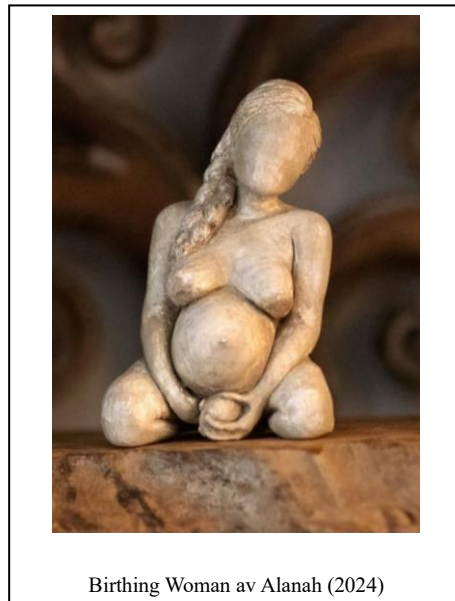


Masteroppgave

Master i jordmorfag
Oktober 2024

Frifødsler i nordiske land
– kvinners motivasjon og erfaringer
En systematisk litteraturstudie



Kandidatnavn: 101 og 102

Emnekode: MAJO5900

Antall ord: 14770

Fakultet for helsevitenskap

SAMMENDRAG

Tittel: Frifødsler i nordiske land – Kvinners motivasjon og erfaringer. En systematisk litteraturstudie

Hensikt: Å få en forståelse for hva det er motiverer kvinner som velger frifødsel i Norden, et område hvor helsetjenester både er tilgjengelige og har høy kvalitet, og hvilken erfaring de har med prosessen.

Problemstilling: *Hvilke erfaringer har kvinner i Norden med frifødsel, og hva motiverer gravide til å planlegge en slik fødsel?*

Metode: En systematisk litteraturstudie av kvalitative primærstudier. Analyse av primærstudiene gjennom Thomas og Harden sin metode tematisk syntese av kvalitativ forskning. Systematiske søk ble gjennomført i Medline, Maternity and Infant Care (MIC), Embase, APA PsycInfo og Cinahl.

Resultat: Fem studier ble inkludert. Tre analytiske temaer ble identifisert: 1) Fødsel er ingen sykdom, 2) Systemet er ikke for meg, 3) På eget ansvar – veien mot frifødsel. På bakgrunn av disse ble et overordnet tema identifisert: Fødselens avgjørende betydning.

Konklusjon: I Norden velger kvinner frifødsel fordi de anser dette som det tryggeste og beste, ut ifra sitt syn på fødsel. For noen er det et negativt valg der frifødsel ble stående igjen som det eneste akseptable alternativet. De fleste beskriver frifødselen som en styrkende opplevelse. Kvinnene forbereder seg nøye og avgjørelsen er gjennomtenkt. Støtte fra partner er avgjørende.

Nøkkelord:

Frifødsel, uassistert fødsel, Norden, fødselsomsorg, kvalitativ litteraturstudie, tematisk syntese

ABSTRACT

Title: Freebirth in the Nordic countries – Womens motivations and experiences. A qualitative literature review

Aim: To find an understanding as to why some women choose to freebirth in the Nordic countries, where health care services are highly available and of good quality, and which experiences they have with the process.

Thesis question: *How do women in Nordic countries experience freebirth, and what motivates them to make the decision?*

Method: A systematic literature review of qualitative studies. Analysis of the primary studies were done using Thomas and Harden's method of thematic synthesis of qualitative research. Systematic searches were conducted in Medline, Maternity and Infant Care (MIC), Embase, APA PsycInfo and Cinahl.

Results: Five studies were included. Three analytical themes were identified: 1) Birth is not an illness, 2) The system is not for me, 3) My responsibility – the path to freebirth. Out of these themes, one overarching theme emerged: The defining moment of birth

Conclusion: In the Nordic countries, women choose to freebirth because it is what they believe to be the safest and best option, according to their beliefs about birth. For some, it is a negative choice, because they are left with freebirth as the only acceptable option. Most of the women describes freebirth as an empowering experience. It is a thoughtful choice, not taken lightly, and the women made careful preparations. Support from their partners were also an important aspect.

Keywords:

Freebirth, unassisted birth, Nordic countries, maternity care, qualitative systematic review, thematic synthesis

ORDLISTE

FBS - Free Birth Society

SFB – Svangerskap, fødsel og barsel

UF – Uautorisert fødselshjelper

FORORD

Vi gikk inn i oppgaveskrivingen med undring. Det var på mange måter vanskelig å forstå hvordan kvinner kan velge å føde uten jordmor. Gjennom arbeidet med oppgaven har vi lært mye som vil påvirke hvem vi blir som jordmødre. Dette handler blant annet om samtykke, og respekt for at den fødende kommer til oss med sine ønsker, forventninger, verdier og behov. Å få dykke ned i verden der den fysiologiske fødselen er helt uforstyrret har vært lærerikt. Det er mye vi vet lite om, og som aldri vil kunne bli forsket på i et klinisk miljø.

Vi vil først og fremst takke vår gode veileder som har hjulpet oss med å holde stø kurs gjennom prosessen. I tillegg vil vi takke venner og familie som har stilt opp med heiarop, kaffi på døra, korrekturlesning, gode innspill, og ikke minst hatt veldig stor tålmodighet med oss det siste året! Og til slutt en stor takk til hverandre for et godt samarbeid gjennom et noe protraisert forløp, men som med mye vilje, og kjærlighet til faget endte med en herlig forløsning.

