

Masteroppgave

Masterstudium i jordmorfag

Oktober 2021

Jordmødre om hjemmefødsel: Risikofylt eller kjernen i faget?

En systematisk litteraturstudie over kvalitative studier som omhandler hvordan jordmødres holdninger til planlagte hjemmefødsler kan fremme eller hemme tilbudet til kvinner som ønsker å føde hjemme

Kandidatnummer: 534 og 519

Emnekode: MAJO5900

Antall ord: 14 905

Fakultet for helsevitenskap

FORORD

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært lærerikt, engasjerende og krevende. Vi er dypt takknemlige for veiledning og motivasjon fra to dyktige veiledere. Samtidig må vi få takke familie og venner for støtte og heiarop.

Samarbeidet mellom oss to studenter har også vært veldig givende og nyttig. Vi har jobbet svært godt sammen, og hadde ikke klart det uten hverandre.

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning.

SAMMENDRAG

Tittel: Jordmødre om hjemmefødsel: Risikofylt eller kjernen i faget?

Hensikt: Å få innblikk i hva som gjør at vi mangler et offentlig tilbud for hjemmefødsel i Norge, og hvordan tilbudet kan bedres ved å undersøke jordmødres holdninger.

Problemstilling: Hvordan kan jordmødres holdninger til planlagte hjemmefødsler fremme eller hemme tilbudet til kvinner som ønsker å føde hjemme?

Metode og materiale: Systematisk litteraturstudie over kvalitative primærstudier. Det ble gjennomført systematiske søk i Medline, Cinahl, Embase, Maternity and Infant care og SveMed+. Fem studier ble inkludert og analysert gjennom tematisk syntese beskrevet av Thomas og Harden.

Resultat: Fire analytiske temaer ble identifisert: 1) *Kontinuitet og sanselig tilstedeværelse ved fødsel i hjemmet fører til kjernen i jordmorfaget*, 2) *Tilfredsstillende å ivareta kvinners mulighet til selv å bestemme over egen fødsel*, 3) *Redsel for uforutsette hendelser og manglende beredskap* og 4) *Tabubelagt, lite verdsatt og selvoppofrende arbeid som forårsaker utenforskap*.

Konklusjon: Tilbudet om hjemmefødsel fremmes av anledningen til å jobbe uforstyrret og være mer til stede, og muligheten for kontinuitet og helhetlig omsorg. En annen fremmende holdning er at jordmødrene opplever det tilfredsstillende å ivareta kvinners mulighet til selvbestemmelse. På den andre siden hemmes tilbudet av jordmødres redsel for uforutsette hendelser og manglende beredskap. Samtidig kommer det frem at arbeidet oppleves tabubelagt, selvoppofrende og lite verdsatt som fører til utenforskap. Studien gir innsikt i hva som kan fremme og hemme tilbudet om offentlig-organiserte hjemmefødsler, og bidra til utvikling for å prøve dette ut i Norge.

Nøkkelord: Systematisk litteraturstudie, jordmødre, planlagt hjemmefødsel, holdninger, QMNC-framework, organisering

ABSTRACT

Title: Midwives on home birth: High-risk or the core of midwifery?

Aim: To gain insight on why there is lacking a public provision of home birth in Norway, and how it can be improved by exploring midwives' attitudes.

Research question: How can midwives' attitudes to home birth, promote or impede the provision for women who wish to give birth at home?

Methods/design: A systematic review of qualitative studies. Systematic literature searches were carried out in Medline, Cinahl, Embase, Maternity and Infant care and SveMed+. Five studies were included and analysed through thematic synthesis as described by Thomas and Harden.

Findings: Five analytic themes were identified. 1) *Continuity and sensitive presence in the home lead to the core of midwifery*, 2) *Feeling of satisfaction by maintaining women's possibility to decide over their birth*, 3) *Concern for potential unforeseen events and lack of emergency preparedness*, and 4) *Taboo, undervalued and self-sacrificing work that causes exclusion*.

Conclusion: Promoting attitudes for home birth are the possibilities of working undisturbed, being more present, provide continuity and holistic care, and satisfaction by giving women the possibility to decide for themselves. On the other hand, midwives concern for unforeseen events or lack of emergency preparedness may impede the provision of home birth. The work itself is experienced as taboo, self-sacrificing and undervalued, which leads to exclusion. The promoting and impeding attitudes in this study, may contribute to a development of publicly-organized home births in Norway.

Key words: Systematic review, midwives, planned home birth, attitudes, QMNC-framework, organization

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| 1.0 INNLEDNING | 1 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema | 1 |
| 1.1.1 Organisering av det offentlige fødetilbudet i Norge..... | 3 |
| 1.1.2 Organisering av planlagte hjemmefødsler i Norge..... | 4 |
| 1.2 Hensikt og problemstilling | 4 |
| 1.3 Avgrensninger | 5 |
| 1.4 Begrepsavklaringer..... | 6 |
| 2.0 TEORETISK FORANKRING | 8 |
| 2.1 Framework for quality maternal and newborn care (QMNC)..... | 8 |
| 3.0 METODE | 12 |
| 3.1 Design..... | 12 |
| 3.2 Etske overveielser | 13 |
| 3.2.1 Forforståelse | 13 |
| 3.3 Inklusjonskriterier | 13 |
| 3.4 Litteratursøk | 15 |
| 3.5 Artikkelutvelgelse | 16 |
| 3.6 Kritisk vurdering av inkluderte studier..... | 17 |
| 3.7 Datauttrekk av inkluderte studier | 18 |
| 3.8 Analyse..... | 18 |
| 4.0 RESULTATER | 20 |
| 4.1 Funn..... | 20 |
| 4.2 Presentasjon av inkluderte studier | 21 |
| 4.2.1 The commonalities and differences in health professionals' views on home birth in Tasmania, Australia: A qualitative study (Hoang et al., 2013) | 23 |
| 4.2.2 Being a homebirth midwife in the Nordic countries - a phenomenological study (Sjoblom et al., 2015)..... | 23 |
| 4.2.3 From hospital to home: Australian midwives' experiences of transitioning into publicly- founded homebirth programs (Coddington et al., 2017) | 24 |
| 4.2.4 Working with home birth - Swedish midwives' experiences (Ahl & Lundgren, 2018)..... | 24 |

| | |
|---|----|
| 4.2.5 Seeing birth in a new light: The transformational effect of exposure to homebirth for hospital-based midwives (Coddington et al., 2020) | 25 |
| 4.3 Metodisk kvalitet på inkluderte studier | 25 |
| 4.4 Resultater av analyse og tematisk syntese | 28 |
| 4.4.1 Kontinuitet og sanselig tilstedeværelse ved fødsel i hjemmet, fører til kjernen i jordmorfaget | 29 |
| 4.4.2 Tilfredsstillende å ivareta kvinners mulighet til selv å bestemme over egen fødsel | 31 |
| 4.4.3 Redsel for uforutsette hendelser og manglende beredskap | 32 |
| 4.4.4 Tabubelagt, lite verdsatt og selvoppofrende arbeid som forårsaker utenforskap | 33 |
| 5.0 DISKUSJON | 35 |
| 5.1 Resultatdiskusjon | 35 |
| 5.1.1 Holdninger som kan fremme tilbudet for kvinner som ønsker å føde hjemme | 35 |
| 5.1.2 Holdninger som kan hemme tilbudet for kvinner som ønsker å føde hjemme | 39 |
| 5.2 Metodediskusjon | 45 |
| 6.0 KONKLUSJON | 48 |
| 6.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning | 49 |
| 7.0 LITTERATURLISTE | 50 |
| 8.0 VEDLEGG | 56 |
| Vedlegg 1: Gruppeprosessen | 56 |
| Vedlegg 2: Søkehistorikk | 57 |
| Vedlegg 3: CASP-sjekklister | 62 |
| Vedlegg 4: Tematisk syntese | 73 |
| Figur 1: Lancet-modellen | 9 |
| Figur 2: PRISMA flytskjema | 20 |
| Tabell 1: Inklusjonskriterier og søkeord i PICoS-skjema | 14 |
| Tabell 2: Karakteristikker ved inkluderte studier | 21 |
| Tabell 3: Kritisk vurdering av inkluderte studier etter CASP | 26 |
| Tabell 4: Tematisk syntese: Deskriptive og analytiske temaer | 29 |

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I et intervju med NRK forteller «hjemmejordmor» Kristina Forberg Jacobsen at etterspørselen etter hjemmefødsel i 2020, under korona-pandemien, var mer enn tredoblet sammenlignet med tidligere år (Vollan, 2020). Bakgrunnen til økningen var frykt for strenge sykehusrestriksjoner og at partner muligens ikke kunne være med på sykehuset. Likevel ble bare 0,2 prosent av alle barn i Norge født planlagt hjemme i 2020, i praksis ingen økning fra 0,18 prosent året før (Folkehelseinstituttet, 2021). Dette viser at tilbud og etterspørsel ikke samstemmer.

Tidligere var hjemmefødsler og fødsler på fødestuer dominerende, men fra 1970-tallet startet en sterk institusjonalisering av fødselshjelpen, hvor fødslene ble flyttet til spesialiserte fødeklinikker (Blåka, 2017, s. 59-65). Bakgrunnen for institusjonaliseringen var ønsket om å tilby større sikkerhet for mor og barn, gjennom føre-var-prinsippet. Deretter har flere studier blitt gjennomført for å finne ut om planlagte hjemmefødsler for friske gravide er forbundet med større risiko for mor og barn. En cochrane-oversikt fra 2012 fant kun én randomisert studie om temaet, og den konkluderte med at det ikke er grunnlag for å favorisere verken planlagt sykehus- eller planlagt hjemmefødsel for friske, selekterte kvinner (Olsen & Clausen, 2012). Det er etisk utfordrende å gjennomføre randomisering av kvinner til hjemmefødsel eller sykehusfødsel. Derfor blir observasjonsstudier den beste metoden for å finne sammenheng mellom planlagte hjemmefødsler og ulike utfall for fødsel.

Det finnes dermed flere systematiske oversikter over observasjonsstudier om hjemmefødsler i høyinntektsland. Planlagt hjemmefødsel viser seg gjennom disse oversiktene å være trygt og kostnadseffektivt for friske kvinner (Callander et al., 2021; Hutton et al., 2019; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2017; Olsen & Clausen, 2012; Reitsma et al., 2020; Rossi & Prefumo, 2018; Scarf et al., 2018). Forskningen viser at kvinner som planlegger å føde hjemme utsettes for færre medisinske intervensjoner som epiduralanalgesi, oxytocinstimulering, CTG-overvåking, episiotomi, operative vaginale forløsninger og keisersnitt, sammenlignet med kvinner som planlegger å føde på sykehus (Reitsma et al., 2020; Rossi & Prefumo, 2018). I tillegg viser det seg å være mindre sannsynlighet for maternell infeksjon, perinealrift grad 3 og 4, protrahert forløp og post-partum blødning ved

planlagte hjemmefødsler enn ved planlagte sykehusfødsler (Reitsma et al., 2020; Rossi & Prefumo, 2018). Barn som fødes hjemme har også mindre sannsynlighet for overflytting til nyfødt intensiv avdeling, og det er ikke påvist forskjell i perinatal dødelighet mellom barn født planlagt hjemme og på sykehus (Hutton et al., 2019; Scarf et al., 2018).

Til tross for at planlagte hjemmefødsler viser seg å være trygt for friske kvinner, er det få jordmødre som praktiserer dette i Norge i dag, og tilbudet er uorganisert (Helsedirektoratet, 2012). Kvinnene må selv ta kontakt med privatpraktiserende jordmødre uten avtale med den offentlige helsetjenesten, og de må betale en egenandel på rundt 25 til 30.000 kroner (Jacobsen, 2015). Av egenandelen dekkes kun 3.013 kroner av Helfo i 2021 (Helsenorge, 2020). Vi har forsøkt å finne en oversikt over hvor mange jordmødre som praktiserer planlagte hjemmefødsler i Norge, gjennom flere nettsider og fagforeninger, uten å finne offentlige registre på dette.

En kvalitativ studie av Skrondal et al. (2020) undersøkte bakgrunnen til at kvinner ønsket å føde hjemme i Norge. Kvinner som valgte å føde hjemme, beskrev blant annet en opplevelse av at omgivelsene ga dem en følelse av kontroll, trygghet og ro. Dette førte til at de kunne slappe av og fokusere fullt på fødselen. I tillegg fortalte de at det var enklere å være helt seg selv og entre «fødeboblen» i eget hjem. En annen norsk studie av Aune et al. (2017), har sett på hvordan jordmødre fremmer fysiologisk fødsel i hjemmet. Her kom det frem at jordmors tro på fysiologisk fødsel var avgjørende for at kvinnen selv skulle kjenne seg trygg på sin evne til å føde. Jordmødrene mente at det var viktig for fødselsprosessen å gi kvinnen nok tid og rom til å gjøre det hun selv ville, noe som var enklere å legge til rette for i hjemmet.

McNutt et al. (2014) har gjennomført en tverrsnittstudie i England, som har undersøkt jordmødre, fastleger, fødselsleger og barneleger sine holdninger til hjemmefødsel. Studien viser at jordmødre i større grad enn fastleger, fødselsleger og barneleger, var entusiastiske til planlagt hjemmefødsel som et tilbud for friske gravide kvinner. Alle yrkesgruppene uttrykte derimot bekymring for å kunne tilby et trygt og effektivt tilbud om hjemmefødsel grunnet manglende ressurser og dårlig organisering. I tillegg kom det frem at 38 prosent av jordmødrene mente at evidensgrunnlaget for å tilby hjemmefødsel er mangelfullt og upålitelig (McNutt et al., 2014). God kvalitet på hjemmefødseltilbudet er viktig for at det skal være trygt. Dette inkluderer opplæring, tilgang på nødvendig utstyr og et godt system for overføring til sykehus ved behov (Declercq & Stotland, 2020).

1.1.1 Organisering av det offentlige fødetilbudet i Norge

I dag er det offentlige fødetilbudet i Norge delt inn i tre nivåer for å kunne tilby fødselshjelp basert på kvinners egne ønsker og en seleksjon ut fra risikovurdering. De tre nivåene er kvinneklinikker, fødeavdelinger og fødestuer (Helsenorge, 2019).

Kvinneklinikkene er de største avdelingene med spesialkompetanse som innebærer tilgang på nyfødttintensivavdeling, barneleger, fødselsleger, anestesipersonell og andre spesialiteter. Disse fødeenhetene skal kunne ivareta både friske gravide og gravide med risikofaktorer som trenger ekstra oppfølging. I tillegg foreligger det krav om å kunne utføre keisersnitt i løpet av 15 minutter (Helsenorge, 2019).

Fødeavdelinger skal ivareta kvinner med normale forløp og kvinner med moderat risiko, ettersom hva avdelingen har kompetanse til. Her vil det være avgjørende å diskutere med kvinneklinikker ved tvil, og samtidig være av betydning om det er tilgang på barneavdeling eller ikke (Helsenorge, 2019).

Fødestuer er et fødetilbud for friske kvinner med normale svangerskap. Det skal gjøres fortløpende vurderinger av jordmødre i samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjenesten angående om kvinnen kan føde der (Helsenorge, 2019).

Fødetilbudet er delt inn i tre nivåer for å etterleve kvinners ønsker. Likevel er det ikke nødvendigvis en realitet for kvinner i Norge å kunne velge selv, grunnet store variasjoner i fødetilbudet lokalt. Kvinner som bor på mindre steder har som oftest geografisk nærhet til fødestuer eller fødeavdelinger, mens i de større byene er det oftest kun tilbud om kvinneklinikker. I noen få store byer i landet er det også tilbud om jordmorstyrte fødestuer på sykehusene, slik som ABC i Oslo, Storken i Bergen og Fødeloftet i Stavanger. De seneste årene er flere fødeavdelinger og fødestuer lagt ned, slik at valgmulighetene til kvinner blir færre. Ifølge Ebbing (2017), fagdirektør for helseregistre i Folkehelseinstituttet, har fødeinstitusjoner blitt redusert fra 182 i 1967 til 48 i 2016. Dette har resultert i lengre reisevei for de fødende, og flere fødsler som uplanlagt skjer utenfor fødeinstitusjoner. Konsekvensen er økt risiko for komplikasjoner for mor og barn (Engjom et al., 2018).

1.1.2 Organisering av planlagte hjemmefødsler i Norge

Ettersom planlagt hjemmefødsel ikke er en del av det offentlige tilbudet i Norge, har Helsedirektoratet utarbeidet en egen retningslinje for dette (Helsedirektoratet, 2012). Retningslinjen anbefaler blant annet følgende seleksjonskriterier for kvinner som ønsker å føde hjemme:

- Kvinnen er en frisk første- eller flergangsfødende
- Kvinnen har hatt et normalt svangerskap
- Kvinnen bærer ett foster i hodeleie
- Det er ikke påvist sykdommer som kan medføre komplikasjoner eller risiko for kvinnen eller barnet
- Kvinnen har tidligere normale svangerskap og fødsler

Ved fødselsstart:

- Fødselen starter spontant mellom fullgått svangerskapsuke 36 og til svangerskapet regnes som overtidig
- Det er vurdert lav risiko for komplikasjoner for mor og barn i forbindelse med fødselen og barseltiden når fødselen starter
- Kvinnen ønsker å føde hjemme
- Kvinnen har en avtale med jordmor som skal bistå ved fødselen

Det er jordmor som vurderer om kvinnene kan selekteres til hjemmefødsel, og kriteriene forutsetter at vurderingen gjøres fortløpende i svangerskapet og ved fødselens start (Helsedirektoratet, 2012).

1.2 Hensikt og problemstilling

Planlagte hjemmefødsler viser seg å være trygt for friske gravide kvinner når det er godt organisert, og det kan være fordelaktig samfunnsøkonomisk (Declercq & Stotland, 2020). Når det gjelder etiske prinsipper, beskriver Olsen og Clausen (2012) at det ikke foreligger faglig grunnlag som tilsier at man skal gå imot kvinnens autonomi når det gjelder valg av fødeplass. Olsen og Clausen (2012) foreslår også at alle land burde vurdere å etablere

hjemmefødselstilbud i samarbeid med medisinsk beredskap, og tilby friske gravide kvinner informasjon om oppdatert forskning og valgene de har når det gjelder hvor de skal føde.

Hensikten med denne studien er derfor å få større innblikk i hva som gjør at vi mangler et offentlig tilbud i Norge og hvordan det kan bedres, ved å undersøke hvordan jordmødres holdninger til å jobbe med hjemmefødsler fremmer eller hemmer hjemmefødseltilbudet.

Innledende søk viser at det er gjort flere enkeltstudier på emnet, men vi fant ingen systematisk oversikt over kvalitative studier som beskriver jordmødres holdninger til hjemmefødsler. Det vil derfor være nyttig å gjennomføre en systematisk litteraturstudie. Økt etterspørsel etter hjemmefødsel gjør også temaet dagsaktuelt og relevant.

Problemstilling:

Hvordan kan jordmødres holdninger til planlagte hjemmefødsler fremme eller hemme tilbudet til kvinner som ønsker å føde hjemme?

1.3 Avgrensninger

I denne studien vil vi undersøke hvordan jordmødres holdninger til planlagt hjemmefødsel påvirker tilbudet. Hvordan annet helsepersonell, fødekvinne og partnere opplever hjemmefødsel vil ikke bli belyst. Deres syn ville også vært interessant å undersøke, men på grunn av tidsbegrensning velger vi å avgrense til kun å omhandle jordmødre.

Vi vil undersøke holdninger til planlagte hjemmefødsler og utelater derfor ikke-planlagte hjemmefødsler og fødsler andre steder enn i hjemmet. Oppgaven er avgrenset til kun å basere seg på kvalitativ forskning, da målet er å belyse holdninger. Vi har valgt ikke å avgrense til jordmødre med erfaring fra hjemmefødsel selv, da det vil kunne gi bredere kunnskapsgrunnlag å inkludere jordmødre både med og uten erfaring.

Vi kommer ikke til å gå inn på hjemmefødsler for risikokvinner, da de norske retningslinjene er klare for hvilke seleksjonskriterier som må følges for at det skal være trygt å føde hjemme (Helsedirektoratet, 2012). Vi er opptatt av at litteraturstudien skal baseres på forhold som kan overføres til Norge, og vi vil avgrense til å undersøke jordmødres holdninger i europeiske

land samt Australia og New Zealand. Vi har for eksempel valgt å ikke inkludere høyinntektslandene USA og Canada fordi fødselsomsorgen og jordmors rolle i helsetjenesten der, er svært ulik Norge. Det samme gjelder lavinntektsland, på grunn av ulikhetene i økonomi og fødselsomsorg.

Andre avgrensninger er at vi bare vil undersøke primærstudier som er publisert på engelsk eller skandinavisk språk, for at vi skal kunne forstå teksten. I tillegg ønsker vi kun å bruke fagfelleverderte enkeltstudier publisert i fulltekst. Vi velger å ikke sette noen tidsbegrensning i litteratursøket, da det kan være relevante studier også fra flere år tilbake.

1.4 Begrepsavklaringer

Jordmor: Ifølge The international confederation of midwives (2017) sin internasjonale definisjon er jordmor en person som har fullført en jordmorutdanning som baserer seg på ICM Essential Competencies for Basic Midwifery Practice og ICMs globale standarder for jordmorutdanning og er godkjent i det landet hvor en er lokalisert; som i tillegg har tilegnet seg de nødvendige kvalifikasjoner for å bli autorisert og/eller tildelt lisens til å kunne utøve jordmorvirksomhet og bruke tittelen jordmor, og viser ferdigheter i utøvelse av jordmorfaget.

Jordmor er anerkjent som en ansvarsbevisst og ansvarlig profesjonell fagutøver som arbeider sammen med kvinnen for å gi henne nødvendig støtte, omsorg og rådgivning i løpet av svangerskap, fødsel og barseltid. Jordmors omsorg omfatter forebyggende tiltak, å fremme fysiologisk fødsel, avdekke komplikasjoner hos mor og barn, tilgang til medisinsk eller annen relevant assistanse og utførelse av nødtiltak. Jordmor har en viktig rolle i helserådgivning og undervisning, både for kvinner, deres familier og i samfunnet. Arbeidet bør inneholde svangerskapsundervisning og forberedelse på foreldreskapet, og kan også inneholde kvinnehelse, seksuell og reprodutiv helse og omsorg for nyfødte. Jordmødre kan praktisere i hjemmet, samfunnet, på sykehuset, klinikker eller helsestasjoner (The international confederation of midwives, 2017).

Holdninger: I denne litteraturstudien bruker vi definisjonen til Store Norske Leksikon som beskriver at holdninger er en betegnelse for en tendens til å tenke, føle og handle positivt eller negativt ovenfor noe, som for eksempel bestemte objekter, mennesker, ideer og verdier (Svartdal, 2020). I denne oppgaven er de positive eller negative følelsene, tankene eller

handlingene knyttet til fenomenet planlagte hjemmefødsler. Disse begrepene knyttet til holdninger vil bli trukket inn videre i oppgaven.

