av overtid, sånn for eksempel, da får vi ikke en krone fra HELFO. Ingenting. Så det er bare et sjansespill.”*

Beredskapstiden var inngripende i jordmødrenes hverdag og utfoldelse. I lange perioder måtte de være tilgjengelig for kvinnen 24/7. Dette medførte en stor belastning på den enkelte jordmor. De uttrykte et behov for en offentlig organisering som regulerer og kompenserer arbeidstiden vesentlig bedre enn dagens system. Jordmødrene beskrev nødvendigheten av større forutsigbarhet og sikring av fritid, da mangelen på fritid hindret mange i å tilby hjemmefødsler. Det ble beskrevet som et dilemma å skulle ta betalt for fødsel og beredskapstid, og de ønsket en organisering som fritok kvinnen fra å måtte betale for å føde hjemme.

*“Men så er du kvinne sant, og i alle fall jeg.. så har jo ikke jeg vært flink å skrive regning, for å erstatte reell tidsbruk. Og det er jo en dårlig sak. For så har jeg en*



*elektriker i hus neste dag som tar tre ganger så mye betalt for en halvtime! Sånn at det er noe med at det skal lønne seg den jobben du gjør. Men det er vanskelig å be om penger av et par som egentlig bare benytter seg av en tjeneste det offentlige skal dekke.”*

Informantene trakk frem eksempler fra andre land med offentlig organiserte hjemmefødselsordninger, som Danmark, Canada og New Zealand, og de spurte seg om ikke noe lignende kunne vært mulig i Norge. Flere påpekte manglende vilje til utprøving av modeller og tilrettelegging for at hjemmefødsler skulle bli en del av det offentlige fødetilbudet. Det kom ulike innspill på om hjemmefødselstilbudet burde knyttes til fødeavdelingene, eller som frittstående føde-satellitter. Enkelte mente at dersom hjemmefødsler ble organisert ut fra sykehus ville dette sikre forutsigbare turnusordninger og reell lønnskompensasjon. Andre påpekte dilemmaet med jordmormangelen og at sykehusene alltid vil holde personalet der det er størst behov. Dette kunne medføre risiko for at jordmødrene ikke fikk reise ut, samt at hjemmefødselstilbudet ville endt opp som offer for budsjettkutt. Flere nevnte caseload-modeller, men presiserte at jordmødre ikke må tvinges ut på hjemmefødsler. Et forslag var at pengene følger kvinnene, slik at hun kunne betalt jordmorkostnadene uavhengig av om hun fødte hjemme eller på sykehus. Jordmødrene problematiserte at taksten for jordmor nr. 2 ved hjemmefødsel var fjernet, noe som påvirket både sikkerheten og de økonomiske betingelsene.

*“Altså det var en kort stund, fordi i den veilederen at det anbefales å være to jordmødre, og det skjønner jeg veldig godt, både praktisk, mentalt, vurderingsmessig og sikkerhetsmessig.”*

Jordmødrene var samstemte i at dagens organisering ikke ivaretok deres arbeidsvilkår, hverken i forhold til lønn eller hviletid. De beskrev et behov for endring som ga bedre forutsigbarhet og tryggere økonomiske betingelser, slik at hjemmefødselstilbudet kunne bli reelt for både jordmødre og kvinnene. I tillegg var det et håp om at et synligere, offentlig hjemmefødselstilbud ville gi kollegaer på fødeavdelingene en forståelse av forsvarligheten ved hjemmefødsler.

#### **4.2.4 Omsorgstilbudet bør gi kvinner et reelt valg av fødested**

Den fjerde kategorien ble tolket ut fra jordmødrenes beskrivelser som knyttet behovet for et utbedret tilbud om jordmorhjelp ved hjemmefødsler til kvinners rett til å velge fødested. I

intervjuene kom det frem betraktninger rundt kvinners rettigheter og valgmuligheter i fødsel. Det ble poengtert at kvinner skulle ha en reell mulighet til valg av fødested, og at flere forhold begrenset kvinners handlingsrom. Det ble påpekt at kvinner må få tilstrekkelig informasjon for å kunne ta informerte valg. Informasjonen som ble gitt om hjemmefødsler opplevdes tilfeldig, og ble sjelden presentert som et mulig alternativ til sykehusfødsel. Dersom kvinner ønsket en hjemmefødsel, var det vanskelig å finne en tilgjengelig hjemmejordmor. Jordmødrene presiserte at fødselsomsorgen skal ha et differensiert fødetilbud. Et utilgjengelig og økonomisk begrensende hjemmefødselstilbud, førte imidlertid til at kvinnene ikke ble møtt på retten til å velge fødested.

*“Det skal være desentralisert og differensiert fødselsomsorg, og i det så ligger det jo at kvinner skal muligheten til å velge å føde barnet sitt der hun ønsker det. Altså hjemme, på fødestue, på større avdelinger, altså alt ettersom man selekterer i fremkant selvfølgelig. Men kvinners valg i dette betyr egentlig veldig mye.”*

Flere jordmødre trakk frem at det var en menneskerettighet å bestemme over egen kropp, og at kvinnen selv måtte få bestemme hvor hun ønsket å føde. Enkelte jordmødre mente kvinner skulle ha stor medbestemmelse, innenfor en grense av forsvarlighet, mens andre ønsket å bistå alle kvinner som ønsket hjemmefødsel, uavhengig av risiko. Det framkom en felles forståelse av at det var kvinnen som fødte barn, og at det dermed verken var jordmødrene eller legenes fødsel. Flere beskrev en tro på at kvinner kjenner sin egen kropp best, og at de ville tatt fornuftige valg i fødsel.

*“Men jeg mener jo det faktisk er en menneskerettighet. Og hvis du går til kvinnerettigheter, så har kvinner lov å velge seg et sted å føde der de føler seg trygg. Og det er absolutt ikke gitt i dag at man føler seg trygg på sykehus, bare fordi det heter sykehus.”*

At kvinner ofte ikke var klar over sine rettigheter, var en kilde til frustrasjon hos jordmødrene. Kvinnene fikk sjelden nyansert informasjon om fordeler og ulemper ved prosedyrer og tiltak i fødsel. Det ble presisert at kvinnens mulighet til å gi et informert samtykke var avhengig av innholdet hun ble presentert, og at ordleggingen hadde betydning for hvor trygg kvinnen var i sitt valg. En grunnleggende skepsis til forsvarligheten ved hjemmefødsler i fagmiljøet og blant helsepersonell generelt, førte til at kvinnen ofte ble farget av hvordan hjemmefødsler ble presentert:

*“Det er ikke designet til å oppfordre til hjemmefødsler, systemet i dag. Ikke på noen måte. Ikke økonomisk, ikke politisk. Sånn at det er liksom disse frie sjelene som bestemmer seg, som står i det. De står liksom helt på egenhånd.”*

I tillegg til at hjemmefødsler var et lite tilgjengelig tilbud, beskrev jordmødrene at det var et nåløye å komme igjennom seleksjonskriteriene for hjemmefødsel. De var urolige for at den nye nasjonale retningslinjen for hjemmefødsler ville stramme ytterligere inn på hvem som kunne føde hjemme. Retningslinjen ga trygge rammer med forventning om normal fødsel, samtidig opplevdes seleksjonskriteriene som byråkratiske med lite rom for jordmors individuelle vurdering av kvinnen. Det opplevdes problematisk at enkelte friske kvinner som ønsket hjemmefødsel, falt litt utenfor kriteriene og dermed ikke fikk “lov” til å føde hjemme.

Flere beskrev et dilemma mellom kvinners rett til å velge et trygt fødested, og kravet til å utøve forsvarlig virksomhet. Dette blir beskrevet som en konflikt mellom forsvarlighetskravet i Helsepersonelloven og kvinners rett til medvirkning i pasient- og brukerrettighetsloven. Kombinasjonen av økt medikalisering på sykehuset og strenge kriterier for å føde hjemme, førte til en protest blant enkelte kvinner som velger å føde hjemme uten jordmor:

*“Denne protesten i forhold til å bli overstyrt og ikke få god hjelp på sykehuset, den bidrar til at vi som hjemmejordmødre kan komme i en veldig skvis mellom at dette systemet som sykehuset rammer kvinnen inn i, og det at vi skal prøve å hjelpe fødekvinner så godt vi kan. Samtidig kan vi ikke ut fra forsvarlighetshensyn hjelpe hvem som helst heller. Og da ser du en veldig uheldig side av saken som det har begynt å bli mer og mer av. At kvinner føder uassistert hjemme.”*

Det fremkom at trygghet ga best fødselsopplevelse, derfor var det viktig å gi kvinner mulighet til å velge å føde der hun følte seg tryggest og best ivaretatt. En jordmor trakk frem at Verdens Helseorganisasjon sidestiller kvinnens fødselsopplevelse med gode fysiske utfall for mor og barn. Å føde ble beskrevet som en sjelsettende opplevelse som ville prege kvinnen resten av livet. Betydningen av å bli sett og hørt var derfor avgjørende for kvinnens videre liv og morsrolle. I flere av intervjuene ble det trukket frem at vi må kunne stole på at kvinner ville gjøre fornuftige valg på vegne av egen helse og fødested.

*“(..) hadde det ikke vært av betydning hvor man fødte, eller med hvem, og hva slags kunnskap de hjelperne har - hvis det ikke hadde hatt noen betydning så hadde det jo ikke spilt noen rolle. Så jeg tenker at det er det viktigste spørsmålet. At du skal kunne*

*bestemme langt på vei, så langt det er mulig. Så jeg tenker at primært så vet alle mennesker hva som er best for seg.”*

Jordmødrene beskrev at kvinner visste best selv hvor de følte seg tryggest og hvor de burde føde. Jordmødrene i studien påpekte at kvinners rett til å velge fødested burde anses som en menneskerettighet, og at det måtte komme på plass et reelt og tilgjengelig hjemmefødselstilbud dersom det skulle være en differensiert fødselsomsorg i Norge.

#### **4.2.5 Tema – å ta kvinners rettigheter på alvor**

Gjennom den trinnvise dataanalysen framkom følgende tema:

*Å ta kvinners rettigheter på alvor.*

Temaet kan tolkes som en rød tråd mellom de ulike kategoriene. Informantene var opptatt av å ta kvinnens rettigheter på alvor samtidig som det var gjennomgående at arbeidervernet til jordmødre ved hjemmefødsler var en begrensende faktor for tilbudet. Jordmødrenes perspektiv handlet hovedsakelig om at kvinner bør ha tilgang til et differensiert fødetilbud, og jordmødre som kan legge til rette for fysiologiske fødsler. Å gi flere kvinner muligheten til å føde utenfor sykehusets risikofokuserte rammer, ble derfor beskrevet som betydningsfullt. Å føde hjemme med en jordmor som hadde tro på kvinnens fødeevne, ble av jordmødrene ansett som styrkende for kvinnens tillitt til egen fødekraft. Det ble derfor beskrevet som viktig med en anerkjennelse av erfaringskunnskapen til jordmødre som bistår kvinner med hjemmefødsler. En slik anerkjennelse ville kunne synliggjøre den positive siden ved hjemmefødsler, og implisitt øke antallet kvinner som fikk muligheten til å føde i en uforstyrret hjemmekontekst. Jordmødrene så det som nødvendig å tilrettelegge for en fødselsomsorg som ivaretok kvinnens rett til medbestemmelse. Et offentlig tilbud om jordmorhjelp ved hjemmefødsler kunne fra jordmødrenes perspektiv bidra til at kvinners rettigheter ble tatt på alvor ved at kvinner fikk mulighet til et reelt valg av fødested.