INNHold

1	INNLEDNING	8
1.1	Introduksjon.....	8
1.2	Hensikt og problemstilling	9
1.3	Avgrensing og begrepsavklaring	10
1.3.1	Norden.....	10
1.3.2	Kvinne	10
1.3.3	Uautorisert fødselshjelper	11
1.4	Sitater.....	11
2	TEORETISK FORANKRING	12
2.1	Frifødsel.....	12
2.1.1	Frifødselbevegelsen – historisk perspektiv	12
2.1.2	Frifødsselforskning fra høyinntektsland	15
2.1.3	Etiske og juridiske prinsipper.....	17
2.2	Fødselsomsorgen i Norden	19
2.2.1	Historisk perspektiv.....	19
2.2.2	Organisering i dag	20
2.3	Den sosiale og medisinske modellen.....	21
3	METODE	24
3.1	Bakgrunn for valg av design og metode	24
3.2	Utarbeidelse av søkeord – PECoS	24
3.3	Begrunnelse for valg av databaser.....	25
3.4	Søkeprosess, inklusjonskriterier og screeningverktøy.....	26
3.5	Kvalitetsvurdering og etiske overveielser	28
3.5.1	Forforståelse	28
3.6	Tematisk syntese – Thomas & Harden	29
4	RESULTATER	31
4.1	Screeningprosess	31
4.2	Inkluderte studier.....	32
4.2.1	Karakteristikker ved de inkluderte studiene.....	33
4.3	Kvalitetsvurdering	35
4.4	Oversikt over koder, deskriptive og analytiske tema.....	36
4.5	Tematisk syntese.....	38
4.5.1	Fødsel er ingen sykdom.....	39

4.5.2	Systemet er ikke for meg.....	41
4.5.3	På eget ansvar – veien mot frifødsel	43
5	DISKUSJON	47
5.1	Diskusjon av resultater fra tematisk syntese.....	47
5.1.1	Fødselens avgjørende betydning	47
5.1.2	Syn på fødsel - hva gjør fødsel trygt?	49
5.1.3	Autonomi - kontroll og ansvar selv.....	52
5.1.4	Jordmor – hvilken side er hun på?	53
5.1.5	Kunnskap, inspirasjon og støtte	55
5.1.6	Stigma.....	56
5.2	Metodediskusjon – styrker og svakheter ved masteroppgaven	57
5.2.1	Litteratursøk	57
5.2.2	Teoretisk forankring og diskusjon.....	58
6	AVSLUTNING	60
6.1	Behov for videre forskning.....	61
6.2	Implikasjoner for praksis	62
7	LITTERATURLISTE	63
1	VEDLEGG 1: BAKGRUNNSLITTERATUR OM FRIFØDSEL	73
2	VEDLEGG 2: PECOS-SKJEMA (MED SØKEORD)	75
3	VEDLEGG 3: SØKEHISTORIKK.....	77
3.1	Søk i Maternity & Infant Care Database	77
3.2	Søk i MEDLINE (Ovid)	78
3.3	Søk i Embase	79
3.4	Søk i APA PsycInfo	80
3.5	Søk i CINAHL.....	81
4	VEDLEGG 4: BEGRUNNELSE FOR EKSKLUDERING	83
5	VEDLEGG 5: GRUPPEPROSESSEN	85

1 INNLEDNING

1.1 Introduksjon

Fødsel er en hendelse som ligger i skjæringspunktet mellom biologi og kultur, og er kanskje en av det mest betydningsfulle øyeblikket i en kvinnes liv (Blåka, 2002). Det representerer det mest intime og private ved kvinnelivet, samtidig som det reguleres av kulturelle normer (Blåka, 2002). Hvordan kvinner opplever overgangen fra kvinne til mor har avgjørende betydning, ikke bare for henne selv, men for samfunnet vi lever i (Gaskin, 2011, s. 1). Når noen velger bort helsetjenester som tilbys i forbindelse med svangerskap og fødsel kan dette virke provoserende på omgivelsene (Macdonald et al., 2023). Kanskje særlig når disse tjenestene er gratis, tilgjengelige og anses som gode, men selv om vi har et av verdens beste helsevesen er det «*en økende erkjennelse av at ikke alle kvinner føler seg trygge og behandlet med respekt på norske fødeavdelinger*» (Miltenburg et al., 2023).

Sommeren 2024 raste fødselsdebatten i norske medier. Et av hovedtemaene var kvinner som ikke vil følge anbefalinger fra det offentlige helsevesenet. De fødende på sykehus motsetter seg «nødvendige undersøkelser og behandling» (Grindheim et al., 2024; Rakeng, 2024). Andre velger å føde hjemme uten helsepersonell til stede, også kalt «frifødsel» (Rummelhoff, 2024; Schjelderup & Nordkvelde, 2024; Trampe, 2024). Fagfolk uttrykte sterk bekymring. Det hevdes at kvinnene lar seg påvirke av «fødselsinfluensere» uten medisinsk kunnskap, og setter seg selv og det ufødte barnet i livsfare (Sandve, 2024; Schjelderup & Nordkvelde, 2024; Trampe, 2024). Jordmødrene advarer sterkt mot frifødsel, men presiserer samtidig at det er årsaken til at kvinner velger dette som det må rettes opp i (Schjelderup & Nordkvelde, 2024). I stedet for å fordømme er det viktig at vi prøver å forstå valgene kvinnene tar (Blix, 2020).

Frifødsel, eller «planlagt uassistert fødsel», er i forskningslitteraturen definert som «*når en kvinne bevisst velger å føde uten autorisert helsepersonell til stede, til tross for at hun bor i et land der organisert fødselsomsorg er tilgjengelig*» (McKenzie et al., 2020, s. 512). De første beskrivelsene av konseptet er fra USA på 1950-tallet, og var en reaksjon på fødselshjelpen på amerikanske sykehus (McKenzie et al., 2020). Dette var en tid der mange lot seg inspirere av

Grantly Dick-Read sine bøker «*Natural Childbirth*» (1933) og «*Childbirth Without Fear*» (1942) (McKenzie et al., 2020), og som protesterte mot «*torturen som foregikk på fødeavdelingene*» i USA (Schultz, 1958). "Kvinner blir gjetet som sauer gjennom en obstetrisk produksjonslinje, hvor de blir dopet ned og stroppet fast til benken, mens barna deres blir tangforløste" (Schultz, 1958, s. 45).

Dick-Read sine bøker anses som kilden til naturlig-fødsel-bevegelsen (Plant, 2014). Han var også den viktigste inspirasjonskilden til den første kjente friføderer; Patricia Cloyd Carter (McKenzie et al., 2020). Carter (1957, s. 258) mente helsepersonell «*tar fra deg din autonomi, og med det din selvillit og din fødekraft*». I dag tyder forskning fra høyinntektsland på at frifødsel sjelden er kvinners førstevalg, men snarere en konsekvens av rigide retningslinjer, og en fødselsomsorg som ikke er i tråd med deres ønsker, behov og syn på fødsel (Higueras et al., 2024). Frifødsel kan ses på som en form for selvomsorg der kvinner tar ansvar for å få den fødselen de mener er tryggest og best (Higueras et al., 2024).