Hjemmefødsel: Med hjemmefødsel, mener vi i denne oppgaven, fødsler som er planlagt til å skulle foregå i hjemmet med jordmorhjelp, i et høyinntektsland hvor sykehusfødsler er tilgjengelig, men hjemmefødsel blir et frivillig valg og ikke en nødvendighet.

Høyinntektsland: Med høyinntektsland mener vi land som defineres som dette av Verdensbankens klassifisering (World bank group, 2021). I denne oppgaven gjelder definisjonen at landene er sammenliknbare med norsk kontekst, både med tanke på levestandard, tilgjengelig fødselsomsorg og jordmors funksjon i samfunnet.

2.0 TEORETISK FORANKRING

I dette kapittelet har vi valgt å benytte det Høyer (2011) kaller for «boksåpner» som tilnærming til den teoretiske forankringen. Han beskriver teori som en måte å si noe om virkeligheten på, som kan hjelpe oss til å forstå fenomenet og blir en innfallsvinkel til hvordan problemstillingen blir besvart. Framework for quality maternal and newborn care eller Lancet-modellen er «boksåpner» i denne oppgaven. Videre vil dette rammeverket gjøres rede for.

2.1 Framework for quality maternal and newborn care (QMNC)

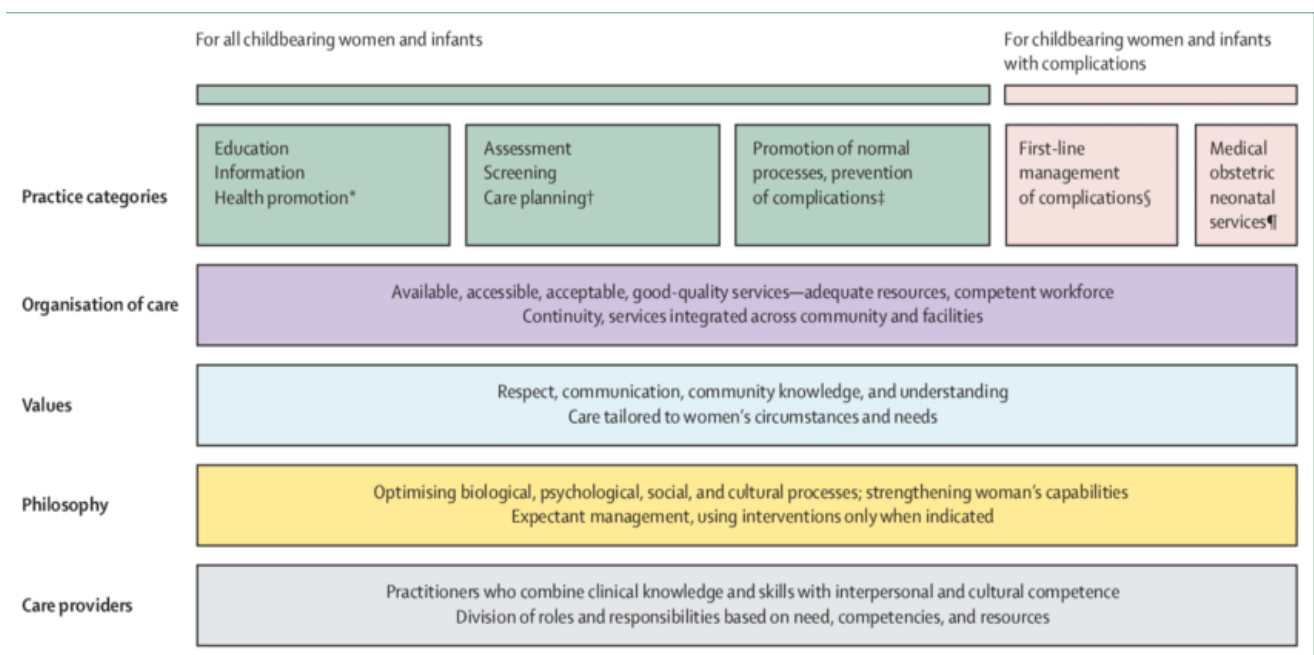
I the Lancet-series on Midwifery fra 2014 legger Renfrew et al. (2014) frem et rammeverk for kvalitet i mor-barn-omsorgen, The Quality Maternal and Newborn Care Framework, QMNC. Vi vil benevne rammeverket for Lancet-modellen videre i oppgaven.

Lancet-modellen (**figur 1**) viser et system for kvalitet i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg for best mulig maternelle og neonatale utfall (Renfrew et al., 2014). Dette rammeverket er basert på tre større globale tematiske synteser av systematiske oversikter. En oversikt over 13 metasynteser over kvalitative studier fra hele verden som omhandler kvinners erfaringer, en gjennomgang av 461 systematiske Cochrane-oversikter om effektiviteten ved ulike praksiser i fødselsomsorgen og en syntese av to systematiske oversikter, av til sammen 15 studier, som omhandler kjennetegn og effekt av jordmødres og andre profesjoners arbeid i fødselsomsorgen (Renfrew et al., 2014).

Rammeverket presenterer hva et helsesystem trenger for å tilby kvalitetssikret omsorg, og hvordan det oppnås i ulike deler av helsevesenet. Viktige bærende elementer ved rammeverket er praksis, organisering av helsetjenesten, helsepersonells filosofi og verdier, og kjennetegn ved helsepersonellet. Alle elementene er koblet sammen. Gravide kvinner og deres nyfødte skal ha tilgang på opplæring, informasjon og helsefremmende omsorg. Videre skal omsorgen inkludere planlegging av effektiv overføring til andre tjenester ved behov, screening for ulike sykdommer, som for eksempel preeklampsi og svangerskapsdiabetes, og vurdering av fødselsprogresjon. Det er viktig å fremme de normale prosessene og forebygge komplikasjoner. For gravide kvinner og nyfødte med komplikasjoner skal det sikres håndtering av komplikasjoner i primærhelsetjenesten, og det skal være tilgang til

spesialisthelsetjeneste ved behov. Overføring mellom ulike tjenester skal foregå sømløst. Når det gjelder organisering av omsorgen skal den være tilgjengelig, akseptabel og kvalitetssikker med adekvate ressurser og kompetent helsepersonell. Organiseringen skal også innebære kontinuitet og integrerte tjenester. Verdiene Lancet-modellen løfter fram er respekt, kommunikasjon, samfunnskunnskap og forståelse. Omsorgen skal være skreddersydd etter kvinnens omstendigheter og behov. Filosofien er å optimalisere biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle prosesser, og å styrke kvinnens egen kapasitet. Det skal kun brukes intervensjoner når det er nødvendig. Helsepersonell skal kunne kombinere klinisk kunnskap og ferdigheter med mellommenneskelig og kulturell kompetanse, og fordelingen av roller og ansvar skal være basert på behov, kompetanse og ressurser. Lancet-modellen kan brukes til å vurdere kvaliteten på omsorgen, planlegge bemanning eller pensum til utdanning, eller identifisere forskningshull for fremtidig forskning. Den kan også bli individuelt tilpasset for å møte spesifikke krav som populasjonen har med tanke på demografi eller helse, tilgjengelige ressurser og politisk, sosial og kulturell kontekst.

Figur 1: Lancet-modellen



Fra Midwifery and quality care: findings from a new evidenceinformed framework for maternal and newborn care av Renfrew et al. (2014) (DOI: 10.1097/01.ogx.0000460706.27837.c4). Gjengitt etter tillatelse fra Mary Renfrew, 9. september 2021.

Forfatterne anbefaler med dette rammeverket, et paradigmeskifte fra fragmentert omsorg med ensidig fokus på å identifisere og behandle patologi, til kompetent og helhetlig omsorg for alle

gravide kvinner og nyfødte barn. Denne overgangen kan på mange måter illustrere en positiv respons på det Gunnhild Blåka Sandvik, den første jordmor med doktorgrad i Norge, forsket på.

Sandvik (1997, s. 72) illustrerer to ytterpunkter av fødselsomsorgen. I den vestlige verden blir fødselen vanligvis oppfattet som en medisinsk hendelse som bør foregå på sykehus, en oppfatning hun kaller den fødselsvitenskapelige diskursen. Synet er preget av verstefallstekning hvor fødekroppen kan feile på ethvert tidspunkt. Derfor tenker man at kvinner bør føde på en sentralisert, spesialisert og teknologisk fødeavdeling. Det andre ytterpunktet kaller hun for den jordmorfaglige diskursen, hvor jordmødre har fokus på fødekroppens muligheter og potensiale. Gode obstetriske utfall bør ikke være det eneste målet for jordmødrene. Jordmødre bør, ifølge Olsen og Clausen (2012) se på fødsel som en emosjonell, sosial, kulturell og ofte spirituell betydningsfull livsopplevelse. De skal være eksperter i å beskytte, støtte og fremme fysiologisk fødsel, og å hjelpe den gravide til å ta egne valg. Dette er viktige momenter fra den jordmorfaglige diskursen og samsvarer med anbefalinger fra Lancet-modellen. Lancet-modellen understreker også at det er viktig kun å intervensere når det er nødvendig. Det kan derimot være vanskelig dersom den fødselsvitenskapelige diskursen og intervensering dominerer, hvor mor og barn overvåkes nøye for å unngå eventuelle komplikasjoner. Men gjennom Lancet-modellen kan det være mulig å kombinere det beste fra begge syn på fødsel. Jordmødre bør sikre rask og effektiv hjelp og overvåkning på sykehus til dem som trenger det, og støtte fysiologiske prosesser i hjemmet for dem som ønsker det (Blix, 2017, s. 54).

Lancet-modellen anbefaler en fødselsomsorg preget av kontinuitet (Renfrew et al., 2014). Kontinuitet har vist seg å være det beste for å gi individuelt tilpasset omsorg for mor og barn gjennom svangerskap, fødsel og barseltid (Sandall et al., 2016). Den systematiske oversikten til Sandall et al. (2016), bestående av 13 inkluderte studier av høy kvalitet med til sammen 16 242 kvinner, viser at kontinuitet fører til mindre bruk av epidural eller spinal, færre operative forløsninger, færre premature fødsler før svangerskapsuke 37, større sannsynlighet for spontan vaginal fødsel, mindre sannsynlighet for fosterdød før og etter uke 24 og neonatal død, færre amniotomier og episiotomier og større sannsynlighet for å ha en kjent jordmor med under fødselen. Når kontinuitet er en mulighet, fremmer dette også et støttende miljø for kvinnen, og fører til at kvinnen enklere kan mestre fødselen. Litteratur rundt hjemmefødsel, beskriver hjemmet som et styrkende miljø i motsetning til fødeavdelinger på

sykehus som er beskrevet som ukjente og skremmende, og fører til medisinsk fokus (Olsen & Clausen, 2012). Den jordmorfaglige omsorgsmodellen kan forsvinne dersom vi fortsetter å medikalisere fødselsomsorgen for friske gravide kvinner (Olsen & Clausen, 2012). Gjennom forskning i høyinntektsland er det også vist at jordmorstyrt omsorg for friske gravide er mer kostnadseffektivt enn medikalisert omsorg, og i tillegg viser det seg at kvinnene er mer tilfredse med omsorgen (Renfrew et al., 2014; Sandall et al., 2016).

3.0 METODE

3.1 Design

I denne oppgaven har vi valgt å gjøre en systematisk litteraturstudie over kvalitativ forskning. Funnene analyseres gjennom tematisk syntese beskrevet av Thomas og Harden (2008). Vår litteraturstudie undersøker jordmødres holdninger, og derfor var det aktuelt å bruke kvalitative primærstudier for å imøtekomme problemstillingen. En systematisk oversikt innebærer kartlegging og identifisering av aktuell litteratur, kritisk vurdering av studiene som er funnet og sammenfatning av primærstudiene som møter konkrete kriterier for kvalitet og relevans (Malterud, 2017a, s. 27). Helsebiblioteket (2016b) beskriver fem punkter som skal være på plass for at den systematiske oversikten skal være god. Den skal inneholde en klar tittel og et klart formål, vise til en omfattende og beskrevet søkestrategi, ha klare inklusjons- og eksklusjonskriterier av primærstudier, ha med vurdering av kvaliteten på de inkluderte studiene og beskrive karakteristiske trekk ved alle de inkluderte studiene (Helsebiblioteket, 2016b).

Kvalitativ metode går ut på å beskrive, analysere og fortolke karaktertrekk, egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres. Materialet består av tekst, som kan stamme fra samtaler eller observasjoner, og bidrar til å presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaringer (Malterud, 2017b, s. 30). Vi kunne også ha brukt kvantitative studier som tverrsnittstudier med spørreskjemaer for å besvare problemstillingen. Spørreskjemaer er lister med spørsmål, og er ofte brukt til å innhente spesifikk informasjon fra mennesker på ett bestemt tidspunkt (Aveyard, 2019, s. 55). Slike spørreskjemaer er standardisert, og åpner ikke opp for utfyllende svar eller dypere meninger. Vi var ute etter å utforske holdninger i form av positive og negative tanker, følelser og handlinger, og hvordan disse kan fremme og hemme tilbudet om planlagte hjemmefødsler til kvinner som ønsker dette. Derfor ønsket vi dybde, med bredere og rikere beskrivelser av disse holdningene som kvalitativ forskning, gjennom for eksempel intervjuer gir.

3.2 Etiske overveielser

Denne litteraturstudien bygger på allerede publisert materiale, og vi har ikke vært i direkte kontakt med informantene som inngår i prosjektet. Derfor har det ikke behov for å søke etisk godkjenning. En del av de etiske overveielsene har likevel vært å sikre at de inkluderte studiene har nødvendig etisk godkjenning. Videre har vårt etiske ansvar ligget i å behandle materialet skånsomt og etterrettelig, og sikre en etterprøvbar analyse der originalstudiene er gjenkjennelige. Dette inngår også som en del av kvalitetsvurderingen som beskrives senere.

3.2.1 Forforståelse

Videre har en del av den etiske overveielser i oppgaven vært bevisstgjøring av egen forforståelse. Forforståelse er, ifølge Malterud (2017b, s. 45) erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og den teoretiske referanserammen vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet. Forforståelsen kan påvirke måten vi samler, leser og tolker data i en kvalitativ studie. Når det gjelder søkene våre, har vi også vært opptatt av ikke kun å ende opp med forskningslitteratur som bekrefter våre egne forestillinger om hva som er viktig. Dette for å forebygge systematiske skjevheter i utvelgelsen av studier (Malterud, 2017a, s. 47). I kvalitative studier, der fortolkning er strategien for utvikling av ny kunnskap, har vi derfor et etisk ansvar i å forebygge at det som ble sagt og skrevet, blir misforstått eller forvrengt (Malterud, 2017a, s. 137).

På en annen side er forforståelsen en viktig motivasjon for forskeren til å gå inn i et spesifikt tema (Malterud, 2017b, s. 45). Vår forforståelse var preget av at hjemmefødsel kan være et bra alternativ for friske kvinner som skal føde, men at dagens tilbud ikke strekker til. Vi har ment det er for få jordmødre som tilbyr hjemmefødsler, og lurte på hvorfor det er slik. På bakgrunn av dette ønsket vi å fordype oss i temaet jordmødres holdninger til hjemmefødsler, og hva som fremmer og hemmer dette tilbudet for friske kvinner. Det var spørsmålet om hvorfor så få jordmødre tilbyr hjemmefødsler som vekket interessen for å fordype oss i temaet.

3.3 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriterier er med på å identifisere hva man skal søke etter i litteraturstudien (Aveyard, 2019, s. 75). Ved å ha tydelige inklusjonskriterier får man mer presist fokus i

studien, noe som bidrar til å spesifisere litteratursøket, så man holder seg til relevant forskning. Kriteriene kommer frem gjennom ordene som er brukt i problemstillingen. Vi har valgt å bruke PICoS i utformingen av en tydelig og presis problemstilling, inklusjonskriterier og søkeord (**tabell 1**). Akronymet står for populasjon, fenomenet vi er interessert i, kontekst og studiedesign, og det ble videreutviklet fra PICO for å tilpasses formulering av kvalitative forskningsspørsmål (Helsebiblioteket, 2016a). I kapittel 1.3 gjøres oppgavens avgrensninger rede for, derfor har vi valgt å ikke ta med eksklusjonskriterier her.

Tabell 1: Inklusjonskriterier og søkeord i PICoS-skjema

| | Inklusjonskriterier | Søkeord |
|-------------------------------|--|--|
| Populasjon | Jordmødre | Nurse Midwives (emneord) Midwifery (emneord) Midwife Midwives Nurse-Midwives Nurse-Midwife Nurse, Midwife |
| Fenomenet vi er interessert i | Holdninger, som positive eller negative tanker, følelser eller handlinger, til planlagte hjemmefødsler | Home childbirth (emneord) Home birth, Childbirth, home Childbirths, home Childbirth at home, Birth, home Births, home Home births Childbirths at home Home delivery Home deliveries Attitude (emneord) Attitudes Opinion Opinions Perspective Perspectives |
| Kontekst | Høyinntektsland med overføringsverdi til Norge (Europeiske land, Australia og New Zealand) Engelsk eller skandinavisk språk | |
| Studiedesign | Kvalitative studier Fagfellevurderte studier i fulltekst Kvalitetsvurderte studier | |

3.4 Litteratursøk

Systematisk litteratursøk ble utført i tidsperioden 5. til 21. mai 2021. I tillegg ble søket utført igjen 24. august 2021, for å avdekke nyere publikasjoner. Dette søket resulterte ikke i noen nye studier. Det systematiske litteratursøket ble utført i databasene MedLine, Cinahl, Maternity And Infant Care, EMBASE og SveMed+.

I starten av arbeidet med masteroppgaven, gjennomførte vi flere innledende søk i ulike databaser for å få oversikt over emnet. Vi gikk gjennom PROSPERO og Cochrane database of systematic reviews i Cochrane Library. PROSPERO er en internasjonal prospektiv database med registrering av planlagte systematiske oversikter, hvor målet er å unngå at to forskergrupper jobber med samme oversikter. I Cochrane database of systematic reviews i Cochrane Library søkte vi etter relevant forskning og for å undersøke at det ikke allerede var systematiske oversikter på dette emnet. Hverken i PROSPERO eller Cochrane database of systematic reviews i Cochrane Library fant vi studier som den vi ønsket å gjennomføre.

I begynnelsen av mai 2021 hadde vi møte med bibliotekar for å få hjelp med søkestrategien. En erfaren bibliotekar har god kunnskap til å hjelpe med å bygge opp en god søkestrategi (Malterud, 2017a, s. 51). Hjelpen fra bibliotekar, ses på som like viktig ved systematiske oversikter, som statistikkstøtte er ved kvantitative studier (Malterud, 2017a, s. 54). Vi fikk hjelp til å finne relevante søkeord og synonymer. Hun hjalp oss også med å velge ut hvilke databaser som var mest gunstige å søke i, og viste oss fremgangsmåte for søk i de databasene vi ikke var kjent med fra før. Ved en senere anledning var hun med på et søk og sjekket søkehistorikken på tidligere søk, for å kontrollere at disse ble gjennomført på riktig måte.

I litteratursøket benyttet vi oss av MeSH-emneord. MeSH står for Medical Subject Headings, og er et emneordsystem for biomedisin og helserelatert litteratur. Verktøyet MeSH på norsk er et hjelpemiddel for å finne autoriserte søkeord til bruk i internasjonale informasjonskilder. MeSH brukes som emneordsregister i databaser som Medline, PubMed, SveMed+ og Cochrane Library (Helsebiblioteket, 2018). MeSH-søkeordene vi benyttet er presentert i PICO-skjema i **tabell 1**.

For å kombinere de relevante søkeordene brukte vi kombinasjonsord. Vi brukte OR mellom hvert synonym for å utvide søket. For eksempel vil «home delivery» OR «home birth» kunne

gi flere resultater, ved å fange opp studier som benytter ulike variasjoner av begrepet «hjemmefødsel». Motsatt vil bruk av AND mellom de forskjellige ordgruppene avgrense søket (Aveyard, 2019, s. 85). Kombinasjonsordet AND ble brukt for å fange opp studier som handlet om både jordmødre, holdninger og hjemmefødsel, da det var denne kombinasjonen vi ønsket å undersøke. Oversikt over søkeord og søkekombinasjoner blir presentert i søkehistorikken i **vedlegg 2**.

Vi kunne ha valgt å avgrense søkene i større grad ved eksempelvis å spesifisere søket til kun visse årstall. Dette valgte vi derimot ikke å gjøre, ettersom det å søke etter helsepersonells holdninger, ifølge bibliotekaren, ofte fører til få treff og at det derfor vil være mer gunstig å gjennomføre bredere søk. Dermed valgte vi i stedet å gå gjennom alle treffene vi fikk i de ulike databasene. Vi kunne også benyttet oss av trunkering, som for eksempel “midwi*”, som omfatter både entalls- og flertallsformen av søkeordet (Malterud, 2017a, s. 51). Dette har vi derimot valgt ikke å gjøre, da vi mener søkestrategien blir tydeligere ved å vise konkret hvilke treff som kom frem fra de enkelte søkeordene i ulik form.

De benyttede databasene i oppgaven er ikke en fullstendig samling av all slags forskning og publiserte studier (Malterud, 2017a, s. 53). Vi har derfor sett gjennom litteraturlisten til de inkluderte studiene for å se om det var andre studier der som kunne være relevante for oppgaven, men her fant vi ingen av betydning. I tillegg ble vi tipset av bibliotekar om å gjøre håndsøk i Sykepleien Forskning, men her fikk vi heller ingen relevante treff.

3.5 Artikkelutvelgelse

I artikkelutvelgelsen, har vi valgt å følge metoden som er beskrevet i Malterud (2017a, s. 57-58). I første trinn gjennomførte vi screening av treff fra litteratursøket parallelt og uavhengig av hverandre. Vi leste gjennom tittel på alle resultatene, i hver database. Tittelen på referansen er sjelden alene tilstrekkelig for å gjøre en vurdering, derfor studerte vi også sammendraget til studiene som virket relevante for oppgaven, der dette var tilgjengelig. Dette trinnet sorterer bort treff som åpenbart ikke er relevante for problemstillingen, slik at vi kun konsentrerer oss om studier med relevans og som passer våre inklusjonskriterier. Etter denne første utvelgelsen, gikk vi sammen gjennom vurderingene og sammenlignet. Der det var gjort ulike

valg i utvelgelsesprosessen, forhandlet vi oss frem til enighet. På forhånd hadde vi planlagt å løse uenighet ved å trekke inn veileder, men dette ble ikke nødvendig.

Etter det første trinnet sto vi igjen med utvalget av kandidatartikler som vi innhentet i fulltekst for nærlesing. Der fulltekst ikke lå tilgjengelig på internett, søkte vi hjelp fra bibliotekar. Når alle artiklene som var tilgjengelige var innsamlet i fulltekst, ble de lest og på nytt vurdert opp mot inklusjonskriteriene våre. I denne prosessen viste det seg at en del av artiklene likevel ikke tilfredstilte våre inklusjonskriterier. Noen ble ekskludert grunnet manglende beskrivelser av jordmødres holdninger til planlagte hjemmefødsler, mens andre ble ekskludert grunnet kvantitativ metode, mixed methods eller mangel på fagfellevurdering.

