



Mastergradsoppgave i jordmorfag

Master i jordmorfag, Institutt for sykepleie og
helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap,
OsloMet - storbyuniversitetet

November 2021

«Sjef over egen fødsel»

Flergangsfødendes erfaringer ved hjemmefødsel i Norge

Kandidatnummer: 533

Emnekode: Majo5900 Masteroppgave

Antall ord: 11021

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Forord

Denne masteroppgaven er utarbeidet på grunnlag av resultater fra Babies Born Better prosjektet- et internasjonalt prosjekt gjennomført i Europa. Jeg vil takke lærere som har gitt meg tilgang til de norske resultatene og bruke datamaterialet i min masteroppgave.

Oppgaven er skrevet som en monografi. Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning.

Takk til Aleksander, min kjære samboer som har måttet ta del i alle mine bekymringer og refleksjoner, av og til mot sin vilje. Takk til mamma og pappa som ikke skjønner alt jeg gjør, men som hele tiden sier at dette klarer du og ikke får meg til å tvile på meg selv. Takk til mine to storesøstre Ingrid og Anne. Dere har begge stresset over oppgaven og ikke forstått min måte å jobbe på, men alltid støttet meg og lest gjennom når jeg trengte hjelp. Takk til Tina som har vært en god samtalepartner og lyttet til alle problemer jeg har støtt på.

Takk til Thea for samarbeidet med materialet og gjennom prosjektet vårt. Dette ble ikke som vi planla, men alt ordner seg til slutt.

Takk til veiledere ved OsloMet for all tålmodighet og tid som de har viet til oss!

Sammendrag

Tittel: «Sjef over egen fødsel»

Hensikt: Hensikten med studien er å undersøke hvordan flergangsfødende kvinner i Norge opplevde å føde planlagt hjemme.

Problemstilling: «Hva er viktige erfaringer for flergangsfødende ved planlagt hjemmefødsel i Norge?»

Metode: En kvalitativ studie med 109 kvinner som svarte på en nettbasert spørreundersøkelse delt via sosiale medier. Prosjektet er en del av Babies Born Better studien. Analysert med Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse.

Resultat: Fire temaer ble identifisert: sjef over egen fødsel, nært forhold til jordmor og trygghet, rolig atmosfære i kjente omgivelser og ønsker en endring i organiseringen. Kvinnene hadde stor tilfredshet ved å føde hjemme og la stor vekt på kjent jordmor og å være hjemme i sin private sfære.

Konklusjon: Kvinnene opplevde empowerment gjennom gode samtaler med jordmor og at de kjente alle som skulle være med på fødselen. Fødselen opplevdes trygg og de kunne følge kroppen sin. Fødselen hadde ingen komplikasjoner og bruk av intervensjoner.

Nøkkelord: hjemmefødsel, flergangsfødende, erfaring, kvinners opplevelse, empowerment

Summary

Title: Multipara women's home birth experience

Aim: This study aims to explore how women experienced their home birth and the reason for choosing this.

Thesis question: What are important experiences for multiparous women during planned home birth in Norway?

Methods: A qualitative study with 109 multiparous women who entered an online survey in association with Babies born better study. Analyzed with Graneheim and Lundman's thesis for analysis.

Results: Four main subjects were identified: master of your own birth, a feeling of safety by a close relationship with the midwife, a calm atmosphere in a known environment and a need for change in the way the birth care is organized. The women in the study were very content with giving birth at home and highlighted the importance of known midwife and familiar and private surroundings.

Conclusion: The women in the study experienced empowerment through deep conversations with their midwife and knew everyone that would be present at the birth. The birth felt safe and they were free to give in to their body's signals. The births were without complications or interventions.

Keywords: multipara women, planned home birth, women's experience, empowerment

INNHOLDSFORTEGNELSE

Forord.....	ii
Sammendrag	iii
Summary	iv
1 INNLEDNING.....	1
1.1 Fødselsomsorg i Norge.....	1
1.2 Kvinner som velger å føde hjemme	1
1.3 Helsepersonell som tilbyr hjemmefødsel	2
1.4 Å føde uforstyrret.....	2
1.4 Fører hjemmefødsel til skade hos mor og barn?	3
1.5 Kvinner tilfredshet med jordmor	3
1.6 Kvinner mestringsfølelse	4
1.7 Å være hjemme i trygge omgivelser	4
1.8 Oppsummering	5
1.9 Formålet med oppgaven	5
2 TEORETISK FORANKRING.....	6
2.1 Empowerment begrepet.....	6
2.2 Empowerment i helsevesenet	6
3.0 DESIGN OG METODE	9
3.1 Design.....	9
3.2 Babies Born Better studien.....	9
3.4 Spørreskjema til B3-studien	9
3.3 Rekruttering i B3-studien	10
3.4 Hjemmefødselstudien.....	10
3.5 Utvalg til hjemmefødselstudien	10
Tabell 1: flytskjema med kriterier for utvalg.....	11
3.6 Materiale til hjemmefødselstudien	12
Tabell 2: eksempel på svar av spørreskjema.	12
3.7 Analyseprosessen i hjemmefødsel studien	13
Tabell 3: Eksempel på kondensering.....	14
Tabell 4: Eksempel på hva en kode består av	15
3.8 Forforståelse og refleksjon	16
3.9 Ethiske overveielser	17
4 RESULTATER.....	18
4.1 Sjef over egen fødsel.....	20

4.2 Nært forhold til jordmor ga trygghet.....	21
4.3 Rolig atmosfære i kjente omgivelser.....	22
4.4 Ønsker en endring i organiseringen	23
5 DISKUSJON.....	25
5.1 Autonomi og mestring.....	25
5.2 Kontinuitet med samme jordmor.....	26
5.3 Trygghet og ro i eget hjem	27
5.4 Misnøye med organiseringen	28
6 KONKLUSJON	32
REFERANSELISTE.....	34
VEDLEGG 1.....	36
VEDLEGG 2.....	38
VEDLEGG 3.....	43

1 INNLEDNING

1.1 Fødselsomsorg i Norge

I Norge har vi en differensiert fødselsomsorg der kvinner skal ha mulighet til å velge fødested selv. Lavrisikofødende kan føde ved alle typer fødesteder (Blix, 2017b). Noen kvinner tar valget om å føde hjemme med egen jordmor. Dette tilbudet er ikke en del av det offentlige helsetilbudet som blir gitt til gravide kvinner i Norge (Helsedirektoratet, 2019). Fram til 1960-årene foregikk fødselen hjemme. Den faglærte jordmoren kom inn som en gjest og måtte innrette seg med de muligheter som fantes (Blåka, 2017). Rommet måtte være rent, lyst og luftig. Hendene og et oppmerksomt øye var jordmors viktigste redskap for å diagnostisere og registrere tilstanden til fødekvinnene. Jordmor skulle ikke gripe inn unødvendig. Jordmor og fødekvinne hadde ofte et sterkt bånd siden de var sammen fra fødselens start. Jordmor var i større grad selvstendig, hvor hun utøvde autonomi uavhengig av lege (Blåka, 2017, s. 61). I dagens samfunn er det et fåtall av kvinner som føder hjemme. Tallene for planlagte hjemmefødsler har variert fra 169 i 2014 til 93 i 2018. I 2020 var det 106 planlagte hjemmefødsler i Norge (Folkehelseinstituttet, 2021).

1.2 Kvinner som velger å føde hjemme

Kvinner som ønsker hjemmefødsel, må selv oppsøke jordmor som tilbyr hjemmefødsel. Kvinnen har rett på engangsstønad på 3013 kroner ved hjemmefødsel fra Helfo (Helsedirektoratet, 2020). Kvinnen må selv lage en skriftlig avtale med jordmor som tilbyr hjemmefødsel. I avtalen skal det stå hvor mye kvinnen skal betale, hvor mange svangerskapskontroller hun skal ha, når jordmor skal være tilgjengelig og lignende (Helsedirektoratet, 2020). Før kvinnen kan lage disse avtalene må det avklares med lege eller jordmor om kvinnen er egnet for å føde hjemme. Ifølge Helsedirektoratet (2019) må kvinnen være frisk, hatt et normalt svangerskap med kun ett foster, fosteret skal ligge i hodeleie og kvinnen har ikke hatt tidligere keisersnitt. Dersom det er en kvinne som har født tidligere må hun ha hatt normale svangerskap og fødsler tidligere (Helsedirektoratet, 2019). Kvinner som velger hjemmefødsel i Norge er eldre, har høyere utdanning, røyker ikke, er normalvektige, ofte hjemmearbeidende og har flere tidligere fødsler enn kvinner som velger å føde på sykehus. Dette er kvinner som er innstilt på å føde naturlig uten

legemidler og unødvendige inngrep (Helsedirektoratet, 2012).

1.3 Helsepersonell som tilbyr hjemmefødsel

I Norge faller planlagte hjemmefødsler utenfor regelverk og ordninger som man har for jordmødre som jobber ved sykehus og kommune. Pasientsikkerhet og faglig forsvarlig helsehjelp er da i risiko for å ikke være til stede (Blix, 2017b). I 2012 la helsedirektoratet fram en retningslinje for jordmødre som tilbyr hjemmefødsel. Retningslinjen stiller forsvarlighetskrav til jordmor og bidrar til å gi et forsvarlig tilbud til den fødende kvinnen (Helsedirektoratet, 2012). Retningslinjen anbefaler at kvinnen skal tilbys helhetlig oppfølging av jordmor gjennom svangerskap og fødsel for å øke andelen av normale fødsler uten inngrep. Det anbefales at jordmor skal føre partogram i aktiv fase i fødselen, aktiv trykking en time, overføring til sykehus om placenta ikke forløses etter 60 min blant annet. Jordmor skal ha ferdighetstrening i akutte prosedyrer og jevnlig hospitere i en fødeinstitusjon (Helsedirektoratet, 2012). Helsepersonell i svangerskapsomsorgen skal sikre at kvinnen har forstått informasjonen hun har fått. Dette gjelder også valg av fødested. Kvinnen er fri til å bestemme selv hvor hun vil føde, og har rett på informasjon om dette (Helsedirektoratet, 2018). En britisk studie ville undersøke kvinners kunnskap omkring valg av fødested (Naylor Smith, Taylor, Shaw, Hewison & Kenyon, 2018). Undersøkelsen omfavnet 28 kvinner i fem fokusgrupper, som igjen gjenspeilet en multi-etnisk befolkning. De fant at kvinnene hadde en forventning om at fødsler skulle foregå på fødestuer. Kvinnene manglet informasjon og kunnskap om hjemmefødsel, og hvilke muligheter som lå i hjemmefødsel. Her pekes det på sammenhengen mellom jordmorens rolle og hvordan kvinnen tar valg basert på den informasjonen som gis fra jordmor. Undersøkelsen hevder at kvinnene ikke ble gitt tilstrekkelig informasjon om hjemmefødsel.

1.4 Å føde uforstyrret

Kvinner som velger å føde hjemme har en sterk indre motivasjon til å føde naturlig. En norsk studie av Skrondal, Bache-Gabrielsen og Aune (2020) utforsket hvorfor førstegangsfødende valgte å føde hjemme og hvilken opplevelse de hadde. De fant at kvinnene hadde en sterk medfødt tro på fysiologisk fødsel og at dette påvirket valget på fødested.. En annen norsk studie undersøkte hva kvinner understreker som viktige sider ved omsorg under fødselen (Vedeler, Nilsen, Blix, Downe & Eri, 2021). Temaer som ble identifisert i studien var

medfølelse og respektfull omsorg, et familiefokus, kontinuitet og trygghet. Et sterkt fokus på familie og omsorg var tydelig. Dette viser at kvinner i Norge har en familieorientert tanke der jordmor skal ivareta hele familien.

1.4 Fører hjemmefødsel til skade hos mor og barn?

En Cochrane studie sammenlignet fordeler og ulemper ved planlagt sykehusfødsel med planlagt hjemmefødsel (Olsen & Clausen, 2012). Det viser seg at fødsler som foregår på sykehus har økt bruk av intervensjoner og unødvendige komplikasjoner. Dette kan være på grunn av lett tilgang på medisinske prosedyrer. Alle fødsler som er assistert av erfaren jordmor er trygge, men sykehusfødsler fører til mer bruk av intervensjoner. Det er derimot ingen som kan si med sikkerhet at en kvinne med et ukomplisert svangerskap vil få en fødsel der det ikke oppstår komplikasjoner (Olsen & Clausen, 2012). Reitsma, Simioni, Brunton, Kaufman og Hutton (2020) fant at kvinner som hadde planlagte hjemmefødsler opplevde færre intervensjoner i fødselsforløpet. Det var ingen funn av mødredødelighet i noen av gruppene. En studie fra Norge viser også at planlagt hjemmefødsel har færre inngrep i fødselen og mindre negative mødreutfall sammenlignet med lavrisikokvinner som føder på sykehus (Blix, Huitfeldt, Øian, Straume & Kumle, 2012).