## 5 Diskusjon

I dette kapittelet diskuteres de empiriske data opp mot relevant forskning og vårt teoretiske rammeverk, risikobegrepet og feminisme i jordmorfaget. Diskusjonen er systematisert med ett kapittel for hver av kategoriene, deretter diskuteres studiens tema. Etter diskusjonen av resultatene følger en metodediskusjon.

### 5.1 Diskusjon av resultater

#### 5.1.1 Styrke kvinners tillit til egen fødekraft

Et hovedfunn i studien var jordmødrenes beskrivelser av hvordan et mer tilgjengelig tilbud om jordmorhjelp ved hjemmefødsler vil kunne styrke kvinners tillit til egen fødekraft. Det ble problematisert at jordmødre i en risikofokusert sykehuskultur ville kunne miste troen på at kvinner kunne føde uten intervensjon. Vi finner dette igjen hos den anerkjente australske jordmorprofessoren Dahlen (2010), som omtaler den normale fødselen som “utrydningstruet” i en fødselsomsorg som, ifølge Dahlen, i stadig større grad styres av frykt og en form for “mistro” til kvinners fødeevne. Jordmødrene i studien anså sykehusets fødestuer med mye medisinsk teknisk utstyr, som et hinder for kvinnens mulighet til å føde uten forstyrrelser. Tilgjengeligheten av utstyret gjorde noe med innstillingen til både jordmoren og fødekvinne, ved at det lå en forventning i at det måtte brukes for å føde. I en feministisk forståelsesramme kan dette, ifølge Davison (2020), tolkes som at den tradisjonelle jordmoren som har tro på at kvinner kan føde uten medisinsk og teknisk intervensjon, forsvinner i miljøer hvor det råder avhengighet av medisinsk utstyr som overvåker fødselsforløpene. I studien vår framkom det imidlertid beskrivelser av at tilliten til kvinnens fødekraft kunne styrkes hjemme hos fødekvinne. Dette fordi at jordmoren fikk erfare at kvinner kan føde uten tekniske hjelpemidler, og kvinnen fikk tro på at hun ikke trenger noe som ”hjelper” henne med å føde ut barnet. Samtidig påpekte jordmødrene at å bistå kvinner med hjemmefødsel krevde en grunnleggende tro på kvinners iboende fødekraft. Derfor var de i tvil om jordmødre med bakgrunn fra medisinsk-tekniske sykehusprosedyrer og risikotenkning, ville ha tilstrekkelig kompetanse til å kunne bistå kvinner i fødsel utenfor institusjon. Dette samsvarer med funn i en kvalitativ studie av Aune et al. (2017), hvor norske hjemmjordmødre beskrev at en fundamental tro på kvinners evne til å føde barn var en viktig forutsetning for å fremme normal fødsel. En kvalitativ studie av Coddington et al. (2020) viste imidlertid at sykehusjordmødre som fikk muligheten til å se hjemmefødsler, endret sitt syn på fødsel. De fikk en annen forståelse for betingelsene for den fysiologiske fødsel, og opplevelsen av å se

en fødsel utenfor institusjon bidro til at de ønsket å endre sin egen praksis på sykehuset. Dette kan tolkes som at kvinners tillit til egen fødekraft kan styrkes ved at de tradisjonelle jordmorfaglige ferdighetene bevares. Dette kunne, ifølge jordmødrenes beskrivelser, vært oppnådd gjennom en organisering hvor flere jordmødre eksponeres for hjemmefødsler.

Jordmødrene fortalte at oxytocinet vil fremmes i et miljø hvor fødekvinnen føler seg trygg, og at det ikke var en selvfølge at kvinner fant denne tryggheten i sykehus. Hjemmemiljøet endret imidlertid på maktbalansen mellom jordmor og fødekvinnen, noe som bidro til en opplevelse av at kvinnen hadde bedre forutsetninger for en trygg ramme og større kontroll over omgivelsene. Lignende funn kom fram i en kvalitativ studie fra Sverige (Ahl & Lundgren, 2018), hvor jordmødrene så på fødsel som en viktig opplevelse i kvinnens liv, der kvinnen ved en hjemmefødsel satte premissene for fødselen selv. Fra et feministisk perspektiv kan dette beskrives som å tilrettelegge for at kvinnen kan ta eierskap til fødselen og fødesituasjonen. Kvinnens hjem representerer hennes territorium, og derfor har hun bedre støtte i sine omgivelser (Bortin et al., 1994). Formuleringen “å få være kvinne over egen fødsel” framkom i intervjuene som en beskrivelse på dynamikken som endres mellom en sykehusfødsel og en hjemmefødsel. Hjemmet gjorde det lettere for kvinnen å ta eierskap over fødselen, slik at det verken ble jordmorens eller legens fødsel. Med utgangspunkt i risikobegrepet hvor fødekvinnen sees på som en tikkende bombe som kan feile til enhver tid (Sandvik & Hauglund, 1997), kan det imidlertid tolkes som utfordrende å legge til rette for at kvinner skal få eie fødselen. Dette kan illustreres med at i en høyteknologisk fødeavdeling hvor det medisinske perspektivet er rådende (Blix, 2017a), så er det lite rom for å gi kvinner tid å føde uten forstyrrelser. Å tilby friske kvinner et alternativ til tradisjonell sykehusfødsel, kan derfor anses som betydningsfullt.

Det ble beskrevet som flaks hvis kvinner kom inn spontant i fødsel og fødte før noen rakk å intervenere. Sykehusprosedyrer ble omtalt som en mulig årsaksforklaring til komplikasjoner som oppsto i fødselen. Med utgangspunkt i risikobegrepet, kan dette sees på som en konflikt mellom diskursenes syn på risiko. Den fødselsvitenskapelige diskursen ser på enhver fødsel som en potensielt risikofyllt hendelse, mens den jordmorfaglige diskursen ser på fødselen som en sosial begivenhet innenfor familien (Sandvik & Hauglund, 1997). Deltakerne i studien problematiserte at fokuset på risiko smittet over på både jordmødre og fødekvinner, og skapte en latent frykt for at noe skulle gå galt i fødselsforløpet. Denne frykten påvirket igjen det hormonelle samspillet som er avgjørende for en fysiologisk fødsel, og kunne derfor bidra til protrauerte forløp. Ifølge Dahlen (2010) har jordmødre en stor fordel over obstetrikere ved at

de ofte ser at fødsler går bra, og dette fører til at tilliten til kvinnens fødekraft styrkes. Jo flere intervensjoner som gjøres på kvinner i fødsler, jo mer beveger imidlertid jordmødre seg bort fra denne tilliten. Kjernen for å holde fødselen normal handler ifølge Dahlen (2010) om å bygge tillit mellom jordmoren og fødekvinnen, og denne tilliten holder fødselen normal. Med et slikt utgangspunkt aktualiseres behovet for at kvinner som ønsker og er friske, kan få muligheten til å føde i omgivelser hvor jordmor har tillit til at fødsler ofte går bra og er en naturlig del av kvinnens liv. Som en del av jordmødrenes beskrivelser av behovet for tilbud om jordmorhjelp ved hjemmefødsler, framkom derfor kategorien å *styrke kvinners tillit til egen fødekraft*.

### **5.1.2 Å anerkjenne kompetansen som erfaring med hjemmefødsler gir**

Den andre kategorien fanger deltakernes beskrivelser av hvordan erfaring med fødsler utenfor sykehusrammene ga en unik erfaringskunnskap på fysiologiske fødsler. I denne kategorien beskrev jordmødrene hvordan deres kompetanse kunne fått større anerkjennelse dersom tilbudet om jordmorhjelp ved hjemmefødsler hadde ligget under det offentlige. Jordmødrene beskrev at risikofokuset, prosedyrer og tidskjemaer på fødeavdelingen, kunne føre til en fragmentering av den jordmorfaglige kunnskapen om den fysiologiske fødsel. Erfaringskunnskapen om hvordan en kvinnekropp fungerer i fødsel utenfor sykehusets rammer, mente de derfor burde løftes fram og anvendes. Imidlertid opplevde de at deres kompetanse ikke ble verdsatt i de medisinske fagmiljøene. Dette samsvarer med funn i studien til Ahl og Lundgren (2018) hvor jordmødrene beskrev at de lærte mer om normal fødsel hjemme, men at de ikke ble fullstendig akseptert i den svenske fødselsomsorgen. Lignende funn kom også fram i en kvalitativ studie av Jackson et al. (2020), hvor kvinnene som ønsket å føde utenfor “systemet” og jordmødrene som bisto disse kvinnene, ble støtt ut og fikk lite anerkjennelse for sine valg. Opplevelsen av manglende aksept i fagmiljøet tydeliggjorde seg i våre resultater gjennom beskrivelser av en frykt for å bli meldt til tilsynsmyndighetene på grunnlag av “uforsvarlig praksis”. Forsvarlig praksis ved hjemmefødsler betyr at jordmor overholder anbefalingene i *Nasjonale retningslinje for hjemmefødsler* (Eilertsen, 2015). Jordmødrene beskrev at selv om alle anbefalinger ved en hjemmefødsel var overholdt, hadde de likevel en underliggende frykt for at komplikasjoner i fødselsforløpet kunne føre kvinnen inn på sykehuset. Konsekvensene av å møte på “feil” person på fødeavdelingen, som mente hjemmefødsler medførte unødvendig risiko, var at hjemmejordmoren kunne få anklager om uforsvarlig virksomhet. Samtidig beskrev jordmødrene at det nærmest var et paradoks at hjemmefødselsvirksomheten ble

problematisert, og at deres kompetanse på fysiologisk fødsel ikke ble løftet fram og anerkjent i større grad når evidensgrunnlaget for en differensiering og demedikalisering av fødsler er solid (Renfrew et al., 2014; WHO, 2018). Både Verdens helseorganisasjon (WHO, 2018), en stor systematisk oversikt- og metaanalyse (Reitsma et al., 2020) og en nylig publisert retrospektiv kohortstudie (Nethery et al., 2021) anerkjenner at det er trygt og forsvarlig å føde hjemme for friske kvinner. At kvinner også etterspør jordmødre som har kompetanse til å bistå ved hjemmefødsler (Henriksen et al., 2020; Hjartlie, 2021), er med på å synliggjøre behovet for differensiering i fødselsomsorgen.

Sett fra et feministisk ståsted har den medisinske fødselsvitenskapen tradisjonelt sett vært et mannsdominert fag, mens jordmorfaget har vært, og fortsatt er, et utpreget kvinnefag (Harkness & Cheyne, 2019). Ifølge Harkness og Cheyne (2019) er kunnskapen som har utviklet seg i et kvinnefag ofte undervurdert i forhold til kunnskapen som har utviklet seg i et mannsdominert fag. Jordmødrene beskrev et ønske om å ta faget sitt tilbake. En jordmor fortalte at hun opplevde at autonomien som jordmor ble vingeklippet i sykehusmiljøet. *“Hennes vinger er kuttet, og deretter får hun skylden for at hun ikke vet hvordan hun skal fly”* skrev filosofen Simone de Beauvoir i den feministiske klassikeren *Det annet kjønn* fra 1949 (De Beauvoir, 2001). Jordmødrene beskrev at deres kunnskap og tillit til å gjøre gode vurderinger ikke ble respektert. Samtidig lå det en forventning om at de skulle gi kvinnene forsvarlig og kompetent omsorg. I dette ligger det en selvmotsigelse hvor jordmødre jobber i et system som fratrar de autonomien til å ta valg på bakgrunn av deres kompetanse. En måte å ta faget tilbake på var å få på plass et offentlig tilbud om jordmorhjelp ved hjemmefødsel, slik at den jordmorfaglige kunnskapen på fysiologisk fødsel ble synliggjort. Gunhild Blåka Sandvik (1997) beskriver hvordan jordmorfaget har et behov for en selvstendigjøring i møte med de medisinske fagmiljøene. Deltakernes beskrivelser av at de fikk brukt jordmorfaget i sin fulle bredde når de bisto kvinner i fødsel hjemme, kan tolkes som at denne selvstendigjøringen best lar seg gjennomføre utenfor sykehusinstitusjoner.