Artikkelutvelgelsen blir fremstilt i PRISMA flytdiagram i **figur 2**.

3.6 Kritisk vurdering av inkluderte studier

I systematiske oversikter regnes det ikke som tilstrekkelig at artikkelen allerede har blitt vurdert av fagfeller og redaktører før den er publisert. Malterud (2017a, s. 58) uttrykker at metodisk kvalitet er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for inklusjon. God kvalitet på primærstudiene gir ingen garanti for at resultatene i studiene presenteres på en grundig og etterprøvbar måte (Malterud, 2017a, s. 59).

Med anbefaling fra veileder, brukte vi sjekkliste fra Critical Appraisal Skills Programme for å vurdere kvaliteten på de fem inkluderte studiene (Critical Appraisal Skills Programme, 2018). I denne litteraturstudien brukte vi CASP Qualitative studies checklist. Dette er et verktøy for kritisk vurdering av kvalitative studier. Sjekklisten baserer seg på tre overordnede spørsmål; om resultatene av studien er gyldige, hva som er resultatene, og om resultatene vil ha overføringsverdi. Totalt er det ti spørsmål, som skal besvares med «ja», «vet ikke» eller «nei». Begrunnelse for svaret blir skrevet i kommentarfelt under spørsmålet. Vi startet med å oversette spørsmålene for å være sikker på at vi forstod spørsmålene på samme måte. Ved siden av spørsmålene i sjekklisten er det flere hint for hva en skal se etter, noe som var svært nyttig for oss som aldri har brukt denne sjekklisten.

Etter å ha vurdert metodisk kvalitet i alle studiene nøye hver for oss, satt vi oss sammen for å diskutere svarene. Der vi var uenige, leste vi gjennom studiene på nytt og kom deretter til enighet. CASP anbefaler ikke at man vurderer artiklene ut fra et skåringsystem fra 0-10

(Critical Appraisal Skills Programme, 2018). For å tydeliggjøre kvalitetsvurderingen, har vi valgt å presentere dem som god, middels eller dårlig kvalitet.

Se hele sjekklisten og kvalitetsvurderingen av hver studie i **vedlegg 3**. Resultatene fra kvalitetsvurderingen presenteres under 4.3 i resultatdelen.

3.7 Datauttrekk av inkluderte studier

I dette underkapittelet vil vi beskrive datauttrekk fra de inkluderte primærstudiene til litteraturstudien. Datauttrekk defineres som den prosessen hvor vi henter ut relevant informasjon fra primærstudiene som er inkludert i litteraturstudien (Malterud, 2017a, s. 66).

Thomas og Harden (2008) beskriver at ved kvalitative litteraturstudier, kan det være utfordrende å finne ut hva som teller som data eller funn. Det er ikke alltid lett å finne ut hva som er nøkkelkonsepter eller kortfattede sammendrag i kvalitativ forskning. Vi har derfor, som Thomas og Harden beskriver, trukket ut all tekst av betydning for å besvare problemstillingen, fra delene av studiene hvor funn eller resultater beskrives. Alle datauttrekk ble lagt inn i et arbeidsdokument og finnes i **vedlegg 4**.

3.8 Analyse

I denne litteraturstudien har vi brukt tematisk syntese i analyseringen av dataene som finnes i den innhentede litteraturen. Thomas og Harden (2008) presenterer bruk av tematisk syntese som bevarer prinsippene for systematisk gjennomgang, ved å samle funnene fra flere kvalitative enkeltstudier. Metoden går ut på tre trinn: Linje-for-linje-koding for å finne betydning og innhold, utforming av deskriptive temaer og utforming av analytiske temaer gjennom tolkning og sammenfatning for å “gå utover” innholdet i enkeltstudiene. Når man overfører tema fra en studie til en annen, må man ifølge Thomas og Harden (2008) alltid vurdere påliteligheten for denne overførbarheten. Vi har forsøkt å bevare konteksten fra primærstudiene ved å skrive systematiske sammendrag presentert i **tabell 3**. Dette for å la leseren selv avgjøre om temaene kan overføres mellom studiene eller ikke. Thomas og Harden (2008) beskriver at analysemetoden bør gjøres individuelt og deretter diskuteres. I denne litteraturstudien gjennomførte vi første trinn hver for oss, deretter sammenlignet vi og ble enige om hva vi skulle ta med og ikke. De neste trinnene har vi samarbeidet om, da vi ikke

har erfaring med analysemetoden fra tidligere. Vi har også fått innspill fra en tredjeperson, en av våre veiledere.

I første trinn kodet vi linje-for-linje, hvor vi trakk ut alt innhold av betydning ved å markere teksten med tusj. Deretter ble koder laget på en induktiv måte for å fange mening og innhold i hver setning. Induktiv tilnærming vil, ifølge Malterud (2017b, s. 113) bidra til at datamaterialet fra enkeltpersoner belyser forskningsspørsmålet, og at vi gjennom fortolkning har abstrahert funnene slik at de kan si noe mer allment. Denne systematiske måten å analysere på, er viktig for å unngå at resultatene blir tilfeldig synsing (Malterud, 2017b, s. 113). Linje-for-linje-koding førte til at vi klarte å gjennomføre det som ses på som det viktigste momentet ved syntese av kvalitative studier, nemlig å overføre konsepter mellom studiene. Vi samlet kodene fra alle studiene i en tabell, og lagde nye koder der det var nødvendig. Etter denne prosessen, leste vi teksten på nytt, for å forsikre oss om at vi hadde bevart det originale innholdet og ordlyden, og at vi ikke hadde mistet relevant informasjon.

I trinn to, så vi på likheter og forskjeller mellom kodene, slik at vi kunne strukturere dem etter samme innhold. Deskriptive temaer ble deretter skapt for å fange mening i de initiale kodene.

Hittil hadde vi holdt kodene og temaene svært tekstnært for ikke å miste viktig innhold. Gjennom trinn tre, forsøkte vi derimot å gå forbi innholdet i primærstudiene på et fortolkende nivå som skaper analytiske temaer eller overordnede kategorier. Å gå forbi innholdet i primærstudiene, ses på som en definerende karakteristikk ved syntese. For å klare å gå forbi originalstudiene, så vi på de deskriptive temaene opp mot problemstillingen vår. Dette er en kontinuerlig prosess som ble gjentatt frem til de analytiske temaene var tilstrekkelig for å dekke innholdet i alle de deskriptive temaene og svare på forskningsspørsmålet i litteraturstudien.

Resultatene fra den tematiske syntesen presenteres i **tabell 4**, **vedlegg 4** og i kapittel 4.4 i resultatdelen.

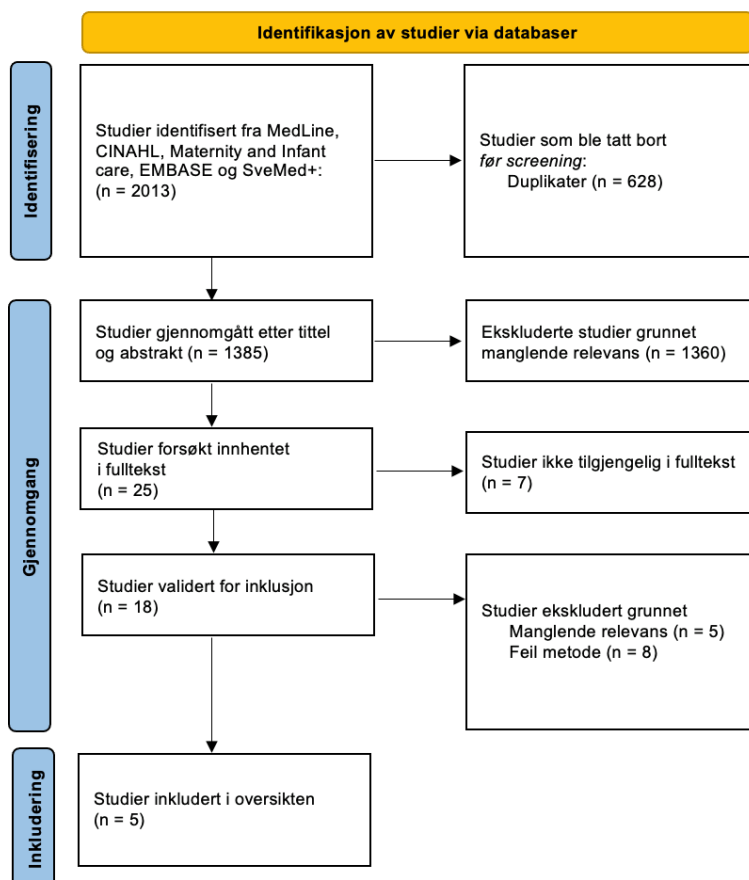
4.0 RESULTATER

I dette kapittelet presenteres funnene fra litteratursøket, karakteristikker ved de inkluderte studiene, den kritiske vurderingen av hver inkluderte primærstudie og resultatene fra analysen.

4.1 Funn

Totalt antall treff i databasene ble 2.013. Av disse var 628 duplikater som ble fjernet i EndNote. Av de 1385 artiklene vi sto igjen med ble 25 artikler inkludert etter tittel og abstrakt, på bakgrunn av relevans for oppgaven. Der vi ikke fant fulltekst, men studien virket relevant, etterspurte vi hjelp av bibliotekar for innhenting av litteraturen. Det var syv av artiklene som ikke var tilgjengelig i fulltekst. Derfor ble kun 18 artikler lest i fulltekst, hvor ytterligere 13 ble ekskludert på bakgrunn av metode eller manglende relevans. Til slutt stod vi igjen med fem artikler som er inkludert i litteraturstudien.

Figur 2: PRISMA flytskjema



Fra The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews av Page et al. (2020). (<http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram.aspx>).

4.2 Presentasjon av inkluderte studier

I dette underkapittelet presenteres en skjematisk oversikt over de inkluderte studiene i **tabell 2**, deretter presenteres i fritekst de ulike studienes hovedfunn og kontekst.

Tabell 2: Karakteristikk ved inkluderte studier

| Tittel | Forfatter og år | Populasjon | Fenomenet vi er interessert i | Kontekst | Studiedesign |
|--|--------------------------|--|---|-----------|---|
| The commonalities and differences in health professionals' views on home birth in Tasmania, Australia: A qualitative study | Hoang et al. (2013) | 9 jordmødre, 5 obstetrikere og 6 barnepleiere | Utforske hvorfor helsepersonell støtter eller er imot hjemmefødsler, og hvilke faktorer som bidrar til forskjeller i deres syn – har de noe til felles? | Australia | Kvalitativ studie Grounded theory Semi-strukturerte intervjuer på 20-30 minutter |
| Being a homebirth midwife in the Nordic countries - a phenomenological study | Sjöblom et al. (2015) | 21 jordmødre som hadde jobbet med hjemmefødsler fra to til 38 år, og deltatt på åtte til 520 hjemmefødsler. Åtte jordmødre fra Sverige, fem fra Danmark, fire fra Norge, to fra Finland og to fra Island. | Å beskrive den opplevde erfaringen ved å være hjemmefødselsjordmor i Norden | Sverige | Kvalitativ deskriptiv studie Fenomenologisk metode Intervjuer som varte mellom 43 til 94 minutter |
| From hospital to home: Australian midwives' experiences of transitioning into publicly-funded homebirth programs | Coddington et al. (2017) | 13 jordmødre og jordmor-ledere som hadde erfaring med overgangen fra sykehus til å praktisere offentlig finansiert hjemmefødsel de siste fem årene. | Å utforske jordmødres erfaringer med overgangen fra sykehus til hjemmefødsler i det australske offentlige helsesystemet | Australia | Kvalitativ deskriptiv studie Tematisk analyse Semistrukturerte dybde-intervjuer på 45-60 minutter |

| | | | | | |
|---|--------------------------|--|---|-----------|--|
| Working with home birth - Swedish midwives' experiences | Ahl & Lundgren (2018) | 8 jordmødre med erfaring i å delta på hjemmefødsler i Sverige. Alle hadde også erfaring fra sykehusavdeling, og 5 jobbet fremdeles på sykehus | Beskrive svenske jordmødres erfaringer med å jobbe med hjemmefødsler | Sverige | Kvalitativ studie Kvalitativ innholdsanalyse To semi-strukturerte fokusgruppeintervjuer på 78 og 77 minutter |
| Seeing birth in a new light: The transformational effect of exposure to homebirth for hospital-based midwives | Coddington et al. (2020) | 21 jordmødre som hadde erfaring med overgangen fra sykehus til å praktisere offentlig finansiert hjemmefødsel i Australia de siste fem årene, og ledere som hadde støttet eller ledet slike tjenester de siste fem årene | Å utforske sykehusbaserte jordmødres opplevelser ved å jobbe med offentlig finansiert hjemmefødselstilbud | Australia | Kvalitativ deskriptiv studie Konstruktivistisk grounded theory Semi-strukturerte telefonintervjuer. Intervjuene varte 45-60 minutter |

4.2.1 The commonalities and differences in health professionals' views on home birth in Tasmania, Australia: A qualitative study (Hoang et al., 2013)

Studien til Hoang et al. (2013) hadde som hensikt å utforske hvorfor fødselshjelpere har forskjellig syn på hjemmefødsel, og forstå hvilke likheter og forskjeller det er mellom dem. Utvalget bestod av 20 fødselshjelpere som jobbet på sykehus og helsesentre i Tasmania. Her var det ni jordmødre, fem obstetrikere og seks barne- og familiepleiere. Ingen av fødselshjelperne hadde erfaring med hjemmefødsler. Data ble innhentet gjennom semi-strukturerte intervjuer, med lukkede og åpne spørsmål. Seks hovedkategorier kom frem etter intervjuene: «Kvinnens valg», «kostnadseffektivitet», «uassistert fødsel», «uforventede komplikasjoner i fødsel», «fødestuer – et alternativ til hjemmefødsel» og «ulikheter i trening og filosofi hos jordmødre og obstetrikere».

Studien fant at jordmødre som støtter hjemmefødsel oppga tre hovedgrunner: Kvinner har rett til å velge fødested, hjemmefødsel kan være mer kostnadseffektivt enn sykehusfødsel og at manglende jordmortilbud ved hjemmefødsel kan føre til at kvinner velger å føde uassistert. Jordmødre som motsatte seg hjemmefødsel hevdet at komplikasjoner kan oppstå ved fødsel, og overføringstiden til sykehus er avgjørende for kvinners og nyfødtes sikkerhet.

Fra denne studien har vi kun trukket ut jordmødres holdninger, da andre helsepersonells meninger ikke var en del av våre inklusjonskriterier. Ettersom det tydeliggjøres hvem som har sagt hva, mener vi denne studien er relevant for litteraturstudien.

4.2.2 Being a homebirth midwife in the Nordic countries - a phenomenological study (Sjoblom et al., 2015)

Studien til Sjoblom et al. (2015) er en kvalitativ studie med fenomenologisk tilnærming. Hensikten med studien var å beskrive hvordan det oppleves å være en hjemmefødsel-jordmor i Norden. Data ble innsamlet gjennom intervjuer med 21 jordmødre fra de fem nordiske landene. Alle jordmødrene jobbet privatpraktiserende for å bistå ved planlagte hjemmefødsler.

Studien beskrev at det essensielle ved å være hjemmejordmor i Norden kan forstås som at jordmødrene oppfyller egne altruistiske verdier ved å imøtekomme kvinnens ønsker når det gjelder fødested. Videre fant forskerne at arbeid med hjemmefødsel kunne beskrives i tre hovedkategorier: «Unik omsorg i hjemmefødselmiljøet», «å bruke sitt fulle potensiale som jordmødre» og «å praktisere en ønsket livsstil som endrer selvet».

Jordmødrene beskrev at arbeid med hjemmefødsler førte til uregulert arbeidstid og at det påvirket familielivet. De beskrev også opplevelse av skepsis fra andre kolleger som mente at å tilby hjemmefødsel var å eksponere mor og barn for risiko.

4.2.3 From hospital to home: Australian midwives' experiences of transitioning into publicly-founded homebirth programs (Coddington et al., 2017)

Coddington et al. (2017) undersøkte jordmødres erfaringer med overgangen fra sykehus til offentlig-støttete hjemmefødsler. Det kommer ikke tydelig frem hvordan jordmødrene ble selektert til dette, men de ble nøye utvalgt og det var både jordmødre med og uten tidligere erfaring fra hjemmefødsler som deltok.

Data ble innhentet gjennom dybdeintervjuer av 13 jordmødre og jordmorledere. Seks temaer ble identifisert: «Utvikle kompetanse for å kunne håndtere hjemmefødsel», «bekymring», «å se fødsel i et nytt lys», «endring av praksis», «hjemmefødsel - det samme, men annerledes» og «viktigheten av veiledning og støtte».

Studien viste en holdningsendring. Jordmødrene som ikke hadde tidligere erfaring med hjemmefødsler var bekymret, men ved erfaring opplevde de at jordmorferdighetene de hadde opparbeidet seg på sykehus var til god nytte også i kvinnens hjem. De uttrykte også at hjemmemiljøet preget fødselsopplevelsen positivt, ved at det var en rolig atmosfære og færre forstyrrelser. Likevel opplevde noen av jordmødrene å bli gransket av media og annet helsepersonell som ikke støttet hjemmefødsel, og ved behov for overføring til sykehus var de aldri helt sikre på hvordan de ville bli møtt der.

4.2.4 Working with home birth - Swedish midwives' experiences (Ahl & Lundgren, 2018)

Den kvalitative studien til Ahl og Lundgren (2018) hadde som hensikt å beskrive svenske privatpraktiserende jordmødres erfaring fra arbeid med planlagte hjemmefødsler. Data ble innhentet gjennom to fokusgruppeintervjuer med til sammen åtte jordmødre. Fire hovedkategorier ble identifisert: «Fødselen som et meningsfylt øyeblikk», «å fokusere fullt på fødselen», «å praktisere håndverket» og «å ikke være en del av det offentlige helsevesenet».

Jordmødrene uttrykte at fødselen er meningsfull både for kvinnen og jordmor, og at det er lettere å jobbe uforstyrret og fokusert hjemme sammenlignet med på sykehus. På en annen side kom det frem at flere av jordmødrene følte deres arbeid med hjemmefødsler ikke ble

fullstendig inkludert og akseptert i helsesystemet. I tillegg opplevde jordmødrene å måtte ofre en del av privatlivet, med lange vaktperioder og lite lønn.

4.2.5 Seeing birth in a new light: The transformational effect of exposure to homebirth for hospital-based midwives (Coddington et al., 2020)

Studien til Coddington et al. (2020) dreier seg om samme emnet som beskrevet i studien av samme forfattere fra 2017, der hensikten var å undersøke sykehusbaserte jordmødres erfaringer med å delta i offentlig-støttede hjemmefødsler i Australia. Jordmødre ble nøye selektert til å være med på prosjektet, og det var både jordmødre med og uten erfaring med hjemmefødsel som ble med. Men utvelgelsesprosessen av jordmødre kommer ikke konkret frem. Data ble innhentet gjennom semi-strukturerte intervjuer av 21 jordmødre og jordmorledere som hadde vært involvert i hjemmefødselprosjektet. Denne artikkelen baserer seg på samme utvalg som Coddington et al. (2017), men det kommer ikke frem hvorfor antallet informanter er ulikt mellom de to studiene. Vi har forsøkt å ta kontakt med forfatteren for å få svar på dette uten hell.

Følgende hovedkategorier ble konstruert ut fra analysen: «Ta spranget fra sykehus til hjemmet», «se fødsel i et nytt lys», «bygge tillit» og «gjenkjenne fordelene ved offentlig-støttet hjemmefødsel». I denne studien fokuserte forskerne på hovedkategorien «å se fødsel i et nytt lys», hvor underkategoriene var «å entre kvinnens territorium», «være vitne til uforstyrret fødsel», «utvikle ny forståelse for fysiologisk fødsel» og «å endre jordmorpraksisen».

Overgangen fra sykehus til hjemmefødsel ga jordmødre en dypere forståelse av fysiologisk fødsel. Jordmødrene utviklet bevissthet rundt miljøets betydning i fødsel, og flere forklarte at de i etterkant forsøkte å også gjøre fødsler på sykehus mer som hjemme. Mange av jordmødrene uttrykte også at de ved erfaring følte seg mer avslappet i fødsel i hjemmet til kvinnen. Forfatterne konkluderer med at jordmødre som erfarer uforstyrrede fødsler i hjemmet endrer holdninger til hjemmefødsel.

4.3 Metodisk kvalitet på inkluderte studier

Etter nøye kvalitetsvurdering, kom det frem at alle de inkluderte studiene var av god kvalitet. Samtidig hadde de noen mangler, som presenteres videre.

I forskningsstudien til Coddington et al. (2020) kom ikke forskerens relasjon til deltakerne tydelig nok frem. Samtidig har forfatterne skrevet en annen artikkel fra samme forskningsprosjekt, der Coddington et al. (2017) tydelig beskrev at intervjuer ikke har jobbet med, eller hatt kontakt med, noen av deltakerne. Studien til Ahl og Lundgren (2018) mangler også tydelig beskrivelse av relasjonen mellom forskere og deltakere. Det står beskrevet at de har kontaktet informantene på e-post, men det er ikke tydelig beskrevet hvorfor de har valgt å ta med akkurat disse jordmødrene. Når det gjelder beskrivelse av relasjonen mellom forskere og deltakere, er dette også mangelfullt i forskningsstudien til Hoang et al. (2013). Her står det heller ingen informasjon om forfatterne. I samme studie mener vi også at problemstillingen er litt utydelig beskrevet og at etisk vurdering er kortfattet. I både Sjöblom et al. (2015) og Coddington et al. (2017) sin studie har vi kommet frem til at de møter alle kriteriene på en tilfredsstillende måte.

I **tabell 3** kommer den kritiske vurderingen av de inkluderte studiene frem. Her oversatt til norsk.