1.5 Kvinnens tilfredshet med jordmor

Kvinner som føder hjemme, har selv oppsøkt en jordmor som tilbyr hjemmefødsel. Ofte har jordmor fulgt kvinnen opp med svangerskapskontroller. Noen skandinaviske studier viser at det er stor tilfredshet med jordmor ved hjemmefødsel. Skrondal et al. (2020) undersøkte norske førstegangsfødendes erfaring med hjemmefødsel og fant at forholdet til jordmor var svært viktig. De etablerte et tillitsfullt forhold, og kvinnene kunne stole på at jordmor visste hva de hadde behov for i fødselen. En liknende studie fra Finland fant at jordmor var god støtte, men ikke avgjørende for den gode fødselsopplevelsen (Jouhki, Suominen & Åstedt-Kurki, 2017). Svenske kvinner beskrev i en studie av Sjöblom, Nordström og Edberg (2006) en stor tro på egen kompetanse, støtte på egne vilkår og en himmelsk opplevelse. En studie fra Canada undersøkte erfaringene til 500 kvinner som fødte planlagt hjemme (Janssen, Henderson & Vedam, 2009). Kvinner følte emosjonell styrke og myndighet gjennom forholdet til jordmoren sin. Jordmor inkluderte kvinnen i planleggingen av omsorgen og tilbragte lang tid med familien. Tilliten som oppsto i deres intense forberedelser og

partnerskapet med jordmor, tillot dem å koreografere fødselsopplevelsen noe som ikke hadde vært mulig i en formell setting (Janssen et al., 2009).

1.6 Kvinners mestringsfølelse

Kvinner som velger å føde hjemme har en stor opplevelse av mestring. En finsk studie av Jouhki et al. (2017) fant at kvinnene fikk en følelse av mestring og tro på seg selv. Det samme kunne den svenske studien til Sjöblom et al. (2006) vise til, der de fant at kvinnene opplevde en følelse av autoritet og autonomi når de fødte hjemme. En annen svensk studie av Lindgren og Erlandsson (2010) viser at kvinner som føder hjemme føler en trygghet på egen evne til å identifisere egne behov. De følte seg mentalt, og fysisk støttet i hendene på mennesker de selv hadde valgt skulle være til stede. En kvalitativ studie fra Finland undersøkte 10 kvinners erfaring med beslutningsprosessen kvinnene gikk gjennom og fødselsopplevelsen de hadde når de fødte planlagt hjemme (Jouhki, 2012). Kvinner opplevde en positiv fødselsopplevelse fordi de fikk ha full autonomi, familiemedlemmer fikk delta, de ble vist tillit til deres evne til å føde, og det var fravær av farmakologisk smertelindring. De så på fødselen som en naturlig prosess. Flere av kvinnene hadde hatt en ubehagelig opplevelse ved tidligere fødsel på sykehuset, eller de hadde hatt en god opplevelse med å føde hjemme.

1.7 Å være hjemme i trygge omgivelser

Kvinner som føder hjemme, legger vekt på tryggheten ved å være hjemme i sine egne omgivelser. De slipper å tenke på å reise til sykehuset, og de kunne kontakte jordmor ved fødselens start. Å være hjemme i trygge omgivelser ga en beroligende følelse som igjen gjorde det lettere å håndtere smerter (Jouhki et al., 2017). Å få jobbe i et uforstyrret rom ble viktig i fødselsprosessen (Lindgren & Erlandsson, 2010). Hjemmet er et trygt sted der kvinner føler at de kan være seg selv. I arbeidet hjemme fant kvinnene en sterk tro på egen kropp og kunne følge kroppens instinkter. (Skronnal et al., 2020). Studien fra Canada fant også at kvinnene følte seg avslappet i eget hjem (Janssen et al., 2009).

1.8 Oppsummering

For å oppsummere har fødselsomsorgen i Norge utviklet seg over mange år. Jordmor har forsvarlighetskrav og et ansvar der de skal ta vare på kvinnen og respektere deres valg. Hjemmefødsel har færre intervensjoner enn ved fødsel på sykehus (Reitsma et al., 2020). Kvinner erfarer med planlagt hjemmefødsel er positiv. Det er stor tilfredshet med jordmor, å være hjemme føles trygt og de føler stor mestring. Ifølge (Blåka, 2017) så pekes det på nødvendigheten av å få kvinner i tale og delta i utformingen av helseomsorgen. For å fremme kvinners helse må deres innsikt og erfaringer bli sett på som en viktig kunnskapskilde. Det levende mennesket er et vesen med mange muligheter, tenkende, følede og talende vesener. Det er nødvendig å få kvinner i tale og å ta aktiv del i utformingen av helseomsorgen. For å fremme kvinners helse må deres innsikt og erfaringer anerkjennes som en viktig kunnskapskilde (Blåka, 2002).

1.9 Formålet med oppgaven

Formålet med oppgaven er å se på hva flergangsfødende kvinner opplever som viktig ved planlagt hjemmefødsel. Valget falt på flergangsfødendes erfaringer da de har med seg en tidligere opplevelse med fødsel, enten det var hjemme eller på sykehus.

Problemstilling:

«Hva er viktig for flergangsfødende ved planlagt hjemmefødsel i Norge?»

Oppgaven vil sette søkelys på hva kvinner opplever som viktig ved hjemmefødsel og hvor vidt de var tilfredse med valget sitt, og hvilke endringer kvinnene eventuelt ville gjort. Hva fungerte, og hva fungerte ikke? Dernest vil oppgavens funn sees i sammenheng med tidligere funn.

2 TEORETISK FORANKRING

Sentralt i denne oppgaven står uttrykket «empowerment» og er således valgt som teoretisk forankring. Verbet «to empower» kan oversettes til «å gi makt», «ansvarliggjørelse», «gi autoritet til» og «gjøre i stand til». I kontekst av oppgaven vil uttrykket kunne sees i sammenheng med hvordan kvinner opplever myndiggjørelse og mestring. Kvinner opplever å få ansvar for egen helse og sin kunnskap om svangerskap og fødsel er styrende. Å få medvirke i bestemmelser som å føde hjemme og å få anerkjennelse for dette, fører til en forsterkende følelse av empowerment.

2.1 Empowerment begrepet

Empowerment er et rammeverk for helsefremmende og forebyggende arbeid (Tveiten, 2017, s. 47). Det gir føringer for medvirkning som innebærer maktfordeling og anerkjennelse av folks kompetanse på seg selv. Empowerment begrepet er vanskelig å oversette til norsk. Det kan forstås som brukermedvirkning, myndiggjøring eller styrking (Tveiten, 2020). WHO definerer empowerment som en prosess som gir mennesker økt kontroll over faktorer som berører og påvirker deres egen helse (Tveiten, 2017, s. 48). Gibson (1991) definerer empowerment slik: «Empowerment er en sosial prosess som bidrar til å identifisere, fremme og styrke folks muligheter til å møte egne behov, løse egne problemer og mobilisere nødvendige ressurser, slik at man oppnår mest mulig kontroll over faktorer som påvirker eget liv og egen helse». Empowerment vektlegger at brukeren ikke er en mottaker, men en deltaker. Deltakelse i avgjørelser som berører eget liv og egen helse er forutsetninger for empowerment (Tveiten, 2020, s. 33). To prinsipper som er grunnleggende i helsefremmende arbeid er synet på pasienten som ekspert på seg selv og pasientens medvirkning og delaktighet i sin helse. En pasient kan ikke påta seg å bli «empowered», det må komme innenfra. For å kjenne følelsen av empowerment må pasienten bevissgjøres, og ha en vilje til å ta kontroll (Helberget & Molnes, 2020).

2.2 Empowerment i helsevesenet

En av hovedoppgavene til svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen er helsefremmende og forebyggende arbeid. Der styrkes kvinnens egne ressurser og muligheten til å ta vare på seg selv og sitt barn. Jordmor veileder, underviser og gir råd for at kvinner skal bli i stand til å ivareta sin egen helse, og til å møte utfordringer tilknyttet svangerskap og fødsel (Tveiten,

2017, s. 53). Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre viser til at jordmødre skal støtte kvinnens rett til å delta aktivt i beslutninger som gjelder egen omsorg. Det skal ikke gå på bekostning av faglig forsvarlighet og trygg fødepraksis (Jordmorforeningen, 2016). Den gravide og jordmoren er likeverdige eksperter på hvert sitt felt. Helsepersonell må gi fra seg makt slik at pasientens egne krefter styrkes. Ved å gjøre dette hjelper jordmoren den gravide til å oppleve en mestring av både svangerskap og fødsel (Helberget & Molnes, 2020).

En systematisk gjennomgang gjort av Nieuwenhuijze og Leahy-Warren (2019) tok for seg 97 vitenskapelige artikler fra alle kontinenter som omhandlet empowerment hos kvinner i svangerskapet. For å realisere empowerment må fem faktorer ligge til rette. Det innebærer et frigjort miljø der kvinnen er fri og har sine rettigheter, likestilling og politiske deltagelse. Kvinnens sosiale nettverk engasjerte og støttet hennes behov. Økt kunnskap om svangerskap og fødsel ved hjelp av fødselskurs, søk på internett og å lytte til andres erfaringer utviklet kvinners evner til å håndtere utfordringer. Muligheten for kvinnen til å velge fødested må være til stede for å oppleve empowerment. Kvinnens deltagelse og kontroll over svangerskap og fødsel bidrar til en følelse av empowerment. Når kvinner opplevde empowerment hadde de en stor tilfredshet med fødselsopplevelsen. Dette kunne bidra til å helbrede opplevelsen fra en tidligere traumatisk fødsel. Kvinner fikk en styrket selvtilit og følelsesmessig velvære. De følte en styrket evne til kontroll over valg og beslutningstaking. En annen studie som har funnet kvinners følelse av empowerment, Lindgren og Erlandsson (2010), beskriver følelsen av å ha kontroll under fødselen som viktig. Kvinnene som deltok i studien, opplevde en følelse av empowerment når de klarte å endre omstendighetene og gjenvinne kontrollen. En annen faktor som bidro til empowerment var indre faktorer som harmoni, kontroll, fokus på fødselsprosessen og ytre faktorer som miljø, varm atmosfære og stillhet.

2.3 Empowerment mellom jordmor og kvinne

I omsorgsforholdet mellom jordmor og kvinne er empowerment et viktig begrep (Berg, 2010). Det handler om å styrke kvinnen og dermed støtte frigjøring av egne ressurser. Det inkluderer å støtte kvinnens følelse av ansvar, uavhengighet, valgfrihet, kunnskap, kapasitet og selvfølelse. Jordmor må fremme kvinnens instinkter ved å følge kroppens signaler og kvinnens sunne fornuft. Jordmor må stole på kvinnens ekspertise og fordele makten over på kvinnen. Dette bidrar også til at kvinnen får styrke til å håndtere andre helseproblemer som overvekt, lav fysisk aktivitet og røyking (Berg, 2010). Leap (2010, s. 19) vekt på at forholdet mellom jordmor og kvinne er basert på gjensidig respekt, tillit og potensialet for at begge

parter kan lære noe av hverandre. Empowerment fremmer kvinnens innsikt i å se seg selv som den viktigste ressursen i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid (Berg, 2010). Jordmor må se hvor kvinnen befinner seg i øyeblikket. For å se den andres perspektiv må jordmor legge vekk fagperspektivet og se hva kvinnen ønsker av henne. Dette gjøres ut fra en oppfatning om at kvinnen er ekspert på egen kropp og forstår prosessene i den. Når grunnlaget for relasjonen er satt kan dialogen og videre behandling startes. For å oppnå kontroll over eget liv er selvbevissthet rundt og bevissthet rundt egen situasjon og hvordan vi kan påvirke våre omgivelser en stor forutsetning. Utvikling av personlig kompetanse og deltakelse i å definere behov og problemer og beslutninger som handler om eget liv (Tveiten, 2020, s. 33). For en kvinne som skal føde er det viktig med opplevelse av sammenheng for å håndtere utfordringene med svangerskap og fødsel (Aune & Kolset, 2017, s. 274).