Som et ledd i behovet for en selvstendigjøring ble et fullstendig jordmorstyrt hjemmefødselstilbud, uten innblanding fra andre profesjoner, diskutert som en mulighet blant informantene. Dette kan tolkes som et resultat av at jordmødrene følte at kunnskapen deres ikke ble respektert i fagmiljøet, og en opplevelse av at andre profesjoner ikke anerkjente behovet for hjemmefødsler. Helsetilsynet påpekte nylig i et innlegg at nettopp samarbeidet mellom sykehuset og hjemmejordmødre, er helt avgjørende for sikkerheten ved hjemmefødsler (Helsetilsynet, 2021). Dette bekreftes også en i studie som sammenlignet



fødselsomsorgen i Storbritannia, USA og Australia. God kvalitet i omsorgen krevde helsepersonell som samarbeidet på tvers av profesjoner (Downe et al., 2010). Tverrfaglig samarbeid og gode overføringsmekanismer er også et viktig premiss i Lancet-modellen (Renfrew et al., 2014). Med utgangspunkt i risikobegrepet (Sandvik & Hauglund, 1997), påvirkes kvinners valg av fødested i stor grad av hva den medisinske diskursen anser som trygt. Et godt samarbeidsklima mellom jordmorprofesjonen og det medisinske fagmiljøet, kan på grunnlag av dette anses som en nøkkelfaktor for at kvinner skal kunne ha en reell mulighet til å velge hjemmefødsel som et alternativ til sykehusfødsel. Jordmødrenes beskrivelser av behovet for selvstendigjøring og ønsket om anerkjennelse for kompetansen, muliggjør seg kanskje derfor best i en modell som nettopp oppfordrer til samarbeid på tvers av profesjoner, slik som eksempelvis Lancet-modellen (Renfrew et al., 2014).

At jordmødrene ønsket å ta faget sitt tilbake, gikk igjen som et tema når det ble snakket om behovet for å løfte fram erfaringskunnskapen på den fysiologiske fødselen. Jordmorutdanningen ble blant annet trukket fram som en arena hvor det ligger en mulighet til å forme studenters holdning til fødsel. Når jordmorstudenter sjelden fikk sett fødsler i et annet perspektiv enn det medisinske i praksisfeltet, mente deltakerne at de mistet muligheten til å tilegne seg verktøyene som behøves for å fasilitere fysiologiske fødsler som ferdigutdannet. Ifølge Stone (2012) handler all profesjonell utdanning, også jordmorutdanningen, like mye om en sosialiseringssprosess som en ren tilegnelse av teoretisk og praktisk kunnskap. Den kompetansen som læres og vurderes som verdifull på stedet hvor opplæringen foregår, er av stor betydning for hvordan en jordmor vil praktisere fødselshjelp etter utdanningen (Stone, 2012). Problemet ifølge jordmødrene var at de fleste jordmorstudenter sosialiseres inn i et risikofokusert tankesett, som vanskelig lar seg avlære før de tar et aktivt valg ut av det. Dersom målet er å utdanne jordmødre som bærer tittelen *jordmor* med utgangspunkt i ICMs definisjon (ICM, 2005) og som kan utøve *jordmorhjelp* på bakgrunn av definisjonen i Lancet-modellen (Renfrew et al., 2014), kan det anses som nødvendig å gi jordmorstudenter en arena i praksisfeltet hvor de får et bredere erfaringsgrunnlag med fysiologiske fødsler. Jordmødrene presiserte også at jordmødre som jobbet i sykehusmiljøer hvor fødsler ble ansett som risikofylt, ikke kunne jobbe med hjemmefødsler ut fra sykehus før de hadde fått en lang opplæring av erfarne hjemmejordmødre. Samtidig, å være jordmor innebærer ferdigheter i å ivareta den normale fødsel (ICM, 2005; Renfrew et al., 2014). Vi vil derfor argumentere for at det heller vil kreve en *avlæring* av sykehuskulturens risikofokus.

For å sette dette inn i en feministisk forståelseskontekst, så handler dette om at selve fundamentet for jordmorfaget er relasjonen mellom kvinnen og jordmoren (Bortin et al., 1994). Hvis verken jordmorstudenter eller jordmødre får muligheten til å praktisere faget i tråd med fagets grunnleggende feministiske verdier (Lasser, 2011), hvor kvinnens behov og ønsker er i sentrum, forsvinner de tradisjonelle jordmorferdighetene (Davison, 2020). Å utøve jordmorfaget handler ifølge Sandvik og Hauglund (1997) om være emosjonelt og fysisk nærværende for fødekvinnen over tid. Jordmødrene påpekte at utøvelsen av denne særskilte nærværenheten som er så viktig for å fasilitere en fysiologisk fødsel, forsvant i travelheten på fødeavdelingene. Jordmødrene ved ordinære fødeavdelinger ville av den grunn sjelden oppleve at kvinner fødte uten at de må intervenere, og derfor mente jordmødrene at de både mistet troen på og kunnskapen om den fysiologiske fødsel. Frafallet fra faget ble diskutert med utgangspunkt i at jordmødre ikke fikk muligheten til å praktisere faget sitt i høyteknologiske fødeavdelinger. Det kan tenkes at dersom man i Norge hadde innført en omsorgsmodell som ivaretar alle behovene hos kvinnen (Renfrew et al., 2014), ville jordmorfaget stått sterkere og mer autonomt. Dette er jordmorprofesjonens stilling i både Nederland og New Zealand gode eksempler på (De Vries et al., 2013; Grigg & Tracy, 2013). Kompetansen ville trolig også fått større anerkjennelse i fagmiljøet, noe som til syvende og sist ville styrket kvinnens rettigheter og valgmuligheter gjennom både svangerskap, fødsel og barseltid. Som en del av jordmødrenes beskrivelser av behovet for tilbud om jordmorhjelp ved hjemmefødsler, framkom derfor kategorien å *anerkjenne kompetansen som erfaring med hjemmefødsler gir*.

### **5.1.3 Styrke hjemm jordmødres arbeidsvilkår gjennom et offentlig organisert hjemmefødselstilbud.**

I jordmødrenes beskrivelser av behovet for tilbud om jordmorhjelp ved hjemmefødsler, framkom også kategorien å *styrke hjemm jordmødres arbeidsvilkår gjennom et offentlig organisert hjemmefødselstilbud*. Kategorien beskrev at jordmødrene var avhengige av bærekraftige arbeidsvilkår, for å kunne gi kvinner et reelt tilbud på hjemmefødsler.

Det ble argumentert for at en offentlig organisering ville ivarett kvinnens valgmuligheter i fødsel, fordi tilbudet ville blitt mer synlig, fremstått som et trygt valg, og sikret at kvinner ikke måtte betale for å føde hjemme. De vektla fordeler ved å motta fast lønn, regulering av arbeidstiden og at vaktbelastningen kunne fordeles. Ifølge Comeau et al. (2018) kan en offentlig organisering av hjemmefødsler redusere barrierer og økonomiske motivasjoner i

valg av fødested. Kvinnen står dermed friere til å velge det hun mener er best for seg og sin fødsel. Et offentlig tilbud på hjemmefødsler vil i så måte styrke både hjemm jordmødres rettigheter i arbeidslivet, men også kvinners rettigheter i fødsel.

Samtidig som jordmødrene viste til fordeler ved å omstrukturere hjemmefødselsordningen, var flere skeptiske til om det var politisk vilje for å få dette til. Hjemmefødselspiloten i Bergen som ligger på vent (Juul, 2021), ble dratt fram som et eksempel på at hjemmefødsler ikke prioriteres i fødselsomsorgen. På New Zealand ledet imidlertid kvinnebevegelser på 80-tallet, med støtte fra jordmødre, til en omstrukturering av fødselsomsorgen. Kvinnene fremmet krav om en jordmorledet kontinuitetsmodell, framfor obstetrisk fødselshjelp (Grigg & Tracy, 2013). Noe tilsvarende ble beskrevet fra Tyskland, hvor feministbevegelsen på 60- og 70-tallet oppfordret kvinner til å ta tilbake kontrollen over egen kropp. Dette førte til opprettelsen av frittstående jordmorstyrte fødesentre over hele Tyskland (Stone, 2012). Gjennom bunadsgeriljaen og barselopprøret anes konturene av et tilsvarende kvinneopprør i Norge hvor kvinner fremmer sin rett til en helhetlig fødselsomsorg, og til å ha et tilgjengelig og trygt fødetilbud der de bor (Barselopprøret, 2021; Bunadsgeriljaen, 2019).

Informantenes engasjement for hjemmefødsler kan også tolkes som en form for feministisk opprør i fødselsomsorgen. Som et motsvar til medikaliseringen av fødsler i sykehus ofret informantene fritid og påtok seg et personlig ansvar for å tilby kvinner hjemmefødsler. Sykehusmiljøets manglende tiltro til kvinners fødeevne (Hawke, 2021), misforholdet mellom jordmorfagets feministiske grunnverdier (Lasser, 2011) og det Davison (2020) beskriver som en rådende patriarkalsk kontekst på fødeavdelingene, oppørte flere av informantene. Det kom fram beskrivelser av hjemmefødsler som en viktig kontrast for å kunne stå i jobben på sykehuset. Hjemme hos fødekvinne beviste de både for seg selv og kvinnen at det var mulig å ha en fysiologisk fødsel i et uforstyrret miljø.

Ifølge Hawke (2021) står det som et sentralt fundament i jordmorfaget at jordmoren respekterer og lytter til kvinners kropp og ønsker. Det at jordmødrene tilbydde hjemmefødsler på tross av inngripende beredskap og dårlige økonomiske kriterier, vitner om at de satte kvinnenes behov foran sine egne. Jordmødrene ofret privatlivet for at kvinner som ønsket det skulle få føde hjemme, og satte i så måte kvinnens rettigheter over sine egne arbeidslivsrettigheter. Jordmødrene selv beskrev dette som en form for jordmorfaglig idealisme. Dette er i samsvar med en kvalitativ studie av nordiske hjemm jordmødre, hvor jordmødrene gjennom å tilby kvinner hjemmefødsler, realiserte altruistiske verdier (Sjöblom

et al., 2015). Å være hjemmejordmor ble i Sjöbloms studie (2015) beskrevet som en livsstil hvor jordmoren var tilgjengelig for kvinnen, i en slik utstrekning at det påvirket jordmors privatliv. I likhet med jordmødrene i Sjöbloms (2015) studie, viste også våre resultater at hjemmefødsle hadde en egenverdi for deltakerne. Denne verdien ble beskrevet både som euforiske opplevelser og som viktig faglig påfyll. Samtidig beskrev jordmødrene at den idealistiske hjemmefødselsvirksomheten trolig ikke ville blitt godtatt i samme utstrekning i et mannsdominert yrke. I en feministisk kontekst kan dette tolkes som at jordmorfaget som et kvinnefag ikke har oppnådd likestilling i samfunnet (Harkness & Cheyne, 2019), og at det er et behov for at kvinners rettigheter imøtekommes uten at det går på bekostning av jordmødres arbeidslivsrettigheter. Dette misforholdet ble illustrert gjennom at jordmødrene uttrykte at det var etisk vanskelig å be om betaling fra en kvinne som benyttet en tjeneste som det offentlige burde dekket. Likevel innså de at det ikke var bærekraftig å tilby kvinner hjemmefødsler uten reell lønnsstatning, fordi det undergravde verdien av deres arbeid. Resultatene viste at det var nettopp mangel på fritid som gjorde at en del jordmødre ikke ønsket å tilby hjemmefødsler.