1.2 Hensikt og problemstilling

I denne oppgaven ønsker vi å utforske kvinners motivasjon og erfaringer med frifødsel i Norden. Det er nylig publisert tre oversiktsartikler om frifødsel i høyinntektsland; Shorey et al. (2023), Higueras et al. (2024) og Macdonald et al. (2023). De nordiske landene skiller seg imidlertid fra andre høyinntektsland på flere områder. Det er solide velferdsordninger med tilgang til gratis, eller stor grad av subsidiert, helsehjelp av god kvalitet (Maimburg & Blix, 2022, s. 96). Befolkningen er kjent for å ha generelt høy tillit til både institusjoner og styresmakter (Martela et al., 2020), og samtlige land ligger på topp ti av de mest fornøyde befolkningene i verden (Helliwell et al., 2024). I Norden har det tradisjonelt vært full oppslutning om offentlig og gratis svangerskapskontroller og fødselshjelp, der autoriserte jordmødre har et selvstendig ansvar for ukompliserte forløp. Den materielle- og neonatale mortaliteten er svært lav, og tallene for keisersnitt er blant de laveste i den vestlige delen av verden (Blix et al., 2022).

Ved å velge frifødsel tar kvinner avstand fra den etablerte fødselsomsorgen (McKenzie et al., 2020). Selv om det trolig gjelder svært få individer sender det et sterkt signal, og bør få oss til å lytte og se nærmere på tilbudet de fødende får (McKenzie et al., 2020). Kunnskap om frifødsel er viktig fordi det forteller oss hva kvinner ønsker, og hva de forsøker å unngå i forbindelse med svangerskap og fødsel (Kirkham & Edwards, 2023, s. 1). En syntese av studier fra Norden kan gi oss ny innsikt i årsaker til at kvinner velger frifødsel i denne konteksten. Hensikten med masteroppgaven er å utforske kvinners opplevelser knyttet til frifødsel i nordiske land. Vi ønsker både å se på hva som motiverer kvinnene til å velge dette, og hvilke erfaringer de har hatt med å forberede og gjennomføre en frifødsel. Vår problemstilling er:

Hvilke erfaringer har kvinner i Norden med frifødsel, og hva motiverer gravide til å planlegge en slik fødsel?

1.3 Avgrensning og begrepsavklaring

1.3.1 Norden

Oppgaven er begrenset til nordiske land. De nordiske landene omfatter Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige, i tillegg til de tre selvstyrte områdene Færøyene, Åland og Grønland (Lundbo, 2023). Færøyene og Åland er selvstyrte områder som ligger henholdsvis under Danmark og Finland. Grønland er et selvstyre under Danmark og regnes som en del av Norden, men har lite til felles med de øvrige nordiske landene (Blix et al., 2022). Grønland er derfor ikke inkludert i denne oppgaven.

1.3.2 Kvinne

Fødende og gravide vil gjennom hele oppgaven omtales som hunkjønn. Vi anerkjenner likevel at personer som ikke definerer seg som «kvinner» bærer frem barn. Det er ikke gjort begrensinger i litteratursøk knyttet til «kvinne». Vi har også valgt å omtale jordmor som hunkjønn.

1.3.3 Uautorisert fødselshjelper

Vi har valgt å bruke begrepet «uautoriserte fødselshjelpere» om alle som kan bistå ved fødsel, men som ikke er autoriserte jordmødre eller leger. Betalte uautoriserte fødselshjelpere kan blant annet være doulaer, «birth keepers», «fødselsvitner» eller «holistic/traditional midwives». I frifødselmiljøet skilles det gjerne mellom fødsler som bistås av *betalte* uautoriserte fødselshjelpere, og planlagte fødsler uten noen form for betalt støtte (Free Birth Society, 2024b).

1.4 Sitater

Sitater fra de nordiske primærstudiene er ikke oversatt til norsk. Et forsøk på oversettelse tilbake til originalspråket kan føre til at meningsinnholdet endres.

2 TEORETISK FORANKRING

Dette kapitlet utgjør bakgrunnen for oppgaven, og består av tre hoveddeler. Først utdypes konseptet frifødsel; både begrepet, historien og tidligere forskning. Vi er også innom aktuelle etiske og juridiske prinsipper. Deretter presenteres oppgavens kontekst, de nordiske landene, og hvordan fødselsomsorgen har utviklet seg og fungerer her. Til slutt legger vi frem vårt teoretiske perspektiv, den sosiale og medisinske modellen, som vi vil bruke for å tolke og forstå resultatene.

2.1 Frifødsel

2.1.1 Frifødselbevegelsen – historisk perspektiv

De første beskrivelsene av konseptet «frifødsel» er fra USA på 1950-tallet, og er knyttet til Patricia Cloyd Carter (McKenzie et al., 2020). Carter grunnla gruppen «The League of Liberated Women» for kvinner som valgte å føde hjemme uten helsepersonell (Shanley, 2017). Selv fødte Carter ni barn, de to første på sykehus, og de andre hjemme alene (Shanley, 2017). Carter fortalte åpent om sine frifødsler. I media ble hun omtalt som «do it yourself»-moren (Shanley, 2017). I 1957 ga hun ut boken «*Come Gently, Sweet Lucina*». Her presenterer hun sin fødselsfilosofi, kommer med skarp kritikk av fødselshjelpen i USA, gjengir leserbrev og egne fødselsfortellinger (Carter, 1957; McKenzie et al., 2020).

På Carters tid hadde ikke jordmødre en plass i den amerikanske fødselsomsorgen (Gaskin, 2011). Anti-jordmor-kampanjer hadde portrettert dem som urenlige og farlige, noe fra en «barbarisk fortid» (Gaskin, 2011, s. 74-75). Kjente obstetrikere fremstilte fødsel som en patologisk prosess, som lett ville føre til alvorlig skade og død uten instrumenter (Capitulo, 1998). Dette ledet til at legene tok over fødselshjelpen (Capitulo, 1998). Med jordmødrene forsvant perspektivet på fødsel som en normal, sosial hendelse i kvinners liv (Freeze, 2008, s. 36; Gaskin, 2011).