3.0 DESIGN OG METODE

3.1 Design

Designet for denne oppgaven er kvalitativt. Dette er en forskningsstrategi for å beskrive, analysere og fortolke karaktertrekk, egenskaper eller kvaliteter ved et fenomen som studeres (Malterud, 2017, s. 30-33). Designet ble valgt for å fange kvinners opplevelse med omsorgen de fikk ved planlagt hjemmefødsel. Kvalitativ tilnærming er godt egnet for å utforske dynamiske prosesser som samhandling og utvikling (Malterud, 2017). Kvalitativ metode brukes når man vil vite mer om menneskelige erfaringer og tanker. Dette kan styrke forståelsen for menneskers handlinger. Målet for kvalitativ design er forståelse framfor forklaring, man vil beskrive og forstå verden fra deltakernes perspektiv (Malterud, 2017).

3.2 Babies Born Better studien

Studien er basert på materiale fra Babies Born Better, eller B3 som den forkortes til (Babies Born Better, 2020). Dette er et prosjekt som har blitt utarbeidet av et internasjonalt forskningsteam og utføres i Europa. Teamet består av rundt 100 leger, jordmødre, akademikere og flere. Studien ble finansiert av EU gjennom to COST aksjoner. Målet er å finne ut av hvordan kvinner opplever fødselsomsorgen i Europa. Dette er for at fremtidens fødselsomsorg skal kunne forbedres. B3-studien har gått over flere perioder, og samler nå inn data til versjon 3.

3.4 Spørreskjema til B3-studien

For innhenting av data om kvinners erfaring med fødselsomsorgen, ble et nettbasert spørreskjema utarbeidet. Spørreskjemaet inneholder 20 spørsmål. Deltageren får ved skjemaets start informasjon om prosjektet og oppbyggingen av spørreskjemaet. Alle data blir anonymisert. Deltageren blir bedt om å skrive alder, hvilket land og by du er fra, om du er født der og når du eventuelt flyttet til landet. Deltageren blir gjort oppmerksom på at det er ønskelig med deltagelse fra kvinner som har innvandret til landet. Derfor etterspørres årsaken til at personen flyttet til landet. Dette er all bakgrunnsdata som omhandler mor. Så følger spørsmål om deltagerens barn, hvor mange barn har du født og har du født innen de fem siste år. Så kommer spørsmål om svangerskapet. Hvilken svangerskapsuke ble barnet ble født i, hadde du sykdommer i svangerskapet. Kvinnen bes å skrive fødestedet med alternativer som fødeavdeling i et sykehus, fødeenhet for normalfødsler, frittstående fødestue eller hjemme. Hvilken yrkesgruppe (leger, jordmødre og sykepleiere) tok seg mest av deg.

Deretter skal kvinnen rangere de tre beste tingene med omsorgen hun fikk under fødselen med best, nest best og tredje best. Det samme er på neste spørsmål der kvinnen kunne fått endre tre ting med omsorgen hun fikk. Etter dette skal kvinnen tenke at en venninne eller familiemedlem er gravid og bruke seks ord eller uttrykk som en ærlig vurdering av omsorgen du fikk der du fødte barnet Til slutt kan kvinnen skrive kommentarer der hun kan forklare svarene sine mer om hun har annen informasjon om erfaringene sine i fødselsomsorgen.

3.3 Rekruttering i B3-studien

Rekruttering av deltakere til studien foregikk via sosiale medier. Skaperne av studien delte informasjon på relevante grupper på Facebook rettet mot gravide og de som har født, for eksempel termingrupper og ammehjelpen. Gruppens administrator ble oppsøkt og bedt om å legge ut informasjon og lenke til undersøkelsen på sine forumer.

Kvinnene er selvrekrutterte da de selv har tatt initiativ til å delta. Studien reklamerte med at de søkte etter informasjon fra kvinner som hadde født i løpet av de fem siste årene og hva deres erfaringer var med fødselsomsorgen.

I denne studien er det et tilfeldig utvalg. Intervjupersonene kunne selv oppsøke spørreundersøkelsen, kriteriet var at de hadde født for fem år siden.

3.4 Hjemmefødselstudien

Denne oppgaven blir omtalt som hjemmefødselstudien. Forskningsmaterialet er data hentet inn fra Babies Born Better studien. Dette er fra norske kvinner som har svart i spørreskjemaet at de hadde planlagt hjemmefødsel. Materialet til denne studien er fra versjon 1. Dette ble innhentet mellom 2014 og 2016. 37608 kvinner fra 30 land deltok i surveyen. 8479 kvinner var fra Norge (Akooji, 2016).

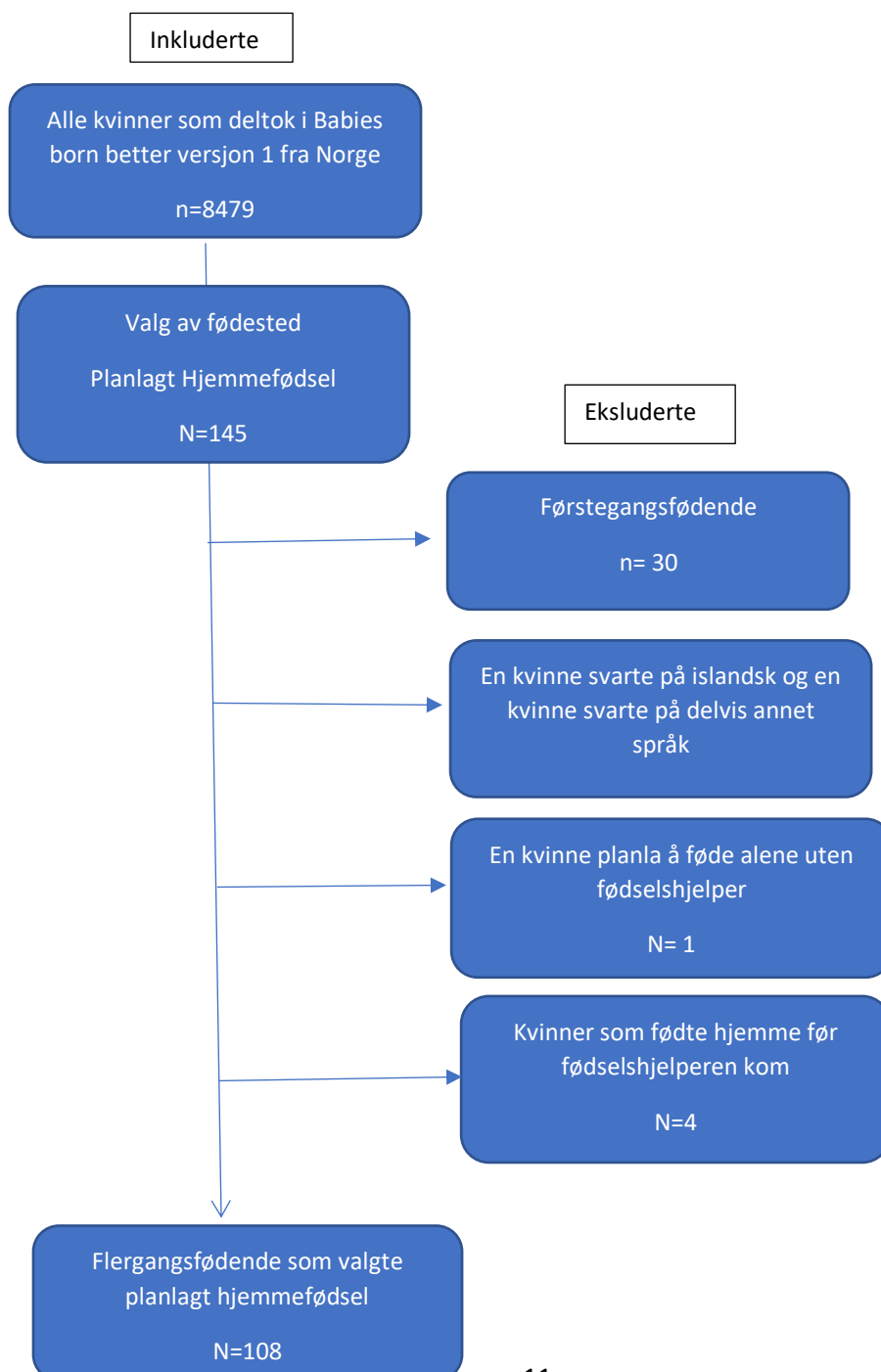
3.5 Utvalg til hjemmefødselstudien

Utvalg bestemmer hvilke sider at en sak vi kan si noe om (Malterud, 2017, s. 58). I en kvalitativ studie må forskeren etablere et skarpt blikk på utvalgets egenart, og betydningen dette har for overførbarheten av ny kunnskap som utvikles. Utvalget skal derfor settes sammen slik at de inneholder rikt og variert materiale om det du ønsker å si noe om når studien er gjennomført. Materialet som vi fikk, bestod av alle kvinner i studien som hadde svart at de hadde en planlagt hjemmefødsel. Det var 145 kvinner. Inklusjonskriteriet for

studien ble utarbeidet sammen. Det første inklusjonskriteriet var flergangsfødende. Svarene skulle være på norsk eller engelsk. Kvinner som svarte på andre språk enn dette ble ekskludert. Grunnen var redselen for å miste viktig innhold ved oversetting. Ved gjennomlesning av materialet fant vi kvinner som hadde svart at de fødte hjemme, men ved nærmere undersøkelse var dette uplanlagt. En annen kvinne hadde født hjemme, men uten fødselshjelper.

Kriterier for utvalg av enheter blir vist i dette flytskjemaet

Tabell 1: flytskjema med kriterier for utvalg



3.6 Materiale til hjemmefødselstudien

Materialet til hjemmefødselstudien er fra den siste delen av spørreskjemaet som omhandler fødselen. De fire spørsmålene er som følger:

«Spørsmål 15. Hva var de tre beste tingene ved omsorgen du fikk under fødselen? Skriv det du synes var aller best først.»

«Spørsmål 16. Hvis du hadde makt til å endre tre ting i omsorgen du fikk, hva ville det vært? Skriv det viktigste først.». Under både spørsmål 15 og 16 skrives svarene inn i bokser med best, nest best og tredje best.

«Spørsmål 17. Tenk deg at en god venninne eller et familiemedlem er gravid. Du blir spurt om å gi en ærlig vurdering av omsorgen du fikk der du fødte ditt yngste barn. Du kan bruke inntil seks ord eller uttrykk for å beskrive dette.»

Spørsmål 18: kommentarfelt hvor det er mulighet for å utdype de tidligere svarene eller komme med andre innspill om egne erfaringer fra fødsel.

Materialet er i tekst. Det er variasjon i hvor mye kvinnene har svart. Noen svarer med flere ord hva som var det beste med omsorgen, mens andre svarer med ett ord. Deltageren har mulighet til å utdype i kommentarfeltet. Dette har flere av deltagerne benyttet seg av.

Tabell 2: eksempel på svar av spørreskjema.

15. Hva var de tre beste tingene ved omsorgen du fikk under fødselen? Skriv det du synes var aller best først.

1. Trygghet
2. dyktig jordmor som lot meg føde i fred
3. God atmosfære mellom meg, mannen og jordmor

16. Hvis du hadde makt til å endre tre ting i omsorgen du fikk, hva ville det vært? Skriv det viktigste først.

1. at staten også kan betale for jordmødrenes beredskapstid. Hjemmefødsel vil uansett bli mye billigere for staten.
2. Ellers ingenting som kunne vært bedre.
- 3.

17. Tenk deg at en god venninne eller et familiemedlem er gravid. Du blir spurt om å gi en ærlig vurdering av omsorgen du fikk der du fødte ditt yngste barn. Du kan bruke inntil seks ord eller uttrykk for å beskrive dette.

1. Meget god
2. glede
3. fred
4. trygghet
5. tålmodighet

18. Kommentarer:

Min siste fødsel, som er min eneste hjemmefødsel, var helt fantastisk! Jeg opplevde nesten ikke det man kaller smerte, men fikk ro og trygghet til å la kroppen få jobbe. Skulle gjerne hatt en sånn opplevelse igjen. Også blødningene og etterriene etterpå var mindre og ikke så vonde.