Som en mulighet for å løse utfordringene med dårlig regulert arbeidstid og tung beredskapsbelastning kom det fram eksempler på offentlige hjemmefødselsordninger i andre land, som illustrerte at et lignende tilbud var gjennomførbart i Norge. Jordmødrene viste eksempelvis til Danmark, som opererer med *Kendt jordemoderordning* (Maimburg, 2018). Jordmødre i *Kendt jordemoderordning* er ansatt på sykehuset og jobber i caseload-grupper på to-og-to, hvor de er på vakt en uke av gangen. Jordmødrene jobber ikke utelukkende med hjemmefødsler, men sikrer friske gravide en kjent jordmor og kontinuitet i omsorgen uavhengig av fødested (Maimburg, 2018). Denne ordningen gir altså jordmødrene en mindre forutsigbar arbeidshverdag enn normal turnusordning på sykehus, men et tydeligere skille mellom arbeid og fritid enn jordmødrene har i nåværende hjemmefødselsordning i Norge. Samtidig beskrev jordmødrene negative aspekter ved caseload-modeller. Et motforslag var derfor en utbedring av dagens private tilbud, hvor finansieringen kunne følge kvinnen og hvor jordmødrene hadde et nært samarbeid med nærmeste sykehus. Frittstående jordmorsatelitter ble også fremmet som et forslag. Likevel, med utgangspunkt i risikobegrepet, hvor det fra det medisinske perspektivet anses som risikofylt å føde hjemme (Sandvik & Hauglund, 1997), er det tilsynelatende bedre forutsetninger for et godt samarbeid mellom hjemmejordmødrene og obstetikerne ved en modell med base på sykehus, hvor de involverte kjenner til hverandre. Ut fra anbefalingene i Lancet-modellen (Renfrew et al.,

2014), kan det også tenkes at en offentlig finansiert caseload-modell ville gitt kvinnen bedre kontinuitet i omsorgen i de tilfeller hun må overflyttes til et annet omsorgsnivå, sammenlignet med en utbedring av dagens private hjemmefødselsmodell. Samtidig, et privat hjemmefødselstilbud med et godt samarbeid med nærmeste sykehus, ville sikret kvinnen bedre med tanke på oppfølgingen av en kjent jordmor samt en jordmor med genuin interesse for hjemmefødsler. En motforestilling mot å innføre en caseload-modell ble begrunnet av enkelte informanter nettopp med risikoen for at kvinnen kan få en jordmor fra sykehuset uten engasjement for hjemmefødsler. De mente dette ville være uheldig både for jordmoren og kvinnen. Den kvalitative studien til Coddington et al. (2020) taler imidlertid for at sykehusjordmødre som i utgangspunktet ikke har et forhold til hjemmefødsler, gjennom en eksponering kan se fødsler i et nytt perspektiv. Ut fra en feministisk forståelse hvor jordmorfaget har til hensikt å ha kvinnens behov i fokus (Hawke, 2021), kan det være fordelaktig med caseload-modeller, slik at flere kvinner får muligheten til å velge hjemmefødsler. Caseload-modeller kan bidra til å ivareta kjernen i jordmorfaget, da de legger til rette for en individuelt tilpasset omsorg til hver enkelt kvinne (Larsson et al., 2021). Til tross for positive sider ved caseload, ble det nevnt som bekymringsfullt at jordmødre kan bli utbrent i en slik arbeidsstruktur. Det er imidlertid vist at danske jordmødre som jobber i caseload-modell scorer lavere på spørsmål om utbrenthet sammenlignet med jordmødre i andre land, samt at de opplever at en meningsfylt jobb veier opp for tung arbeidsbelastning (Jepsen et al., 2017; Jepsen et al., 2016). Dette viser til viktigheten av å trekke inn erfaringer fra andre land, og tilpasse organiseringen etter norske forhold. En nøkkelfaktor for å få en kontinuitetsmodell til å fungere er å få med seg både jordmødrene og ledelsen i implementeringen, slik at man har støtte i alle ledd (Comeau et al., 2018). Det kan i tillegg argumenteres for nødvendigheten ved å lytte til brukerstemmene, for å sikre at tilbudet møter kvinnenes behov og rettigheter. Behovet for tilbud om jordmorhjelp beskrives på bakgrunn av dette i denne kategorien som et behov for et offentlig organisert tilbud på hjemmefødsler, som kan styrke arbeidsvilkårene til jordmødrene og derav gi kvinner et likeverdig og reelt hjemmefødselstilbud.

#### **5.1.4 Omsorgstilbudet bør gi kvinner et reelt valg av fødested.**

Jordmødrene beskrev behovet for tilbud om jordmorhjelp ved hjemmefødsler som et behov som bør vurderes ut fra hva kvinnene ønsker. Dette ga opphav til studiens fjerde kategori *Omsorgstilbudet bør gi kvinner et reelt valg av fødested*. Kategorien favner jordmødrenes

beskrivelser av at kvinner ønsket en differensiert fødselsomsorg, og at kvinner i Norge i realiteten ikke hadde muligheten til å velge fritt mellom tilgjengelige fødetilbud. Det ble også problematisert at kvinner får lite informasjon om valgmulighetene de har knyttet til fødested. Dette førte til at det ble vanskelig for kvinner å ta informerte valg. I følge pasient- og brukerrettighetsloven innebærer pasientens rett til medvirkning, at det er gitt tilstrekkelig informasjon om det tilgjengelige helsetilbudet. Et informert valg betyr at helsepersonell er lovpålagt å gi slik informasjon (Eilertsen, 2015). I resultatene kom det frem at kvinner ikke informeres om fordeler og ulemper ved å føde hjemme, og at informasjonen farges av holdningene til de som gir informasjonen. Ifølge Lokugamage og Pathberiya (2017) må helsepersonell lytte til og akseptere kvinners ønsker dersom man skal ta menneskerettighetene på alvor i fødselsomsorgen. Til tross for dette kan det se ut som at kvinners ønsker og rettigheter ikke fullt ut imøtekommes slik organiseringen av fødetilbudet i Norge ser ut i dag.

Brukerperspektivet ble trukket frem som et eget innsatsområde i fødselsomsorgen i Stortingsmelding 12, *En gledelig begivenhet* (St.meld.nr.12, 2009). I debatten om et trygt fødetilbud i Norge har det allikevel kommet frem at en del kvinner som benytter seg av fødselsomsorgen opplever at de ikke ble tatt på alvor, og at fagpersoner snakket på vegne av dem selv. Dette kommer frem i en kronikk skrevet av grunnleggerne bak bevegelsen Barseloppøret (Thomassen & Ingulstad, 2021). Kronikkforfatterne problematiserte at ingen har etterspurt kvinners opplevelse av trygghet i fødselsomsorgen, og stilte spørsmål om hvem som skal sitte på definisjonsmakten på hva et trygt fødetilbud er. Lignende beskrivelser kom fram i våre resultater, hvor fødestedets betydning for opplevd trygghet engasjerte jordmødrene. Jordmødrene problematiserte at tryggheten av fødestedet ble definert på vegne av kvinnen, og ikke av kvinnen selv. Det framkom beskrivelser av at det var en menneskerett at kvinner fikk mulighet til å velge fødested basert på hvor de følte seg tryggest og mest ivaretatt. Disse beskrivelsene samsvarer med funn i studien til Vedeler et al. (2021), hvor det ble presisert at kvinners ønsker og behov må lyttes til. Resultatene viste at norske kvinner ønsker ekte og personlig omsorg i fødsel, kontinuitet i omsorgen og mindre fokus på medisinske utfall. Funnene i studien til Vedeler et al. (2021) og resultatene i vår studie, reflekterer Verdens helseorganisasjon (WHO, 2018), sitt fokus på fødselsopplevelsen som en egen parameter på utfallet av fødselen. Ifølge WHO (2018) har fokuset på medisinske fødselsutfall hos mor og barn tatt overhånd, slik at kvinnens opplevelse, ønsker og behov har blitt tilsidesatt.

Kvinneres rett til å velge fødested ble av deltakerne i vår studie, illustrert med den ubetingede retten på jordmorhjelp ved hjemmefødsler i Danmark (Sundhedsloven, 2005). Ved hjemmefødsler i Norge er det anbefalt å følge seleksjonskriteriene i den nasjonale retningslinjen for hjemmefødsler. Disse skal fungere som et veiledende verktøy for jordmor, slik at hun kan yte forsvarlig praksis (Eilertsen, 2015). Sett fra et feministisk perspektiv fungerer en slik retningslinje som en form for kontroll over hva kvinner skal ha lov til å gjøre (Lokugamage & Pathberiya, 2017). Systemet bestemmer hva som er best og forsvarlig for kvinnen, ikke kvinnen selv. Dette finner vi igjen i jordmødrenes beskrivelser av at det er et nåløye å komme igjennom seleksjonskriteriene, og at byråkratiet virket som en demper på kvinners mulighet til å føde hjemme. Samtidig var jordmor prisgitt seleksjonskriteriene, slik at hun til enhver tid kunne dokumentere at hun jobbet forsvarlig. Det kan fra disse beskrivelsene trekkes en sammenligning til risikobegrepet, hvor den fødselsvitenskaplige diskursen har en autorativ hånd over den jordmorfaglige diskursen (Sandvik & Hauglund, 1997). Jordmødrene prøvde å danne seg et eget territorium utenfor den risikofokuserte sykehusomsorgen, men den medisinske diskursen hadde et behov for å legge føringer når jordmorvirksomheten opptrådte utenfor systemets rammer (Sandvik & Hauglund, 1997).

Seleksjonskriteriene ble viet stor oppmerksomhet i studien. Jordmødrene opplevde kriteriene som en trygghet fordi at de ga en forventning om en normal fødsel, men samtidig opplevdes de rigide med liten plass til jordmors individuelle vurdering av kvinnen. Slik fungerte seleksjonskriteriene både som en brems på jordmors hjemmefødselsvirksomhet og som et hinder for kvinners valgmuligheter av fødested. Jordmødrene kunne komme i en skvis mellom forsvarlighetspunktet i Helsepersonelloven, og kvinners rett til medbestemmelse som ligger i pasient- og brukerrettighetsloven (Eilertsen, 2015). Flere jordmødre opplevde at de måtte si nei til kvinner som ønsket hjemmefødsel, både på grunn av at de ikke hadde kapasitet, men også på grunn av at kvinnen falt litt utenfor kriteriene som var satt for forsvarlig praksis. Enkelte av disse kvinnene valgte da å føde hjemme uten jordmor. Ifølge Henriksen et al. (2020) fører også mangelen på hjemmejordmødre til at noen friske gravide velger å føde hjemme uten jordmor. Disse funnene reflekteres av bildet Dahlen et al. (2011), tegner av den økende protesten blant kvinner i Australia, som en konsekvens av at fødselsomsorgen ikke organiseres etter kvinnenes behov. Protesten har medført til at et økt antall kvinner velger å føde uten jordmor til stede. Ifølge forfatterne bør ikke spørsmålet være: *“Hvorfor aksepterer ikke kvinner helsehjelpen vi tilbyr?”* men *“Hvorfor gir vi ikke kvinner et tilbud om helsehjelp som de aksepterer?”*. Kategorien *Omsorgstilbudet bør gi*

*kvinner reelle valg av fødested*, beskriver på mange på måter nettopp dette, hvorfor lytter ikke systemet til brukerne av tjenesten og bestemmer behovet for tilbud om jordmorhjelp deretter.