Carter brukte det egenkonstruerte ordet «*euthagenesis*» om frifødsel (Carter, 1957). For Carter innebar dette en smertefri fødsel uten frykt; en tilfreds mor som ga barnet sitt en god start på livet (Carter, 1957, s. 30-31). Carter beskriver i detalj hvordan «fødefabrikkene» hindrer slike fødsler i å finne sted (Carter, 1957, s. 242-276). Fødekvinne kommer til et «*fremmed sted og overgir autonomien sin på et alter av sikkerhetshensyn*» (Carter, 1957, s. 249). På fødeavdelingen reduseres de til «*dårlig fungerende maskiner, det anerkjennes ikke at reproduksjonsapparatet også er et menneske*» (Carter, 1957, s. 269). Carter (1957, s. 332-333) mente at utestengelsen av fedre fra fødestua var katastrofal, både for relasjonen og mannens selvtillit. Generelt peker Carter på flere punkter som fortsatt er aktuelle i dagens frifødselsforskning (McKenzie et al., 2020). Hun kritiserer medikaliseringen av fødselsomsorgen, trekker frem tidligere traumatiske sykehusfødsler som årsak til frifødsel, og stigma knyttet til valget (McKenzie et al., 2020).

Parvati Baker var den første som tok i bruk ordet «frifødsel» (freebirth) en gang på 1980-tallet (Freeze, 2008, s. 5). Ifølge Baker var frifødsel: «... å føde i full frihet uten å betale noen for å være *paranoide for deg...* » (gjengitt i: McKenzie et al., 2020, s. 517). To andre frifødselpionerer; Moran og Griesemer, fokuserte på «*ideen om fødsel som en intim begivenhet og en viktig del av et ektepars seksuelle relasjon*» (Freeze, 2008, s. 25). Begrepet «uassistert fødsel» er det Laura Shanley som har æren for (Macdonald et al., 2023). Hennes bok, «Unassisted Childbirth», ble først utgitt i 1994 (Shanley, 2016). Shanley var, i likhet med Carter, inspirert av Dick-Read (Shanley, 2016).

«Frifødsel» og «planlagt uassistert fødsel» er de begrepene som brukes mest i dag, men det finnes svært mange andre benevnelser som er brukt av fødekvinne, helsepersonell og fødselsaktivister (Kirkham & Edwards, 2023, s. 2; McKenzie et al., 2020). Noen av disse er listet opp i tabell 1. De ulike navnene kan sies å vektlegge ulike aspekter ved frifødsel. Er fødselen vill? Uforstyrret? En familiebegivenhet? Eller er det viktigste at dette er noe kvinnen gjør alene, uten betalt fødselshjelp?

Tabell 1: Ulike ord brukt om frifødsel		
Freebirth	Unassisted birth	Family birth
Wild birth	Unattended birth	Husband assisted birth
Intuitive birth	Sovereign birth	Partner assisted birth
Pure birth	Abandoned birth	Parent assisted birth
Solo birth	Lone birth	Couples' birth
Undisturbed birth	“Do-it-yourself” birth	Private birth
Unhindered birth	Planned birth before arrival	

Freeze (2008, s. 73-91) diskuterer i sin avhandling hvorvidt det eksisterer en «frifødselbevegelse». Siden frifødsel er en privat hendelse, og praksisen ikke er ulovlig, har ikke organisasjoner arbeidet politisk for å fremme konseptet (Freeze, 2008, s. 79). Trolig har mange «funnet på» frifødsel siden konseptet har så mange ulike benevnelser (tabell 1). Derfor er det også umulig å si når frifødsel kom til Norden.

Noe ser imidlertid ut til å ha endret seg de siste årene, kanskje på grunn av sosiale medier. Den amerikanske organisasjonen «Free Birth Society» (FBS) vokst frem som en viktig aktør i det internasjonale frifødselmiljøet. FBS arbeider for å «spre budskapet om frifødsel», og navngis både i studier og nyhetsartikler (Elmhirst, 2020; Lou et al., 2022; Shugerman, 2018; Zadrozny, 2020). Grunnleggeren av FBS, Emilee Saldaya, kaller seg den «globale lederen av frifødselrevolusjonen» (Free Birth Society, 2024b). Da FBS stengte sin Facebookgruppe etter negativ omtale i media skal Saldaya ha skrevet: *«Dette er ikke tiden for å løpe, gjemme seg eller ti stille. Dette er tiden for å stå sterk og stødig, og mer beskyttet, i det radikale arbeidet med å helbrede de dypeste sårene på jorda»* (Shugerman, 2018).

FBS har en podcast med over 5 millioner nedlastninger (Free Birth Society, 2024a), og en Instagramkonto med 132.000 følgere (Free Birth Society [@freebirthsociety], 2024). FBS hevder å være et nytt fødselsparadigme utenfor det medisinske systemet, og har startet egne nettbaserte utdanningsopplegg for fødselshjelpere (Free Birth Society, 2024c). Det finnes fødselshjelpere i de nordiske landene som har fullført FBS sitt kurs (Øjerson, 2024), nordiske podkaster (Indreeide & Omlid, 2024), og flere kontoer på sosiale medier som er tydelig inspirert av FBS. I tillegg finnes det lukkede grupper på sosiale medier.

2.1.2 Frifødselsforskning fra høyinntektsland

De siste ti årene har det vært en økende interesse for frifødsel i jordmorfaglig forskning (McKenzie et al., 2020). Vi har funnet flere oversiktsartikler og bøker som utforsker frifødsel (se tabeller i vedlegg 1). McKenzie et al. (2020) har sett på frifødsel som et historisk og sosialt fenomen. Andre oversiktsartikler har sett på motivasjoner for frifødsel (Feeley et al., 2015; Higuera et al., 2024; Holten & de Miranda, 2016; Shorey et al., 2023), mens Macdonald et al. (2023) utforsket erfaringer.

Hvem?

I studier fra høyinntektsland har det vært varierende informasjon om deltakernes sosiodemografiske status (Higuera et al., 2024; Shorey et al., 2023). Dette kan være for å sikre anonymitet, da miljøet er lite (McKenzie & Montgomery, 2021). I studier der etnisitet og utdanning er oppgitt er flertallet av kvinnene hvite og høyt utdannet (Feeley et al., 2015; Higuera et al., 2024). De som planlegger frifødsel bruker svangerskapsomsorgen i varierende grad. Noen går til alle anbefalte kontroller, mens andre ikke går til kontroller i det hele tatt (også kalt «vilt svangerskap») (McKenzie et al., 2020). Frifødsel knyttes gjerne til verdier og en livsstil som ofte betegnes som «alternativ», med blant annet langvarig amming, samsoving, hjemmeskole, økologisk mat, vaksineskepsis og alternativ medisin (Freeze, 2008, s. 146). Frifødere er imidlertid ikke en homogen gruppe (McKenzie et al., 2020).