3.7 Analyseprosessen i hjemmefødsel studien

For analyse av innsamlet materiale ble Graneheim og Lundman sin kvalitative innholdsanalyse anvendt (Graneheim & Lundman, 2008). Som nye forskere er det viktig å følge en oppskrift for analyse og det finnes flere. Vi valgte Graneheim og Lundman fordi den er lettfattelig og god i praksis. Ved analyse av kvalitativ tekst, brukes en induktiv tilnærming som kan baseres på folks historier om deres erfaringer med for eksempel hvordan det er å leve

med en kronisk sykdom. Deduktiv analyse har en mal, modell eller teori som de går ut fra og er mer bundet til problemstillingen. Fokuset er å beskrive variasjoner gjennom å identifisere forskjeller og likheter i tekstinnholdet kilde. I en kvalitativ analyse kan problemstillingen endres underveis. Problemstillingen i denne studien har hatt mange endringer. Under analyseprosessen blir meningsenheter kondensert, en prosess som gjør teksten kortere og mer håndterlig. Ved kondensering er det viktig å bevare innholdet og ikke miste vesentlige ting. Deretter blir den kondenserte teksten sortert til koder. En kode er en etikett på en meningsenhet som beskriver innholdet. Etter dette blir koder som har lignende innhold sortert i subkategorier og deretter i kategorier. Tolkning av teksten forutsetter at forskeren har kunnskap om sammenhengen studien er gjennomført i (Graneheim & Lundman, 2008).

Analyseprosessen startet med at vi var to som leste gjennom alt datamaterialet. Vi dannet oss et helhetsbilde (Graneheim & Lundman, 2008, s. 165). Sammen reflekterte vi over de første temaene som dannet seg. Vi festet blikket ved gjentatte ord som trygghet, ro, kjent jordmor og kjent miljø. En problemstilling ble utarbeidet nærmere og prosessen med å inkludere og ekskludere var gjort. Nå startet arbeidet med å identifisere meningsenheter som var relevante for problemstillingen. En meningsenhet er ord, setninger eller avsnitt som inneholder aspekter knyttet gjennom innhold og kontekst (U. H. Graneheim & Lundman, 2004). I materialet finnes mange korte meningsenheter. Noen svar har vært lengre og trengte å kondenseres.. Å kondensere er å gjøre teksten kortere samtidig som man passer på å ikke miste det vesentlige.

Tabell 3: Eksempel på kondensering

Original	Kondensat
Jeg var innom sykehus i noen timer da jeg fødte min første og har ikke mye positivt å si om det. Legen viste respekt og håndhilste og presenterte seg, det satte jeg enormt stor pris på. Sykepleierne var hensynsløse, og presenterte seg ikke, noe jeg synes bidrar i feil retning når det gjelder å føle seg som et menneske. Jeg opplevde at det ble satt og forsøkt satt medikamenter med sprøyte uten mitt samtykke, noe jeg ikke på noen måte synes er ok. Jeg følte meg terrorisert i forbindelse med første toalettbesøk etter fødsel. Jeg synes ikke det var ok at sykepleier gikk rett inn uten å spørre. Jeg er fortsatt forbannet for at jeg følte med presset til å si	Jeg var innom sykehus i noen timer da jeg fødte min første og har ikke mye positivt å si om det. Legen viste respekt og håndhilste og presenterte seg, det satte jeg enormt stor pris på. Sykepleierne var hensynsløse, og presenterte seg ikke, noe jeg synes bidrar i feil retning når det gjelder å føle seg som et menneske. Medisiner ble satt uten mitt samtykke og deg

ja til kateter fordi jeg ikke urinerte fort nok. Problemet hadde ikke vært til stede om jeg fikk privatliv og respekt.	syntes dette ikke var ok. Jeg opplevde at det ble satt og forsøkt satt medikamenter med sprøyte uten mitt samtykke, noe jeg ikke på noen måte synes er ok.
My midwife should not have pulled my baby out of me after her head was born, but calmly waited until the next rush and let me catch her myself. Oversatt til norsk: Jordmor skulle ikke ha dratt barnet ut etter at hodet var ute, men heller ventet til neste ri og latt meg ta henne imot selv.	Jordmor skulle ikke ha dratt ut barnet, men heller latt meg ta imot selv.

Deretter startet kodelarbeidet. En kode er en etikett på en meningsenhet som beskriver innholdet kilde (Graneheim & Lundman, 2008). Sammen sorterte vi meningsenheter som lignet på hverandre. Mange av enhetene var synonyme fordi kvinnene hadde svart med ett ord som beskrev omsorgen. Etter første runde med kodelarbeid hadde vi 53 koder. Mange av kodene var like og kunne sorteres igjen. Etter tre runder med sortering i fellesskap hadde vi 30 koder. Prosessen ble gjort over flere omganger for å være sikker på at alt ble inkludert. Et eksempel på en kode finnes i tabell 3.

Tabell 4: Eksempel på hva en kode består av

Kode: Hjemmefødsler som en del av det offentlige tilbudet
Legge til rette for hjemmefødsler uten å måtte betale jordmor selv
Legeundersøkelse hjemme
Blodprøver hjemme
Flere burde få mulighet til å føde hjemme!
barneleger burde gjøre hjemmebesøk for barneundersøkelsen
Hjemmefødsel som en jevnbyrdig del av det offentlige tilbudet
Ønsker hjemmefødsel som en del av det normale fødselstilbudet.
Bedre system for oppfølging av mor og barn etter fødsel, spesielt hjemmefødsel (mangler system for nyfødtundersøkelse bl.a)
statlig tilrettelegging for hjemmefødsler
Større ressurser slik at jordmødrene fikk god nok lønn og vi ikke måtte betale selv

hatt jordmor nærmere
(ville endret på) tilgjengeligheten
jordmor tilgjengelig lokalt (min hjemmejordmor reiste i tre timer)

Deretter sorterte vi til kategorier. En kategori består av flere koder med lignende innhold (Graneheim & Lundman, 2008). Å slå sammen koder viste seg å være vanskeligere enn forutsatt. Blindet av alle erfaringene slo vi sammen alle negative erfaringer i en subkategori og kategori. Etter tilbakemelding fra veiledere forsto vi at dette måtte endres på for å flere nyanser inn i kategoriene. Det ble laget ni kategorier. Etter dette sorterte vi kategoriene til temaer. Når man lager tema, kombinerer man det underliggende innholdet i flere kategorier. Temaer ble formulert basert på teksten som en helhet. Utviklingen av tema foregår gjennom analysearbeidet og er det mest uttalte budskapet. Fire temaer ble sluttresultatet. Hovedfunnene blir diskutert opp mot forskning og teori i diskusjonsdelen.

3.8 Forforståelse og refleksjon

Ifølge Malterud (2017, s. 44) er forforståelse en ryggsekk med erfaringer vi tar med oss inn i et prosjekt. Den kan påvirke måten vi leser, samler og tolker våre data på. Dette kan styrke prosjektet eller det kan bli en tung bær, fordi det kan handle om alt vi bærer med oss og ikke det som vi ser langs veien. Forfatteren av denne oppgaven er sykepleier, nå jordmorstudent. Jeg er vokst opp i Innlandet med 1,5 times kjøretur til sykehus.

Ved starten av denne prosessen var holdningen min til hjemmefødsel åpen. Jeg tenkte at dette vet jeg for lite om og at jeg har ikke hørt om noen i nærmiljøet mitt som har hatt hjemmefødsel. Derfor kom tanken om at kvinner som velger dette må ha god økonomi og i utgangspunktet bo nært et sykehus. Som oppvokst på gård har jeg erfaring med kalving, der har jeg lært og erfart at man ikke skal forstyrre dyret i fødsel og bare tre inn når det er nødvendig. Dette ser jeg går igjen ved fødsel hos kvinner og spesielt ved hjemmefødsel. Gjennom prosessen med å finne artikler rundt hjemmefødsler ble forforståelsen min forandret. Kvinner som velger å føde hjemme har et stort kunnskapsområde. De er mer forberedt på en fødsel i forhold til mange kvinner jeg selv har møtt gjennom praksis på sykehus. Min oppfatning i dag er at flere kvinner burde ha den samme forberedelsen og stole mer på kroppen sin.

3.9 Etske overveielser

Ifølge Malterud (2017, s. 214) skal forskeren sørge for at deltakeren kan kjenne seg trygg på at personvern og anonymitet blir tilstrekkelig ivaretatt uten mulighet for gjenkjennelse.

Materialet ble hentet inn via et nettskjema. Babies Born Better prosjektet har informert om at alle deltagere blir anonymisert. Deltageren kan lese at de tar sikkerhet og anonymitet på alvor, og jobber aktivt for at eventuell informasjon av privat karakter skal holdes privat (Vedlegg 1). B3-prosjektet er godkjent av The BuSH ethics committee i England (Vedlegg 2). Deres data er anonymiserte, og lagres og oppbevares på trygge servere. For å kunne få tilgang til allerede innhentet materiale i B3-prosjektet ble en søknad sendt. Dette er en formalitet for at de skal ha oversikt over alle data som brukes. Data som ble godkjent for bruk var anonymisert ved overrekkelse til forfatteren. Dermed er B3-studien trygg i forhold til personvern og anonymitet.

4 RESULTATER

Studien inkluderer datamateriale fra 108 kvinner som fødte planlagt hjemme i tidsrommet 2009 til 2014. Alle fødte i Norge. Kvinnene som deltok i studien, var mellom 21 og 42 år. De hadde mellom 2 og 5 barn, og de fødte mellom gestasjonsuke 38 og 42.

Etter analysen av materialet ble det identifisert fire hovedfunn: sjef over egen fødsel, nært forhold til jordmor ga trygghet, rolig atmosfære i kjente omgivelser og ønsker en endring i organiseringen.

Tabell 4: Kode, kategori og tema

Kode	Kategori	Tema
Autonomi og respekt for kvinnens kropp og ønsker	Autonomi og mestring i fødsel	Sjef over egen fødsel
Stor mestringsfølelse og empowerment		
Kontroll over fødselen		
Føde uten prosedyrer	La kroppen jobbe i fred	
Få jobbe i fred uten forstyrrelser		
Stole på deg selv og ha respekt for fødeprosessen		
Hjemmefødsel etter (negativ) sykehusfødsel		
Å føde med jordmor man kjenner og er trygg på	Trygghet og styrke ved kjent jordmor	Nært forhold til jordmor ga styrke
Trygghet og visshet om at jeg var i gode hender		
Omsorgsfulle jordmødre med respekt for meg og familien min		
Styrket av jordmors omsorg		

Faglig dyktig og kunnskapsrik jordmor	Faglig dyktig jordmor som fulgte opp gjennom svangerskap-, fødsel-, og barseltid	
Tilstedeværelse gjennom hele fødselen		
Doulas omsorg og praktiske støtte	Støtte	
Støtte og anerkjennelse fra de til stede		
Kontinuitet i svangerskap-, fødsel og barselomsorg		
Ønske om mer oppfølging og støtte utenom selve fødselen	Mangler ved oppfølgingen ved hjemmefødsel	
Ønske om mer tid og støtte under fødsel fra jordmor		
Drømmefødsel	Stor og personlig opplevelse	Rolig atmosfære i kjente omgivelser
Naturlig og ukomplisert fødselsforløp		
Nært, intimt og personlig opplevelse		
God opplevelse for hele familien		
Anbefaling til andre om å føde hjemme		
Ro i tiden etter fødsel	Fredelig og avslappende miljø	
Ro ved å være hjemme og en avslappende atmosfære		
Kjent miljø og mulighet til å være hjemme		
Hjemmefødsel skulle vært gratis	Ønske om mer informasjon og økonomisk tilrettelegging	Ønsker en endring i organiseringen
Hjemmefødsel som en del av det offentlige tilbudet		

Mer informasjon fra helsepersonell om hjemmefødsel	Misnøye med syn på hjemmefødsel	
Ønske om forståelse for valget om å føde hjemme		

4.1 Sjef over egen fødsel

Et viktig funn i svarene fra kvinnene er at de følte en stor grad av mestring og empowerment. Flere kvinner beskriver at de følte de selv var sjef over egen fødsel. Ordet autonomi nevnes hyppig, og bekrefter at det å få styre fødselen selv, og lytte til kroppens signaler, var viktig. I dette ligger også at jordmødrene holdt seg i bakgrunnen, og lot kvinnene jobbe. Det at jordmor forholdt seg rolig i bakgrunnen beskrives av kvinnene som et tegn på at alt var bra, og at de gjorde ting riktig. Kvinnene beskriver også at de selv hadde en iboende tro på at de kunne føde, og de kjente seg trygge på at fødselen gikk bra. Troen på egen fødekraft og egen evne skapte mestringsfølelse.