Tabell 3: Kritisk vurdering av inkluderte studier etter CASP

| | Hoang et al. (2013) | Sjöblom et al. (2015) | Coddington et al. (2017) | Ahl og Lundgren (2018) | Coddington et al. (2020) |
|---|----------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| 1 Er studiens hensikt relevant og klart beskrevet? Ble forskningsspørsmål et opplevd som viktig? | JA | JA | JA | JA | JA |
| 2 Passer kvalitativ metode for studien? | JA | JA | JA | JA | JA |
| 3 Er forskningsdesignet velbegrunnet og hensiktsmessig for å svare på problemstillingen? | JA | JA | JA | JA | JA |
| 4 Hvorfor og hvordan ble deltakerne valgt ut? | JA | JA | JA | JA | JA |

| | | | | | |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 5 Ble datainnsamlingen gjennomført på en gunstig måte? | JA | JA | JA | JA | JA |
| 6 Er relasjonen mellom forsker og deltakere tilstrekkelig vurdert? Fremkommer det at forskeren er kritisk til egen rolle? | NEI | JA | JA | NEI | NEI |
| 7 Er etiske vurderinger gjennomført? | JA | JA | JA | JA | JA |
| 8 Er dataanalysen beskrevet grundig nok? | JA | JA | JA | JA | JA |
| 9 Er funnene presentert på en god og troverdig måte? | JA | JA | JA | JA | JA |
| 10 Forskningens nytte-, implementerings- og overføringsverdi. | Relevant | Relevant | Relevant | Relevant | Relevant |
| Kvalitet | GOD | GOD | GOD | GOD | GOD |

4.4 Resultater av analyse og tematisk syntese

Gjennom tematisk syntese ble det utviklet fire analytiske temaer som svarer på problemstillingen. De analytiske temaene er: (1) Kontinuitet og sanselig tilstedeværelse ved fødsel i hjemmet fører til kjernen i jordmorfaget, (2) Tilfredsstillende å ivareta kvinners mulighet til selv å bestemme over egen fødsel, (3) Redsel for uforutsette hendelser og manglende beredskap og (4) Tabubelagt og lite verdsatt arbeid som forårsaker utenforskap.

For å komme frem til de analytiske temaene, ble det først identifisert 93 koder fra datauttrekkene. Eksempler på datauttrekk om positive og negative holdninger som fremmer eller hemmer tilbudet til kvinner som ønsker å føde hjemme, presenteres under.

The midwives saw a need for options in maternity care, because there are some women with a strong wish to give birth at home. They thought that it is important for women to be able to choose the place where they give birth. (Ahl & Lundgren, 2018, s. 25).

Dette datauttrekket ble til koden «valgfrihet av fødested».

«The time taken to get to a hospital in an emergency is critical. A baby could die while in transit or a woman could die from blood loss» (Hoang et al., 2013, s. 57).

Dette datauttrekket ble til koden «tiden ved overføring til sykehuset er kritisk».

Etter vi hadde identifisert kodene, ble disse sortert og utviklet til 15 deskriptive temaer som vi igjen videreutviklet til å bli de fire analytiske temaene. I **tabell 4** presenteres de analytiske temaene og de deskriptive temaene de stammer fra. Hele oversikten over den tematiske syntesen presenteres gjennom flere tabeller i **vedlegg 4**.

De analytiske temaene presenteres videre i teksten med sitater fra primærstudiene. Disse er ikke oversatt fra engelsk som er deres originalspråk.

Tabell 4: Tematisk syntese: Deskriptive og analytiske temaer

| Deskriptive temaer | Analytiske temaer |
|---|---|
| Mulighet for kontinuitet og helhetlig omsorg Anledning til å jobbe uforstyrret og være mer til stede Styrker jordmorferdigheter Hjemmet har betydning for fødselsprosessen og -opplevelsen Tro på fysiologisk fødsel Hellig og spirituell opplevelse | Kontinuitet og sanselig tilstedeværelse ved fødsel i hjemmet, fører til kjernen i jordmorfaget |
| Et arbeid ut fra egne verdier Kvinner valg bør respekteres og etterleves Avlastende for sykehusene | Tilfredsstillende å ivareta kvinners mulighet til selv å bestemme over egen fødsel |
| Risikofylt tilbud Utfordrende overflytting Strukturerte arbeidsforhold er en forutsetning | Redsel for uforutsette hendelser og manglende beredskap |
| Følelse av skam og utenforskap En valgt livsstil som påvirker dagliglivet Uregulert arbeidstid og vaktberedskap oppleves krevende | Tabubelagt, lite verdsatt og selvoppofrende arbeid som forårsaker utenforskap |

4.4.1 Kontinuitet og sanselig tilstedeværelse ved fødsel i hjemmet, fører til kjernen i jordmorfaget

Jordmødres holdninger kom til uttrykk som positive tanker rundt muligheten til å handle gjennom kontinuitet og sanselig tilstedeværelse som fører til kjernen i faget, noe som gir en positiv følelse. Dette er en holdning som kan fremme tilbudet til kvinner som ønsker å føde hjemme. Jordmødrene forklarte at de gjennom kontinuitet kan etablere relasjon med foreldrene før selve fødselen. Relasjonen er til stor nytte for å yte optimal omsorg, tilpasset den enkelte familien. De beskrev det som tilfredsstillende å kunne følge opp et par fra svangerskapsuke 20, og hele veien til 6 uker etter fødsel.

«Being able to facilitate an entire experience from 20 weeks all the way through to 6 weeks postpartum with everything in the middle. I find that really satisfying actually.» (Coddington et al., 2017, s. 72)

«Actually...I don't try so much. It's about liking each other. In a way, it's a kind of...professional love...» (Sjoblom et al., 2015, s. 128).

Jordmødre med erfaring fra hjemmefødsler forklarte at tilstedeværelsen under fødsler i hjemmet fører til kjernen i faget, ved at de kommer i kontakt med sin intuisjon, og gjør at de føler seg tryggere på sine jordmorferdigheter. Når de fokuserer fullt på fødselsprosessen og ikke bli forstyrret av andre oppgaver, kan de lettere bruke alle sanser og oppdage endringer i fødselsprosessen og ta avgjørende beslutninger. Jordmødrene som hadde erfaring både fra sykehus og hjemmefødsler oppfattet dermed fødselsomsorgen hjemme som et nesten tryggere alternativ for friske kvinner enn sykehusfødsel, for eksempel:

. . . one of the big things about birthing at home is I think you're not on high alert because you're less distracted with the goings on of the hospital. You're not hearing emergency bells out in the corridor. I think you are more in-tune with what the woman's body is doing and I think you're able then to facilitate change when change is indicated . . . I think that's almost why home birth can be safer than hospital birth for low-risk women. (Coddington et al., 2017, s. 73).

Jordmødrene som begynte med offentlig organiserte hjemmefødsler etter å ha jobbet med fødsler på sykehus, forklarte at de i utgangspunktet var engstelige for å være ansvarlig for fødsler i hjemmet. Men erfaring ga dem selvtillit. Med erfaring oppdaget jordmødre også at når de jobbet med hjemmefødsler, forstod de mer av hva som er normalt og ikke. Dermed brukte jordmor mer av sine grunnleggende jordmorferdigheter og kom til kjernen i faget.

As much as I always believed in homebirth, it is a little bit scary when you go to your first one until you realise how normal it is. But you are . . . You're still a midwife as well, you've got all the skills, it's just a different setting... (Coddington et al., 2017, s. 74).

Det spirituelle ved hjemmefødsler kom frem som en sanselig drivkraft til ønske om å arbeide med dette. Hjemmefødsler ble beskrevet som meningsfulle øyeblikk som er ekstra magiske, sammenlignet med sykehusfødsler. Jordmødre med erfaring fra sykehus beskrev en eufori etter at de deltok på hjemmefødsel for første gang, og at dette preger synet deres på sykehusfødsler.

I actually think in a negative way it kind of changed how I felt about hospital birth because I remember the first homebirth I went to, I was euphoric and then I was hit

with this horrible kind of resentment. It just felt like that was so normal...it made hospital birth seem so abnormal. I was so upset and frustrated for the amount of women that miss out on experiences like that (Coddington et al., 2020, s. 6).

«The motivating force is joy and presence. In other words you can't get any closer to God or life than this. It depends on what words you use.» (Sjoblom et al., 2015, s. 129).

De fleste jordmødrene mente at hjemmefødsel skal være et tilbud for friske gravide kvinner. Jordmødrene hadde også stor tro på den fysiologiske fødselsprosessen, og noen mente at det er enklere å bistå kvinner ved hjemmefødsler fordi kvinner som ønsker å føde hjemme har stor tro på egen evne til å føde.

«Oh, God, I don't know how you take on that responsibility, Well it's just a woman who is birthing who supposedly has no complexities, so what's the issue, really? It's very much more relaxed than in the clinical setting.» (Coddington et al., 2017, s. 74).

Hjemmet har også i seg selv betydning for fødselsprosessen. Flere jordmødre mente at hjemmet er et rolig og trygt sted å føde. De mente at oxytocin lettere får flyte fritt i hjemmet, og at dette er noe av årsaken til at fødslene oftere går lettere og raskere fremover hjemme.

4.4.2 Tilfredsstillende å ivareta kvinners mulighet til selv å bestemme over egen fødsel

Jordmødres positive holdninger kom også til uttrykk gjennom at det føles tilfredsstillende å ivareta kvinners mulighet til selv å bestemme over egen fødsel. Jordmødrene opplevde det å jobbe med hjemmefødsler som et arbeid etter egne verdier. Disse holdningene kan fremme tilbudet til kvinner som ønsker å føde hjemme.

«...so I work this way according to my ideals [places her hand on her heart]...according to my heart...» (Sjoblom et al., 2015, s. 129).

Flere jordmødre uttrykte også stor glede og stolthet i arbeidet. De beskrev det som at de tilfredsstilte eget ønske for arbeidslivet, ved å hjelpe kvinner med å få den fødselen de ønsker seg.

«I want to give women who need to birth at home the opportunity to give birth – they need the security, and to keep their integrity, and decide for themselves» (Ahl & Lundgren, 2018, s. 25).

I want to arrange things so as to allow a woman to give birth in peace and quiet, and give her the space she needs so that she can have the birth as she wants it to be. I want women to regain their autonomy, which we've deprived them of at hospitals (Sjoblom et al., 2015, s. 128).

Det kom også frem at jordmødrene har et sterkt ønske om at kvinner skal få bestemme selv når det gjelder fødested. De vil at planlagt hjemmefødsel skal være en mulighet og en kvinnes rettighet. Noen uttrykte også redsel for at kvinner skal føde uassistert dersom de ikke får det tilbudet de ønsker seg av jordmor hjemme. På bakgrunn av dette ønsket jordmødrene å kunne tilby hjelp ved planlagte hjemmefødsler. Samtidig mente noen at hjemmefødsler kunne avlaste sykehusene.

4.4.3 Redsel for uforutsette hendelser og manglende beredskap

«I have worked as a midwife in Tasmania for 40 years and I am well aware that even what seems to be a normal birth can go wrong in some cases.» (Hoang et al., 2013, s. 57).

Noen jordmødre som ikke hadde erfaring med hjemmefødsler, ga uttrykk for en negativ følelse av redsel ved tanker om uforutsette hendelser og manglende beredskap. Jordmødres oppfatning av hjemmefødsel som et risikofyllt tilbud, er en holdning som kan hemme tilbudet for kvinner som ønsker å føde hjemme. Særlig jordmødre med mye erfaring fra sykehus viste seg å være engstelige, da de hadde opplevd at fødsler hvor det kan se ut til at alt var normalt, raskt utviklet seg til å bli patologisk.

«Women have been doing it for centuries having babies born at home but when you look in the cemeteries hundreds years ago, there were a lot of ladies and babies died in childbirths.» (Hoang et al., 2013, s. 57).

Dersom hjemmefødsel skal være et tilbud, mente de fleste jordmødre at dette kun skal være en mulighet der det finnes tilgjengelige jordmødre og et godt system for overføring dersom fødselen utvikler seg til å bli patologisk. Slik de så det, mangler denne beredskapen i hjemmet.

«The time taken to get to a hospital in an emergency is critical. A baby could die while in transit or a woman could die from blood loss.» (Hoang et al., 2013, s. 57).

Flere jordmødre delte holdningen om at hjemmefødsel bare bør være et alternativ dersom trente jordmødre bistår, og har beredskap i bakhånd, i tilfelle akutte situasjoner skulle oppstå. Hjemmejordmødrene følte selv også en trygghet ved å være to under forløsning, og sa at de ville følt det annerledes dersom de var alene.

I'd feel different if I was on my own. I enjoy having two [midwives] because you've just got a second pair of hands and a second perspective; which often isn't needed, but when it is you're very thankful that it's there (Coddington et al., 2017, s. 74)

4.4.4 Tabubelagt, lite verdsatt og selvoppofrende arbeid som forårsaker utenforskap

Jordmødres holdninger til planlagte hjemmefødsler, kom til uttrykk som negative følelser av utenforskap fordi arbeidet føles tabubelagt, lite verdsatt og selvoppofrende. Dette kan hemme tilbudet til kvinner som ønsker å føde hjemme. Noen jordmødre fortalte at kolleger og andre folk gradvis blir mer positive og nysgjerrig på hjemmefødsel, men at det fortsatt blir sett på som rart og risikofylt. Noen jordmødre forklarte at hjemmefødsel nærmest blir sett på som tabu, og følte derfor utenforskap fordi de ikke tør å snakke åpent om sine erfaringer. Flere beskrev en følelse av at jobben ikke verdsettes, og opplevde å bli gransket av media, sykehusledelse og annet helsepersonell som ikke støtter hjemmefødsel:

Every opportunity in the media [homebirth] is demonised. It's actually quite a difficult model to work in. There's still a great deal of resistance between hospital and home birth. This was a major problem when I was doing it. If you felt the need to transfer a woman in, you never quite knew what you were going to get, you never knew what reception you were going to get. (Coddington et al., 2017, s. 74).

Noen av jordmødrene som var ansatt på sykehus, opplevde overflytting av fødekvinne og samarbeid med sykehuspersonalet mindre utfordrende enn de privatpraktiserende jordmødrene:

«When they have to bring a woman in whose transferring, they come in and they're still part of one big team» (Coddington et al., 2017, s. 74).

Flere jordmødre opplevde også skam over å tjene lite i forhold til jordmødre ansatt ved sykehusavdelinger. På grunn av få hjemmefødsler er det perioder uten fødsler, og inntekten er derfor også uregelmessig.

«... to be ashamed to get paid so little. You don't dare to tell; people think you're stupid. Why do you work so little and get nothing out of it; is that good business sense?» (Ahl & Lundgren, 2018, s. 27).

Noen jordmødre opplevde også arbeidet krevende, fordi det påvirket familielivet i stor grad. Vaktberedskap fører til at de kan gå glipp av familiebegivenheter. Det er essensielt med støtte fra familien for at det skal fungere. Privatpraktiserende jordmødre så på arbeidet som en valgt livsstil, ikke bare en profesjon. Uregulert arbeidstid og lange perioder med vaktberedskap gjorde at enkelte føler seg bundet fast av arbeidet:

. . .and if you want to go somewhere for a weekend, you have to think about how far you're going, and you can't even drink a glass of wine. These kinds of things affect me and my family's life, but it works out... (Sjobløm et al., 2015, s. 129).

5.0 DISKUSJON

5.1 Resultatdiskusjon

I dette kapittelet vil vi diskutere hvordan de funnene vi gjorde om jordmødres holdninger til hjemmefødsel kan fremme eller hemme tilbudet til kvinner som ønsker å føde hjemme. Holdningene viser seg som å tenke, føle eller handle positivt eller negativt overfor noe. Resultatene fra denne studien diskuteres opp mot Lancet-modellen som teoretisk rammeverk og annen relevant forskning og litteratur innenfor emnet.

5.1.1 Holdninger som kan fremme tilbudet for kvinner som ønsker å føde hjemme

To av de analytiske temaene vi kom frem til, var knyttet til positive holdninger fra jordmødre som kan fortelle oss noe om hva som fremmer tilbudet om hjemmefødsler til de kvinnene som ønsker dette. Det første er at handling gjennom kontinuitet og sanselig tilstedeværelse ved fødsel i hjemmet, fører dem til kjernen i jordmorfaget. Det andre er at jordmødrene opplevde tilfredsstillende ved å ivareta kvinners mulighet til selv å bestemme over egen fødsel.

Resultatene i denne studien viser at en positiv holdning blant jordmødre som ønsket å tilby hjemmefødsler, var muligheten det ga for å kunne yte kontinuitet og helhetlig omsorg. Kontinuitet har vist seg gjennom systematiske oversikter å være det beste for mor og barn i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen (Renfrew et al., 2014; Sandall et al., 2016). Til tross for dette, deles organiseringen av den offentlige fødselsomsorgen i Norge i to nivåer. Svangerskapsomsorgen og deler av barselomsorgen er organisert under primærhelsetjenesten i kommunene, mens fødsels- og barselomsorgen er lagt til spesialisthelsetjenesten i sykehusene (Helsedirektoratet, 2010). Denne oppdelingen er en svakhet ved tjenestetilbudet som fører til oppstykket omsorg. Kvinnene må forholde seg til flere ulike instanser, og for helsepersonell kan det skape usikkerhet rundt hvem som egentlig er ansvarlig for de ulike tjenestene. Lancet-modellen understreker derimot viktigheten av å organisere omsorgen slik at tjenester kobles sammen gjennom kontinuitet, hvor jordmor er hovedaktør i omsorgen for friske, gravide kvinner (Renfrew et al., 2014). Jordmorstyrt kontinuitet defineres ved at jordmor er hovedansvarlig for planleggingen, organiseringen og utøvelsen av omsorgen overfor kvinnen fra starten av svangerskapet til barseltiden (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2001, sitert i Sandall et al., 2016). De fleste inkluderte studiene som ligger til

grunn for Lancet-modellen, der kvinners erfaringer er forsket på, viser at kvinner rapporterer høyere grad av tilfredsstillelse ved kontinuitet ledet av jordmor sammenlignet med legestyrt oppfølging (Renfrew et al., 2014). Studien vår hevder videre at det å kjenne foreldrene i forkant av fødselen er til stor nytte for å utvikle en tillitsbasert relasjon og yte optimal omsorg tilpasset hvert enkelt par. Når kontinuitet er en mulighet, fremmer det et støttende miljø hvor kvinnen er i sentrum og kan være seg selv. Det fører også til økt selvtillit, tilfredsstillelse og trygghet for jordmor. Det blir enklere for fødekvinne, partner og jordmor å ta opp flere temaer som kan være viktig for jordmor å vite om, med tanke på å fremme fødselsprosessen. Gjennom en norsk studie utført av Aune et al. (2017) kom det frem at det å bli kjent i svangerskapet også førte til at kvinnen utelukkende kunne konsentrere seg om fødselen i stedet for å måtte bygge en relasjon til jordmor. Det ble beskrevet som en viktig faktor som fremmet den fysiologiske fødselen, fordi det førte til færre forstyrrelser av fødselsarbeidet (Aune et al., 2017). Videre har Vedeler et al. (2021) undersøkt hva kvinner påpeker som viktige aspekter ved fødselsomsorgen. Her kom det frem at kontinuitet hadde stor betydning for deres fødselsopplevelse. Hver kvinne er unik med sin egen historie, kulturelle bakgrunn, ressurser, forståelse og personlighet (Vedeler et al., 2021). Gjennom kontinuitet og helhetlig omsorg kan helsepersonell kombinere klinisk kunnskap og ferdigheter med mellommenneskelig og kulturell kompetanse som, i Lancet-modellen, beskrives som særlig viktig for kvinners opplevelse (Renfrew et al., 2014). For jordmødrene vil muligheten for kontinuitet føre til trygghet og tilfredsstillelse ved å kunne yte individualisert omsorg til hvert enkelt par. Sett under ett vil dermed kontinuitet som planlagte hjemmefødsler legger til rette for, være med på å fremme tilbudet til kvinner som ønsker å føde hjemme.

Gjennom vår studie, kom det frem at jordmødre syntes det var lettere å være helt til stede under fødselen når den foregår i kvinnens hjem. I hjemmet kunne jordmødrene jobbe sanselig, uten forstyrrelser eller distraksjoner. Studien vår beskriver at jordmødrene opplevde å kunne bruke sine grunnleggende jordmorferdigheter og at de kom nærmere kjernen i jordmorfaget ved hjemmefødsler. Ved å rette alt fokus på den fødende, utviklet jordmødrene det kliniske blikket og troen på egen intuisjon. Det ble også enklere å være bevisst endringer i fødselsarbeidet, og dermed oppdage mulige komplikasjoner tidlig. Aune et al. (2017) fremhever også jordmors tilstedeværelse som svært viktig for å fremme den fysiologiske fødselen. De fant at det var viktig at jordmor er tålmodig, og gir kvinnen den friheten og roen hun trenger for å føde på sin egen måte og i eget tempo (Aune et al., 2017). Gjennom filosofien bak Lancet-modellen kommer det også frem at jordmor skal være avventende,

styrke kvinnens egen kapasitet og kun intervenere ved behov (Renfrew et al., 2014). Veilederen *Et trygt fødetilbud* anbefaler at alle fødende skal ha en jordmor hos seg så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og til fødselen er over (Helsedirektoratet, 2010). Den nasjonale føringen om en-til-en omsorg under aktiv fødsel kan derimot være vanskelig å innfri på sykehus som ofte har utilstrekkelig bemanning (Helsedirektoratet, 2010). Det er ikke uvanlig at en jordmor har ansvar for flere fødende, både friske og syke samtidig. Særlig på større fødeinstitusjoner skjer det at jordmødre kan ha ansvar for flere fødende når de er på vakt, noe som kan resultere i samtidighetskonflikter (Helsedirektoratet, 2010). Selv når en-til-en omsorg er en mulighet ved sykehusene, vil ikke dette nødvendigvis være det samme som i hjemmet. Jordmor kan fort bli forstyrret av alarmer, andre fødende, annet helsepersonell og prosedyrer. På sykehus er det også stort fokus på overvåking og dokumentasjon, noe som distanserer jordmødrene fra den sanselige tilstedeværelsen i fødselsarbeidet. Dette er noe av grunnen til at det, gjennom studien vår, viste seg at noen jordmødre mente det var tryggere for friske kvinner å føde hjemme sammenlignet med fødsel på sykehus. Den sanselige tilstedeværelsen ved hjemmefødsler, førte jordmødrene til kjernen i faget, og var motiverende for å jobbe med og for å tilby hjemmefødsler.

Jordmødrene så på fødsel som en naturlig prosess. Dette synet kan være preget av den jordmorfaglige diskursen, og dreier seg om at jordmødre har fokus på fødekroppens muligheter og potensiale (Sandvik, 1997). I stedet for kun å fokusere på gode obstetriske utfall, bør jordmødrene i tillegg sikte på å beskytte, støtte og fremme fysiologisk fødsel, og å unngå forstyrrelser i den normale prosessen (Olsen & Clausen, 2012). Lancet-modellen beskriver at filosofien bak rammeverket er å optimalisere den biologiske, psykologiske, sosiale, emosjonelle og kulturelle prosessen en fødsel er, og at fødselshjelpere skal styrke kvinnens egne evner. Rammeverket anbefaler et skifte i synet på svangerskap og fødsel fra kun fokus på å finne og behandle risiko og sykdom, til en mer helhetlig tilnærming til alle (Renfrew et al., 2014). Det kan derimot være vanskelig å beholde denne tilnærmingen i dagens fragmenterte fødselsomsorg og på sykehusene, hvor retningslinjer, prosedyrer og partogram må følges, og jordmødrene stort sett har ansvar for fødekvinne de aldri før har møtt. I vår studie ble erfaring med hjemmefødsel beskrevet som bidragsyter til endring av praksis hvor en kom nærmere kjernen i jordmorfaget. Ved å se uforstyrret fysiologisk fødsel, fikk de mer kunnskap til å skille mellom det normale og når det var behov for å gjøre tiltak. De opplevde virkelig å lære fødselsarbeidet. Arbeid med den fysiologiske fødselsprosessen og å få benyttet sine grunnleggende jordmorferdigheter i kvinnens hjem vil kunne oppleves

positivt for jordmødrene, og alt i alt bidra til å fremme tilbudet om hjemmefødsler til kvinner som ønsker dette.