Hvor mange?

Statistikk knyttet til frifødsler er utfordrende. De offentlige systemene er ikke satt opp for å registrere slike fødsler (Higuera et al., 2024; Macdonald et al., 2023; McKenzie et al., 2020). En frifødsel kan bli registrert som «født før ankomst» eller «uplanlagt hjemmefødsel», til tross for at det ikke er gjort noe forsøk på å komme seg til sykehus eller tilkalle jordmor (Kirkham & Edwards, 2023; McKenzie et al., 2020). Ulike studier har anslått at 3-20% av registrerte hjemmefødsler i høyinntektsland er frifødsler (Higuera et al., 2024). Forekomsten antas å være økende (Shorey et al., 2023). Om dette stemmer er vanskelig å si, men at fenomenet har helt klart fått økende oppmerksomhet i media og i forskning de siste årene (McKenzie et al., 2020).

Hvorfor?

Samtlige oversiktsstudier peker på hvordan motstand mot den medikaliserte fødselsomsorgen er en av hovedårsakene til at kvinner velger frifødsel (Feeley et al., 2015; Higuera et al., 2024; Holten & de Miranda, 2016; Macdonald et al., 2023; Shorey et al., 2023). Denne motstanden kan ha opphav i tidligere traumatiske fødselsopplevelser der kvinner har følt seg umyndiggjort, behandlet med lite respekt, eller prosedyrer som er blitt utført mot hennes vilje (Feeley et al., 2015; Higuera et al., 2024; Shorey et al., 2023).

Kvinnene som velger frifødsel ønsker full autonomi i fødselsprosessen (Feeley et al., 2015; Holten & de Miranda, 2016), og de har en dyp tillit til kroppen (Feeley et al., 2015; Higuera et al., 2024; Holten & de Miranda, 2016). De mener fødsel er tryggest når den ikke forstyrres, og kvinnen kan være i kontakt med sine instinkter og intuisjon (Feeley et al., 2015; Higuera et al., 2024; Shorey et al., 2023). Minimal forstyrrelse av fødselsfysiologien, og følelsen av selv å ha ansvaret og kontrollen, gir kvinnene fysisk, psykisk og emosjonell trygghet (Higuera et al., 2024; Holten & de Miranda, 2016). Det kan være personlige, kulturelle, spirituelle eller religiøse grunner til at frifødere mener en fødsel ikke bør forstyrres av medisinske intervensjoner eller ukjente mennesker (Feeley et al., 2015; Shorey et al., 2023).

Mange frifødere ønsker i utgangspunktet hjemmefødsel med en jordmor de har tillit til, men dette er ikke alltid mulig (Higuera et al., 2024). Dersom gravide ikke tilbys helsetjenester de anser som trygge, og i overenstemmelse med deres ønsker, behov og verdisyn, kan frifødsel fremstå som eneste akseptable alternativ (Greenfield et al., 2021). Studier tyder på at flere kan ha vurdert frifødsel under pandemien som en konsekvens av restriksjoner ved fødeavdelingene, begrensninger i hjemmefødseltilbudet, samt frykt for å bli smittet av COVID-19 (Greenfield et al., 2021; Schröder et al., 2021). Skeive, lesbiske, bi- og panseksuelle personer var mer tilbøyelige til å vurdere frifødsel under pandemien enn heteroseksuelle kvinner (Greenfield et al., 2021).

Opplevelser og utfall

Studier som har undersøkt kvinners frifødselopplevelser finner hovedsakelig at de fikk den uforstyrrede fødselen de ønsket seg (Macdonald et al., 2023). Flere har hatt helbredende, spirituelle eller transformerende fødselopplevelser (Macdonald et al., 2023). Det er få studier som har rapportert om konkrete utfall av frifødsler (Higuera et al., 2024). I en studie fra Australia (survey, 82 kvinner) er det beskrevet tre tilfeller hvor kvinner opplevde å miste barnet sitt i forbindelse med fødsel bistått av uautoriserte fødselshjelpere (Rigg et al., 2020). Kvinnene mente dødsfallet skyldtes ukvalifisert hjelp (Rigg et al., 2020). I andre studier rapporteres det at de fødende selv tar det fulle og hele ansvaret for utfallet, uansett hvordan det går (Higuera et al., 2024; Holten & de Miranda, 2016). I Rigg et al. (2020) sin studie oppga 34 av 82 kvinner at de hadde søkt medisinsk hjelp etter fødselen grunnet ulike utfordringer hos mor eller barn.

Stigma er et tema som går igjen (Macdonald et al., 2023; McKenzie et al., 2020; Shorey et al., 2023). De fleste frifødere velger å holde avgjørelsen hemmelig (Higuera et al., 2024; Shorey et al., 2023). Dette er både av frykt for å bli meldt til barnevernet, men også for å unngå negative kommentarer og påvirkning (Higuera et al., 2024; Shorey et al., 2023). De som var åpne opplevde å bli merket som «dårlige beslutningstakere» eller «dårlige mødre» (Shorey et al., 2023). Dersom partner eller familie ga uttrykk for sterk bekymring, eller hadde en negativ innstilling til frifødsel, kunne dette endre frifødselplanen (Shorey et al., 2023). Kvinner som planlegger frifødsel bruker mye tid på å forberede seg (Higuera et al., 2024; Shorey et al., 2023). De leser om fødsel, lar seg inspirere av andres erfaringer og er aktive i ulike forum (Higuera et al., 2024; Shorey et al., 2023).

2.1.3 Etiske og juridiske prinsipper

Vi har ikke funnet lover eller bestemmelser som fastslår at frifødsel er ulovlig i nordiske land. Den danske straffeloven kan potensielt ramme frifødere, men det finnes ingen rettspraksis knyttet til denne fra nyere tid (Kjeldset, 2020). I § 251 heter det: «*En kvinde, der ved sin barnefødsel på uforsvarlig måde udsætter barnet for alvorlig fare, straffes med bøde eller*

fængsel indtil 1 år» (Straffeloven, 2022). Det er imidlertid ikke gitt at autorisert helsepersonell må være tilstede for at en fødsel skal være forsvarlig (Kjeldset, 2020).