«Jeg hadde anledning til å la kroppen ta styring, alt annet var ivaretatt. En drøm å møte styrken i meg, med ro, trygghet og tro. Det var i stor grad skapt av flinke folk som kjente meg og kjenner prosessen»

Flere beskriver en følelse av kontroll over fødselen og det opplevdes som sin egen fødsel, «min fødsel». Flere opplevde at fødsel på sykehus var som å være på samlebånd. Beskrivelsene fra tidligere sykehusfødsler omhandler i stor grad følelsen av å være en i mengden. Fødselen som skulle være en stor, personlig begivenhet ble borte i prosedyrer, regler og flere vaktskifter. Noen påpeker at fødsel på sykehus har vært en stressende opplevelse. Flere nevner at de har opplevd intervensjoner og at det har manglet informasjon rundt dette. Kvinnene beskriver en følelse av å være umyndiggjort og ikke delaktige i valg rundt egen fødsel. Andre påpeker at stresset kom av at jordmødrene hadde dårlig tid, men at de kan forstå at dette er et problem på systemnivå og ikke jordmødrenes egen feil.

«Ro til å kunne følge kroppens signaler og ikke bli vurdert av «fremmede» om jeg var «nok» i fødsel.»

Hjemmefødslene beskrives som en fødsel uten prosedyrer, og det nevnes blant annet at de ikke har hatt vaginale undersøkelser, medisiner og eller bruk av apparater (annet enn doppler) når de fødte hjemme. Det nevnes også at fraværet av tidspress gjorde opplevelsen fin. Flere har svart at de følte at på sykehus måtte de føde innen et visst tidspunkt. Hjemme kunne de føde uten å tenke på klokka eller stresse med at det at det ville komme et vaktskifte (eller fler).

Som nevnt i begynnelsen, er opplevelsen av autonomi viktig for kvinnene. Rom til å bestemme selv og føde på egne vilkår står sterkt som resultat av å føde hjemme. Trygg og rolig jordmor i bakgrunnen ga også partner mer spillerom, og fødselen skapte rom for empowerment.

4.2 Nært forhold til jordmor ga trygghet

Kontinuitet er noe mange av kvinnene beskriver som det beste med å føde hjemme. Jordmor som er til stede under fødselen, er den samme som kvinnene har truffet tidligere i svangerskapet, og som også tar seg av barselbesøk.

Kvinnene beskriver en kjent jordmor som et stort pluss. Det er allerede etablert en relasjon, og man vet at man har god kjemi. En av kvinnene beskriver at dette gjorde henne trygg på seg selv og på fødselsprosessen. Det å slippe å bli kjent med flere jordmødre over flere vaktskift, og en jordmor som vet dine ønsker er viktig. De vet at oppfølgingen de får er tilpasset dem, og fant god hjelp i samtaler med jordmor i forkant av fødselen, samt trygghet i at jordmor var tilgjengelig også etter fødsel.

«En fantastisk god opplevelse å føde hjemme, men en omsorgsfull og dyktig jordmor som fulgte meg fra tidlig i svangerskapet til langt ut i barseltiden. Super oppfølging før, under og etter fødsel.»

Flere av kvinnene beskriver et ønske om å få mer tid med jordmor under fødselen og at de burde ha kontaktet henne tidligere da fødselen gikk raskt. Noen hadde også en hjemmejordmor med lang reisevei. Andre skulle ønske at jordmor hadde bedre tid etter

fødselen og når barnet var ute. Til tross for at det jevnt over er veldig positive beskrivelser av jordmors tilstedeværelse, er det kvinner som har svart at de savnet at jordmor var mer involvert under fødselen. Det er ønske om at jordmor er mer «hands on» ved for eksempel å gi støttende håndgrep under utdrivelsen. En beskriver også at jordmor var noe brysk og løftet barnet ut selv om mor hadde ønsket å få ta imot barnet selv.

Mange av kvinnene beskriver en trygghetsfølelse ved at jordmor viste henne tiltro, og bevarte roen under fødselen. Jordmors måte å vise kvinnen at hun stolte på henne og hennes fødekraft og evne var viktig. Vennlighet, tålmodighet og forståelse er ord som ofte ble brukt til å beskrive jordmødrenes omsorg under hjemmefødselen.

«Begge jordmødrene var kjent for oss og de hadde kun fokus på meg og hadde tid til oss. Som forberedelse før fødselen hadde jordmor vist meg hvordan jeg kunne slappe best mulig av under riene. Dette var utrolig avgjørende for at jeg klarte å jobbe meg gjennom hver en ri, nesten som en meditasjon.»

4.3 Rolig atmosfære i kjente omgivelser

Mange av kvinnene som valgte å føde hjemme beskriver en opplevelse av fred og ro. Roen kan bestå av rolig atmosfære, fravær av stressende faktorer som å reise til sykehus og tryggheten ved å få være i kjente omgivelser. Ro, fred og trygghet nevnes hyppig blant mange av svarene. Noen svarer med korte ord, mens andre beskriver sin egen opplevelse av hva roen gjorde for dem under fødselen. Det nevnes blant annet at roen opplevdes som smertelindrende. Det kan være de trygge og kjente omgivelsene i eget hjem, mat som den fødende liker og kan ordne selv og en rolig og trygg stemning blant de som er til stede. Roen kan beskrives som en indre og en ytre faktor. Flere beskriver en opplevelse av frihet og velbehag.

«Hjemmefødsel gir en helt annen ro enn sykehusfødsel og er dermed smertelindrende i seg selv!»

Den rolige atmosfæren varer også etter at fødselen er over. Fødselen får ta den tiden den vil, og det er ikke hastverk med å kutte navlestrengen, veie barnet eller forløsning av placenta.

Å få være i sine egne kjente omgivelser gjør at både den som føder og partner opplever mindre stress, og det nevnes i svarene som avslappende å få være hjemme. Å få legge seg i sin egen seng etter fødselen er også et poeng flere nevner.

Partner og families nærvær er viktig for flere som føder hjemme. Kvinnene beskriver selv fødslene hjemme som en opplevelse for hele familien. De nevner å ha hatt barn og husdyr til stede under fødsel. Eldre søsken beskrives som delaktige og gode støttespillere, sammen med den andre forelderen og jordmor. Fødselen hjemme er noe som binder dem sammen, og gjør relasjonen nærere og sterkere. Glede, kjærlighet og nærhet er ord som flere bruker for å beskrive fødselen. En intim atmosfære, og en lukket sirkel med få mennesker som paret som kjenner fra før er viktig. Fødselen beskrives også som noe som styrket båndet og relasjonen mellom foreldrene. Fødselen var deres felles opplevelse, ikke noe som bare skjer med kvinnens kropp.

«At alt var naturlig, mann, barn og hundene våre var i samme rom»

Kvinnene beskriver fødselen som mer naturlig og ukomplisert, og opplevelsen av eufori, ekstase og lykke er utbredt blant svarene. En kvinne beskriver sin hjemmefødsel som en drømmefødsel. Mange sier at de ikke ville endret på noe, og at de ville anbefale å føde hjemme til andre kvinner. Fantastisk, harmonisk og perfekt er andre ord som beskriver hjemmefødselen. Mange av kvinnene med erfaring med hjemmefødsel sier de vil anbefale andre kvinner å føde hjemme. Flere poengterer at om man er frisk og har muligheten burde man vurdere å føde hjemme.

4.4 Ønsker en endring i organiseringen

Til tross for overveiende positive beskrivelser av hjemmefødsler, er det en ting kvinnene er enige om. Det handler i stor grad om informasjon rundt hjemmefødsler, og en opplevelse av at det er få ting i organiseringen av dette som er bra nok. Et gjennomgangstema for mange er at systemet rundt hjemmefødsler er unødvendig vanskelig, og at mye avhenger av at man ordner alt selv. De nevner at det er lite informasjon fra fastlege eller helsestasjon om hjemmefødsel, og at normen om å føde ved sykehus er sterk. Det ytres et ønske om at jordmødre og fastleger i større grad informerte om muligheten til å føde hjemme under svangerskapskontrollene, og at det burde spørres om man ønsker å føde ved sykehus eller hjemme. Flere nevner at prosessen med å finne en hjemmjordmor har vært tidkrevende, og savner et enklere system for dette.

Mange av kvinnene skulle ønske at hjemmefødsler var gratis, og likestilt med fødsel på sykehus. De savnet økonomisk støtte. Andre nevner at de skulle ønske det kostet mindre, at det var høyere refusjonsandel og at jordmødre skulle få flere ressurser for å kunne tilby hjemmefødsler. Ressurser i form av økte økonomiske midler til å kunne være to jordmødre under hele fødselen er et ønske. Det legges vekt i svarene på at hjemmefødsler er noe som ikke er tilgjengelig for alle grunnet økonomi, og at informasjon om emnet kan være vanskelig å få tak i.

«Å slippe å måtte betale selv for at samfunnet slipper kostnaden av sykehusfødsel. Sier noe om synet til samfunnet. Opplevs krenkende!»

Kvinnene skulle ønske det var system som ivaretok nyfødtundersøkelser og blodprøver hjemmefra. Dette henger også sammen med ønsket om bedre organisering. Valget om å føde hjemme handler for mange om å få mer ro, og slippe å reise ut av sin trygge sfære. Den rolige og trygge atmosfæren rundt å føde hjemme brytes når kvinnene må inn til sykehus for å utføre barnelegeundersøkelse og nyfødtscreening. Noen forteller at de har opplevd å få dette hjem i barseltiden, men det nevnes ikke om det er satt i system på noe vis, og er antageligvis avhengig av jordmors egne kontakter eller nettverk.

Flere kvinner oppgir å ha blitt fortalt at de er dumme eller egoistiske for å ha valgt å føde hjemme, og har fått høre at de setter barnets liv i fare. Kvinnene opplever det som viktig å bli tatt på alvor når de ønsker å føde hjemme. Informasjon om at dette er et trygt tilbud for friske gravide kvinner burde være noe folk generelt fikk kjennskap til. En kvinne sier at hun valgte å holde sin plan om å føde hjemme for seg selv, da hun ikke ønsket å bli hånet eller kjeftet på av mennesker som tror at det er farlig å føde hjemme.

«Mer kunnskap rundt hjemmefødsel i samfunnet! Opplevd å bli stemplet som dum og egoistisk som har valgt hjemmefødsel.»

5 DISKUSJON

Denne studien søker kunnskap om norske flergangsfødende kvinners erfaring med planlagt hjemmefødsel. Hjemmefødselsstudien har sett på hva kvinnene selv nevner som viktig for dem ved hjemmefødsel, og det er identifisert fire hovedfunn. I denne delen vil vi diskutere våre funn.

5.1 Autonomi og mestring

Resultatene i studien viser at kvinnene brukte ord som autonomi og mestring for å beskrive følelser de fikk når de fødte hjemme. De lyttet til kroppens signaler mens jordmor holdt seg i rolig i bakgrunnen. Dette ga kvinnen trygghet, men også kontroll over fødselen sin. Kvinnen følte ikke på tidspress, og kunne følge kroppen sin. Det samme kommer fram i en studie av 500 kvinner med planlagt hjemmefødsel i Canada (Janssen et al., 2009), i denne studien følte kvinnene seg myndiggjort. Dette tillot kvinnene å slappe av og oppleve å bli lyttet til, og følte seg respektert. De følte seg følelsesmessig støttet av jordmor. En svensk studie om kvinners erfaringer med empowerment under planlagt hjemmefødsel (Lindgren & Erlandsson, 2010) viste at den fødende kvinnen følte seg trygg på jordmoren hun selv hadde valgt. En liknende studie utført i Finland (Jouhki et al., 2017) viste at kvinner følte at bare tilstedeværelsen til jordmor var nok. Oppmuntringen og støtten jordmor ga, samt at hun holdt avtaler de hadde planlagt var viktig. Dette førte til en følelse av trygghet og mestring. Det kan se ut som opplevelsen av autonomi og mestring er en viktig side av kvinners erfaringer med planlagt hjemmefødsel slik resultatene i vår studie viser. Autonomi og mestring kan forstås i lys av begrepet empowerment. At kvinnen føler empowerment kan forstås som resultatet av en prosess som kvinnen og jordmor har jobbet seg fram til hvor kvinnen tar ansvar for egen helse, anerkjennes for sin innøvde kompetanse og kan medvirke i ivaretagelse av egen helse (Tveiten, 2020). Tveiten (2017) viser til at empowerment innebærer maktfordeling og anerkjennelse av folks kompetanse på seg selv. Man kan i vår studie se at jordmor har blitt godt kjent med kvinnen som skal føde og vet hennes kunnskapsnivå. Samme jordmor fulgte dem opp i svangerskapet og fødsel. Gjennom samtaler i svangerskapet, kjente jordmor de godt og jordmor visste hva de ønsket. Når dette grunnlaget var på plass, følte kvinnen at hun kunne følge kroppen sin. Dette var avgjørende for den gode opplevelsen og opplevelser av autonomi og mestring i vår studie. Tveiten (2017) skriver også at makten til helsepersonell flyttes til pasienten som blir ekspert på seg selv. Ved å la kvinnen delta aktivt, og ha muligheten til å medvirke, fører til empowerment. Deltakelse i avgjørelser som berører eget liv og egen helse,

er forutsetninger for empowerment. Kvinnene i vår studie opplevde at de fikk ta avgjørelser om sin egen fødselsprosess, som kan tolkes som en opplevelse av empowerment (Tveiten, 2017).