### **5.1.5 Tema - Å ta kvinners rettigheter på alvor**

Norge har gjennom flere år blitt kåret til verdens mest likestilte land i henhold til FNs *Human Development Report* (Holst, 2017). Beskrivelsene fra jordmødrene i studien antydnet at rapporten ikke nødvendigvis fanger alle aspektene ved likestilling i Norge. Blant annet har betingelsene for kvinner som ønsker jordmorhjelp ved hjemmefødsler blitt dårligere de siste årene etter taksten for jordmor 2 ble tatt bort. De økonomiske vilkårene for hjemmejordmødrene har derfor blitt innskrenket, slik at færre har anledning til å påta seg hjemmefødsler. Som en konsekvens av dette møter ikke tilgjengeligheten på hjemmejordmødre etterspørselen til kvinner som ønsker å ha jordmor hjem på fødselen.

Opprøret blant blivende norske mødre og barselkvinner (Barseloppøret, 2021; Bunadsgeriljaen, 2019), speiler resultatene i studien, når kvinnene protesterer mot et fødetilbud som ikke imøtekommer deres behov. Dette kom tydelig fram under årets valgkamp, hvor barseloppøret og bunadsgeriljaen gikk sammen for å sette kvinnehelse, fødetilbud og barselomsorg på agendaen (Gullestad & Skårderud, 2021). Resultatene fra studien viste at dette engasjerte jordmødrene, og det ble presisert at de sto på kvinnes side for å sikre kontinuitet og valgfrihet i fødselsomsorgen. Ut fra en feministisk forståelsesramme har kvinnehelse lenge blitt derangert i det som blant annet Davison (2020) beskriver som en sykehuskultur hvor fødekvinne blir ansett som et objekt med risiko for dårlig utfall og som derfor krever nøye overvåkning (Bortin et al., 1994; Davison, 2020). Sentraliseringen og institusjonaliseringen av fødetilbudet har med utgangspunkt i risikobegrepet hatt til hensikt å øke sikkerheten for mor og barn ved komplikasjoner (Sandvik & Hauglund, 1997). Våre resultater tyder imidlertid på at kvinners rettigheter har blitt oversett i fokuset på sikkerhet og komplikasjoner, og at fødselsomsorgen styres av en frykt for dårlig utfall istedenfor etter kvinners individuelle behov.

Verdens helseorganisasjon har de de siste årene rettet søkelyset mot kvinners autonomi i møte med helsevesenet (Lokugamage & Pathberiya, 2017; WHO, 2018). Likevel kan det med utgangspunkt i jordmødrenes beskrivelser se ut som at økonomiske motiver veier tyngre enn kvinners behov og ønsker. Samtidig beskrev jordmødrene at dette var et paradoks når behandling av friske kvinner etter prinsippet om lavest mulige effektive omsorgsnivå, både er



til fordel for kvinnen og kostnadsbesparende for samfunnet (Fylkesnes, 2017; Renfrew et al., 2014; WHO, 2018). En systematisk oversiktsartikkel som undersøkte jordmorstyrte kontinuitetsmodeller opp mot andre omsorgsmodeller i fødselsomsorgen, konkluderte med at kontinuitetsmodeller førte til færre intervensjoner, bedre fødselsopplevelse og lavere kostnader sammenlignet med andre modeller (Sandall et al., 2016). At Helse-og omsorgsdepartementet argumenterte med at det ikke kunne forsvares økonomisk å finansiere en pilot på hjemmefødsler (Juul, 2021), kan derfor synes svakt opp mot det eksisterende kunnskapsgrunnlaget. En nylig publisert Australsk studie (Callander et al., 2021), bekrefter også den økonomiske gevinsten ved å fasilitere hjemmefødsler for friske gravide kvinner. Dette fordi hjemmefødsler resulterer i færre liggedøgn og lavere andel medisinske intervensjoner i fødselen. Å ta kvinners rettigheter på alvor gjennom å gi kvinner et reelt og likeverdig tilbud på jordmorhjelp ved hjemmefødsler, kan på bakgrunn av dette også forsvares økonomisk. Jordmødrene beskrev fødsel som en sjelsettende opplevelse, og at det derfor var av stor betydning at kvinnen fikk bestemme premissene for sin egen fødsel. Ifølge de yrkesetiske retningslinjene for jordmødre (Jordmorforening, 2016), skal jordmødre beskytte kvinners rettigheter som mennesker, og for jordmødre er det derfor viktig å ha brukerens behov og ønsker i sentrum når beslutninger tas om kvinners valg av fødested. Jordmødrenes beskrivelser som resulterte i temaet *Å ta kvinners rettigheter på alvor* speiler på mange måter både de yrkesetiske retningslinjene for jordmødre (Jordmorforening, 2016), definisjonen av jordmor (ICM, 2005) og definisjonen av jordmorhjelp (Renfrew et al., 2014). Jordmødrenes beskrivelser rommer hovedsakelig at det er et behov for tilbud om jordmorhjelp ved hjemmefødsler, som tar kvinners rettigheter på alvor.

## **5.2 Metodediskusjon**

Med utgangspunkt i Graneheim og Lundman (2004) tre *aspekter* ved troverdighet; kredibilitet, pålitelighet og overførbarhet, diskuterer vi her styrker og svakheter ved metoden i studien.

### **5.2.1 Kredibilitet**

Studiens kredibilitet refererer til hvorvidt prosjektet undersøker det som er beskrevet i hensikten. Det innebærer også at datainnsamlingen og trinnene underveis i prosessen passer overens med studiens formål (Graneheim & Lundman, 2004).

Formålet med denne studien var å få innsikt i hva som kan bidra til utvikling av det nåværende hjemmefødselstilbudet, ved å få økt kunnskap om jordmødres syn på behovet for tilbud om jordmorhjelp ved hjemmefødsler. Vi inkluderte jordmødre med en positiv holdning til hjemmefødsler. Ingen av informantene jobbet utelukkende ved ordinære fødeavdelinger, og alle jordmødrene ble rekruttert fra samme landsdel. Dette kan ha ført til at gruppen var homogen i sin sammensetning. Utvalget representerte likevel bredde i form av et stort aldersspenn og ulik erfaringsbakgrunn i jordmoryrket. Ifølge Graneheim og Lundman (2004) styrkes kredibiliteten ved å fange flere perspektiver på fenomenet som undersøkes. Et utvalg sammensatt av jordmødre med ulike holdninger til hjemmefødsler, bosatt i ulike landsdeler, kunne derfor bidratt til å styrke variasjonen i datamaterialet. For å styrke kredibiliteten i kvalitativ forskning er det ifølge Graneheim et al. (2017) mengden data som bestemmer utvalgets størrelse. Vi opplevde at problemstillingen var mettet med data etter å ha intervjuet ti jordmødre. Kanskje hadde vi hatt behov for å intervju flere jordmødre dersom deltakerne kom fra ulike deler av Norge. Imidlertid kan et større utvalg med stort sprik i perspektiver, vanskeliggjøre dataanalysen og konkludering av resultatene (Malterud, 2017). Studiens tidsramme har vært en begrensende faktor. Muligens ville en større variasjon i perspektiver samt større mengder data gjort analyseprosessen mer tidkrevende, noe som potensielt kunne innvirket negativt på kvaliteten av analysen.

Ifølge Graneheim og Lundman (2004) er det avgjørende at studiens rekruttering baseres på frivillighet. Jordmødrene virket motiverte og engasjerte til deltakelsen i prosjektet, og beskrivelsene som framkom i materialet preges av at de hadde et sterkt formidlingsbehov. At det var deres egen beslutning å være informant, kan sees på som en styrke.

Metoden for datainnsamling må være hensiktsmessig for å besvare problemstillingen (Graneheim & Lundman, 2004). Vi ønsket en rik meningsutveksling knyttet til vårt forskningsspørsmål, og det kan sees på som en svakhet at det ikke ble mulig å utføre fokusgruppeintervjuer alene. Ifølge Kvale et al. (2015) består fokusgrupper tradisjonelt av 5-6 deltakere. Dette hadde ikke latt seg gjennomføre grunnet smittevernreglene på intervjuetidspunktet. En fokusgruppe bestående av kun to informanter kan muligens ikke defineres som fokusgruppe. Mer tid samt erfaring med lignende prosjekter kunne ført til en jevnere gruppesammensetning, og eventuelt til at individuelle intervjuer hadde blitt foretrukket. Det har likevel vært en styrke å kombinere intervjuformene, da vi trolig fikk intervjuet flere jordmødre enn vi ville ved individuelle intervju. Vi opplevde å bli tryggere i

intervjurollen for hvert intervju. Antall gjennomførte intervjuer var derfor viktigere for kvaliteten av intervjukonteksten enn selve intervjuformen.

Den semistrukturerte intervjuguiden la opp til en dialog under intervjuene framfor bare spørsmål og svar. Dette kan sees på som en styrke da det empiriske materialet i større grad reflekterer jordmødrenes beskrivelser (Malterud, 2017). Spørsmålene i intervjuguiden ble laget med utgangspunkt i at vi skulle utføre fokusgruppeintervjuer. Vi reviderte ikke spørsmålene etter metoden ble endret. Vi erfarte imidlertid at det var lettere å følge intervjuguiden ved de individuelle intervjuene. Livlig meningsutveksling og stort engasjement under fokusgruppeintervjuene, førte til at færre av spørsmålene fra intervjuguiden ble stilt. Ved å lytte og unngå avbrytelser opplevde vi at informantene selv kom inn på temaene vi ønsket svar på. Allikevel kunne vi med fordel vært mer rigide i rollen som gruppemoderatorer. Materialet bærer preg av innhold som ikke omhandler problemstillingen, og dette skapte merarbeid i analyseprosessen. Ifølge Kvale et al. (2015) er det en klassisk felle at nybegynnere sitter igjen med for mye rådata.

Forforståelsen vår har påvirket hele forskningsprosessen (Malterud, 2017). Våre holdninger til fødsel kan ha bidratt til en opplevelse av gjensidig respekt og forståelse i møte med informantene. Samtidig har vi vært bevisst på hvordan våre holdninger har påvirket resultatene. Vi har forsøkt å sette forforståelsen i parentes og ha et åpent sinn i fortolkningen av data. Dialogen i intervjuene kan ha vært en styrke, da informantene fikk mulighet til å korrigere fortolkninger underveis i samtalen. Vår intensjon har vært å være lojal mot jordmødrenes beskrivelser, slik at meningen i materialet ikke skulle fordreies. Den menneskelige faktor har likevel stor betydning i analysen av data (Malterud, 2017). På bakgrunn av intervjuets sosiale kontekst og kontakten vi fikk med hver enkelt informant, har vi utilsiktet bidratt til å skape data. Forskningsprosessen og fortolkningen av datamaterialet må derfor både sees i lys av det sosiale aspektet med intervju som metode og vår forforståelse.

Hovedveileder har hatt tilgang til datamaterialet gjennom hele prosjektet, og har vært en aktiv medhjelper under analyseprosessen. Fortolkningen fra transkripsjonen til utviklingen av subgrupper og kategorier er diskutert både mellom studiens forfattere, og med veileder i flere runder. Dette kan sees på som en styrke ved resultatene. Virkeligheten slik hver enkelt opplever den er imidlertid subjektiv og mangfoldig. Likevel argumenterer Graneheim og

Lundman (2004) for verdien av dialog med andre under analysen slik at det er enighet i hvordan de analyserte data er systematisert og merket.