Kvinner i Norden har likevel opplevd at helsepersonell ytrer sterk bekymring knyttet til deres frifødselplaner, og truet med å kontakte barnevernet (Dahlman, 2020). Selv om frifødsel er lovlig er det er to juridiske aspekter som gjør at det likevel vil kunne få konsekvenser (Hickman, 2010). Det første er knyttet til hvorvidt et ufødt levedyktig foster har juridiske rettigheter (Hickman, 2010). Det andre handler om plikten foreldre har til å skaffe sine barn nødvendig helsehjelp (Hickman, 2010), samt helsepersonells plikt til å gi øyeblikkelig hjelp (Helsepersonelloven, 1999). Den konkrete lovgivningen knyttet til disse forholdene varierer mellom ulike land. Et forbud mot frifødsel vil kunne skyve kvinnene enda lenger vekk fra helsevesenet, noe som potensielt kan føre til mer skade (Hickman, 2010). I dag bruker frifødere helsesystemet i varierende grad, både i svangerskapet og ved akuttsituasjoner (Shorey et al., 2023), og et forbud kan føre til at de ikke tør å ta kontakt i frykt for å bli straffeforfulgt (Hickman, 2010).

Autonomiprinsippet er et av de viktigste i medisinsk etikk (Nortvedt, 2012), og svært sentralt i frifødselsforskningen (Feeley et al., 2015; Higuera et al., 2024; Holten & de Miranda, 2016; Shorey et al., 2023). «Begrepet autonomi er satt sammen de greske ordene selv (auto) og lov (nomos) og betyr å være selvstyrt eller selvlovgivende» (Nortvedt, 2012, s. 133). Mennesket anerkjennes som et rasjonelt vesen med evne til kritisk refleksjon, og har ved det rett til å bestemme over egen kropp og rett til å nekte helsehjelp (Nortvedt, 2012). Generelt står autonomiprinsippet sterkt i Norden.

I Norge er retten til medvirkning og informasjon i forbindelse med helsehjelp lovfestet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1 og § 3-2). Graviditet og fødsel er imidlertid en unik tilstand i den forstand at en må ta hensyn til to pasienter i en kropp (Juul, 2023). Dersom mors syn på hva som er best for barnet avviker fra helsepersonells kan det oppstå etiske dilemma (Halfdansson et al., 2015). Mors autonomi kan bli vurdert opp mot barnets rett til liv og helse (Juul, 2023). I følge St.meld. nr. 12 (2008-2009) «En gledelig begivenhet», skal et fullbåret

barn regnes som en selvstendig pasient med rett til nødvendig helsehjelp (St.meld. nr. 12 (2008-2009), s. 20). Dermed har helsepersonell rett og plikt til å hjelpe det ufødte barnet etter helsepersonelloven § 7 om øyeblikkelig hjelp (Helsepersonelloven, 1999), selv om dette skulle være i strid med mors ønsker.

2.2 Fødselsomsorgen i Norden

2.2.1 Historisk perspektiv

Fram til 1500-tallet var fødselshjelpen i Norden, i likhet med andre land, et kvinneanliggende som skjedde i rom lukket for menn (Fjell, 1998). Fødende ble bistått av lokale hjelpekoner med erfaringsbasert kunnskap (Fjell, 1998; Lundgren, 2022). Hjelpekonenes rolle var hovedsakelig å støtte kvinnen, og utføre nødvendige ritualer, handlinger og magi for at fødselen skulle gå bra. Fødselen foregikk på den fødendes premisser (Kjærheim, 1987). Hjelpekonene hadde også kunnskap om barnebegrensning (Blom, 1988; Mortensen, 2022). For å sikre befolkningsvekst og etterfølgelse av religiøse normer tok kirken derfor over kontroll over fødselshjelpen etter reformasjonen (Blom, 1988). Ifølge Mortensen (2022, s. 49) presset «*jordmødre bort fra sin opprinnelige rolle som kvinnens fortrolige hjelper i den private sfære, og over i en rolle som maktens kontrollør*». For de fødende medførte dette en plikt om å tilkalle en utdannet fødselshjelper (Blom, 1988).

Etableringen av den offentlige jordmortjenesten i de nordiske landene i løpet av 1700-tallet anses som den første byggesteinen i den nordiske velferdsstaten (Blix et al., 2022, s. 40). Medisinsk utdanning og offentlig godkjenning av jordmødre som tilbød kvalifisert fødselshjelp til alle kvinner var et politisk grep for å sikre befolkningsvekst (Blix et al., 2022). Tiltaket hadde god effekt, spedbarns- og mødredødeligheten sank markant (Lundgren, 2022). Samtidig innebar dette at barnefødsler ble et offentlig ansvar og en oppgave for helsevesenet. Nå ble det legene som stod for utdanningen av jordmødre, samt den faglig-medisinske kontrollen over deres arbeide (Kjærheim, 1987; Lundgren, 2022). Fødselshjelpen ble organisert som et samarbeid mellom yrkesgruppene. «*Det betydde også at både leger og jordmødre representerte det nye*

medisinske paradigmet innen fødselshjelp” (Lundgren, 2022, s. 31). Jordmødre skulle bistå kvinner i den normale fødsel, mens leger måtte involveres dersom det oppstod komplikasjoner (Blom, 1988). Dette samarbeidet skilte de nordiske landene fra andre vestlige land, hvor de to profesjonene i større grad konkurrerte mot hverandre (Blom, 1988, s. 32).

I Norden skjedde de fleste fødsler i hjemmet frem til 1950-tallet, men da ble sykehusfødsel normen her som i andre vestlige land (Lundgren, 2022). Den økende institusjonaliseringen av fødsel skjedde *“som et ledd i utsilingen av risikofødsler, for å ytterligere redusere barseldødeligheten”* (Fjell, 1998, s. 15), og for å ha en utdanningsinstitusjon for fødselshjelpere (Fjell, 1998). Fremskritt innen medisin og teknologi gjorde fødsel tryggere, men krevde at jordmødrene hadde større medisinsk kunnskap (Fjell, 1998; Kjærheim, 1987). Med unntak av Danmark, ble det et krav om bestått sykepleieutdanning for å kunne bli jordmor (Lundgren, 2022, s. 32). En følge av kunnskapsutviklingen og institusjonaliseringen har vært en økende grad av spesialisering og sentralisering. Kompetansen innen fødselshjelp er nå i stor grad samlet på større fødeavdelinger. For kvinnene medfører dette at de kan bli nødt til å reise lange avstander for å få hjelp når de er i fødsel (Blåka, 2002; Kjølørød, 1993).