5.2 Kontinuitet med samme jordmor

Resultatene i studien viser at kontinuitet ved å ha samme jordmor i svangerskap og i fødsel var for kvinnene i studien et stort pluss. De beskrev at jordmor visste deres ønsker, og kjente paret godt. De hadde samme jordmor i svangerskap, fødsel og på barselbesøk. De hadde en relasjon og god kjemi. Kvinnene hadde oppfølging som var tilpasset dem og fant trygghet i dette. Studien til Janssen viste at kvinnene fikk selv velge jordmor og fikk opparbeidet et tillitsfullt forhold. Jordmor var også tilgjengelig døgnet rundt. Jouhki et al. (2017) fant også det samme da kvinnene kjente jordmor godt gjennom samtaler gjort før fødselen. Lindgren og Erlandsson (2010) fant at forholdet til jordmor ble bygget opp før fødselen noe som tillot jordmor å være mer i bakgrunnen ved fødselen. Dette er fordi jordmor stoler på kvinnens evne til å føde. Skrondal et al. (2020) fant at kontinuiteten med jordmor ga de trygghet gjennom hele svangerskapet, fødselen og post partumperioden. En Cochraneoversikt med gjennomgang av 15 artikler ønsket å sammenligne en gruppe kvinner som fødte ved en jordmorstyrt fødestue med en gruppe kvinner som fødte ved andre fødeinstitusjoner (Sandall, Soltani, Gates, Shennan & Devane, 2016). Studien ønsket å undersøke om kvinner som var fulgt opp på jordmorstyrte enheter hadde bedre utfall. Det viste seg at kvinnene hadde mindre intervensjoner ved fødsel og mindre bruk av epidural. Jordmors nærvær og kompetanse bidro til trygghet, ro og en positiv opplevelse for kvinnen (Sandall et al., 2016). Jordmor veileder og gir råd for at kvinnen skal bli i stand til å ivareta sin helse som gravid. Dette fremmer empowerment, ved at jordmor kjenner kvinnen og kan stole på at kvinnen følger sine instinkter. Jordmor fremmer kvinnens innsikt i å se seg selv som den viktigste ressursen ved svangerskap og fødsel. Følelsen av å ha kontroll under fødselen var viktig for å oppnå empowerment ifølge studien til Lindgren og Erlandsson (2010). Følelse av harmoni og fokus på fødselsprosessen var faktorer som førte til empowerment. Mye på grunn av at man ikke trenger å bruke krefter og tid på å bli kjent med jordmoren, og man vet prosessen i hva som skal skje. Dermed får kroppen gjøre jobben. Kvinnene i denne studien opplevde at kontinuitet førte til en god opplevelse av hele svangerskap, fødsel og barseltid og dette har vært styrkende for dem.

Resultatene i studien viser at noen av kvinnene beskrev et ønske om å få mer tid med jordmor. De skulle ha kontaktet henne tidligere fordi fødselen gikk raskt. Jordmor hadde lang reisevei. Noen opplevde at jordmor reiste kort tid etter fødselen var ferdig, og barnet var ute. En av kvinnene svarte at hun ønsket at jordmor var mer involvert under fødselen. En norsk kvalitativ studie utforsket jordmødre som tilbyr hjemmefødsel og deres erfaring. Deres kjernesak var å beskytte den fødende kvinnen mot forstyrrelser i fødselsarbeidet. Dette kunne føre til ineffektive rier og lengre forløp. Jordmor trakk fram at i fødselen må kvinnen gå inn i seg selv for å oppnå normalt arbeid, en endret bevissthetstilstand der man konsentrerte seg om riene. Jordmødrene så også på fødselen som en seksuell prosess, da kvinnen er hjemme i trygge omgivelser med partners berøring (Blix, 2011). Jordmor holder seg i bakgrunnen, det kan man også se i vår studie. Ifølge (Leap, 2010) må jordmor gjøre en tilnærming som minimaliserer forstyrrelser, har få instruksjoner og lite intervensjoner for at kvinner skal føle seg «empowered». Selv om jordmor har holdt seg i bakgrunnen for å ikke forstyrre den naturlige prosessen, er det forskjell på hva kvinner ønsker og har behov for. Kvinner i denne studien hadde flere ønsker ved jordmor som ikke ble oppfylt.

5.3 Trygghet og ro i eget hjem

Resultatene i studien viser at kvinnene i studien brukte ordene trygghet og ro ved å være hjemme i sine egne omgivelser. Det opplevdes smertelindrende og ga en opplevelse av frihet. Å være hjemme ga paret mindre stress, og de kunne tilkalle jordmor når de ønsket. Dette er en stor fordel for den naturlige prosessen ved fødsel. Å få den maten man liker, og ikke trenge å være avhengig av andre ble beskrevet. Den rolige atmosfæren varte til fødselen var over, og det var ingen hastverk med prosedyrer som å kutte navlestreng og veiing. De opplever mindre stress og det er avslappende å få være hjemme. Stress kan hemme oksytocin produksjonen og dermed forsinke forløpet (Blix, 2017a). Dersom en kvinne er redd eller engstelig settes stresshormoner fri. Dette fører til nedsatt blodtilførsel til livmor som igjen fører til risvekkelse og dermed lengre fødselsvarighet. Ifølge fødselslegen Michel Odent (Odent, 1992) er fødselen styrt av den primitive delen av hjernen, likt som andre pattedyr. Den fødende kvinnen bør være på et stille, varmt og dunkelt sted der hun føler seg trygg. Dette fører til utskillelse av fødselshormonet oksytocin. En studie gjort i Nederland forsket på kvinners erfaring med fødsel på fødestue sammenlignet med planlagte hjemmefødsler. Kvinnene som

fødte hjemme la vekt på at de hadde mindre smerter, ønsket mindre smertestillende og kjente jordmor godt. Gruppen som fødte på fødestue la vekt på sikkerhet, tilgjengelig medisinsk hjelp og bekvemmelighet. Kvinnene som fødte hjemme la vekt på at de følte de seg avslappet og komfortable i sitt eget hjem. Ifølge den finske studien (Jouhki et al., 2017) bidro et koselig hjemmemiljø til en rolig, avslappende følelse. Det gjorde de i stand til å håndtere prosessen og takle smertene. Denne svenske studien (Lindgren & Erlandsson, 2010) viser til at de som hadde født på sykehus tidligere satte pris på muligheten til å bli hjemme. De følte kontroll og trygghet ved å vite hvem som fikk delta i fødselen. Skrandal understreket at det var lettere for kvinnen å gå inn i en indre verden ved fødsel hjemme. Ifølge Jouhki (2012) var hjemmemiljøet nevnt blant de fire viktigste grunnene til valget deres. Kvinner kan føle seg empowered når de opplever brukermedvirkning. Kvinner har her fått bestemme hvor de skal føde og opplever en ro med å slippe å reise til sykehuset. Kvinnene opplevde empowerment og hadde de en stor tilfredshet med fødselsopplevelsen. Kvinnene i denne studien følte en stor ro og kontroll over å kunne føde hjemme og satte pris på at dette var mulig.

Resultatene i studien viser at kvinnene brukte ordene glede, kjærlighet og nærhet til å beskrive opplevelsen. Fødselen hjemme var en intim sfære med få utvalgte mennesker som fikk ta del av fødselen. Fødselen styrket båndet og relasjonen mellom paret. En norsk kvalitativ studie beskriver kvinners opplevelse av å føde i Norge (Vedeler et al., 2021). Et funn i studien var fødsel som familiefokusert der partner fikk delta. Partner betyr mye for kvinnen i fødsel og at partner fikk ta del med sine bekymringer og refleksjoner hadde stor betydning for en god fødselsopplevelse.

5.4 Misnøye med organiseringen

Resultatene i studien viser at kvinnene opplevde at organiseringen av planlagt hjemmefødsel er utilfredsstillende. De syntes det var unødvendig vanskelig å planlegge og opplevde at man fikk lite informasjon fra fastlege eller jordmor på helsestasjon. De hadde et ønske om å få mer informasjon om hjemmefødsel og opplevde at de måtte finne all informasjon om dette selv. Det var også tidkrevende å finne en hjemmejordmor. De hadde et sterkt ønske om at hjemmefødsel burde vært gratis. Misnøye med organisering kan også finnes i andre studier som er gjort tidligere. Jouhki (2012) fant at kvinnene opplevde å få informasjon fra offentlig helsepersonell som var advarsler om konsekvenser, press til å endre mening og negativitet rundt kostnader. Mangelen på støtte førte til usikkerhet hos kvinnen. En annen studie fra

Finland (Jouhki et al., 2017) fant også at kvinner opplevde negative holdninger til deres valg om å føde hjemme og at de selv måtte oppsøke informasjon selv. Når de fant informasjon vekslet de mellom usikkerhet på valget sitt til å oppleve mer selvsikkerhet jo mer kunnskap de fikk. Kvinnene i denne studien har sagt klart at de ønsker at hjemmefødsel skal bli en del av fødetilbudet i Norge og at det burde være gratis. Brukerperspektivet er satt stor vekt på i tidligere stortingsmeldinger (Helsedirektoratet, 2012). Det er også fastsatt i yrkesetiske retningslinjer for jordmødre (Jordmorforeningen, 2016). Kvinner har rett på informasjon om valg av fødested. Likevel er det erfart at kvinner ikke får informasjon om planlagt hjemmefødsel hos jordmor på helsestasjon. Kvinner har rettighet på å medvirke i valget om fødested, men det virker som at det er ulike oppfatninger hos helsepersonell om tryggheten ved å føde hjemme. Kvinnene i hjemmefødselstudien opplevde å bli stemplet som dumme eller egoistiske fra omverdenen når de forteller at de planlegger å føde hjemme. De har et ønske om at hjemmefødsel i større grad var organisert på lik linje som andre fødesteder. I dagens samfunn dominerer fokus på risiko, og denne tilnærmingen kjennetegner også fødselsomsorgen (Berg, 2010, s. 38). Et økende antall abnormiteter i menneskekroppen blir oppdaget, og flere og flere mennesker blir definert som utsatt for en bestemt sykdom (Berg, 2010, s. 38). En biomedisinsk tilnærming setter søkelys på biologiske, hormonelle og fysiologiske endringer samt risikoen for patologi. På sitt ytterste er det et "worst case scenario". Mennesket blir sett på som en maskin, og fødselen blir behandlet som en sykdom som blir undersøkt og behandlet med all tilgjengelig medisin og teknologi. Kvinnene i denne studien motbeviser dette og viser at det er mulig å føde uten intervensjoner i sitt eget hjem. Muligheten for kvinnen til å velge fødested må være til stede for å oppleve empowerment. Kvinnens deltagelse og kontroll over svangerskap og fødsel bidrar til en følelse av empowerment. Kvinnene i denne studien var trygge på valget sitt om å føde hjemme, men kunne ønske at hjemmefødsel ble et gratis tilbud.

5.5 Styrker og svakheter ved metode

Hjemmefødselstudien er en kvalitativ studie, gjennomført ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2008). I metodediskusjonen vil det utforskes om metoden er egnet for oppgavens innhold, samt se nøyere på prosessene som er gjennomgått i arbeidet med oppgaven.

Malterud (2017, s. 204) stiller seg undrende til spørreskjema med fritekstsvar på åpne spørsmål og om det kan brukes til kvalitativ design. Om dette skal føre til vitenskapelig kunnskap kreves det at analysen gjennomføres metodisk riktig. Å være nøye i beskrivelsen av analysearbeidet er nødvendig for å styrke resultatenes pålitelighet (Graneheim & Lundman, 2008). I analysearbeidet var vi to studenter som gikk gjennom studiematerialet. Enten vi møttes fysisk eller over teams. Ifølge Graneheim og Lundman (2008) er det en styrke at vi var to som gjorde analysearbeidet. Dette styrker påliteligheten. Troverdigheten til studien kommer fra forskerne, og om kodene og kategoriene stemmer med tekstens innhold, at benevnelsene er rimelige og tolkningen er troverdig (Graneheim & Lundman, 2008). En svakhet ved analysearbeidet er at vi ikke har deltatt i eller gjort et forskningsprosjekt før, og det er begges første gang. En styrke i prosessen er at vi har hatt veiledning av to lærere som begge er forskere som har deltatt i prosjekter før. Vi har sammen gått gjennom analyseprosessen med hyppige veiledninger og gjennom seminarer arrangert av lærere sammen med medstudenter.