Studiens kredibilitet kunne blitt styrket gjennom informantvalidering (Graneheim & Lundman, 2004). Det innebærer at jordmødrene hadde fått muligheten til å lese gjennom transkripsjonene, og vurdert fortolkningene av datamaterialet fra muntlig til skriftlig tekst. På bakgrunn av prosjektets tidsramme var dette imidlertid ikke mulig.

Det er et viktig å poengtere at vi er uerfarne med analysemetoden som er anvendt i denne studien, og dette må sees på som en svakhet. Manglende erfaring kan ha ført til at fortolkninger i datamaterialet har blitt redusert, til tross for undervisning og veiledning i metoden (Malterud, 2017). Samtidig er det blitt brukt en vitenskapelig validert analysemetode (Graneheim & Lundman, 2004) noe forfatterne av studien mener at kan sees på som en styrke.

### **5.2.2 Pålitelighet**

Studiens pålitelighet innebærer hvorvidt resultatene er til å stole på (Graneheim & Lundman, 2004). En detaljert framstilling av studiens metode og datainnsamling har blitt presentert for å vise transparens i forskningsprosessen. Eksempler fra fremgangsmåten i analyseprosessen er vist med tabeller og resultatdelen er presentert med direkte sitater. Både datainnsamlingen og transkriberingen er utført av studiens forfattere. Transkriberingen er gjennomført så kort tid etter intervjuene som mulig. Dette kan sees på som en styrke, da det er mindre sannsynlig at informantenes beskrivelser har blitt feiltolket (Graneheim & Lundman, 2004).

Ifølge Malterud (2012) kan gruppedynamikken i fokusgruppen påvirke hvilke data som blir belyst. Gruppemoderatoren bør derfor sørge for at alle i gruppen får snakke, slik at ikke enkelte deltakeres perspektiver står for hoveddelen av datamaterialet. Et ensidig perspektiv i gruppen vil kunne påvirke påliteligheten av data (Malterud, 2012). Vi opplevde at deltakerne hadde stor respekt for hverandre og lyttet til hverandres perspektiver. Alle kom til orde. Derfor var det lite behov for å moderere mellom gruppemedlemmene. Vi vil derfor hevde at gruppedynamikken ikke innvirket negativt på påliteligheten av studiens data.

### 5.2.3 Overførbarhet

Troverdighet inkluderer også spørsmålet om hvorvidt resultatene er overførbare. Forfatterne av studien kan komme med forslag på overføringsverdien, men kun leseren kan avgjøre om resultatene er overførbare til andre grupper og kontekster (Graneheim & Lundman, 2004).

Det er forsøkt å gi leseren mulighet til å vurdere studiens overførbarhet gjennom en detaljert beskrivelse av informanter, kontekst, datainnsamling og analyseprosess. Resultatene er beskrevet med detaljrikdom og sitater, for å gi leseren anledning til å vurdere om elementer kan overføres til andre kontekster (Graneheim & Lundman, 2004).

I en kvalitativ studie er det ikke et mål i seg selv at funnene skal være overførbare (Graneheim & Lundman, 2004). Det har likevel blitt tydelig gjennom diskusjonen av resultatene, at enkelte av våre funn kan relateres til funn i andre artikler. Samtidig kan det ses på som en svakhet for overføringsverdien at vi er nybegynnere innenfor det metodiske feltet. Til tross for et noe homogent utvalg kan det antas at behovet for et offentlig tilbud om jordmorhjelp ved hjemmefødsler er nokså likt innad i Norge. Det kan også tenkes at resultatene er overførbare til lignende kontekster i andre land, hvor tilbudet på hjemmefødsler er lite integrert i det offentlige helsevesenet.

## 6 Oppsummering, konklusjon og veien videre

### 6.1 Oppsummering

Denne studien har bidratt til økt innsikt i hva som kan bidra til utvikling av nåværende hjemmefødselstilbud. Ti jordmødre belyste problemstillingen «*Hvordan beskriver jordmødre behovet for tilbud om jordmorhjelp ved hjemmefødsler?*» gjennom kvalitative fokusgruppe- og individuelle intervjuer. De fire kategoriene som framkom gjennom analysen av intervjuene, viste at jordmødrenes beskrivelser av behovet for tilbud om jordmorhjelp ved hjemmefødsler var mangefasettete, og kompleksiteten i datamaterialet antyder at det ligger et udekt behov i organiseringen av fødselsomsorgen i Norge i dag.

Kategoriene beskrev aspekter ved dagens private organisering av hjemmefødsler som verken var til fordel for kvinnene eller jordmødrene. For å kunne gi kvinner muligheten til å føde hjemme ofret informantene mye i et system som ikke premierte de for innsatsen. Resultatene viste at et offentlig tilbud på jordmorhjelp kunne åpnet mulighetene for å ivareta både kvinnenes og jordmødrenes interesser og rettigheter. Det ble uttrykt bekymring for at det var lite rom for å legge til rette for fysiologisk fødsel slik fødselsomsorgen var organisert i dag, og at kunnskapen om fødsler uten intervensjon gradvis forsvant fra faget. Dette førte også til at tilliten til kvinnens iboende fødekraft raskt ble borte i store sentraliserte fødeenheter. Derfor mente jordmødrene at det var et behov for å styrke kvinners tillit til egen fødekraft. Det ble beskrevet et potensiale for at hjemmefødsler kunne bidra til at denne tilliten ble styrket, dersom hjemmefødsler hadde blitt organisert under det offentlige fødetilbudet. Dette gjennom både et mer tilgjengelig tilbud, og et sosialt og faglig akseptert valg. Det ble også trukket frem økonomiske perspektiver, som at kvinnen ikke skulle betale for å føde hjemme, og at jordmor skulle få betalt for beredskapsperioden. I tillegg ville vaktbelastningen kunne deles på flere jordmødre. Videre ble kvinners rett til å velge et trygt fødested fremstilt som en menneskerettighet, og at det var et behov for å gi kvinner et differensiert fødetilbud. Det framkom ikke et entydig svar på hvordan hjemmefødsler bør organiseres, men både en utbedring av nåværende private organisering, frittstående fødesatelitter og caseload-modeller med base på sykehuset, ble foreslått. Med utgangspunkt i jordmødrenes ønske om anerkjennelse og synliggjøring av kunnskapen på den fysiologiske fødsel, er det rimelig å anta at en hjemmefødselsmodell ut fra sykehus ville vært mest gunstig. Dette ville også potensielt ganget kvinnene bedre med tanke på samarbeid på tvers av profesjoner, samt at et større hjemmefødselsmiljø i sykehus kunne bidratt positivt til at flere ser verdien av å holde fødselen

normal. Det ble også uttrykt skepsis til at tilbudet på hjemmefødsler skulle innlemmes i sykehus, fordi det lå en fare for at hjemmefødsler ville bli nedprioritert. I dagens innsatsstyrte finansieringsmodell ville ikke hjemmefødsler skape inntjening for avdelingen, og jordmormangelen kunne sette en stopper for å sende jordmødre ut på hjemmefødsler. Dersom hjemmefødsler skal legges under den offentlige fødselsomsorgen vil det være essensielt å se til andre land, samtidig som man må tilpasse organiseringen til norske forhold.

## **6.2 Konklusjon**

Med utgangspunkt i resultatene kan det konkluderes med at det bør tilrettelegges for et offentlig tilbud om jordmorhjelp ved hjemmefødsler. Dette kan bidra til å styrke kvinners rettigheter i fødselsomsorgen og bedre arbeidsvilkårene til hjemmejordmødre. Slik kan kvinner som ønsker å føde hjemme sikres et bærekraftig tilbud.

## **6.3 Implikasjoner for praksis og videre forskning**

På bakgrunn av denne studien vil vi anbefale at praksisfeltet anvender det eksisterende kunnskapsgrunnlaget, slik at kvinners rettigheter, ønsker og behov prioriteres i organiseringen av omsorgstilbudet. Å igangsette et pilotprosjekt på hjemmefødsler ut fra eksempelvis Storken ved Haukeland Universitetssykehus eller ABC-klinikken ved Ullevål Universitetssykehus, vil kunne være en måte å imøtekomme behovet til kvinnene, og samtidig gi et signal om at Norge ønsker en fødselsomsorg som organiseres etter kunnskapsbasert praksis.

Forslag til videre forskning er studier som undersøker hvordan andre land organiserer hjemmefødsler, og hvordan andre lands organisasjonsmodeller kan implementeres i Norge. Det ville også vært interessant å intervjuer kvinner om hjemmefødselstilbudet, slik at lignende problemstillinger kunne utforskes fra brukerperspektivet.

## Referanseliste

- Ahl, M. & Lundgren, I. (2018). Working with home birth – Swedish midwives' experiences. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 18, 24-29.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.08.006>
- Aune, I., Hoston, M. A., Kolshus, N. J. & Larsen, C. E. G. (2017). Nature works best when allowed to run its course. The experience of midwives promoting normal births in a home birth setting. *Midwifery*, 50, 21-26.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.020>
- Barnes, M. (1999). Research in midwifery — The relevance of a feminist theoretical framework. *Aust Coll Midwives Inc J*, 12(2), 6-10. [https://doi.org/10.1016/S1031-170X\(99\)80013-0](https://doi.org/10.1016/S1031-170X(99)80013-0)
- Barseloppørret. (2021). *Vi krever bedre barsel nå!* Hentet 12.10.2021 fra <https://barselopporet.no/>
- Berg, M. (2010). Midwifery Relationship with childbearing women at increased risk. I M. Kirkham (Red.), *The Midwife-mother relationship* (2nd ed. utg.). Palgrave Macmillan.
- Berg, M., Asta Ólafsdóttir, O. & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care--in Swedish and Icelandic settings. *Sex Reprod Healthc*, 3(2), 79-87.  
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.03.001>
- Blix, E. (2017a). Ulike syn på svangerskap og fødsel. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka - Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 51-55). Cappelen Damm As.
- Blix, E. (2017b). Å fremme normal fødsel. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arebidsområde* (2. utg., s. 424-431). Cappelen Damm akademisk.
- Blix, E., Kumle, M. H., Ingversen, K., Huitfeldt, A. S., Hegaard, H. K., Ólafsdóttir, Ó. Á., Øian, P. & Lindgren, H. (2016). Transfers to hospital in planned home birth in four Nordic countries - a prospective cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 95(4), 420-428. <https://doi.org/10.1111/aogs.12858>
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K. & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>



- Bortin, S., Alzugaray, M., Dowd, J. & Kalman, J. (1994). A feminist perspective on the study of home birth: Application of a midwifery care framework. *J Nurse Midwifery*, 39(3), 142-149. [https://doi.org/10.1016/0091-2182\(94\)90096-5](https://doi.org/10.1016/0091-2182(94)90096-5)
- Bunadsgeriljaen. (2019). *En frivillig bevegelse med kvinners fødetilbud som hjertesak*. Hentet 12.10.2021 fra <https://bunadsgeriljaen.no/organisasjon>
- Callander, E. J., Bull, C., McInnes, R. & Toohill, J. (2021). The opportunity costs of birth in Australia: Hospital resource savings for a post-COVID-19 era. *Birth*, 48(2), 274-282. <https://doi.org/10.1111/birt.12538>
- Coddington, R., Catling, C. & Homer, C. (2020). Seeing birth in a new light: The transformational effect of exposure to homebirth for hospital-based midwives. *Midwifery*, 88, 102755. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102755>
- Comeau, A., Hutton, E. K., Simioni, J., Anvari, E., Bowen, M., Kruegar, S. & Darling, E. K. (2018). Home birth integration into the health care systems of eleven international jurisdictions. *Birth*, 45(3), 311-321. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/birt.12339>
- Coxon, K., Sandall, J. & Fulop, N. J. (2014). To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. *Health, Risk & Society*, 16(1), 51-67. <https://doi.org/10.1080/13698575.2013.859231>
- Dahlen, H. (2010). Undone by fear? Deluded by trust? *Midwifery*, 26(2), 156-162. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.11.008>
- Dahlen, H. G., Jackson, M. & Stevens, J. (2011). Homebirth, freebirth and doulas: Casualty and consequences of a broken maternity system. *Women and Birth*, 24(1), 47-50. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.11.002>
- Davison, D. C. (2020). Feminism, midwifery and the medicalisation of birth. *British Journal of Midwifery*, 28(12), 810-811. <https://doi.org/10.12968/bjom.2020.28.12.810>
- De Beauvoir, S. (2001). *Det annet kjønn* (3. utg.) [Filosofi]. Pax Forlag.
- De Vries, R., Nieuwenhuijze, M. & Buitendijk, S. E. (2013). What does it take to have a strong and independent profession of midwifery? Lessons from the Netherlands. *Midwifery*, 29(10), 1122-1128. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.007>
- Downe, S., Finlayson, K. & Fleming, A. (2010). Creating a collaborative culture in maternity care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(3), 250-254. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2010.01.004>
- Eilertsen, B. (2015). *Juss for jordmødre* (5. rev. utg. utg.). Jussboka.no.