2.2.2 Organisering i dag

Den nordiske velferdsmodellen sikrer at alle innbyggere har tilgang til fødselshjelp, men avhenger samtidig av kostnadseffektivitet og rettferdig fordeling av ressurser (Maimburg & Blix, 2022). I 2022 ble det født 265.363 barn i Norden (Gassen & Stjernberg, 2024, s. 21). De aller fleste fødsler skjer på offentlige sykehus, der autoriserte jordmødre har et selvstendig ansvar for friske kvinner med ukompliserte svangerskap og fødsler (Blix et al., 2022). Organiseringen av fødselsomsorgen i de fem nordiske landene er forholdsvis lik (Blix et al., 2022). Gravides mulighet til å velge andre fødesteder enn sykehus varierer imidlertid både mellom de nordiske landene og innad i de enkelte land (Hálfðánsdóttir et al., 2022).

Hjemmefødsel tilbys i offentlig regi i Danmark og på Island. I Sverige tilbys offentlig støtte for hjemmefødsel i to regioner, mens det i resten av landet kun er privatpraktiserende jordmødre som bistår i hjemmefødsel (Blix et al., 2022). I Norge og Finland er hjemmefødsel utelukkende et privat tilbud, men med delvis støtte fra staten i form av refusjonsordninger (Blix et al., 2022). I tråd med internasjonal forskning (Hutton et al., 2019; Reitsma et al., 2020) åpner retningslinjene i de nordiske landene for hjemmefødsel for lavrisiko fødende (Hálfhánsdóttir et al., 2022). I hvilken grad anbefalingene utdypes og konkretiseres varierer mellom landene (Hálfhánsdóttir et al., 2022). I Norge har Helsetilsynet kommet med en uttalelse der de advarer jordmødre mot å inngå avtale om hjemmefødsel dersom dette ikke er anbefalt i henhold til nasjonale retningslinjer (Helsetilsynet, 2021). Det anerkjennes at jordmor settes i en vanskelig situasjon dersom avslaget kan føre til at kvinnen velger uassistert fødsel, men jordmor skal likevel si nei (Helsetilsynet, 2021). Danmark skiller seg fra de øvrige nordiske landene ved at alle kvinner har lovfestet rett til hjemmefødsel med jordmor, selv om dette skulle være i strid med faglige råd og anbefalinger (Sundhedsstyrelsen, 2021, s. 15). Siden muligheten for hjemmefødsel i de øvrige landene i stor grad avhenger av økonomi og bosted, og kvinnene må i tillegg falle under kategorien lavrisikofødende, er det for de fleste ikke en reell valgmulighet (Blix et al., 2022).

2.3 Den sosiale og medisinske modellen

Svangerskap og fødsel er fysiologiske prosesser tett knyttet til kultur, tradisjoner og sosiale forhold (Maimburg & Blix, 2022; Van Teijlingen, 2005). Ulike syn på hva det innebærer å bære frem et barn eksisterer parallelt i samfunnet, og varierer mellom ulike grupper mennesker (Maimburg & Blix, 2022, s. 95). Frifødere opplever å ha et annet syn på svangerskap og fødsel enn det helsevesenet står for (McKenzie et al., 2020). Den sosiale og medisinske modellen¹ kan være et nyttig verktøy når slike ulike perspektiver skal utforskes (Van Teijlingen, 2005).

¹ Modellen kan forstås på ulike nivåer: praktisk, ideologisk eller analytisk (Van Teijlingen, 2005). Dette vil ikke utdypes i denne oppgaven.

Figur 1: Den sosiale og medisinske modellen

Social model	Medical model
Physiological/natural – pregnancy & birth as 'normal' natural life event; all will be well until something goes wrong	Scientific – pregnancy and birth can only be normal after the event when nothing has gone wrong
Art – intuitive, holistic	
Social – family and community orientated; health and social care should not be considered separately	Medical – aims to reduce maternal and infant mortality; to cure rather than prevent
Holistic approach – acknowledgement of link between social structures and health care to attain state of well-being	Medically-led – professional in charge of pregnancy
Qualitative – importance of a 'good' experience for women and their family	Control – birth in hospital enabled medical staff to be in control of the birth
Subjective	Interventionist – doing things to 'help' women
Spiritual – part of wider culture	Quantitative – task orientated; 'checking' – such as observations,
	Objective
Intuitive – rely on experience, relationships and instinct as to what is right or wrong	Treat the problem – treatment of the disease (pregnancy) rather than care of the whole; anticipate problems
Environment – central to model	Environment – peripheral to the model
Local community focus/environment – central to model: women give birth at home or in local community, supported by friends and family; her choice	Centralised hospital maternity services – birth in hospital seen as the safe option
Feminine – women-centred respect & empower; women feels in control	Masculine – paternalistic, empowerment of the medical profession
Outcome – aims at live healthy mother, baby and satisfaction of mother/family	Outcome – aims at live healthy mother and baby

Hentet fra: MacKenzie Bryers og van Teijlingen (2010, s. 491). Basert på Van Teijlingen (2005), Walsh og Newburn (2002) og Porter (2000)

Figur 1 viser hva de ulike sidene av modellen representerer og vektlegger. Den ene siden kan ikke eksistere uten den andre (MacKenzie Bryers & van Teijlingen, 2010). Det kan derfor gi mer mening å se på dem som to ytterpunkter i en lineær modell, enn som to motstridende modeller (MacKenzie Bryers & van Teijlingen, 2010). Modellen er beskrevet av flere, blant annet (Walsh & Newburn, 2002a) og (Davis-Floyd, 2001). Menneskers personlige syn på svangerskap og fødsel er et sted på linjen mellom de ytterpunktene, og hvor man befinner seg på akse påvirker vurderinger og valg som tas (MacKenzie Bryers & van Teijlingen, 2010).