Videre kom det frem gjennom studien vår, at jordmødres tanker om hjemmemiljøets innvirkning på fødselen i seg selv er en fremmede holdning som motiverer jordmødre til å tilby hjemmefødsel. Jordmødre beskrev hjemmet som en stor del av forklaringen på hvorfor fødslene opplevdes som gode. Hjemmet er kvinnens domene, hvor hun i større grad kan ta valg og bestemme over seg selv og fødselen sin, noe som fører til at kvinnen kan mestre fødselen i større grad (Olsen & Clausen, 2012). Å føde i et rolig, trygt og kjent miljø vil fremme oxytocin som er et avgjørende hormon i fødselsprosessen. Ifølge Olza et al. (2020) kan fødsel forstås som en neuroendokrinologisk hendelse som påvirkes av hormoner i både mor og foster. Dette betyr at oxytocin ikke bare stimulerer til uteruskontraksjoner og cervixdilatasjon, men dessuten påvirker mors fødselsopplevelse, atferd og psykiske tilstand under fødsel som igjen vil kunne prege fødselsprosessen (Olza et al., 2020). Hormonet er svært følsomt, og påvirkes og hemmes raskt av stressreaksjoner (Olza et al., 2020). Olsen og Clausen (2012) beskriver hjemmet som et styrkende miljø i motsetning til fødeavdelinger på sykehus som beskrives som medikaliserte, ukjente og skremmende. Hjemmet gjør det mer naturlig for kvinner å aktivt veksle mellom å være i bevegelse, slappe av, bevare intimitet med partner, fokusere på fødselen, mestre riene og beholde kontroll (Olsen & Clausen, 2012). Den første intervensjonen i fødsel er som regel at kvinnen må dra hjemmefra til sykehuset. Dette i seg selv kan forstyrre oxytocinproduksjonen og føre til langsommere fremgang (Olsen & Clausen, 2012). I vår studie beskrev jordmødre som hadde vært til stede ved hjemmefødsler at disse gikk raskere enn sykehusfødsler. Det kom frem at kvinner som velger å føde hjemme har stor tro på egen evne til å føde og at kvinnene kan være seg selv. Dette kan medføre økt følelse av tillit og kontroll som fremmer oxytocin og dermed fødselsprosessen. Kvinnens overgang til moderskapet bør være en positiv opplevelse (Olsen & Clausen, 2012). Hjemmefødsler ble, gjennom vår studie, beskrevet av jordmødre som euforiske, meningsfulle øyeblikk som er ekstra magiske, sammenlignet med sykehusfødsler. Det spirituelle ved hjemmefødsler kom frem som en sanselig drivkraft for jordmødre som valgte å arbeide med dette. Oppsummert vil jordmødres erfaring om hjemmemiljøets positive påvirkning på fødsel bidra til å fremme tilbudet om hjemmefødsel.

Neste analytiske tema viser at jordmødre ønsket å tilby hjemmefødsler fordi det følte tilfredsstillende å ivareta kvinners mulighet til selv å bestemme over egen fødsel. Hensynet til

kvinnenes medbestemmelsesrett, er i tråd med Verdens helseorganisasjon (1996) sin anbefaling om at kvinnene bør involveres i beslutningsprosesser under svangerskap og fødsel. I studien uttrykte jordmødre at kvinner som føder hjemme får tilbake sin autonomi, som de mener blir tatt fra dem på sykehus. Dette kan skyldes at sykehusreglementets krav om å følge prosedyrer og retningslinjer står sterkere enn å lytte til kvinnenes ønsker. Samtidig er det ikke alltid praktisk mulig å etterleve kvinners ønsker på sykehus. For eksempel kan en kvinne ha ønske om vannfødsel, mens fødeavdelingen ikke har fødestuer med badekar tilgjengelig. Lancet-modellen anbefaler et helsetilbud individuelt tilpasset den enkelte kvinne (Renfrew et al., 2014). Jordmødrene i vår studie, mente derfor det var behov for alternativer i fødselsomsorgen. Flere pekte på at et organisert tilbud om hjemmefødsel var en nødvendighet. Dette for å unngå at kvinner tar risiko ved å føde hjemme uten jordmor til stede, noe som også har vist seg å være en reell konsekvens. En studie av Henriksen et al. (2020) viser at misnøye med dagens fødselsomsorg og det utilstrekkelige hjemmefødseltilbudet, fører til at noen norske kvinner velger å føde uassistert hjemme. Ni av de tolv kvinnene som ble intervjuet i studien oppga at de opprinnelig ville ønsket å ha jordmor til stede under fødselen hjemme, men at de ikke hadde dette tilbudet. Helsenorge (2019) skriver at dagens fødselstilbud er delt inn i tre nivåer for å kunne tilby fødselshjelp basert på kvinners ønsker. Det kan tenkes at dagens fødselstilbud likevel er begrenset når det viser seg at flere kvinner velger å føde hjemme uten jordmor til stede fordi hjemmefødsel ikke er et reelt tilbud. Friske, gravide kvinner bør få informasjon og oppdatert forskning rundt hjemmefødsel, og muligheten til å velge dette (Olsen & Clausen, 2012). Samtidig kan geografiske forskjeller og transporttid til sykehus sette begrensninger som hindrer like muligheter for kvinner, når det gjelder valg av fødested (Declercq & Stotland, 2020). Dette til tross for at norske retningslinjer for hjemmefødsel ikke beskriver krav til avstand til nærmeste fødeavdeling (Helsedirektoratet, 2012). Fra et etisk perspektiv foreligger det ikke forskning til grunn på risikoen ved hjemmefødsel, som skal begrense kvinnenes autonomi og valgfrihet rundt fødested (Olsen & Clausen, 2012). Oppsummert kan jordmødres hensikt om å bevare kvinners valgfrihet være en holdning som fremmer tilbudet til kvinner som ønsker å føde hjemme.

5.1.2 Holdninger som kan hemme tilbudet for kvinner som ønsker å føde hjemme

To av de analytiske temaene vi kom frem til, var knyttet til negative holdninger fra jordmødre som kan fortelle oss noe om hva som hemmer tilbudet om hjemmefødsler til de kvinnene som

ønsker dette. Det første er redsel for uforutsette hendelser og manglende beredskap ved hjemmefødsler. Det andre er at jordmødre opplever arbeidet som tabubelagt, lite verdsatt og selvvopofrende, noe som fører til utenforskap.

Redsel for uforutsette hendelser og manglende beredskap ved hjemmefødsler, viste seg særlig blant jordmødre med lang erfaring fra sykehus og var grunnlaget for hvorfor de ikke ønsket å arbeide med det. McNutt et al. (2014) viser at 38 prosent av jordmødrene mente evidensgrunnlaget for å tilby hjemmefødsel er mangelfullt og upålitelig. Det kan tolkes som at disse jordmødrene var preget av den fødselsvitenskapelige diskursen og ikke anerkjente den oppdaterte forskningen på hjemmefødsler (Sandvik, 1997, s. 27). Dette synet kan bidra til at fødselsomsorgen medikaliseres i økende grad. Vi ser at unødvendige inngrep under graviditet, fødsel og i barseltid har eskalert globalt de siste årene (Renfrew et al., 2014). Høyt overforbruk av intervensjoner som opprinnelig ble utviklet for å håndtere komplikasjoner, fører til at mange friske kvinner og nyfødte blir utsatt for inngrep som brukes rutinemessig og uten medisinsk begrunnelse. Intervensjonene gir økt risiko for iatrogen skade på kvinner og nyfødte (Renfrew et al., 2014). I tillegg kan det påvirke jordmødrene. Jordmødre kan bli blindet av konstant å se kun en måte å drive fødselsarbeid på, slik det ofte er på sykehusene, og det medikaliserte fokuset blir dermed normen (Walsh, 2012, s. 27). Som nevnt er hjemmefødsel en liten del av fødselsomsorgen i dag, og det er dermed få jordmødre som har bistått ved fødsler i hjemmet til kvinnen. Det poengteres i noen av de inkluderte primærstudiene i vår studie at jordmødre som fikk erfaring med hjemmefødsler gjenopprettet troen på fysiologisk fødsel. Det kan også være noe av årsaken til at Walsh (2012, s. 27) hevder at jordmorstudenter og jordmødre bør delta i planlagte hjemmefødsler regelmessig for å opprettholde kunnskap om fysiologisk fødsel. På bakgrunn av fødselsomsorgens medikaliserte utvikling og økende søkelys på patologi de siste årene, er det lett å forstå hvorfor jordmødre kan være engstelige for å bistå i fødsler utenfor spesialiserte fødeenheter. Likevel kan det å oppleve fysiologisk fødsel hjemme og å få oppdatering på forskningskunnskapen, føre til at jordmødrene gjenoppretter troen på tryggheten ved fysiologisk fødsel og evidensen som ligger til grunn for å kunne tilby det.

Det er kun 0,2 prosent som velger å føde planlagt hjemme i Norge i dag (Folkehelseinstituttet, 2021). De privatpraktiserende jordmødrene som bistår ved hjemmefødsler, har dermed få fødsler i året. Jordmødres redsel for uforutsette hendelser og manglende beredskap kan være knyttet til antall fødsler og at jordmødre får liten

mengdetrening i fødselsarbeidet. Gjennom Declercq og Stotland (2020) kommer det frem at planlagte hjemmefødsler er tryggest når fødselshjelperne er velkvalifiserte og har kunnskap og trening i å håndtere komplikasjoner. Jordmødres holdninger som kom frem i vår studie, viste at kvalifiserte jordmødre var en forutsetning for å tilby hjemmefødsel. Kompetent personell er også en viktig del av en kvalitetssikker omsorg som beskrives gjennom Lancet-modellen (Renfrew et al., 2014). For å være kompetent i jordmorfaget, skal jordmor kunne optimalisere fysiologiske prosesser, forebygge og behandle komplikasjoner og konsultere med og henvise til annet helsepersonell ved behov (Renfrew et al., 2014). I Danmark hvor hjemmefødsler er en del av den offentlige fødselsomsorgen, kommer det frem at jordmødre bør delta regelmessig i undervisning og ferdighetstrening i akutte prosedyrer. Hospitering på større fødeinstitusjoner vil også kunne gi jordmødre nødvendig mengdetrening i forløsning. Med det anbefaler de danske retningslinjene at jordmødrene som jobber med hjemmefødsler, også jevnlig bør delta i arbeidet på en fødeavdeling, for å vedlikeholde kompetanse på kompliserte fødselsforløp (Sundhedsstyrelsen, 2021). Samtidig viste våre resultater at jordmødre med mye erfaring fra sykehus, var særlig engstelige for hjemmefødsler på grunn av redsel for uforutsette hendelser. På en annen side vil ferdighetstrening i akutte prosedyrer kunne bidra til å sikre tilbudet, og gjøre jordmødrene mer kompetente til å håndtere komplikasjoner. Dette vil igjen kunne fremme tilbudet til kvinner som ønsker å føde hjemme.

Declercq og Stotland (2020) viser videre at muligheten for rask overflytting til sykehus ved behov under hjemmefødsler er avgjørende for sikkerheten dersom uforutsette hendelser oppstår. Dette samsvarer med funnene i vår studie, hvor jordmødre som uttrykte negative følelser understrekte redsel for manglende beredskap ved hjemmefødsler og at tid ved komplikasjoner er en kritisk faktor med tanke på behandling av mor og barn. Manglende beredskap og liten mulighet for rask overflytting til sykehus, kan være med på å hemme ønsket om å tilby hjemmefødsler. Ifølge Helsedirektoratet (2012) sin retningslinje for hjemmefødsel, poengteres det at kvinner som planlegger hjemmefødsel, bør få informasjon om at dersom det oppstår uventede komplikasjoner i hjemmet, kan utfallet for mor og/eller barn bli dårligere enn på sykehus. Påstanden begrunnes med avstanden til sykehus og begrensede muligheter til behandling i hjemmet (Helsedirektoratet, 2012). Transporttiden til de spesialiserte fødeavdelingene kan være kritisk for sikkerheten til fødende kvinner og barnet i magen, og bør tas i betraktning ved valg av hjemmefødsel. Declercq og Stotland (2020) beskriver at transporttiden til sykehus ikke bør ta mer enn 15 minutter. Norge er et

langstrakt og værutsatt land, og Vågnes (2019) i Statistisk Sentralbyrå avdekker store forskjeller når det gjelder kjøretid til nærmeste fødeavdeling eller fødestue for norske kvinner i dag. Dermed er ikke rask overflytting til sykehus ved hjemmefødsel alltid en mulighet. Dette begrenser i praksis kvinners mulighet til å velge hjemmefødsel, og betyr at tilbudene ikke er likeverdige for alle kvinner, til tross for at det ikke stilles krav til avstand til nærmeste fødeavdeling i norske retningslinjer for hjemmefødsel (Helsedirektoratet, 2012). For friske kvinner er det stort sett veldig trygt å føde (NICE, 2017). Forskning viser at langsom fremgang er den vanligste årsaken til at kvinner som startet fødselen hjemme, overflyttes til sykehus og at akutte tilfeller kun skyldes 0 til 5,4% av alle overflyttinger (Blix et al., 2014). Likevel er det motstand blant fagfolk når det gjelder hjemmefødsel. Anestesioverlege Trond Nordseth (2019) skrev i et debattinnlegg at det kanskje vil være mindre viktig for noen om sannsynligheten for komplikasjoner er lavere eller høyere i hjemmet, så lenge komplikasjonene best kan oppdages og behandles på sykehus. Alt i alt viste jordmødres holdninger gjennom vår studie, at tid ved overføring til sykehus og manglende beredskap kan være en hemmende faktor når det gjelder ønske om å tilby hjemmefødsler.

Et annet analytisk tema i studien vår, viste at jordmødre opplevde at praktisering av planlagte hjemmefødsler var tabubelagt, lite verdsatt og selvoppofrende arbeid som forårsaker utenforskap. Rent praktisk er jordmødre som driver med planlagte hjemmefødsler utenfor ved at de ikke er en del av den offentlige fødselsomsorgen. Samtidig viser funn i vår studie at jordmødre opplevde skam over å tjene lite, og å ikke føle seg som en del av fellesskapet når de måtte overflytte kvinner til sykehuset. I tillegg har den økende medikaliseringen hvor en ser på fødsel som en medisinsk begivenhet som bør foregå på sykehus, blitt normen i vesten. Det kan være noe av årsaken til at studien vår viste at jordmødre opplevde hjemmefødsel som tabu, skambelagt og noe de ikke turte snakke åpent om. Flere opplevde også å føle seg gransket av media, helseforetak og annet helsepersonell på grunn av arbeidet med hjemmefødsler. For eksempel skriver Nordseth (2018) i en annen kronikk at «hjemmefødsel kan ses på som en kalkulert risikosituasjon hvor mors behov for en gitt fødselsopplevelse settes foran risikoen for at en kritisk syk nyfødt må gjenopplives under dårlige forhold, eller at mor selv utsettes for unødvendig risiko hvis komplikasjoner oppstår». Til tross for at utsagnene stritter imot forskningsresultater rundt tryggheten ved hjemmefødsler, vil kronikken og slike utsagn kunne ha innflytelse på holdningene til jordmødre rundt hjemmefødsel og dermed hemme tilbudet til kvinner som ønsker å føde

hjemme. For å fremme tilbudet til kvinner som ønsker hjemmefødsel, kan det tenkes at støtte også fra flere yrkesgrupper enn bare jordmødre vil være nødvendig. Tverrfaglig samarbeid er også en viktig faktor som er implementert i Lancet-modellen (Renfrew et al., 2014). For å tilby effektiv fødselsomsorg, vil det være behov for et helhetlig system hvor jordmødre jobber i tett samarbeid med andre yrkesgrupper i et integrert system der eventuelt behov for overføring eller henvisning foregår sømløst (Renfrew et al., 2014). Declercq og Stotland (2020) viser også at hjemmefødsler er tryggest når de er en del av et integrert og regulert system. Gode relasjoner til alliert helsepersonell viste seg også gjennom vår studie å være essensielt for å tilby trygge hjemmefødsler. Dersom jordmødrene opplever å ikke bli møtt med respekt fra sykehuspersonalet ved overflytting, viser forskning at dette kan føre til forsinkelse i overflyttingen og gi økt risiko for dødelighet hos mor og barn (Declercq & Stotland, 2020). Gjennom samarbeid og jevnlig hospitering på en fødeinstitusjon, kan gode relasjoner bygges mellom helsepersonell på tvers av arbeidssted. Samarbeidet er avgjørende for god behandling, ved eksempelvis behov for overflytting. Det kan også bidra til kunnskapsutvikling for begge parter og redusere følelsen av utenforskap.

Videre kom det frem negative følelser i studien vår, knyttet til at jordmødrene opplevde arbeidet som selvoppofrende. Det kan være med på å hemme tilbudet for kvinner som ønsker å føde hjemme, ved at denne måten å jobbe på ikke nødvendigvis passer for alle jordmødre. Hjemmefødsel tilbys i Norge kun i regi av privatpraktiserende jordmødre, uten avtale med helseforetakene eller kommunene (Helsedirektoratet, 2012). Dette betyr at jordmødre som tilbyr hjemmefødsler inngår individuelle avtaler med kvinnen, og må være tilgjengelige og i beredskap hele døgnet rundt termin. Studien vår viste at jordmødre opplevde vaktberedskapen og den uregulerte arbeidstiden som frihetsberøvende. Noen beskrev det som å føle seg bundet fast av jobb, hvor de i perioder eksempelvis gikk glipp av viktige familiebegivenheter og ikke kunne reise bort. På den andre siden kom det frem at mange jordmødre ble drevet av altruisme, og ikke kunne tenke seg å jobbe på noen annen måte. Likevel kan kanskje regulert arbeidstid bidra til at flere jordmødre ønsker å bistå ved hjemmefødsler. I Danmark er hjemmefødsel blitt en større del av det offentlige fødetilbudet de siste årene. Det har ført til at andelen hjemmefødsler har steget fra rundt 1 prosent i 2012 til 3,3 prosent i 2018 som er siste oppdaterte årstall (eSundhed, u.å.). Til sammenligning var det i Norge totalt 0,18 prosent planlagte hjemmefødsler i 2018 (Folkehelseinstituttet, 2021). Danmark foreslår gjennom sine retningslinjer for organisering av fødetilbudet, en ordning som for eksempel regional hjemmefødselsordning eller kjent jordmorordning, for å sikre en

stabil organisering av hjemmefødselstilbudet (Sundhedsstyrelsen, 2021). Dette vil bidra til kontinuitet, hvor kvinnen møter en kjent jordmor. På den andre siden, pålegges jordmødre i Danmark å bistå ved hjemmefødsler dersom kvinnen ønsker det, både hos friske gravide og gravide med kjent økt risiko for komplikasjoner (Sundhedsstyrelsen, 2021). utfordringer ved denne ordningen, kan være at jordmødres valgfrihet rundt egen arbeidshverdag svekkes. Jordmødre som er preget av den fødselsvitenskapelige diskursen, beskrevet av Sandvik (1997), vil kanskje være mindre motivert til å jobbe med hjemmefødsel sammenlignet med jordmødre som har den jordmorfaglige diskursen. Det kan tenkes at dette kan føre til at jordmødrene opplever sterk misnøye i arbeidslivet, og det kan også påvirke omsorgen og behandlingen kvinnene mottar. Samtidig viste vår studie at erfaring med hjemmefødsler bidro til at jordmødrene gjenopprettet troen på fysiologisk fødsel. Oppsummert kan en ordning som de har i Danmark, føre til at jordmødre i mindre grad opplever arbeidet som selvoppofrende ved at de er del av en organisering, og dermed fremme tilbudet til kvinner som ønsker å føde hjemme. Det må imidlertid også tas hensyn til jordmødres opplevelser og ønsker som vil være en forutsetning for et bærekraftig tilbud og deres motivasjon til arbeidet.

5.2 Metodediskusjon

I dette kapittelet vil styrkene og svakhetene ved denne litteraturstudien diskuteres.

Studien vår er en systematisk litteraturstudie hvor vi har sammenfattet kunnskap fra flere primærstudier. Ved å gjøre dette får vi et bredere evidensgrunnlag, enn de enkelte studiene hver for seg. Svakheten ved en systematisk litteraturstudie, er at vi ikke har snakket med informantene selv. Primærstudienes forfattere sine tolkninger kan være med på å farge innholdet. I forkant av studien søkte vi i PROSPERO og Cochrane Library i Cochrane Database of Systematic Reviews, hvor vi ikke fant studier eller planlagte studier om vårt emne. Dette styrket behovet og relevansen for oppgaven. Relevans er viktig fordi det i vitenskapelig forskning forventes at det bringes ny kunnskap som kan brukes til noe (Malterud, 2017b, s. 21).

Denne studien er gjennomført med begrensninger i tid og antall ord. Den er derfor utsatt for flere metodiske svakheter som vi har forsøkt å avklare ved å presentere studiens avgrensninger. Samtidig har vi benyttet oss av litteratur med gode metodebeskrivelser som vi har fulgt og beskrevet nøye, noe som styrker litteraturstudien. På en annen side kunne studien under andre vilkår favnet flere land, og på den måten gitt mer omfattende innsikt. Et mer omfattende litteratursøk i flere databaser og gjennom grå litteratur kunne ført til flere relevante primærstudier, men dette var ikke en mulighet grunnet oppgavens tidsbegrensning.

Styrkene ved studien er at vi fant interessante forskningsstudier som belyste og svarte på vår problemstilling. Vi har vært to studenter som har samarbeidet og diskutert godt, og vi har hatt mulighet til å trekke inn veileder ved uenigheter eller andre behov. For å forsikre oss om at søkestrategien var systematisk og relevant fikk vi veiledning av bibliotekar fra OsloMet. Vi har presentert søkehistorikk og analysemetode trinn for trinn, noe som styrker oppgavens reliabilitet eller pålitelighet. Både litteratursøk og analyse ble utført av begge forfatterne først hver for oss, deretter diskutert til enighet. Dette er en styrke i oppgaven, som bidrar til å holde metoden transparent og pålitelig. Transparens innebærer at forskningsprosessen er tilgjengelig for leseren, ved å gi innsyn i fremgangsmåter og vurderinger underveis i oppgaven (Malterud, 2017a, s. 24). Det vil også føre til at metoden er etterprøvable. Transparens dreier seg også om forforståelse og refleksivitet. I kvalitative forskningsmetoder skal en arbeide aktivt for å gjøre seg kjent med egen rolle, overveie og gjøre rede for egen innflytelse, og ta stilling til hvilken betydning det har for tolkninger og konklusjon (Malterud, 2017b, s. 43). Vi er klar over at vårt syn på fødsel og tilbud om hjemmefødsel kan skinne gjennom i denne studien. I

kvalitativ forskning er det dog ikke et mål å eliminere sin egen posisjon (Malterud, 2017a, s. 110). En refleksiv holdning innebærer heller at forskerne forsøker å skape bevissthet rundt egne forutsetninger og tolkningsramme som tas med inn i forskningsprosjektet, og at dette deles med leserne (Malterud, 2017a, s. 24). Ved at leserne får innsikt i betingelsene som kunnskapen er utviklet under fører det, ifølge Malterud (2017b, s. 18), til intersubjektivitet. Vi har derfor hele tiden gjennom arbeidet, forsøkt å være bevisst på forforståelsen vår, for å unngå systematiske skjevheter i studien. Ved at vi har hatt en refleksiv holdning og holdt metoden transparent styrkes oppgavens reliabilitet.