Ifølge Eberhard-Gran og Winther (2017) er fordelene med at jo flere som deltar i en undersøkelse, jo mer grundige blir resultatene. Studien var frivillig å delta i og kvinnene var selvrekrutterte. En styrke ved studien er det store utvalget med 109 flergangsfødende som fødte planlagt hjemme. Utvalget er stort og kan gi store nyanser av opplevelsen ved dette. Mye av materialet bestod av positive opplevelser. Forskerne stiller seg da spørsmål ved om kvinner som hadde en negativ opplevelse ikke ønsket å delta. Utvalgsbias er at kunnskapen påvirkes av hvor vi har valgt å innhente materialet (Malterud, 2017, s. 68). Det er en kalkulert risiko når man gjør et strategisk utvalg. Man kan ikke eliminere bias, men redusere faktorer som forstyrrer kunnskapsutviklingen. Utvalget er tilfeldig fordi det er alle kvinner som har født i Norge de siste fem årene og de som ønsket å svare på spørreskjemaet på nett. Utvalgt blant de er hjemmefødselsgruppen som har svart godt på fritekstsvarene om deres tilfredshet med valg av fødested.

Overførbarhet viser grenser og betingelser for hvordan funnene kan gi ny innsikt i et område andre kan ha nytte av (Malterud, 2017, s. 67). Dette er en forutsetning for at kunnskap skal kunne deles med andre. Kvalitative studier har ikke samme overførbarhet som en studie med epidemiologisk design. Denne studien har resultater som er lette å forstå og som kan bringe ny kunnskap til andre kvinner som vurderer hjemmefødsel. Studien svarer på problemstillingen der vi kan se flergangsfødendes erfaringer med valget å føde hjemme. Studien er overførbar og bringer ny og lettfattelig kunnskap.

Utvalget var i utgangspunktet alle kvinner i Norge som har født innen de fem siste år. En svakhet ved spørreskjemaet er at det fyltes ut opptil 5 år etter fødselen. Det kan innebære at minnene av fødselen og omstendighetene rundt er endret eller ses i et mer positivt eller negativt lys enn man opprinnelig mente. Det vil også være ulikt hva man husker. Fødsel er dog en opplevelse de fleste kvinner som har født bærer nært med seg gjennom hele livet, og man kan anta at følelsene som beskrives i svarene ligger nært hvordan opplevelsen var i da det skjedde.

Spørreundersøkelsen har på. *«Spørsmål 17. Tenk deg at en god venninne eller et familiemedlem er gravid. Du blir spurt om å gi en ærlig vurdering av omsorgen du fikk der du fødte ditt yngste barn. Du kan bruke inntil seks ord eller uttrykk for å beskrive dette»*. Ved gjennomgang av svarene på undersøkelsen ser vi at mange har svart med akkurat seks ord. Mange av ordene var synonymer og det kunne virke som at det ble svart bare for å ha skrevet seks ting. Uttrykk var lite brukt. Har spørsmålene blitt godt nok lest av deltagerne? Det kan være variasjon i hvor mye tid deltageren har brukt og hvor mye deltageren har hatt lyst til å dele. Malterud (2017) viser til at når deltageren får bruke egne ord kan det variere i hvor enkelt det er å forstå og den litterære standarden blir ujevn. Dette var noe vi opplevde og da det var lengre uttrykk brukt i fritekstbesvarelsene som ikke svarte på problemstillingen vår Vi besluttet å ekskludere disse svarene. Dette er en svakhet da det er ønskelig med mange nyanser og at alt datamateriale blir brukt. En annen svakhet er at spørsmålene som ble brukt i spørreundersøkelsen kan ha ført til at kvinnene ikke forstod hensikten og svarte noe annet. Der kvinner har svart trygghet og ro, har vi måttet tolke om det er ro ved å være hjemme eller ro ved å ha en kjent jordmor. Det er her studien har blitt farget av forskerne. Ifølge Malterud (2017, s. 42) er det umulig at forskeren blir usynlig. Om forskeren er for involvert, blir studiens pålitelighet begrenset.

Forforståelsen til forskerne har forandret seg underveis i arbeidet. Ifølge Malterud (2017, s. 45) kan forforståelsen vår legge skylapper på oss og begrense horisonten. Det kan overdøve budskapet. Siden vi har lite erfaring med hjemmefødsel har vi ikke kunnet farge resultatene med vår forforståelse. Ved gjennomlesning av resultatene syntes vi det var vanskelig å skille opplevelsene fra hverandre og kunne se at det var mye likt materiale. Det var til stor hjelp med veiledning fra lærere som kjente godt til materialet og som fikk oss over på et annet spor. Begge forskerne har bare opplevd fødsel på sykehus og syntes det var vanskelig å ikke tenke

risiko ved å føde hjemme. Så mange positive svar gjorde også at vi stilte spørsmål ved kvinnene som deltok i studien og om deres ønske om å bli forstått og respektert kunne ha farget måten de valgte å beskrive hjemmefødselen på. Samlet sett er vårt inntrykk at kvinnenenes svar er genuine, og at det finnes en gjennomgående positiv rød tråd for kvinner som føder hjemme.

6 KONKLUSJON

Flergangsfødendes erfaringer med planlagt hjemmefødsel er i høy grad positive. Valget kvinnene har tatt om å føde hjemme er godt gjennomtenkt. De var tilfredse med jordmor som de selv hadde valgt til å ivareta paret og fødselen. Kontinuitet i forholdet med å ha samme jordmor ved oppfølging i svangerskapet, fødsel og barseltid var grunnleggende. Å kjenne jordmor godt og la jordmor bli kjent med kvinnen, førte til en følelse av empowerment. Flere nevnte fraværet av kontinuitet som en negativ erfaring ved tidligere sykehusfødsel. Trygghet og ro ble nevnt som følelser de fikk ved å få velge å være hjemme under fødselen. Kvinnene følte at de taklet fødselssmertene godt og kunne følge kroppen sin. Jordmors ro, kompetanse og tilstedeværelse økte kvinnenenes tro på seg selv og sin egen fødeevne. Flere av deltagerne i studien har brukt ordet drømmefødsel. Kvinnene hadde negative erfaringer med organiseringen av hjemmefødsel. De ønsker at tilbudet skal være gratis og på lik linje som fødsel på sykehus. De savnet et bedre tilbud til oppfølging for de kvinnene som fødte hjemme, og pekte særlig på fraværet av muligheter for undersøkelse av barnelege og blodprøver av barnet etter fødsel hjemme. Funnene i denne studien bekrefter andre studiers funn og har ingen store nye oppdagelser. Det har kommet flere studier om kvinners opplevelse med å føde hjemme. Ved utarbeidelsen av problemstillingen ønsket vi i utgangspunktet å finne ut hvorfor flergangsfødende ønsket å føde hjemme. Dette ble vanskelig da det ikke var nok funn i studien til å bekrefte grunnen til valget. Funnene i denne studien er overførbare fordi det resultatene er klare og enkle å tyde, samt det er mange kvinner som har svart det samme. Dette viser en enighet i gruppen og gir god innsikt i hvordan kvinner har opplevd valget sitt. på nett favner mange og bredt. Studien er nyttig da den gir innblikk i hva kvinner som føder planlagt hjemme tenker. De opplevde at smertene var håndterbare og sitter igjen med en stor følelse av mestring. Opplevelse av kontinuitet, trygg og tilbakeholden jordmor og rolige

omgivelser kan også i større grad overføres til fødsler ved sykehus. En større innsats kan gjøres ved sykehus for at kvinnene som føder der også skal kjenne på samme fødekraft og eierskap over egen kropp og fødselsprosess. Kvinnene i denne studien hadde god kunnskap om fødeprosessen. Dette kjennetegner kvinner som velger hjemmefødsel. De føler seg trygge fordi de har mye kunnskap om fødsel. De har valgt en jordmors som fremmer det naturlige i fødselen og kan ikke gripe inn med kunstig oksytocin eller vakuum. Utvalget er stort på 109 kvinner som svarte på spørreundersøkelsen. Kvalitativ metode har vært godt egnet for å analysere materialet og viser kvinners erfaring. Kvinnene er tilfeldig utvalgte og har selv valgt å delta. Utvalgsbias er til stede da det var mange positive svar og man lurte på om kvinner med dårlige erfaringer har unnlatt å svare. Det finnes svakheter ved at deltagerne kan ha misforstått spørsmålene. Deltagerne kan også ha glemt mye fra fødselen da de må ha født innen de fem siste årene for å kunne delta i studien.

REFERANSELISTE

- Akooji, N. (2016, 16. mars 2016). COST Action meeting. Hentet fra <https://www.babiesbornbetter.org/findings-from-version-1/>
- Aune, I. & Kolset, I. S. (2017). Svangerskapsomsorg *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. . utg., s. 272-285). Oslo: Cappelen Damm Akademiske
- Babies Born Better. (2020). About. Hentet 29.04.2021 fra <https://www.babiesbornbetter.org/about/>
- Berg, M. (2010). Vårdandets värdegrund vid barnafödande II. Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka: Vårdande vid barnafödande* (2. utg., s. 29-42). Studentlitteratur
- Blix, E. (2011). Avoiding disturbance: Midwifery practice in home birth settings in Norway. *Midwifery*, 27(5), 687-692. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.09.008>
- Blix, E. (2017a). Fødselens dynamikk. I E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 435-441). Cappelen Damm Akademisk
- Blix, E. (2017b). Ulike fødesteder. I E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 418-423). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Blix, E., Huitfeldt, A. S., Øian, P., Straume, B. & Kumle, M. (2012). Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007: A retrospective cohort study. *Sex Reprod Healthc*, 3(4), 147-153. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.10.001>
- Blåka, G. (2002). *Grunnlagstenkning i et kvinnefag : teori, empiri og metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Blåka, G. (2017). Et kvinnefag i utvikling IE. Tegnander (Red.), *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. [rev.] utg. utg., s. 59-77). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2021, 27.04.21). Medisinsk føderegister - fødested Hentet fra http://statistikkbank.fhi.no/mfr/index.jsp?v=2&submode=ddi&study=http%3A%2F%2F10.0.3.47%3A80%2Fobj%2FfStudy%2Ff11.fodested&cube=http%3A%2F%2F10.0.3.47%3A80%2Fobj%2FfCube%2Ff11.fodested_C1&mode=documentation&top=yes
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354-361. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x>
- Graneheim & Lundman. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (1. utg., s. 159-172). Studentlitteratur
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Helberget, L. K. & Molnes, S. I. (2020). Empowerment i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. *Klinisk Sygepleje*, 34(2), 150-157. <https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2020-02-07> ER
- Helsedirektoratet. (2012). *Retningslinje for hjemmefødsel - svangerskap, fødsel og barseltid i trygge hender* (IS-2012). Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjemmefodselse/Hjemmef%C3%B8dsel%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_attachment/inline/592f7374-ab8f-43f1-a121-3c23dfdf2d58:5d933c311d177f34ecc39f77f2e8b55e8f9e0bd9/Hjemmef%C3%B8dsel%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen [nettdokument]*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2019, 29. oktober). Planlagt hjemmefødsel Hentet fra <https://www.helsenorge.no/fodselse/hjemmefodselse/>