- Engjom, H. M., Morken, N. H., Norheim, O. F. & Klungsøyr, K. (2014). Availability and access in modern obstetric care: a retrospective population-based study. *Bjog*, *121*(3), 290-299. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12510>
- Facebook. (2013). *Folk for hjemmefødsel*. Hentet 05.05.2021 fra <https://www.facebook.com/groups/571376542910905>
- Facebook. (2019). *Bevar ABC-enheten på Ullevål sykehus*. Hentet 05.05.2021 fra <https://www.facebook.com/groups/446362632824080/about>
- Folkehelseinstituttet. (2021, 27.04.2021). *Medisinsk fødselsregister - statistikkbank*. Hentet 05.05.2021 fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Fylkesnes, A. M. (2017). Internasjonale føringer for jordmorvirksomheten. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka, Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 25-31). Cappelen Damm Akademisk.
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, *56*, 29-34. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, *24*(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Grigg, C. P. & Tracy, S. K. (2013). New Zealand's unique maternity system. *Women Birth*, *26*(1), e59-64. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2012.09.006>
- Gullestad, F. H. & Skårderud, J. R. (2021, 21.04.2021). Forener Barsel og Bunad. *Klassekampen*. <https://klassekampen.no/utgave/2021-04-21/forener-barsel-og-bunad>
- Harkness, M. & Cheyne, H. (2019). Myles Textbooks for Midwives 1953 and 2014, a feminist critical discourse analysis. *Midwifery*, *76*, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.003>
- Hawke, M. (2021). Subversive acts and everyday midwifery: Feminism in content and context. *Women Birth*, *34*(1), e92-e96. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.05.013>
- Helsetilsynet. (2021). *Hjemmefødsel – kvinners medvirkning, krav til jordmors forsvarlighet og helseforetakenes ansvar for samarbeid*. Helsetilsynet. Hentet 02.09.2021 fra
- Henriksen, L., Nordström, M., Nordheim, I., Lundgren, I. & Blix, E. (2020). Norwegian women's motivations and preparations for freebirth—A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *25*, 100511. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100511>

- Hill, M. (2019, side 261). Birth Rights are Womens Rights are Human Rights. I M. Hill (Red.), *Give birth like a feminist; Your body, your baby, your choice* (1. utg., s. 261-299). HQ, an imprint of HarperColinsPublishers Ltd.
- Hjartlie, K. S. (2021, 19.02.2021). Hjemmefødsel bør bli en del av det offentlige fødetilbudet. *VG*. <https://www.vg.no/nyheter/meninger/i/PRj2lJ/hjemmefoedsel-boer-bli-en-del-av-det-offentlige-foedetilbudet>
- Holst, C. (2017). *Hva er feminisme* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Høyer, K. (2011). Hva er teori, og hvordan forholder teori sig til metode. I S. Vallgård & L. Koch (Red.), *Forskningsmetoder i folkesundhetsvidenskab* (4. udg. utg.). Munksgaard.
- ICM. (2005, 2017). *International Defenition of the Midwife*. Hentet 05.05.2021 fra [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition\\_of\\_the\\_midwife-2017.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf)
- Jackson, M. K., Schmied, V. & Dahlen, H. G. (2020). Birthing outside the system: the motivation behind the choice to freebirth or have a homebirth with risk factors in Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 254. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02944-6>
- Jepsen, I., Juul, S., Foureur, M., Sørensen, E. E. & Nøhr, E. A. (2017). Is caseload midwifery a healthy work-form? – A survey of burnout among midwives in Denmark. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 11, 102-106. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.12.001>
- Jepsen, I., Mark, E., Nøhr, E. A., Foureur, M. & Sørensen, E. E. (2016). A qualitative study of how caseload midwifery is constituted and experienced by Danish midwives. *Midwifery*, 36, 61-69. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.03.002>
- Jordmorforening, D. N. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre*. Hentet 18.05.2021 fra <https://www.jordmorforeningen.no/politikk/etikk>
- Juul, K. (2021). Pilotprosjekt på vent. *Tidsskrift for jordmødre*, 4, 14.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Larsson, B., Thies-Lagergren, L., Karlström, A. & Hildingsson, I. (2021). Demanding and rewarding: Midwives experiences of starting a continuity of care project in rural Sweden. *European Journal of Midwifery*, 5(March), 1-9. <https://doi.org/10.18332/ejm/133573>

- Lasser, J. (2011). Diversity & social justice in maternity care as an ethical concern. *Midwifery Today Int Midwife*, (100), 48-50.
- Lindgren, H., Kjaergaard, H., Olafsdottir, O. A. & Blix, E. (2014). Praxis and guidelines for planned homebirths in the Nordic countries - an overview. *Sex Reprod Healthc*, 5(1), 3-8. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2013.12.002>
- Lokugamage, A. U. & Pathberiya, S. D. C. (2017). Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review. *Reproductive Health*, 14(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0264-3>
- Maimburg, R. D. (2018). Homebirth organised in a caseload midwifery model with affiliation to a Danish university hospital – A descriptive study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 82-85. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.02.011>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Universitetsforl.
- NESH. (2019, 10.02.2019). *De nasjonale forskningsetiske komiteer*. [www.forskningsetikk.no](http://www.forskningsetikk.no). Hentet 07.10.2021 fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- Nethery, E., Schummers, L., Levine, A., Caughey, A. B., Souter, V. & Gordon, W. (2021). Birth Outcomes for Planned Home and Licensed Freestanding Birth Center Births in Washington State. *Obstetrics & Gynecology*, 138(5), 693-702. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000004578>
- Oslomet. (2021, 28.09.2021). *Personvern i studieoppgaver*. Hentet 05.05.2021 fra <https://student.oslomet.no/behandling-av-personopplysninger-i-studieoppgaver>
- Reinar, L. M. & Blix, E. (2017). Kunnskapsbasert praksis. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 66-78). Cappelen Damm akademisk.
- Reitsma, A., Simioni, J., Brunton, G., Kaufman, K. & Hutton, E. K. (2020). Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine*, 21, 100319-100319. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100319>
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Silva, D. R., Downe, S., Kennedy, H. P., Malata, A., McCormick, F., Wick, L. & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-

- informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*, 384(9948), 1129-1145.  
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60789-3)
- Retsinformation. (2001). *Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv.* Hentet 07.10.2021 fra  
<https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2001/151>
- Rose, E. (2020, 23.11.2020). Kvinner fortjener å velge selv. *Dagsavisen*.  
<https://www.dagsavisen.no/debatt/2020/11/23/kvinner-fortjener-a-velge-selv/>
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- Sandvik, G. B. & Hauglund, J. K. (1997). *Moderskap og fødselsarbeid : diskurser i reproduktivt arbeid*. Fagbokforl.
- Sjöblom, I., Lundgren, I., Idvall, E. & Lindgren, H. (2015). Being a homebirth midwife in the Nordic countries - a phenomenological study. *Sex Reprod Healthc*, 6(3), 126-131.  
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.02.004>
- St.meld.nr.12. (2009). *En gledelig begivenhet- Om en sammenhengende savnerskaps-, fødsels- og barselomsorg*. H.-o. omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/>
- Stone, N. I. (2012). Making physiological birth possible: birth at a free-standing birth centre in Berlin. *Midwifery*, 28(5), 568-575. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.04.005>
- Sundhedsloven. (2005). *Særlige sygehusydelse m.v , kapitel 18 §83*. Hentet 07.10.2021 fra  
<https://danskelove.dk/sundhedsloven>
- Symon, A., Shinwell, S. & Craig, J. (2020). Process lessons from evaluating a combined continuity of carer and home birth scheme. *Birth*, 47(4), 389-396.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/birt.12514>
- Thomassen, A. L. & Ingulstad, C. (2021, 04.07.2021). Hvem skal bestemme hva som er en trygg fødsel? De som styrer, eller de som føder? *Aftenposten*.  
<https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/bn3Bmk/hvem-skal-bestemme-hva-som-er-en-trygg-foedsel-de-som-styrer-eller-de>
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk.

- Vedeler, C., Nilsen, A., Blix, E., Downe, S. & Eri, T. S. (2021). What women emphasise as important aspects of care in childbirth - an online survey. *Bjog*.  
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.16926>
- Vollan, M. (2020, 18.11.2020). *Flere ønsker hjemmefødsel: Tør ikke risikere strengere tiltak*. Hentet 05.05.2021 fra <https://www.nrk.no/innlandet/flere-onsker-hjemmefodselse-1.15236658>
- WHO. (2018). *WHOs recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. WHO. Hentet 05.05.2021 fra <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- Øian, P., Blix, E., Hanson, T., Huitfeldt, A. S., Thorsen, H., Klovning, A., Roland, B. & Skui, H. (2012). *Retningslinje for hjemmefødsel - svangerskap, fødsel og barseltid i trygge hender. IS - 2012*. Hentet 05.05.2021 fra [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjemmefodselse/Hjemmef%C3%B8dsel%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje.pdf/\\_attachment/inline/592f7374-ab8f-43f1-a121-3c23dfdf2d58:5d933c311d177f34ecc39f77f2e8b55e8f9e0bd9/Hjemmef%C3%B8dsel%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjemmefodselse/Hjemmef%C3%B8dsel%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje.pdf/_attachment/inline/592f7374-ab8f-43f1-a121-3c23dfdf2d58:5d933c311d177f34ecc39f77f2e8b55e8f9e0bd9/Hjemmef%C3%B8dsel%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje.pdf)

## **Vedlegg**

Vedlegg 1: Gruppeprosessen.

Vedlegg 2: Informasjonsskriv rekruttering deltakere.

Vedlegg 3: Informasjon om studien til deltakere, og informasjon om samtykke.

Vedlegg 4: Samtykke nettskjema.

Vedlegg 5: NSD godkjenning.

Vedlegg 6: Fullstendig tabell med sub-kategorier, kategorier og tema

## Vedlegg 1

### Gruppeprosessen

Det har vært spennende å jobbe sammen med noen som deler samme syn på kvinnehelse og fødsel. Vi har samarbeidet gjennom hele prosessen, fra utvikling av ideer knyttet til tema, til gjennomføring av intervju, analyse og skrivearbeidet. Vi fordelte enkelte elementer mellom oss. Blant annet transkriberte vi tre intervjuer hver, men vi har hele tiden hatt en dialog underveis. Vi fordelte også skrivearbeidet mellom oss, for å spare tid. Vi sitter igjen med en opplevelse at vi har vært presset på tid i gjennomføringen av et såpass tidkrevende studie. Dette presset har også ført til at samarbeidet mot innleveringsfristen har blitt preget av stress. Allikevel har vi fått samlet oss og kommet i mål, noe vi er veldig stolte av.