Gjennom litteratursøket fant vi flere studier som omfatter jordmødres erfaringer med hjemmefødsel. Vi ønsket derimot å inkludere jordmødre som ikke nødvendigvis hadde denne erfaringen, og brukte derfor begrepet holdninger gjennom søkeprosessen. Vi forsøkte å konkretisere og tydeliggjøre begrepet gjennom definisjonen i begrepsavklaringen. Denne definisjonen omhandlet hele fenomenet vi ønsket å undersøke. Vi har dermed inkludert jordmødre fra ulike kontekster og med ulike erfaringer med hjemmefødsler. Noen jobbet kun med hjemmefødsler, andre i offentlige finansierte programmer som tilbydde fødsel både i hjemmet og på sykehus, mens noen få ikke hadde erfaring med hjemmefødsler i det hele tatt. Gjennom analysen fant vi overvekt av positive holdninger, som kan skyldes at de fleste jordmødrene i studien likevel hadde erfaring og ønske om å jobbe med hjemmefødsel. En begrensning ved studien er derfor at vi i liten grad fant primærstudier som hadde intervjuet jordmødre uten erfaring fra hjemmefødsler. Likevel har vi funnet flere negative holdninger blant jordmødre som kan hemme tilbudet til kvinner som ønsker å føde hjemme. Selv om disse er et fåtall av de deskriptive temaene, er de svært viktige og relevante med tanke på å svare på problemstillingen.

Studien bygger på fem primærartikler. Vi har gjennomført en grundig kvalitetsvurdering av alle de inkluderte studiene ved bruk av CASP sjekklister. Dette gjorde vi først hver for oss, deretter møttes vi og sammenlignet resultatene. Både kvalitetsvurderingen, og at vi har gjort dette både hver for oss og sammen, mener vi er en styrke ved denne studien som fremmer påliteligheten. Samtidig manglet et par av studiene informasjon rundt relasjonen mellom forskere og deltakere. Dette kan være problematisk med tanke på studienes troverdighet. At forskeren opprettholder en refleksiv holdning, er viktig for å unngå at forskningsprosessen blir styrt av forutinntatte motiver og forestillinger. På tross av noen mangler i enkelte av studiene, mener vi alle er av god kvalitet og er pålitelige å bruke i litteraturstudien.

Studien har intern validitet, eller gyldighet, ved at den svarer på problemstillingen ved bruk av relevant metode. Når det gjelder ekstern validitet kan studiens funn overføres til å lære oss noe av betydning for utvikling av tilbud om offentlige hjemmefødsler i Norge. På en annen side er ikke kunnskapen allmenngyldig og funn fra kvalitativ forskning vil ikke kunne generaliseres til alle omstendigheter (Malterud, 2017b, s. 23). Oppsummert er studien gjennomført basert på relevant litteratur av Malterud (2017a, 2017b) og Thomas og Harden (2008), noe som bidrar til transparens, og styrker oppgavens reliabilitet og validitet.

6.0 KONKLUSJON

Hensikten med oppgaven har vært å få svar på hvordan jordmødres holdninger til planlagte hjemmefødsler fremmer eller hemmer tilbudet til kvinner som ønsker å føde hjemme. Tilbudet fremmes av holdningen om at planlagte hjemmefødsler gir mulighet for kontinuitet og sanselig tilstedeværelse i hjemmet som fører til kjernen i jordmorfaget. En annen positiv holdning som fremmer tilbudet, er at det føles tilfredsstillende å ivareta kvinners mulighet for selv å bestemme over egen fødsel. Tilbudet hemmes av redsel for uforutsette hendelser og manglende beredskap. Det kan også hemmes av at arbeid med hjemmefødsler oppleves som tabubelagt, lite verdsatt og selvoppofrende, noe som fører til utenforskap.

Jordmødrene beskrev at muligheten til å yte kontinuitet, førte til at de ble kjent med foreldrene før selve fødselen, og at en etablert relasjon var til stor nytte for å yte optimal omsorg. Tilstedeværelsen i hjemmet fikk jordmødrene i kontakt med egen intuisjon hvor de kunne bruke alle sine sanser og grunnleggende jordmorferdigheter. Jordmødrene uttrykte stor tro på den fysiologiske fødselsprosessen og at hjemmet hadde positiv betydning for opplevelsen. De mente at fødsler i hjemmet førte dem til kjernen i faget.

Å ivareta kvinners mulighet til å bestemme over egen fødsel, og å hjelpe henne med å få den fødselen hun ønsker seg, opplevdes tilfredsstillende for jordmødrene. De så et behov for alternativer i fødselsomsorgen, og et tilbud om hjemmefødsel ble sett på som en nødvendighet. Alle kvinner bør få individuelt tilpasset omsorg, og ifølge jordmødrene i denne studien er dette noe hjemmefødsel legger til rette for.

Redsel for uforutsette hendelser og manglende beredskap kom frem som et analytisk tema i studien. Jordmødrene hadde ulike syn på fødsel som kan prege deres holdninger til hjemmefødsel. Noen så på fødsel som en medisinsk hendelse, og mente det er tryggest både for mor og barn at fødselen foregår på sykehuset i tilfelle komplikasjoner. Hjemmefødsel ble sett på som et risikofylt tilbud på grunn av manglende beredskap og et godt system for overføring til sykehus ved behov.

Tilbudet kan også hemmes av at jordmødre opplevde hjemmefødsler som tabubelagt, lite verdsatt og selvoppofrende arbeid som forårsaker utenforskap. I Norge er hjemmefødsler

utenfor det offentlige helsevesenet, noe som i seg selv gir utenforskap. Jordmødrene opplevde vaktberedskap som krevende, og noe som påvirker dagliglivet i stor grad. De følte seg også kritisert av annet helsepersonell.

Våre funn viser at jordmødre i utgangspunktet er positive til planlagte hjemmefødsler, fordi det fører til kontinuitet og helhetlig omsorg, og ivaretar kvinners valgfrihet. Tilbudet bør bestå av trente jordmødre og et godt system for overføring for at det skal oppleves som trygt.

Organisering av tilbudet vil også kunne ha betydning for jordmødres opplevelse av utenforskap som fører med seg negative følelser. Tidligere forskning bekrefter også at tilbudet er tryggest når det er del av et integrert system. Arbeid med planlagte hjemmefødsler kan bidra til at fødselsomsorgen endres fra å være fragmentert til å bli mer helhetlig, med fokus på å optimalisere den biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle prosessen en fødsel er, noe som også støttes og bekreftes gjennom Lancet-modellen. Avslutningsvis har denne studien gitt innsikt i hva som kan fremme og hemme tilbudet om offentlig-organiserte hjemmefødsler, og således bidra til utvikling for å prøve dette ut i Norge.

6.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Denne studien mener vi kan være nyttig for å belyse hva som skal til for å komme over hindringer og løfte frem det som fremmer hjemmefødselstilbudet i Norge. Vi har forsøkt å diskutere hvordan det å integrere hjemmefødsler som en del av fødetilbudet kan bidra til bedre kvalitet i tilbudet, i tråd med Lancet-modellens intensjoner.

Videre vil det være nyttig å se på ulike organiseringsmodeller for hjemmefødsler, og muligheten for at det kan bli en del av det offentlige fødetilbudet i Norge. Organisering ville gitt jordmødre bedre arbeidsvilkår, trygghet i form av sikkerhetsnettverk og tilhørighet i fødselsomsorgen. Det kunne det vært interessant å utføre et pilotprosjekt, kombinert med forskning, hvor hjemmefødsler blir implementert som en del av fødselsomsorgen. Kanskje kunne det knyttes opp mot en jordmorstyrt fødestue som for eksempel ABC-enheten på Ullevål sykehus i Oslo, hvor kontinuitet og fysiologisk fødsel allerede er en del av jordmødres arbeidshverdag. I første omgang vil det være nyttig å gjennomføre en studie som kartlegger disse jordmødrenes motivasjon for å tilby planlagte hjemmefødsler og eventuelt være med på et slikt prosjekt.

7.0 LITTERATURLISTE

- Ahl, M. & Lundgren, I. (2018). Working with home birth - Swedish midwives' experiences. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 18, 24-29. <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/10.1016/j.midw.2017.03.020>
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: A practical guide* (4. utg.). Open University Press McGraw-Hill Education.
- Blix, E. (2017). 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., Kumle, M., Kjærgaard, H., Øian, P. & Lindgren, H. E. (2014). Transfer to hospital in planned home births: A systematic review. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 14(179). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-179>
- Blåka, G. (2017). Et kvinnefag i utvikling. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 59-65). Cappelen Damm AS.
- 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: Issues in Perinatal Care*, 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/10.1016/j.midw.2020.102755>
- Coddington, R., Catling, C. & Homer, C. S. (2017). From hospital to home: Australian midwives' experiences of transitioning into publicly-funded homebirth programs. *Women & Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 30(1), 70-76. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.08.001>
- Critical Appraisal Skills Programme. (2018). *CASP Qualitative Studies Checklist*. https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf
- Declercq, E. & Stotland, N. E. (2020). Planned home birth. I V. A. Barss (Red.), *UpToDate*. Hentet 3. mai 2021 fra https://www.uptodate.com/contents/planned-home-birth?search=home%20birth&source=search_result&selectedTitle=1~34&usage_type=default&display_rank=1#H3768632124

- Ebbing, M. (2017). Fødsler i Norge 1967-2016 - noen nøkkeltall. *Norsk Epidemiologi*, 27(1-2), 9-12. <https://doi.org/10.5324/nje.v27i1-2.2396>
- Engjom, H. M., Morken, N.-H., Høydahl, E., Norheim, O. F. & Klungsøyr, K. (2018). Risk of eclampsia or HELLP-syndrom by institution availability and place of delivery – A population-based cohort study. *Pregnancy Hypertension*, 14, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2018.05.005>
- eSundhed. (u.å.). *Fødte og fødsler (1997-*. Sundhedsdatastyrelsen. Hentet 14. oktober 2021 fra <https://www.esundhed.dk/Registre/Det-medicinske-foedselsregister/Foedte-og-foedsler-1997-og-frem#tabpanel61119A72216248AC86DB508579760DED>
- Folkehelseinstituttet. (2021). *Medisinsk fødselsregister - Statistikkbank: Fødested*. Hentet 5. mai 2021 fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Helsebiblioteket. (2016a, 3. juni). *PICO*. Folkehelseinstituttet. Hentet 1. september 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsebiblioteket. (2016b, 3. juni). *Systematisk oversikt*. Folkehelseinstituttet. Hentet 4. mai 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/systematisk-oversikt>
- Helsebiblioteket. (2018, 19. februar). *"MeSH på norsk" i Helsebiblioteket - verktøy for gode søkeord og treffsikre artikkelsøk*. Folkehelseinstituttet. Hentet 14. juni 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/mesh-pa-norsk-i-helsebiblioteket-verktoy-for-gode-sokeord-og-treffsikre-artikkelsok>
- Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud - Kvalitetskrav til fødselsomsorgen (IS-1877)*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/13edfbc7-e77e-47bb-89d6-faa94bf80e28:809189312f88f05db5207d671c1f34f38adbc7cd/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20E2%80%93%20Veileder.pdf
- Helsedirektoratet. (2012). *Retningslinje for hjemmefødsel – svangerskap, fødsel og barseltid i trygge hender (IS-2012)*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjemmefodsels/Hjemmef%C3%B8dsel%20E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_attachment/inline/592f7374-ab8f-43f1-a121-3c23dfdf2d58:5d933c311d177f34ecc39f77f2e8b55e8f9e0bd9/Hjemmef%C3%B8dsel%20E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf
- Helsenorge. (2019, 30. oktober). *Fødeplass og fødetilbud - slik får du det*. Helsenorge. Hentet 7. september 2021 fra

https://www.helsenorge.no/fodsel/fodested/?fbclid=IwAR2X1HDS5bqyfbjEVA0tnW8qrKyJ_vACxm0Q2xkmMXtc131wqkkj6hIMMVA

- Helsenorge. (2020, 28. desember). *Eingongsstønad ved heimefødsel*. Helsenorge. Hentet 20. oktober 2021 fra <https://www.helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/engangsstonad-ved-hjemmefodsel/>
- Henriksen, L., Nordstrom, 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/10.1016/j.srhc.2020.100511>
- Hoang, H., Le, Q., Kilpatrick, S., Jona, M. & Fernando, N. (2013). The commonalities and differences in health professionals' views on home birth in Tasmania, Australia: A qualitative study. *Women & Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 26(1), 55-59. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2012.03.002>
- Hutton, E. K., Reitsma, A., Simioni, J., Brunton, G. & Kaufman, K. (2019). Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour 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*, 14, 59-70. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.07.005>
- Høyer, K. (2011). *Hvad er teori, og hvordan forholder teori sig til metode?* I S. Vallgård & L. Koch (Red.), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (4. utg.). Munksgaard Danmark.
- Jacobsen, K. (2015). *Priser*. Hentet 1. september 2021 fra <https://www.hjemmefodsel.no/priser>
- Malterud, K. (2017a). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017b). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- McNutt, A., Thornton, T., Sizer, P., Curley, A. & Clarke, P. (2014). Opinions of UK perinatal health care professionals on home birth. *Midwifery*, 30(7), 839-846. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.08.007>
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2017). *Intrapartum care for healthy women and babies* National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>
- Nordseth, T. (2018). *Hjemmefødsler er ikke risikofritt*. *Adresseavisen*. <https://www.midnorskdebatt.no/meninger/kronikker/2018/10/24/Hjemmef%C3%B8dsler-er-ikke-risikofritt-17741817.ece>

- Nordseth, T. (2019). Hjemmefødsler innebærer unødvendig risiko. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 139(11). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0084>
- 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>
- Olza, I., Uvnaas-Moberg, K., Ekstrom-Bergstrom, A., Leahy-Warren, P., Karlsdottir, S. I., Nieuwenhuijze, M., Villamea, S., Hadjigeorgiou, E., Kazmierczak, M., Spyridou, A. & Buckley, S. (2020). Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLoS ONE [Electronic Resource]*, 15(7), e0230992. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230992>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C. & Mulrow, C. D. (2020). *The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews* [Flytskjema]. PRISMA. <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram.aspx>
- 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. <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. A. D., 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. *The Lancet*, 384(9948), 1129-1145. <https://doi.org/10.1097/01.ogx.0000460706.27837.c4>
- Rossi, A. C. & Prefumo, F. (2018). Planned home versus planned hospital births in women at low-risk pregnancy: A systematic review with meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 222, 102-108. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.01.016>
- 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), CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- Sandvik, G. B. (1997). *Moderskap og fødselsarbeid: Diskurser i reproduktivt arbeid*. Fagbokforlaget.
- Scarf, V. L., Rossiter, C., Vedam, S., Dahlen, H. G., Ellwood, D., Forster, D., Foureur, M. J., McLachlan, H., Oats, J., Sibbritt, D., Thornton, C. & Homer, C. S. E. (2018). Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk

- pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 62, 240-255. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.024>
- Sjoblom, I., Lundgren, I., Idvall, E. & Lindgren, H. (2015). Being a homebirth midwife in the Nordic countries - a phenomenological study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(3), 126-131. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.02.004>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102705>
- Sundhedsstyrelsen. (2021). *Anbefalinger for organisering af fødetilbud*. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Anbefalinger-svangreomsorgen/Anbefalinger-for-organisering-af-foedetilbud.ashx?la=da&hash=86E6ED6A48D7CE2F54356FE8393987FAC81729BF>
- Svartdal, F. (2020, 3. november 2020). Holdning. I E. Bolstad (Red.), *Store norske leksikon* (13. utg.). Hentet 14. mai 2021 fra <https://snl.no/holdning>
- The international confederation of midwives. (2017). *International definition of the midwife*. The international confederation of midwives. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf
- Thomas, J. & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical research methodology*, 8, 45. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>
- 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: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16926>
- Vollan, M. (2020, 11. november). Flere ønsker hjemmefødsel: Tør ikke risikere strengere tiltak. *NRK*. <https://www.nrk.no/innlandet/flere-onsker-hjemmefodsels-1.15236658>
- Vågnes, E. (2019, 4. desember). *Stor variasjon i kjøretiden til nærmeste fødested*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/stor-variasjon-i-kjoeretiden-til-naermeste-fodested?tabell=396572>
- Walsh, D. (2012). *Evidence and skills for normal labour and birth: A guide for midwives* (2. utg.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203357361>
- World bank group. (2021). *High income*. Hentet 6. september 2021 fra <https://data.worldbank.org/income-level/high-income>

World Health Organization. (1996). *Mother Baby Package. Implementing safe motherhood in countries. A practical guide.* World Health Organization.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63268/WHO_FHE_MSM_94.11_Rev.1.pdf?sequence=1

8.0 VEDLEGG

Vedlegg 1: Gruppeprosessen

I løpet av jordmorstudiet har vi hatt god erfaring med å samarbeide om flere arbeidskrav og gruppeoppgaver. Det er også noe av grunnen til at vi valgte å samarbeide om masteroppgaven. Samtidig var felles interesse for fysiologisk fødsel og planlagte hjemmefødsler, bakgrunn for hvorfor vi ønsket å jobbe sammen. Vi har også en lignende livssituasjon som har gjort at vi lett har kunnet strukturere arbeidsdagen og tilrettelegge etter behov. Stort sett har vi møttes fysisk hjemme eller på skolen, ellers har vi innimellom hatt noen dager over Zoom.

Når det gjelder det skriftlige arbeidet, har vi både delt dette opp og samarbeidet. I oppstarten av prosjektet delte vi deler av innledning og teorikapittel mellom oss. Senere har vi revidert store deler av denne teksten i fellesskap opptil flere ganger. Resten av studien har vi skrevet sammen i sin helhet. Dette har vært svært nyttig med tanke på at det har ført til faglige diskusjoner som har vært viktige for oppgaven. Samtidig har vi hatt ulike innfallsvinkler til noen temaer som kan ha ført til at vi ikke kun har låst oss i et spor. Dette har vi vært særlig bevisst på når det gjelder vår forforståelse og dens innvirkning på oppgaven.

Der det derimot har vært hensiktsmessig har vi først jobbet hver for oss, og deretter satt oss sammen og diskutert frem til enighet. Etter litteratursøket gikk begge gjennom alle resultatene og valgte ut artikler av relevans, deretter sammenlignet vi og ble enige om hvilke som passet våre inklusjonskriterier. I neste trinn kvalitetsvurderte vi de inkluderte primærstudiene hver for oss og sammenlignet. Også datauttrekkene har vi først trukket ut hver for oss, og så blitt enige om hvilke som skulle tas med. Det at vi både har jobbet alene og sammen med datamaterialet har gjort at begge har blitt godt kjent med prosessen i en systematisk litteraturstudie.