- Helsedirektoratet. (2020, 28. desember). Eingongsstønad ved heimefødsel Hentet fra <https://www.helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/engangsstonad-ved-hjemmefodsel/>
- Janssen, P. A., Henderson, A. D. & Vedam, S. (2009). The Experience of Planned Home Birth: Views of the First 500 Women. *Birth*, 36(4), 297-304. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00357.x>
- Jordmorforeningen. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre Hentet fra file:///C:/Users/jensen871/Downloads/Yrkesetisker%20retningslinjer%20for%20jordm%C3%B8dre%202016%20(2).pdf
- Jouhki, M.-R. (2012). Choosing homebirth – The women's perspective. *Women Birth*, 25(4), e56-e61. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.10.002>
- Jouhki, M.-R., Suominen, T. & Åstedt-Kurki, P. (2017). Giving birth on our own terms–Women's experience of childbirth at home. *Midwifery*, 53, 35-41. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.07.008>
- Leap, N. (2010). The less we do the more we give IM. Kirkham (Red.), *The midwife-mother relationship* (2. utg., s. 17-37). Palgrave Macmillan.
- Lindgren, H. & Erlandsson, K. (2010). Women's Experiences of Empowerment in a Planned Home Birth: A Swedish Population-based Study. *Birth*, 37(4), 309-317. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00426.x>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.)Universitetsforlaget
- Naylor Smith, J., Taylor, B., Shaw, K., Hewison, A. & Kenyon, S. (2018). 'I didn't think you were allowed that, they didn't mention that.' A qualitative study exploring women's perceptions of home birth. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 105-105. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1733-1>
- Nieuwenhuijze, M. & Leahy-Warren, P. (2019). Women's empowerment in pregnancy and childbirth: A concept analysis. *Midwifery*, 78, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.015>
- Odent, M. (1992). The nature of the birth and breastfeeding *Westport CT: Bergin & Garvey*.
- Olsen, O. & Clausen, J. A. (2012). Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000352.pub2>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100319>
- 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>
- Sjöblom, I., Nordström, B. & Edberg, A.-K. (2006). A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden. *Midwifery*, 22(4), 348-355. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.11.004>
- Skrondal, T. F., Bache-Gabrielsen, T. & Aune, I. (2020). All that I need exists within me: A qualitative study of nulliparous Norwegian women's experiences with planned home birth. *Midwifery*, 86, 102705-102705. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102705>
- Tveiten, S. (2017). Empowerment og samfunnshelse IG. Tellnes (Red.), *Helsefremmende samhandling : natur og kultur som folkehelse* (s. 47-55). Bergen: Fagbokforl.
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk : helsekompetanse og brukervedvirkning* (2. utgave. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Vedeler, C., Nilsen, A. B. V., Blix, E., Downe, S. & Eri, T. S. (2021). What women emphasise as important aspects of care in childbirth - an online survey. *BJOG*, 17.september 2021. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16926>

VEDLEGG 1

Godkjenning fra The BuSH ethics committee



22nd January 2014

Soo Downe and Marie-Claire Balaam
School of Health
University of Central Lancashire

Dear Soo & Marie-Claire

Re: BuSH Ethics Committee Application
Unique Reference Number: BuSH 222

The BuSH ethics committee has granted approval of your proposal application 'EU-B3 (European Babies Born Better) Survey (Mother's survey)'.

Please note that approval is granted up to the end of project date or for 5 years, whichever is the longer. This is on the assumption that the project does not significantly change, in which case, you should check whether further ethical clearance is required

We shall e-mail you a copy of the end-of-project report form to complete within a month of the anticipated date of project completion you specified on your application form. This should be completed, within 3 months, to complete the ethics governance procedures or, alternatively, an amended end-of-project date forwarded to roffice@uclan.ac.uk quoting your unique reference number.

Yours sincerely

Gill Thomson
Vice Chair
BuSH Ethics Committee

NB - Ethical approval is contingent on any health and safety checklists having been completed, and necessary approvals as a result of gained.

VEDLEGG 2

Spørreskjema Babies Born Better

INTRODUKSJON

Har du født barn i løpet av de siste fem årene? Da vil vi veldig gjerne høre fra deg!

Vi er en gruppe på rundt 100 akademikere, jordmødre, leger, annet helsepersonell og beslutningstakere. Vi arbeider med et stort forskningsprosjekt som er finansiert av EU, og vår oppgave er å undersøke hva som er god praksis i fødselsomsorgen i Europa.

I denne studien undersøker vi kvinners syn på og erfaringer med omsorgen i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid i mange europeiske land. Informasjonen vil bli brukt av forskningsgruppen (COST Action IS0907) for å identifisere områdene med best praksis i fødselsomsorgen i Europa.

Hvis du vil delta kan du fylle ut et kort spørreskjema på nettet. Det er bare 20 spørsmål som det vil ta mindre enn 10 minutter å svare på. Det er ikke sikkert du trenger å svare på alle spørsmålene og svarene dine vil forbli anonyme. Hvis du ønsker å avslutte undersøkelsen kan du gjøre det når som helst ved å lukke vinduet. Da undersøkelsen er anonym er det ikke mulig å trekke den tilbake når svarene er sendt inn på siste side.

Vi vil gå bredt ut for å formidle resultatene av denne undersøkelsen. Vi begynner å legge ut resultatene på nettet fra XX/XX/2013 og vil oppdatere resultatene regelmessig. Du kan sjekke nettsidene regelmessig for å se hva vi har funnet ut.

Hvert svar har betydning – takk for at du tar deg tid til å svare på denne undersøkelsen!

Ta kontakt hvis du har noen spørsmål om undersøkelsen: contact@iresearch4birth.eu

Anonymitet og konfidensialitet er viktig. Alle data som samles inn vil bli anonymisert og oppbevart på en sikker måte. Opplysningene vil bare bli brukt i forskningsøyemed og for å utvikle og forbedre tilbudet. Når du svarer på denne spørreundersøkelsen gir du samtidig tillatelse til at forskningsteamet kan anvende informasjonen om deg til de angitte formål

Dette er en generell spørreundersøkelse som undersøker helsetilbudet i Europa. Hvis du har hatt negative erfaringer i tilknytning til fødsel kan du ta kontakt med din lege eller jordmor. Ta gjerne kontakt direkte med oss hvis du har flere spørsmål eller ønsker å diskutere noe med oss: contact@iresearch4birth.eu

OM DEG

1. Hvor gammel er du (antall år)?

2. Hvor bor du?

Land:

Nærmeste by/sted:

3. Vi ønsker å få kunnskap om kvaliteten i fødselsomsorgen for alle kvinner, også de som er innflyttere. Hvor lenge du har bodd i landet?

Jeg er født her

Hvis du flyttet hit, hvor lenge er det siden (antall år)?

OM DEG (FORTSATT)

4. Hvis du er innflytter, kan du fortelle årsaken til at du kom:

OM BARN DINE

5. Hvor mange barn har du født?

GRAVIDITET

6. Er du gravid nå?

Har ingen barn men er gravid

Takk for din interesse for denne undersøkelsen. For tiden ønsker vi å få innblikk i erfaringer fra kvinner som har født i løpet av de siste fem årene. Du kan gjerne fylle ut spørreskjemaet og fortelle om dine erfaringer etter at barnet er født. Du kan bruke kommentarfeltet på neste side til å fortelle om omsorgen du har fått i svangerskapet så langt.

Har ingen barn og er ikke gravid

Takk for din interesse for denne undersøkelsen. For tiden ønsker vi innblikk i erfaringer fra kvinner som har født i løpet av de siste fem årene. Vi er allikevel interessert i dine syn på fødselsomsorgen, og du kan skrive dine kommentarer i kommentarfeltet

OM BARN DINE (FORTSATT)

7. Har du født barn i løpet av de siste fem årene?

Har ikke født de siste fem år

Takk for din interesse for denne undersøkelsen. For tiden ønsker vi innblikk i erfaringer fra kvinner som har født i løpet av de siste fem årene. Vi er allikevel interessert i dine erfaringer av fødselsomsorgen, og du kan skrive dine kommentarer i kommentarfeltet på neste side.

OM BARNNA DINE (DET YNGSTE)

8. Når ble ditt yngste barn født?

Fødselsdato (måned og år)

Måned

År

OM SVANGERSKAPET DITT

9. I hvilken svangerskapsuke ble ditt yngste barn født?

10. Hadde du noen problemer i det siste svangerskapet?

OM SVANGERSKAPET DITT (FORTSATT)

11. Hvis ja, kan du fortelle hvilke problemer?

OM DEN SISTE FØDSELEN DIN

12. Hvor fødte du ditt yngste barn?

På fødeavdeling i et sykehus

På en fødeenhet for normalfødsler som er lokalisert i et sykehus **med** fødeavdeling

På en frittstående fødestue

Hjemme

Annet (vennligst forklar) _____

13. Hvilken yrkesgruppe tok seg mest av deg under fødselsforløpet?

Leger

Jordmødre

Sykepleiere

En blanding av leger og jordmødre eller sykepleiere

Annet (vennligst forklar) _____

14. Hvor fødte du ditt yngste barn (hvis du fødte hjemme skal du ikke skrive noe som kan identifisere adressen din)

Navn

By/sted

Postnummer

15. Hva var de tre beste tingene ved omsorgen du fikk under fødselen? Skriv det du synes var aller best først.

Best

Nest best

Tredje best

16. Hvis du hadde makt til å endre tre ting i omsorgen du fikk, hva ville det vært? Skriv det viktigste først.

Best

Nest best

Tredje best

TENK DEG AT VENNINNE ELLER ET FAMILIEMEDLEM ER GRAVID

17. Tenk deg at en god venninne eller et familiemedlem er gravid. Du blir spurt om å gi en ærlig vurdering av omsorgen du fikk der du fødte ditt yngste barn. Du kan bruke inntil seks ord eller uttrykk for å beskrive dette:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

ANDRE KOMMENTARER

18. Du kan skrive kommentarer her hvis du ønsker å forklare svarene dine mer i detalj, eller hvis det er annen informasjon du vil gi om dine erfaringer i fødselsomsorgen.

Kontaktinformasjon

19. Hvis du ønsker å bli informert om resultatene av undersøkelsen så skriv e-postadressen din under. Svarene dine vil forbli anonyme selv om du oppgir kontaktinformasjon. E-postadressen vil bare bli brukt til å informere deg om resultatene av undersøkelsen.

20. Vi vil gjerne kontakte noen få av kvinnene som har deltatt i denne undersøkelsen som en del av en oppfølgingsstudie. Kryss av for «ja» hvis det er i orden for deg at forskerne kan kontakte deg via e-post. Din e-post adresse vil ikke bli brukt i andre hensikter og svarene dine vil forbli anonyme (din e-postadresse vil bli holdt adskilt fra svarene du har gitt i denne undersøkelsen).

Ja

Nei

Takk for hjelpen

Takk for at du har fullført spørreundersøkelsen slik at vi får kunnskap om dine erfaringer, hvert svar har betydning.

Besøk oss gjerne på www.facebook.com/iresearch4birth, der kan du treffe andre som arbeider med å forbedre fødselsomsorgen i Europa og resten av verden. Du kan også følge oss på Twitter (@ir4b).

Resultatene fra undersøkelsen vil bli presentert på internett så snart den er ferdig:
www.iresearch4birth.eu

Ta kontakt hvis du har noen spørsmål om undersøkelsen eller arbeidet til iResearch4Birth:
contact@iresearch4birth.eu

Noen kvinner kan ha hatt negative erfaringer. Hvis du ønsker kontakt med noen i ditt område kan du henvende deg til oss og et medlem av iResearch4Birth gruppen kan formidle relevant kontaktinformasjon.

VEDLEGG 3

Gruppeprosessen i utarbeidelsen av masteroppgaven

Masteroppgaven ble skrevet av to studenter fra april fram til oktober. I april la lærere ved Oslomet fram prosjekter som studenter kunne få tilgang til. Vi ble enige om å søke om Babies Born Better prosjektet. Dette var vi veldig fornøyde med å få bli en del av. Med dette fikk vi veileder ved Oslomet som selv hadde vært med som forsker i prosjektet.

Når vi fikk utdelt materialet leste vi gjennom det hver for oss. Deretter gikk vi gjennom analyseprosessen steg for steg sammen. Vi møttes ofte fysisk og hadde flere teams møter. Vi hadde veiledninger med to lærere for hvert trinn av prosessen. Når dette var gjort, begynte vi å dele på materialet. Vi søkte etter forskningsartikler hver for oss og samarbeidet om hvilke som skulle tas med i innledningen. Innledningen ble til slutt skrevet av den ene studenten. Vi diskuterte hvilken teori som skulle brukes og etter enighet ble den skrevet av en student. Den andre studenten skrev resultatdelen. Diskusjonsdelen ble diskutert og samarbeidet på men skrevet av en student til slutt.

En måned før innlevering av masteroppgaven ble den ene studenten hindret i å delta i skrivingen av oppgaven og fikk ikke levere. En student ble derfor alene med resten av oppgaven. I oppgaven er det fortsatt brukt «vi» fordi det var to som gjorde analyseprosessen sammen. Det ble ikke sendt søknad om å være en student som skrev oppgaven. I ferdigstillingen av oppgaven gjorde denne studenten ferdig alle delene unntatt resultatdelen.