Oslo, oktober 2021.



**Vil du delta i forskningsprosjektet:**

***«Fødselsomsorg på stuegulvet - Planlagt hjemmefødsel sett fra et jordmorperspektiv»***

Vi er to masterstudenter i Jordmorfag ved Oslomet som planlegger å gjennomføre en kvalitativ studie med følgende problemstilling:

***«Hvilke perspektiver har jordmødre på mulighetene til å bistå kvinner med planlagt hjemmefødsel?»***

Vi skal skrive vår mastergradsoppgave under veiledning av [REDACTED], jordmor og førsteamanuensis ved Oslomet, og [REDACTED], jordmor og prosjektkoordinator ved [REDACTED]. Formålet med studien er å få økt kunnskap om og innsikt i jordmødres perspektiver på hjemmefødsler. Vi ønsker å utforske hvilken rolle det offentlige helsevesenet kan ha, hvordan jordmødres arbeidshverdag kan struktureres, og hvordan fødekvinnens rett til selvbestemmelse kan ivaretas. Vi ønsker å intervju jordmødre som enten jobber med hjemmefødsler, kanskje kunne tenke seg det eller har interesse for hjemmefødsler.

Prosjektet er i planleggingsfasen, og vi har sendt inn søknad til Norsk senter for forskningsdata, NSD. Nå sjekker vi interessen for deltakelse i prosjektet, og håper dere som finner tematikken interessant vil stille til intervju. Vi planlegger å gjennomføre 3-4 fokusgruppeintervjuer med varighet på cirka 60-90 minutter, og med 3-4 jordmødre i hver gruppe. Intervjuene planlegges til midten av juni, før fellesferien. Trolig i uke 23-24.

Intervjuene vil bli tatt opp på lydfil. Vi er underlagt taushetsplikten, og all data behandles konfidensielt. Vi vil ha informasjonsskriv og samtykkeskjema klart når søknaden fra NSD er innvilget.

Ønsker du å delta eller trenger du mer informasjon, ta kontakt med oss.

## Vedlegg 2: Informasjonsskriv rekruttering av deltakere (s 2/2)

Med vennlig hilsen,

[Redacted signature]

Masterstudenter i Jordmorfag ved Oslomet.



Vil du delta i forskningsprosjektet:

***”Fødselsomsorg på stuegulvet - Planlagt hjemmefødsel sett fra et jordmorperspektiv”***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et mastergradsprosjekt hvor formålet er å undersøke jordmødres perspektiver på organiseringen av planlagte hjemmefødsler. Masteroppgaven bygger på kvalitativ metode med følgende problemstilling:

*«Hvilke perspektiver har jordmødre på mulighetene til å bistå kvinner med planlagt hjemmefødsel?»*

I dette skrivet gir vi deg informasjon om formålet med prosjektet og hva deltakelsen vil innebære for deg.

**Bakgrunn og hensikt med studien**

Økt etterspørsel etter hjemmefødsler i forbindelse med Corona-pandemien samt liten tilgang på jordmødre som kan bistå kvinner med dette, har ført til at vi er blitt nysgjerrige på hjemmefødselsordningen i Norge. Vi ønsker blant annet å utforske hvilken rolle det offentlige helsevesenet kan ha, hvordan jordmødres arbeidshverdag kan struktureres, og hvordan fødekvinners rett til selvbestemmelse kan ivaretas. Vi ønsker primært å intervju jordmødre som enten jobber med hjemmefødsler, eller kanskje kunne tenke seg det. Forhåpentligvis kan denne studien bidra til å få frem ny kunnskap som kan påvirke helsepolitiske føringer for organiseringen av fødselsomsorgen i Norge.

**Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

OsloMet - Storbyuniversitetet er ansvarlig for prosjektet.

**Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor vi ønsker å undersøke muligheter og begrensinger ved hjemmefødselsordningen, og organiseringen av denne. Kriteriene for å delta er at du er jordmor og at du har en positiv innstilling til hjemmefødsler. Vi sender denne henvendelsen til omtrent 16 jordmødre.

### Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du stiller opp til ett *fokusgruppeintervju* som ledes av masterstudentene [REDACTED] og [REDACTED]. Intervjuet har en beregnet varighet på 60 minutter. Vi tar lydopptak av intervjuet, og vi skriver notater underveis. Vi ønsker å gjennomføre tre til fire fokusgruppeintervjuer, med 3-4 jordmødre i hver gruppe. Du må ha lest denne informasjonen før du samtykker til å delta i intervjuet og før du samtykker til lydopptak av intervjuet.

### Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg kan du kreve å få slettet innsamlede anonyme opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått fullført transkribering, analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du trekker deg, vil alle dine personopplysninger bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Ved OsloMet – Storbyuniversitetet vil følgende ha tilgang til dine opplysninger.
  - Hovedveileder førsteamanuensis [REDACTED]
  - Student [REDACTED]
  - Student [REDACTED]
- Under intervjuet er det ønskelig at deltaker unngår å oppgi opplysninger som kan identifisere deltakeren, slik som navn, stedsnavn, sykehus osv.
- Prosjektet følger OsloMet sine retningslinjer for datahåndtering og personsikkerhet. Lydopptak skjer gjennom *Diktafon*-app som etter intervjuet sender lydfilene til *Nettskjema.no*, hvor de blir liggende kryptert i 90 dager eller til vi sletter de. Under intervjuene brukes doble opptaksenheter som er koblet til samme nettskjema, da utviklerne av appen anbefaler dette som en ekstra teknisk sikkerhet for å unngå å miste

### **Vedlegg 3: Informasjons om studien til deltakere, og informasjon om samtykke (s 3/4)**

data. Opptaksenhetene er i fly-modus (frakoblet internett) under alle opptak. Lydfilene inneholder ingen andre personopplysninger enn deltakerens stemme.

- Alle deltakerne får sin egen tallkode. Tallkoden må deltaker bruke ved uttalelser under intervjuene. Disse tallkodene er utviklet av oss i forkant av intervjuene, slik at opptak kan slettes hvis en deltaker bestemmer seg for å trekke deg fra studien. Tallkodene vil stå ved hver av deltakernes navn i et eget dokument. Dokumentet oppbevares på kodebeskyttet USB-brikke, som igjen låses inn egen safe. Dokumentet slettes når transkriberingsprosessen er ferdigstilt. Lydfilene transkriberes til tekst ved hjelp av transkriberingsprogrammet f4transcribe. Den ferdig anonyme transkriberte teksten lastes opp i transkriberingsprogrammet HyperResearch for videre abstrahering og kondensering.

Deltagere skal ikke gjenkjennes av andre på bakgrunn av intervjuet i den skriftlige oppgaven i ettertid. Utvalgte sitater vil også brukes i teksten, men ikke slik at de som er intervjuet gjenkjennes personlig.

#### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Personopplysningene fjernes når transkriberingen av lydfilene er fullført. Vi har satt denne datoen til 01.08.21.

-

#### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

**Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OsloMet – Storbyuniversitetet, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

**Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- OsloMet - Storbyuniversitetet [REDACTED]  
[REDACTED]
- [REDACTED]

Vårt personvernombud: Ingrid S. Jacobsen personvernombud@oslomet.no eller telefon 67 23 55 34

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

**Hvordan forholder jeg meg nå?**

Du har nå mottatt informasjon om prosjektet «*Planlagt hjemmefødsel - sett fra et jordmorperspektiv*», og har anledning til å stille spørsmål. Du samtykker til å delta i forskningsprosjektet ved å svare «Ja» i avkryssingsboksene i nettskjema i den lenken du er tilsendt.

Med vennlig hilsen

[REDACTED]  
[REDACTED]

# Intervjuforespørsel, samtykkeskjema

Obligatoriske felter er merket med stjerne

Fødselsomsorg på stuegulvet - Planlagt hjemmefødsel sett fra et jordmorperspektiv

Ved å krysse JA i avkrysningsboksene under, så samtykker du til deltagelse i mastergradsprosjektet og til deltagelse i ett fokusgruppeintervju.

Du må velge minst ett svaralternativ.

JA

NEI

Fødselsomsorg på stuegulvet - Planlagt hjemmefødsel sett fra et jordmorperspektiv

Ved å krysse JA i avkrysningsboksene under, så bekrefter du å ha lest det tilsendte dokumentet ***Samtykkeskjema***

Du må velge minst ett svaralternativ.

JA

NEI

## Vedlegg 5: NSD godkjenning

### NSD sin vurdering

#### Prosjekttittel

"Fødselsomsorg på stuegulvet - Planlagte hjemmefødsler sett fra et jordmorperspektiv. En kvalitativ studie med feministisk forankring"

#### Referansenummer

497005

#### Registrert

05.05.2021 av [REDACTED] - [REDACTED]

#### Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet – storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

#### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

[REDACTED] tlf: [REDACTED]

[REDACTED]

Studentprosjekt, masterstudium

#### Kontaktinformasjon, student

[REDACTED]

[REDACTED]

05.05.2021 - 28.10.2021

#### Status

31.05.2021 - Vurdert

#### Vurdering (1)

##### 31.05.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 31.05.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.



## Vedlegg 6: Fullstendig tabell med sub-kategorier, kategorier og tema

Subkategori	Kategori	Tema	
Risikofokuset skaper en latent frykt både hos jordmor og fødekvinne.	Styrke kvinners tillit til egen fødekraft.	Å ta kvinners rettigheter på alvor.	
Medikaliseringen i sykehusmiljøet forstyrrer kvinnens fødselsforløp.			
Hjemmemiljøet fremmer fysiologisk fødsel.			
Maktbalansen mellom jordmor og fødekinne endres hjemme.			
Medikaliseringen i sykehusmiljøet gjør at jordmorfaget fragmenteres.	Anerkjenne kompetansen som erfaring med hjemmefødsler gir.		
Jordmødre som skal bistå kvinner hjemme trenger kunnskap, trygghet og tro på den fysiologiske fødsel.			
Jordmorstudenter må gjennom praksisfeltet få kunnskap om og erfaring med fysiologiske fødsler.			
Ved hjemmefødsler får jordmor brukt faget i sin fulle bredde.			
Frykt for å bli fratatt autorisasjonen.			
Risikofokuset i fødselsomsorgen skaper et hinder for å se behovet for hjemmefødsler.	Styrke hjemmejordmødres arbeidsvilkår gjennom et offentlig organisert hjemmefødselstilbud.		
Privat virksomhet og dårlig, uforutsigbar lønnskompensasjon begrenser tilgangen på hjemmejordmødre, og kvinners mulighet til å føde hjemme.			
Idealistisk virksomhet med inngripende, ulønnet beredskap.			
Er det vilje så er det mulig å gi kvinner et offentlig tilbud om hjemmefødsler.			
Behov for en hjemmefødselsordning som gir kvinner et bærekraftig tilbud.			
Strengt seleksjonskriterier sikrer jordmors krav til forsvarlighet, men hemmer kvinners valgfrihet.			Omsorgstilbudet bør gi kvinner et reelt valg av fødested.
Manglende informasjon om valgmuligheter og rettigheter til kvinner.			
Kvinnens rett til å velge seg et trygt fødested.			
Kvinner har ikke et reelt tilbud om en differensiert fødselsomsorg.			
Fødestedet har betydning for opplevelsen og tryggheten.			