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Søkehistorikk fra CINAHL

Thursday, May 20, 2021 7:39:52 AM

| # | Query | Results |
|-----|--|---------|
| S27 | S8 AND S20 AND S27 | 531 |
| S26 | S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 | 641,077 |
| S25 | "Perspectives" | 58,198 |
| S24 | "Perspective" | 89,405 |
| S23 | "Opinions" | 16,623 |
| S22 | "Opinion" | 30,730 |
| S21 | "Attitudes" | 226,715 |
| S20 | (MH "Attitude+") OR "Attitude" | 481,496 |
| S19 | S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 | 4,379 |
| S18 | "Home deliveries" | 146 |
| S17 | "Home delivery" | 356 |
| S16 | "Births, home" | 3 |
| S15 | "Birth, home" | 20 |
| S14 | "Childbirths at home" | 1 |
| S13 | "Childbirth at home" | 29 |
| S12 | ""Childbirths, home"" | 3,838 |
| S11 | "Childbirths, home" | 0 |
| S10 | "Childbirth, home" | 5 |
| S9 | "Home birth" | 1,000 |
| S8 | (MH "Home Childbirth") OR "Home childbirth" | 3,761 |
| S7 | S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 | 63,654 |
| S6 | "Midwifery" | 40,357 |
| S5 | "Nurse-Midwife" | 635 |
| S4 | (MH "Midwifery+") | 21,287 |
| S3 | (MH "Midwives+") OR "Midwives" | 36,220 |
| S2 | "Midwife" | 8,880 |
| S1 | (MH "Nurse Midwives") OR "Nurse Midwives" | 3,540 |

Søkehistorikk fra EMBASE

| # | Query | Results from 20 May 2021 |
|----|---|--------------------------|
| 1 | Midwifery.mp. | 11,755 |
| 2 | Midwife.mp. or midwife/ | 34,219 |
| 3 | Nurse Midwife.mp. or exp nurse midwife/ | 7,162 |
| 4 | Midwives.mp. | 17,558 |
| 5 | Nurse-Midwives.mp. | 2,371 |
| 6 | Nurse-midwife.mp. | 7,162 |
| 7 | Nurse Midwives.mp. | 2,371 |
| 8 | 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 | 41,314 |
| 9 | Home childbirth.mp. | 102 |
| 10 | Home birth.mp. | 966 |
| 11 | Childbirth, home.mp. | 5 |
| 12 | Childbirths, home.mp. | 0 |
| 13 | Childbirth at home.mp. | 35 |
| 14 | Birth, home.mp. | 48 |
| 15 | Births, home.mp. | 8 |
| 16 | Home births.mp. | 693 |
| 17 | Childbirths at home.mp. | 1 |
| 18 | Home delivery.mp. or exp home delivery/ | 4,517 |
| 19 | Home deliveries.mp. | 478 |
| 20 | 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 | 5,003 |
| 21 | Attitude.mp. or exp attitude/ | 855,326 |
| 22 | Attitudes.mp. | 152,908 |
| 23 | Opinion.mp. | 119,828 |
| 24 | Opinions.mp. | 47,440 |
| 25 | Perspective.mp. | 284,694 |
| 26 | Perspectives.mp. | 159,827 |
| 27 | 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 | 1,421,270 |
| 28 | 8 and 20 and 27 | 697 |

Søkehistorikk fra MedLine

| # | Query | Results from 20 May 2021 |
|----|---|--------------------------|
| 1 | Nurse Midwives.mp. or Nurse Midwives/ | 8,034 |
| 2 | Midwifery.mp. or Midwifery/ | 24,980 |
| 3 | Midwife.mp. | 6,064 |
| 4 | Midwives.mp. | 19,654 |
| 5 | Nurse-midwives.mp. | 8,034 |
| 6 | Nurse-Midwife.mp. | 627 |
| 7 | Nurse Midwife.mp. | 627 |
| 8 | 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 | 37,016 |
| 9 | Home Childbirth.mp. or Home Childbirth/ | 2,858 |
| 10 | Home birth.mp. | 861 |
| 11 | Childbirth, home.mp. | 5 |
| 12 | Childbirths, home.mp. | 0 |
| 13 | Childbirth at home.mp. | 27 |
| 14 | Birth, home.mp. | 40 |
| 15 | Births, home.mp. | 7 |
| 16 | Home births.mp. | 591 |
| 17 | Childbirths at home.mp. | 0 |
| 18 | Home delivery.mp. | 849 |
| 19 | Home deliveries.mp. | 426 |
| 20 | 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 | 4,211 |
| 21 | Attitude/ or Attitude.mp. | 303,922 |
| 22 | Attitudes.mp. | 216,823 |
| 23 | Opinion.mp. | 96,873 |
| 24 | Opinions.mp. | 35,744 |
| 25 | Perspective.mp. | 230,603 |
| 26 | Perspectives.mp. | 135,314 |
| 27 | 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 | 867,625 |
| 28 | 8 and 20 and 27 | 456 |

Søkehistorikk fra Maternity and Infant Care

| # | Query | Results from 19 May 2021 |
|----|--|--------------------------|
| 1 | Nurse midwives.mp. [mp=abstract, heading word, title] | 1,310 |
| 2 | midwifery.mp. [mp=abstract, heading word, title] | 19,587 |
| 3 | Midwife.mp. [mp=abstract, heading word, title] | 11,076 |
| 4 | Midwives.mp. [mp=abstract, heading word, title] | 26,923 |
| 5 | Nurse-Midwives.mp. [mp=abstract, heading word, title] | 1,310 |
| 6 | Nurse-Midwife.mp. [mp=abstract, heading word, title] | 397 |
| 7 | Nurse Midwife.mp. [mp=abstract, heading word, title] | 397 |
| 8 | Nurse-Midwives.mp. [mp=abstract, heading word, title] | 1,310 |
| 9 | 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 | 36,477 |
| 10 | Home childbirth.mp. [mp=abstract, heading word, title] | 3 |
| 11 | Home birth.mp. [mp=abstract, heading word, title] | 2,894 |
| 12 | Childbirth, home.mp. [mp=abstract, heading word, title] | 5 |
| 13 | Childbirths, home.mp. [mp=abstract, heading word, title] | 0 |
| 14 | Birth, home.mp. [mp=abstract, heading word, title] | 34 |
| 15 | Births, home.mp. [mp=abstract, heading word, title] | 6 |
| 16 | Home births.mp. [mp=abstract, heading word, title] | 789 |
| 17 | Childbirths at home.mp. [mp=abstract, heading word, title] | 0 |
| 18 | Home delivery.mp. [mp=abstract, heading word, title] | 229 |
| 19 | Home deliveries.mp. [mp=abstract, heading word, title] | 175 |
| 20 | 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 | 3,401 |
| 21 | Attitudes.mp. [mp=abstract, heading word, title] | 7,285 |
| 22 | Attitude.mp. [mp=abstract, heading word, title] | 1,841 |
| 23 | Opinions.mp. [mp=abstract, heading word, title] | 1,264 |
| 24 | Opinion.mp. [mp=abstract, heading word, title] | 2,102 |
| 25 | Perspective.mp. [mp=abstract, heading word, title] | 3,598 |
| 26 | Perspectives.mp. [mp=abstract, heading word, title] | 2,209 |
| 27 | 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 | 15,915 |
| 28 | 9 and 20 and 27 | 226 |

Søkehistorikk fra SveMed+

| Nr Søksträng | Antal träffar | Tid |
|--|---------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Home childbirth | 55 | 2021-05-20 14:08:56 |
| <input type="checkbox"/> 2 Home birth | 62 | 2021-05-20 14:09:08 |
| <input type="checkbox"/> 3 Childbirth, home | 56 | 2021-05-20 14:09:20 |
| <input type="checkbox"/> 4 Childbirths, home | 56 | 2021-05-20 14:09:29 |
| <input type="checkbox"/> 5 Childbirth at home | 55 | 2021-05-20 14:10:23 |
| <input type="checkbox"/> 6 Birth, home | 63 | 2021-05-20 14:10:30 |
| <input type="checkbox"/> 7 Births, home | 63 | 2021-05-20 14:10:35 |
| <input type="checkbox"/> 8 Home births | 62 | 2021-05-20 14:11:50 |
| <input type="checkbox"/> 9 Childbirth at home | 55 | 2021-05-20 14:12:00 |
| <input type="checkbox"/> 10 Home delivery | 65 | 2021-05-20 14:12:07 |
| <input type="checkbox"/> 11 Home deliveries | 65 | 2021-05-20 14:12:14 |
| <input type="checkbox"/> 12 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 | 103 | 2021-05-20 14:12:40 |

Vedlegg 3: CASP-sjekkliste



www.casp-uk.net

info@casp-uk.net

Summertown Pavilion, Middle
Way Oxford OX2 7LG

CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a **Qualitative** research

How to use this appraisal tool: Three broad issues need to be considered when appraising a qualitative study:

- ┆ Are the results of the study valid? (Section A)
- ┆ What are the results? (Section B)
- ┆ Will the results help locally? (Section C)

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

About: These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore **we do not suggest a scoring system**. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA ‘Users’ guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

Referencing: we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Qualitative) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> www.casp-uk.net

Hoang et al. (2013)

Paper for appraisal and reference: Hoang, H. et al. (2013). The commonalities and differences

Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes
 Can't Tell
 No

HINT: Consider

- what was the goal of the research
- why it was thought important
- its relevance

Comments: Litt utydlig - er ikke et konkret forskningsspørsmål. Men fremkommer i teksten (litt dårlig beskrevet); Hvorfor helsepersonell er for eller imot hjemmefødsel, hvilke faktorer som påvirker deres syn, og om de har noe til felles?

Fremkommer i "Abstract" og mot slutten av "Introduction" s. 2.

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes
 Can't Tell
 No

HINT: Consider

- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
- Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments: Problemstillingen er knyttet til jordmødres holdninger og meninger, og da er kvalitativ design best for å besvare problemstillingen.

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes
 Can't Tell
 No

HINT: Consider

- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comments: Lite beskrevet hvorfor, men er jo åpenbart ute etter meninger, og derfor vil semi-strukturerte intervju være et godt valg.

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes
 Can't Tell
 No

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments: Mangelfullt. Ingen informasjon om forfatterne.

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes
 Can't Tell
 No

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

Comments: Står beskrevet kort at etisk godkjenning i komite er gjort, men litt kort beskrevet. Dette står i første avsnitt i "Methods" s. 2.

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes
 Can't Tell
 No

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
- If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments: Beskriver inklusjonskriterier og fremgangsmåte under "Methods" s. 2. Kunne kanskje vært bedre beskrevet. De viser frem karakteristika over informanter i tabell 2. Det er bra. Se metods. De skriver også under limitations i diskusjonen at de kanskje burde hatt flere GPs med i studien

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes
 Can't Tell
 No

HINT: Consider

- If the setting for the data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
- If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
- If the methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
- If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
 - If the researcher has discussed saturation of data

Comments: Intervju-guide med relevante spørsmål til forskningsspørsmålene, table 1. De har diskutert metning (Se siste setning under "Methods")

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes
 Can't Tell
 No

HINT: Consider

- If there is an in-depth description of the analysis process
- If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
- Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
- If sufficient data are presented to support the findings
 - To what extent contradictory data are taken into account
- Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments: Beskrevet under "Analysis" s. 2-3

9. Is there a clear statement of findings?

Yes
 Can't Tell
 No

HINT: Consider whether

- If the findings are explicit
- If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
- If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
- If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments: Se under "Findings", s. 3-4

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments: Forstå hvorfor det er debatt om sikkerheten ved hjemmefødsel. Brukes til bevisstgjøring. Forbedre forståelse og samarbeid. Står beskrevet hvorfor denne artikkelen er betydningsfull. Samtidig beskrevet hva videre forskning kan fokusere på.

YES!

Sjöblom et al. (2015)

Paper for appraisal and reference: **Sjöblom, I. et al. (2015). Being a homebirth midwife...**

Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes

Can't Tell

No

- HINT: Consider
- what was the goal of the research
 - why it was thought important
 - its relevance

Comments: Beskrive den opplevde erfaringen ved å være en hjemmefødselsjordmor i Norden.
Tydelig beskrevet i "Abstract" s. 1 og på slutten av "Background" s. 2

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes

Can't Tell

No

- HINT: Consider
- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
 - Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments: Få informasjon om jordmødres opplevde erfaring.

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes

Can't Tell

No

- HINT: Consider
- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comments: Under "Methods" i første avsnitt, s. 2.

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes

Can't Tell

No

- HINT: Consider
- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
 - How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments: Står at inklusjonskriterie er at de ikke har et nært forhold til intervjuer, s. 2 under "Participants og data collection"

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes

Can't Tell

No

- HINT: Consider
- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
 - If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
 - If approval has been sought from the ethics committee

Comments: Søkt etisk komite, skriftlig samtykke og konfidensialitet. Under "Data Analysis", s. 2.

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes

Can't Tell

No

- HINT: Consider
- If the researcher has explained how the participants were selected
 - If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
 - If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments: Veldig tydelig!

Under underoverskriften "Participants and data collection" under "Methods" s. 2.

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes

Can't Tell

No

- HINT: Consider
- If the setting for the data collection was justified
 - If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
 - If the researcher has justified the methods chosen
 - If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
 - If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
 - If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
 - If the researcher has discussed saturation of data

Comments: Står under "Participants and data collection", s. 2.

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes

Can't Tell

No

- HINT: Consider
- If there is an in-depth description of the analysis process
 - If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
 - Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
 - If sufficient data are presented to support the findings
 - To what extent contradictory data are taken into account
 - Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments: Alle var med, det er positivt. Står under "Data Analysis", s. 2.

9. Is there a clear statement of findings?

Yes

Can't Tell

No

- HINT: Consider whether
- If the findings are explicit
 - If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
 - If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
 - If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments: Under "Results" fra s. 2-4.

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments: Innhentet fra hele Norden, som gir en dybde. Står litt om at den ikke er generaliserbar. Ikke skrevet noe om hva som kan være nyttige videre forskningsstudier.

Coddington et al. (2017)

Paper for appraisal and reference: Coddington, R., Catling, C. og Homer, C. S. E. (2017). F
 Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes
 Can't Tell
 No

- HINT: Consider
- what was the goal of the research
 - why it was thought important
 - its relevance

Comments: Står tydelig under "aim" allerede i "Abstract". Og igjen i siste avsnitt av "Introduction" s. 2.

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes
 Can't Tell
 No

- HINT: Consider
- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
 - Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments: Utforske erfaringer.

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes
 Can't Tell
 No

- HINT: Consider
- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes
 Can't Tell
 No

- HINT: Consider
- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
 - How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments: Står tydelig beskrevet at intervjuer ikke har jobbet med eller hatt kontakt med, noen av deltakerne. Under "Methods" s. 3.

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes
 Can't Tell
 No

- HINT: Consider
- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
 - If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
 - If approval has been sought from the ethics committee

Comments: Står en enkelt setning om etisk godkjenning i siste setning i "Methods", s. 3.

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes
 Can't Tell
 No

- HINT: Consider
- If the researcher has explained how the participants were selected
 - If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
 - If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments: Det er beskrevet hvem de ønsket å ha med og hvorfor, men litt utydelig hvordan de valgte ut jordmødre. "Participation was open to all midwives...", men hvordan de fikk kontakt med dem er uklart. Under "Methods" på s. 2.

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes
 Can't Tell
 No

- HINT: Consider
- If the setting for the data collection was justified
 - If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
 - If the researcher has justified the methods chosen
 - If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
 - If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
 - If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
 - If the researcher has discussed saturation of data

Comments: Begrunner intervjuemetoden og "rettferdiggjør" telefonintervju. Men det står ikke noe om hva slags spørsmål som stilles? Under "Methods", s. 2-3.

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes
 Can't Tell
 No

- HINT: Consider
- If there is an in-depth description of the analysis process
 - If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
 - Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
 - If sufficient data are presented to support the findings
 - To what extent contradictory data are taken into account
 - Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments: Står et avsnitt om tematisk analyse under "Methods" s. 3, men savner kanskje også her noe mer konkret?

9. Is there a clear statement of findings?

Yes
 Can't Tell
 No

- HINT: Consider whether
- If the findings are explicit
 - If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
 - If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
 - If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments: Presentert i "Abstract" og under "Findings" s. 3-5.

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments: Fremkommer tydelig "limitations" med seleksjonsbias og at de som valgte å delta muligens hadde sterke meninger.

Ahl & Lundgren (2018)

Paper for appraisal and reference: Ahl, M. og Lundgren, I. (2018) Working with home birth

Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

| | |
|------------|-------------------------------------|
| Yes | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Can't Tell | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> |

- HINT: Consider
- what was the goal of the research
 - why it was thought important
 - its relevance

Comments: Står tydelig helt først. Hensikten er å beskrive svenske jordmødres erfaringer med å jobbe med hjemmefødsler. Både siste setning i "Introduction" og i "Abstract" under "Objective"

2. Is a qualitative methodology appropriate?

| | |
|------------|-------------------------------------|
| Yes | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Can't Tell | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> |

- HINT: Consider
- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
 - Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments: Beskrive erfaringer. Kvalitativ metode for å få utdypende svar.

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

| | |
|------------|-------------------------------------|
| Yes | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Can't Tell | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> |

- HINT: Consider
- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comments: Står beskrevet under "Methods" s. 2.

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

| | |
|------------|-------------------------------------|
| Yes | <input type="checkbox"/> |
| Can't Tell | <input type="checkbox"/> |
| No | <input checked="" type="checkbox"/> |

- HINT: Consider
- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
 - How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments: Står litt om tidligere erfaring med hjemmefødsel, og dette ses på som noe positivt. De har kontaktet jordmødre på mail, men beskrives ikke hvordan de har kommet frem til å kontakte akkurat disse. Ikke skrevet noe om forholdet til informantene. Noen ganger kan dette diskuteres under Diskusjonskapittelet og limitations, men forfatterne har ikke gjort det i denne studien.

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

| | |
|------------|-------------------------------------|
| Yes | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Can't Tell | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> |

- HINT: Consider
- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
 - If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
 - If approval has been sought from the ethics committee

Comments: Står noen setninger om etikk, konfidensialitet, samtykke osv. Dette under "Participants og Data collection" s. 2.

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

| | |
|------------|-------------------------------------|
| Yes | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Can't Tell | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> |

- HINT: Consider
- If the researcher has explained how the participants were selected
 - If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
 - If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments: Står noe under "Participants og data collection" s. 2. Har med inklusjonskriterier for utvelgelsen. Står ikke noe om hvorfor de som ikke ville være med, avslø, eller hvor de fikk mailadressene fra.

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

| | |
|------------|-------------------------------------|
| Yes | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Can't Tell | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> |

- HINT: Consider
- If the setting for the data collection was justified
 - If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
 - If the researcher has justified the methods chosen
 - If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
 - If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
 - If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
 - If the researcher has discussed saturation of data

Comments: Står godt forklart hvorfor de velger fokusgruppeintervju - dybde og samtidig et bredt spekter av meninger. Står under "Participants og Data collection" s. 2.

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

| | |
|------------|-------------------------------------|
| Yes | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Can't Tell | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> |

- HINT: Consider
- If there is an in-depth description of the analysis process
 - If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
 - Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
 - If sufficient data are presented to support the findings
 - To what extent contradictory data are taken into account
 - Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments: God beskrivelse av analysemetoden under "Data analysis" s. 2. Står et helt avsnitt om dataanalyse, men litt utydelig kanskje - savner kanskje en tabell eller noe med konkret fremgangsmåte? Forskernes rolle mangler.

9. Is there a clear statement of findings?

| | |
|------------|-------------------------------------|
| Yes | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Can't Tell | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> |

- HINT: Consider whether
- If the findings are explicit
 - If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
 - If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
 - If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments: Kategoriene står under "Findings" s. 2-4. Kredibilitet er beskrevet under "limitations". Fremkommer både positive og negative erfaringer.

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments: Liten studie, men tips til videre forskning... Gir verdifull innsikt i jobben, bidrar til diskusjon om arbeidsmiljø. Forskingen kan gi verdifull innsikt i hvordan det er å jobbe med "maternity care". Kan skape diskusjoner. Det fremkommer også hva som kan forskes videre på.

Coddington et al. (2020)

Paper for appraisal and reference: Coddington, R., Catling, C. og Homer, C. (2020). Seeing

Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes

Can't Tell

No

- HINT: Consider
- what was the goal of the research
 - why it was thought important
 - its relevance

Comments: Side 2, under "Introduction"

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes

Can't Tell

No

- HINT: Consider
- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
 - Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments: Utfyllende svar om erfaringer besvares best ved kvalitativ metode.

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes

Can't Tell

No

- HINT: Consider
- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comments: Egen underoverskrift "Design" på s. 2

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes

Can't Tell

No

- HINT: Consider
- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
 - How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments: Men denne studien er en del av den fra 2017, hvor det tydeligere står beskrevet at de ikke hadde noe relasjon på forhånd.

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes

Can't Tell

No

- HINT: Consider
- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
 - If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
 - If approval has been sought from the ethics committee

Comments: Under underoverskriften "Ethical approval", s. 2.

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes

Can't Tell

No

- HINT: Consider
- If the researcher has explained how the participants were selected
 - If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
 - If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments: Under underoverskriften "Sample" på side 3.

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes

Can't Tell

No

- HINT: Consider
- If the setting for the data collection was justified
 - If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
 - If the researcher has justified the methods chosen
 - If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
 - If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
 - If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
 - If the researcher has discussed saturation of data

Comments: Nøye beskrevet under "Data Collection" s. 3. Inneholder også intervjuguide.

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes

Can't Tell

No

- HINT: Consider
- If there is an in-depth description of the analysis process
 - If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
 - Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
 - If sufficient data are presented to support the findings
 - To what extent contradictory data are taken into account
 - Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments: Under underoverskriften "Data analysis" på side 3.

9. Is there a clear statement of findings?

Yes

Can't Tell

No

- HINT: Consider whether
- If the findings are explicit
 - If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
 - If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
 - If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments: Står tydelig beskrevet under "Findings" (s. 4-6) med underoverskrifter som beskriver hovedfunnene. Kort sammendrag av funn i "Abstract", s. 1

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments: Forskningen er betydningsfull. De beskriver videre behov for studier med fokus på obstetrikere.

Vedlegg 4: Tematisk syntese

Datauttrekk og primærartikler

| Primærartikkel | Datauttrekk |
|-----------------------|---|
| Hoang et al. (2013) | It comes back to woman's choice. For low-risk woman, there is no reason why they shouldn't have the choice of homebirth if they have a provision of skilled midwives with them who can help them detect if things are going pear shaped or certainly refer it on. |
| | Home births supporters argue that if home births are not supported, free births could occur. |
| | They believed that planned home births should be an option for women and described home births as "an individual choice", "women's choice", "a woman's right". |
| | Importantly, health professionals always emphasise that home birth should be an option only with trained midwives and good back up system to deal with any unexpected emergencies. |
| | <i>«Women have been doing it for centuries having babies born at home but when you look in the cemeteries hundreds years ago, there were a lot of ladies and babies died in childbirths. But whether that was because they did not have professional care at home, whether they were let to do it by themselves. So it is just an area I feel a bit nervous about I guess».</i> |
| | The longer they work, the more they are aware of unexpected situations that any woman could have during childbirth. "I have worked as a midwife in Tasmania for 40 years and I am well aware that even what seems to be a normal birth can go wrong in some cases". |
| | <i>«The time taken to get to a hospital in an emergency is critical. A baby could die while in transit or a woman could die from blood loss».</i> |
| | <i>«Things can go wrong very quickly».</i> |
| | <i>«I am not a home birth fan even though I am a midwife but I do not have a problem with someone else if that is their choice with an appropriate care. But home birth is not something that I would choose».</i> |
| | They see home births as an alternative care model to hospital care that would cost less to the community. [...] these health professionals believe that if home births are available and supported by the Government it would take the pressure off the system which is struggling. |
| Sjøblom et al. (2015) | The essential structure of being a homebirth midwife in the Nordic countries can be understood as resulting from realizing one's own altruistic values and fulfilling one's own desires for working life by facilitating the desires of the women giving birth. |
| | The midwives explain that knowing the parents ahead of the birth is of great benefit in helping them to provide optimal care for every single couple. |

| | |
|--|---|
| | By getting to know each other during the pregnancy it becomes possible to talk through a lot of things: [...] <i>«Actually, I don't try so much. It's about liking each other. In a way, it's kind of...professional love...».</i> |
| | It is doing a good deed for the women, and they (midwives) really appreciate it. |
| | <i>"...so I work this way according to my ideals [places her hand on her heart] ... according to my heart..."</i> |
| | <i>"...a tremendous joy in being part of this ... I feel a sense of pride. I really feel that this form of midwifery is what I want to do ... This is what I was educated as, and this is what I have the knowledge, skills and expertise to do."</i> |
| | <i>«The motivating force is joy and presence».</i> |
| | They view the home birth environment as a calm and safe place for the woman and her partner. |
| | calmness makes the oxytocin flow easier, and facilitates the birth. They believe that this is why a woman gives birth more easily at home than in a hospital. |
| | Their intimacy, which has a positive effect during labor, is more natural at home. |
| | The process of giving birth is often faster at home, even with older children around. |
| | They mean that a woman finds it easier to give birth when she is allowed to be herself, and they strive to allow the woman to "be who she is." |
| | According to the midwives, the birth itself has an impact on the future life of the newborn. They say that it is of great importance how the baby is welcomed into the world and this is best done in a calm, warm, and loving environment. |
| | I want to arrange things so as to allow a woman to give birth in peace and quiet, and give her the space she needs so that she can have the birth as she wants it to be. I want women to regain their autonomy, which we've deprived them of at hospitals. |
| | [...] they want to make it easier for women to give birth in line with their wishes. |
| | To be a homebirth midwife is understood by the midwives as having chosen a lifestyle and not just a profession. |
| | <i>"... now I've done it for 22 years, so it's like a lifestyle, and I have a husband who supports me fully. It is as I always thought it should be ... a lifestyle"</i> |
| | <i>«...and if you want to go somewhere for a weekend, you have to think about how far you're going, and you can't even drink a glass of wine. These kinds of things affect me and my family's life, but it works out.»</i> |

| | |
|--|---|
| | It is important to have a supporting family; otherwise they believe they would not be able to do it. |
| | [...] I can't conceive of working in any other way» |
| | It's true that it's not so much fun to be on call, but this is outweighed by all the positive experiences. I can't conceive of working in any other way. |
| | People around them, like other colleagues, are gradually more positive and curious about it, but still they can feel they are looked upon as if doing something very strange as well as exposing mother and baby to risk. |
| | To be a homebirth midwife means to have an unregulated work time, and to sometimes forego family events. It is from time to time a bit hard, but all the good experiences counteract the negative ones. |
| | When focusing on one woman's birth process, you can follow the flow and be in contact with intuition since attention is not being disturbed by other tasks. |
| | For the homebirth midwives, it is often easier to assist a woman at home than to work in the hospital because she can follow the process with more focus on the process than on regulations and expectations from the hospital setting. |
| | At home there is also one woman at a time in labor, and the midwife can be more aware of the needs of the woman. |
| | The midwives express how they can use much more of their potential when assisting a birth at home. |
| | For the midwives who also work in a hospital setting, the home births make them feel enriched as a result of experiencing women giving birth on their own. |
| | <i>«When they give birth, it's so beautiful, and I carry it with me for a long time, and it balances out what isn't so beautiful here [at the maternity ward]»</i> |
| | <i>«I really feel that this form of midwifery is what I want to do...This is what I was educated as, and this is what I have the knowledge, skills and expertise to do»</i> |
| | <i>«I want to arrange things so as to allow a woman to give birth in peace and quiet, and give her the space she needs so that she can have the birth as she wants it to be».</i> |

| | |
|---------------------------------|--|
| | <p>«It's like the woman owns the situation, and can get support in that ownership. The ownership of live, power and control, and be able to be undisturbed».</p> |
| | <p>The home birth is a borderland that contains something spiritual and beyond words.</p> |
| | <p>The midwives all mention some sort of spirituality when talking about the home births, which does not necessarily have to do with religion: <i>«In other words, you can't get any closer to God or life than this. It depends on what words you use».</i></p> |
| | <p>This spiritual perspective was described by some of the midwives as part of the driving force; being a part of a larger context was something they did not want to be without once they had experienced it.</p> |
| | <p>The midwives use words like magical and holy when describing the atmosphere around a home birth.</p> |
| <p>Coddington et al. (2017)</p> | <p>Once competent in these skills, midwives were proud of their ability to work as autonomous practitioners and provide a complete service for the women in their care.</p> |
| | <p>However, not all midwives felt well supported. Some described being heavily scrutinised by the media, hospital management and other health professionals who weren't supportive of homebirth, for example: 'Every opportunity in the media [homebirth] is demonised. It's actually quite a difficult model to work in. There's still a great deal of resistance between hospital and home birth. This was a major problem when I was doing it. If you felt the need to transfer a woman in, you never quite knew what you were going to get, you never knew what reception you were going to get.'</p> |
| | <p>“When they have to bring a woman in whose transferring, they come in and they're still part of one big team.”^{[1][SEP]}</p> |
| | <p>'I'd feel different if I was on my own. I enjoy having two [midwives] because you've just got a second pair of hands and a second perspective; which often isn't needed, but when it is you're very thankful that it's there.'</p> |
| | <p>Midwives saw maintaining their skills and building good relationships with allied health professionals as essential to providing safe homebirth care.</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>... Once competent in these skills, midwives were proud of their ability to work as autonomous practitioners and provide a complete service for the women in their care, for example:</p> <p><i>“Being able to facilitate an entire experience from 20 weeks all the way through to 6 weeks postpartum with everything in the middle. I find that really satisfying actually.”</i></p> |
| | <p><i>‘ . . . one of the big things about birthing at home is I think you’re not on high alert because you're less distracted with the goings on of the hospital. You're not hearing emergency bells out in the corridor. I think you are more in-tune with what the woman's body is doing and I think you're able then to facilitate change when change is indicated . . . I think that's almost why home birth can be safer than hospital birth for low-risk women. ’</i></p> |
| | <p>... however, had no previous exposure to homebirth and expressed that initially they were apprehensive about being the midwife responsible for a woman’s care at home.</p> <p>Midwives commonly retold the story of the first homebirth they attended with many describing the acute anxiety they felt around practising in an environment so different to their usual place of practice, the hospital</p> |
| | <p>...midwives described how attending homebirths had prompted them to change the way they practice during hospital births. One midwife said:</p> <p><i>‘I feel like I'm able to facilitate normal in the hospital better now that I see what normal at home is like and I think I'm better at making the hospital environment more home-like for women.’</i></p> |
| | <p><i>“As much as I always believed in homebirth, it is a little bit scary when you go to your first one until you realise how normal it is. But you are . . . You’re still a midwife as well, you’ve got all the skills, it’s just a different setting . . .”</i></p> |
| | <p>As midwives gained more experience with providing publicly-funded homebirth, their confidence grew.</p> |
| | <p>Reassured by working within the guidelines and policies they were familiar with, they became aware of the benefits of the home environment both for the woman and her family, and for the midwife herself. This enabled midwives to enjoy providing homebirth as they began to relax into their new role.</p> |

| | |
|-------------------------------|---|
| | <p><i>'I actually think in a negative way it kind of changed how I felt about hospital birth because I remember the first homebirth I went to, I was euphoric and then I was hit with this horrible kind of resentment . . . I was so upset and frustrated for the amount of women that miss out on experiences like that.'</i></p> |
| | <p>The concept of being on the woman's territory was viewed in a positive light. Midwives observed that when women were on their territory they were able to relax into labour.</p> |
| | <p><i>'As a midwife, it's just a totally different experience... much more relaxed. Even though people say, "Oh, God, I don't know how you take on that responsibility," Well it's just a woman who is birthing who supposedly has no complexities, so what's the issue, really? It's very much more relaxed than in the clinical setting.'</i></p> |
| <p>Ahl og Lundgren (2018)</p> | <p>The midwives saw a need for options in maternity care, because there are some women with a strong wish to give birth at home. They thought that it is important for women to be able to choose the place where they give birth.</p> |
| | <p><i>"I want to give women who need to birth at home the opportunity to give birth – they need the security, and to keep their integrity, and decide for themselves"</i></p> |
| | <p>They did not want women to take risks by giving birth without professional assistance.</p> |
| | <p>When working with home births there may be a lengthy on-call period during the weeks around the woman's due date; this entails being available, and being within a reasonable distance when labour sets in. This can be strenuous and the midwives sometimes felt tied down by their work.</p> |
| | <p>Sometimes it inhibited their daily life. The on-call periods sometimes negatively affected the midwives' family life and then they felt that they were letting their families down, when they were not able to be there for them.</p> |
| | <p>The midwives felt that their work was not valued. ^{[L]_{SEP}} ... to be ashamed to get paid so little. You don't dare to tell; people think you're stupid. Why do you work so little and get nothing out of it; is that good business sense?"</p> |
| | <p>The midwives described how home birth was not fully accepted in Swedish maternity care. Prior to recent research on home births it was almost a taboo in Sweden. They did not openly talk about their experiences and about attending home births when they worked in the maternity ward.</p> |
| | <p>When birthing at home, women were able to avoid medical interventions that might disturb the birthing process.</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>A central aspect for the midwives was the possibility to work undisturbed and at their own pace, and only attends one woman at a time.</p> |
| | <p>One midwife stressed that impatience, stress and communicational deficiencies that can be present in maternity wards, made home birthing a safer birthing option.</p> |
| | <p>The midwife's presence with the birthing woman at a home birth made it easier to detect anomalies during birth. It was easier to see the big picture; they felt more focused and alert and observed the process with all senses.</p> |
| | <p>The birthing couple could, in their own home, create an environment where the woman felt safe and her partner could play an active part.</p> |
| | <p>Having independence and responsibility during a home birth felt good.</p> |
| | <p>The midwives expressed a belief in the natural process and women's ability to give birth.</p> |
| | <p>They felt that it was easier to be a midwife attending home births because home birthing women were convinced in their own ability to give birth.</p> |
| | <p>According to the midwives, experiences of home birth were educational and contributed to their personal and professional development, especially as they felt that they relied more on their own re- sources in the woman's home where they did not have much technology at their disposal. They learned by observing the natural process and became more confident to let nature run its course.</p> |
| | <p><i>«Since I started working with home birth I've become more confident in trusting the normal birth process».</i></p> |
| | <p>When birthing at home, women were able to avoid medical interventions that might disturb the birthing process.</p> |
| | <p>Compared with hospital births, home births were meaningful moments that would be remembered fully, and was described as extra magical:</p> <p><i>“... but a home birth you carry with you through life ... then that happened, then it was like this, then I felt like that; it has another place in your conscience. I feel like my whole body absorbs that experience”.</i></p> |

| | |
|---|---|
| <p>Coddington et al. (2020)</p> | <p><i>“It just is so much more relaxed and so much more social”.</i></p> |
| | <p><i>«I think the level of fear...[impacts] so much. [At home] the women are much more able to be in their zone and just do their thing and their hormones can work in the way that they’re meant to. We’re not meant to move [relocate] during labour. We’re not meant to have bright lights and people staring at us the whole time. None of that helps».</i></p> |
| | <p><i>«The whole atmosphere is a lot more relaxed. You, as a clinician and midwife can, you know you’re always on the ball but in a much more...in a setting where it’s not so clinical. You can do things within the home; fetal heart, blood pressures, or whatever, but it’s all about working with the woman and what she wants and negotiating. It’s about being respectful in her environment».</i></p> |
| | <p><i>“It’s got something to do with the space, the woman’s own space, and we are visitors in that space. Immediately, you are in a different paradigm as a health professional, and the way you move about that space, and the way you use that space is entirely different.”.</i></p> |
| | <p><i>«That’s one of the big things about birthing at home is I think you’re not on high alert...because you’re less distracted with the goings on of the hospital. You’re not hearing emergency bells out in the corridor. I think you are more in-tune with what the woman’s body is doing and I think you’re able then to facilitate change when change is indicated...I think that’s almost why homebirth can be safer than hospital birth for low-risk women».</i></p> |
| | <p><i>It’s got something to do with the space, the woman’s own space, and we are visitors in that space. Immediately, you are in a different paradigm as a health professional, and the way you move about that space, and the way you use that space is entirely different. The woman, she’s the centre, she’s the absolute centre, whereas it’s not that clear often [that the woman is the centre] in the hospital situation.</i></p> |
| | <p>Midwives felt that allowing the woman to labour undisturbed was a key component in facilitating physiological birth.</p> |
| | <p><i>«I actually think in a negative way it kind of changed how I felt about hospital birth because I remember the first homebirth I went to I was euphoric and then I was hit with this horrible kind of resentment. It just felt like that was so normal...it made hospital birth seem so abnormal. I was so upset and frustrated for the amount of women that miss out on experiences like that».</i></p> |
| <p><i>some participants said they began to feel more confident in their midwifery skills and judgement when providing care for women at home. This confidence was based on their relationship with the woman and ability to provide one-to-one care. At a homebirth, midwives were able to be fully present at all times which allowed them to be more aware of subtle changes in the labour that might indicate a potential complication developing.</i></p> | |
| <p><i>You can recognise the ranges of normal more. I think that once you work in homebirth you understand a lot more about what is normal and what isn’t normal.</i></p> | |

Koder analysert i primærstudier

| Primærstudie | Koder |
|--------------------------|---|
| Hoang et al. (2013) | Kvinnes rettighet/Selvbestemmelse/Nervøsitet rundt hjemmefødsel grunnet mye dødelighet før i tiden/Erfaring fører til økt bevissthet over alt som kan gå galt/Tiden ved overføring til sykehuset er kritisk/Ting kan fort forandre seg til å gå galt/Hadde ikke valgt hjemmefødsel selv, men respekterer at andre velger det så lenge de får tilstrekkelig oppfølging/Trente jordmødre med beredskap er en forutsetning/Hjemmefødsel er økonomisk besparende/Hjemmefødsel kunne lettet pågangen til sykehuset |
| Sjøblom et al. (2015) | Altruistisk holdning/Ønske om å gjøre en god gjerning/Idealistisk arbeid/Glede og stolthet i arbeidet/Motiverende faktorer er glede og tilstedeværelse/ Ivareta kvinnens autonomi/Gjøre det enklere for kvinner å føde som de ønsker/ Velger en livsstil, ikke bare en profesjon/valgt livsstil/Støttende familie/Frihetsberøvelse/Ønsker ikke å jobbe på noen annen måte/Å kjenne fødeparet kan bidra til tilpasset og optimal omsorg/Å bli kjent i svangerskapet fremmer relasjonen med fødeparet/I kontakt med intuisjonen/Mer fokus på fødeprosessen enn regelverk og forventninger/Enklere å være bevisst fødekvinnens behov/ Bruke sitt fulle potensiale som jordmor/Berikende erfaring/Rolig og trygt miljø/Oxytocinfremmende/Mer naturlig med intimitet/Raskere fødsler/Kan være seg selv/Positiv betydning på den nyfødtes liv/Troen på fysiologisk fødsel/Rom til å føde fred og ro/Kvinnen eier fødselen og kan føde uforstyrret/En vakker opplevelse/Spirituell og ubeskrivelig/Spirituell opplevelse/Ikke nødvendigvis religiøs/Nærhet til gud eller livet/Magisk og hellig atmosfære/Del av en større sammenheng/Oppelever kritikk/Tidvis krevende med uregulert arbeidstid/Krevende å ha vaktberedskap |
| Coddington et al. (2017) | Føles trygt å være to jordmødre under forløsning/ Yrkesstolthet/Kontinuerlig oppfølging/Mer bevisst kvinnens kropp og endringer/Manglende erfaring og ukjent miljø/Erfaring med hjemmefødsel endret sykehuspraksisen/Gjenopprette troen på egen kunnskap og jordmorferdigheter i ukjente settinger/Erfaring fører til mer selvtillit i å jobbe med hjemmefødsler/Kjente retningslinjer er en trygghet/En euforisk opplevelse som alle burde oppleve/Enklere for kvinnene å slappe av/Avslappet opplevelse/Mangel på støtte/Føler seg observert/Vanskelig samarbeid med sykehuset/Opprettholde ferdigheter og bygge gode relasjoner til alliert helsepersonell er essensielt for å tilby trygge hjemmefødsler/Å føle seg som en del av teamet ved behov for overflytting til sykehus |
| Ahl og Lundgren (2018) | Valgfrihet rundt fødested/Mulighet til å velge/Unngå uassistert fødsel/ Føler seg bundet fast av jobb/Vaktberedskap påvirker familielivet og dagliglivet./Jobbe uforstyrret og gi en-til-en omsorg/Mindre forstyrrelser og mer tid/Mer påkoblet og bruker alle sansene/Være selvstendig og ha ansvar/Trygt miljø hvor partner lettere tar en aktiv rolle/Troen på fysiologisk fødsel og kvinnens evne til å føde/Stor tro på egen evne til å føde/Tillit til egne instinkter/Tillit til den fysiologiske fødselsprosessen/Færre intervensjoner som kan forstyrre prosessen/Ekstra magiske og meningsfulle/Hjemmefødsel er ikke fullt akseptert/Snakker ikke åpent om opplevelser og deltakelse på hjemmefødsler/Føler ikke at jobben verdsettes/Skamfull over å tjene lite |
| Coddington et al. (2020) | Kvinnen i sentrum/Selvtillit og trygghet/Færre distraksjoner/ Tryggere oppfølging/Utvikle det kliniske blikket/En avslappet/En sosial begivenhet/Flyt av fødselshormoner/Fødselsomsorg på kvinnens premisser/Kvinnens domene/Jordmor er gjest/ Å føde uforstyrret er nøkkelkomponent til fysiologisk fødsel/ En euforisk opplevelse som alle burde oppleve |

Tematisk syntese

| Koder | Deskriptive temaer | Analytiske temaer |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Å kjenne fødeparet kan bidra til tilpasset og optimal omsorg • Å bli kjent i svangerskapet fremmer relasjonen med fødeparet • Mulighet til å tilby kontinuerlig oppfølging • Selvtillit og trygghet basert på å kjenne kvinnen, og en-til-en omsorg i fødsel som fører til mer tilstedeværelse • Være i kontakt med intuisjonen fordi det er få forstyrrelser • Mer fokus på fødeprosessen enn regelverk og forventninger • En-til-en omsorg i fødsel gjør det enklere å være bevisst fødekinnens behov • Mindre forstyrrelser fører til at man kan være mer bevisst kvinnens kropp og endringer, dermed kan hjemmefødsel være tryggere for lavrisikokvinner • Hjemmefødsel fører til færre intervensjoner som kan forstyrre prosessen • Muligheten til å jobbe uforstyrret og gi en-til-en omsorg • Hjemmefødsel ses på som et tryggere alternativ på grunn av mindre forstyrrelser og mer tid • Lettere å oppdage det unormale i fødsel og se hele bildet, ved at man er mer påkoblet og bruker alle sansene • Færre distraksjoner gir tryggere oppfølging • Bruke sitt fulle potensiale som jordmor hjemme • Berikende erfaring å oppleve kvinner føde på egenhånd • Engstelse for å bistå kvinner i hjemmefødsel grunnet manglende erfaring og ukjent miljø • Erfaring med hjemmefødsel endret sykehuspraksisen • Gjenopprette troen på egen kunnskap og jordmorferdigheter i ukjente settinger | <p>Mulighet for kontinuitet og helhetlig omsorg</p> <p>Anledning til å jobbe uforstyrret og være mer til stede</p> <p>Styrker jordmorferdigheter</p> <p>Hjemmet har betydning for fødselsprosessen og -opplevelsen</p> <p>Tro på fysiologisk fødsel</p> <p>Hellig og spirituell opplevelse</p> | <p><i>Kontinuitet og sanselig tilstedeværelse ved fødsel i hjemmet, fører til kjernen i faget</i></p> |

| | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Erfaring fører til mer selvtillit i å jobbe med hjemmefødsler • Kjente retningslinjer er en trygghet • Utvikle det kliniske blikket • Positivt å være selvstendig og ha ansvar i hjemmefødsel • Hjemmet som rolig og trygt miljø å føde i • Oxytocin fremmes lettere i hjemmet enn på sykehus • Mer naturlig med intimitet hjemme • Raskere fødsler hjemme • Enklere å føde når kvinnen kan være seg selv • Å bli født hjemme er av positiv betydning på den nyfødtes liv • Hjemmefødsel er en euforisk opplevelse som alle burde oppleve • Enklere for kvinnene å slappe av i eget hjem • Mer avslappet opplevelse enn i sykehus-setting • Synet på hjemmefødsel som en avslappet og sosial begivenhet • Hjemmet fremmer flyt av fødselshormoner • Fødselsomsorg på kvinnens premisser • Kvinnens domene, jordmor er gjest • Trygt miljø hvor partner spiller en aktiv rolle • Troen på fysiologisk fødsel • Gi kvinnen rom til å føde i fred og ro • Kvinnen eier fødselen og kan føde uforstyrret • Å føde uforstyrret er nøkkelkomponent til fysiologisk fødsel • Troen på fysiologisk fødsel og kvinnens evne til å føde • Lettere å bistå kvinner ved hjemmefødsler, fordi de har stor tro på egen evne til å føde • Tillit til egne instinkter, ved liten tilgang på tekniske hjelpemidler • Utvikler mer tillit til den fysiologiske fødselsprosessen • Hjemmefødsler fører til færre intervensjoner som kan forstyrre prosessen • Hjemmefødsler er en euforisk opplevelse som alle burde oppleve | | |
|--|--|--|

| | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Hjemmefødsel er en vakker opplevelse • Jordmødre opplever hjemmefødsel som noe spirituelt og ubeskrivelig • Spirituell opplevelse, ikke nødvendigvis religiøs • Nærhet til Gud eller livet • Det spirituelle perspektivet er del av drivkraften og jordmødrene føler seg som del av en større sammenheng • Atmosfæren ved hjemmefødsler beskrives som magisk og hellig • Hjemmefødsler beskrives som ekstra magiske og meningsfulle øyeblikk som en bærer med seg gjennom livet • Glede og stolthet i arbeidet • Motiverende faktorer er glede og tilstedeværelse • Yrkesstolthet | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Altruistisk holdning til arbeidet • Tilfredsstillende arbeid • Ønske om å gjøre en god gjerning • Et arbeid ut fra idealer • Ønske om å ivareta kvinners autonomi som de fratas på sykehusene • Gjøre det enklere for kvinner å føde som de ønsker • Å velge hjemmefødsel skal være en kvinnes rettighet • Lavrisikokvinner skal føde hjemme så lenge de har jordmødre med seg • Unngå at kvinner føder uassistert hjemme • Kvinnen skal være i sentrum • Valgfrihet rundt fødested • Gi kvinner som trenger det, mulighet til å velge hjemmefødsel • Hjemmefødsel kunne lettet pågangen til sykehuset • Hjemmefødsel er økonomisk besparende | <p>Et arbeid ut fra egne verdier</p> <p>Kvinner valg bør respekteres og etterleves</p> <p>Avlastende for sykehusene</p> | <p><i>Tilfredsstillende å ivareta kvinners mulighet til selv å bestemme over egen fødsel</i></p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Opplever å bli sett på som rar og at en utøver risiko for mor og barn • Hjemmefødsler bør bare være et alternativ dersom man har trente jordmødre • Å føle seg som en del av teamet ved behov for overflytting til sykehus • Usikker på mottakelsen ved overflytting til sykehus | <p>Risikofylt tilbud</p> <p>Utfordrende overflytting</p> <p>Strukturerte arbeidsforhold er en forutsetning</p> | <p><i>Redsel for uforutsette hendelser og manglende beredskap</i></p> |

| | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Føles trygt å være to jordmødre under forløsning • Opprettholde ferdigheter og bygge gode relasjoner til alliert helsepersonell er essensielt for å tilby trygge hjemmefødsler • Nervøsitet rundt hjemmefødsel grunnet mye dødelighet før i tiden • Erfaring fører til økt bevissthet over alt som kan gå galt • Tiden ved overføring til sykehuset er kritisk • Ting kan fort forandre seg til å gå galt • Hadde ikke valgt hjemmefødsel selv, men respekterer at andre velger det så lenge de får tilstrekkelig oppfølging | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Mangel på støtte, og føler seg observert • Hjemmefødsel er ikke fullt akseptert, snakker ikke åpent om opplevelser og deltakelse på hjemmefødsler • Uregulert arbeidstid • Ønsker ikke å jobbe på noen annen måte • Velger en livsstil, ikke bare en profesjon • Jobben er en valgt livsstil • Det er avgjørende å ha en støttende familie • Frihetsberøvelse • Føler seg bundet fast av jobb • Vaktberedskap påvirker familie- og dagliglivet • Ønsker ikke å jobbe på noen annen måte • Føler at jobben ikke verdsettes, skamfull over å tjene lite | <p>Følelse av skam og utenforskap</p> <p>En valgt livsstil som påvirker dagliglivet</p> <p>Uregulert arbeidstid og vaktberedskap oppleves krevende</p> | <p><i>Tabubelagt, lite verdsatt og selvoppofrende arbeid som forårsaker utenforskap</i></p> |