I den sosiale modellen anses svangerskap og fødsel som «normale» fysiologiske hendelser i kvinners liv (Van Teijlingen, 2005). «Normalt» i denne sammenhengen vil si at de fleste gravide er friske og kan ha ukompliserte fødsler, samt at kvinner som vil trenge ekstra medisinsk hjelp kan selekteres ut (Van Teijlingen, 2005). Den sosiale modellen kjennetegnes ved kvaliteter som anses som feminine, blant annet intuisjon, kroppslig kunnskap, og det er en aksept for at livet innebærer risiko (MacKenzie Bryers & van Teijlingen, 2010). Ønsket utfall er friske mødre og barn, men også gode fødselsopplevelser (MacKenzie Bryers & van Teijlingen, 2010). I den

sosiale modellen anerkjennes svangerskap og fødsel som en prosess av sosial, kulturell og emosjonell betydning (Van Teijlingen, 2005; Walsh & Newburn, 2002b). Hver kvinne og hver fødsel er unik, og individuelle variasjoner i fysiologi forventes (Walsh & Newburn, 2002b). Det er kvinnen som er i sentrum, og hvem som er til stede i hennes føderom er av stor betydning (Walsh & Newburn, 2002b).

I den medisinske modellen anses svangerskap og fødsel som medisinske hendelser (Van Teijlingen, 2005). Det er kun i retrospekt man vet om en fødsel var «normal», og seleksjon er i liten grad mulig (Van Teijlingen, 2005). Det er nødvendig med medisinsk kontroll og overvåkning for å sikre intervensjon ved tidlige tegn til patologi (Van Teijlingen, 2005). Synet på kvinnekroppen er mekanisk (Van Teijlingen, 2005). Språket bærer preg av dette, vi snakker blant annet om «fødselsmekanikk» og «feilinnstillinger». Ved hjelp av fødselspartogrammet styrer helsepersonell fødselen etter klokken (Walsh & Newburn, 2002a). Dette fokuset på kontroll, tid, teoretisk kunnskap, objektivitet og minimering av risiko anses som maskuline kvaliteter (MacKenzie Bryers & van Teijlingen, 2010). I den medisinske modellen har den gravide en passiv rolle. Det er helsepersonell som leder og kontrollerer fødselen (MacKenzie Bryers & van Teijlingen, 2010).

3 METODE

Dette kapitlet beskriver fremgangsmåte for litteratursøk, kvalitetsvurdering, samt tematisk syntese i henhold til Thomas og Harden (2008).

3.1 Bakgrunn for valg av design og metode

Vi har valgt å gjøre en systematisk litteraturstudie av kvalitative primærstudier. Bakgrunnen for valg av design og metode er problemstillingen vi ønsker å finne svar på. Vi er interessert i kvinners erfaringer og motivasjoner, noe som best fanges opp i kvalitativ forskning (Malterud, 2017, s. 30-31). Kvalitativ forskning kan gi kunnskap om sammenhengen mellom menneskelige erfaringer, handlinger og kontekst (Centre for Reviews and Dissemination, 2009, s. 221). Formålet med en syntese av kvalitative studier er ikke kun å sammenfatte funn fra primærstudiene, men ved en ny samlet analyse å komme frem til noe annet og mer enn enkeltstudiene (Malterud, 2017, s. 176-177).

I analysen vil Thomas og Harden (2008) sin metode for tematisk syntese av kvalitativ forskning bli benyttet. Dette er en av flere mulige analysemetoder. Fordelene med Thomas og Harden (2008) sin metode er blant annet den utfyllende beskrivelsen av analyseprosessen, og hvordan vi gjennom den skal bevege oss fra de «datadrevne deskriptive temaene» videre over til de analytiske temaene.

3.2 Utarbeidelse av søkeord – PECoS

Pilotsøk i forbindelse med prosjektbeskrivelsen i desember 2023 resulterte i funn av tre oversiktsartikler om frifødsel av (McKenzie et al., 2020), (Shorey et al., 2023) og (Macdonald et al., 2023). Disse studiene ga en oversikt over det nyeste som er gjort på feltet, og la grunnlaget for videre søk.

For å systematisere søkeprosessen ble PECoS-skjema benyttet. Akronymet står for Populasjon (P), Eksponering (E), Kontekst (Co) og studiedesign (S), og er egnet for systematiske oversikter over kvalitative studier (Coughlan & Cronin, 2021). Flere søkeord ble lagt til i PECoS-skjemaet underveis i arbeidet med pilotsøkene og de første systematiske prøvesøkene. I tabell 2 presenteres dette skjemaet i tekstform. PECoS-skjema med alle benyttede nøkkelord og tekstord er i vedlegg 2.

Tabell 2: PECoS	
Populasjon	Gravide personer, eller personer som har født.
Eksponering	<p>Eksponering 1: De gravide eller fødende skal være eksponert for «planlagt uassistert fødsel», også kalt «frifødsel». De ansees også som eksponert dersom de har planlagt frifødsel, men endt opp med å føde på sykehus eller tilkalt jordmor. Andre ord som er brukt for å beskrive begrepet frifødsel er presentert i tabell 1.</p> <p>Eksponering 2: Kvinnene kan også være eksponert for fødselshjelpere uten medisinsk utdanning og autorisasjon.</p>
Kontekst	Studiene skal være gjort i en nordisk kontekst. Det vil si at de skal omhandle gravide og fødende som oppholder seg i Norden, eller at forfatterne presiserer at studien omhandler nordiske forhold.
Studiedesign	Kvalitative primærstudier

3.3 Begrunnelse for valg av databaser

Pilotsøkene tydet på at det var et begrenset antall studier på emnet. Det ble derfor besluttet å gjøre systematiske søk i fem ulike databaser for å få et så rikt datamateriale som mulig. Liste over valgte databaser er i tabell 3. Det er imidlertid ingen enighet om hvor omfattende litteratursøk til kvalitative litteraturstudier må være (Booth, 2001; Thomas & Harden, 2008). Søkeprosessen må være systematisk og klart presentert, men litteraturstudien blir ikke nødvendigvis bedre av å identifisere absolutt alle primærstudier om emnet (Thomas & Harden, 2008).

Tabell 3: Oversikt over databaser	
Database	Innhold
MEDLINE (Ovid) OvidSP	Produseres av National Library of Medicine (NLM) i USA og er den største og mest brukte databasen innenfor biomedisin (Haraldstad & Christophersen, 2008).
Maternity and Infant care (MIC) OvidSP	Utgiver: MIDIRS (Midwives Info. & Resource Service). MIC er en database som samler kilder relevant for jordmorfaget, både forskning, grå litteratur og korrespondanser (Wolters Kluwer, 2024)
EMBASE: Excerpta Medica Database OvidSP	Utgiver: Elsevier Science. En europeisk orientert medisinsk database, inneholder tidsskrifter som ikke dekkes av MEDLINE (Haraldstad & Christophersen, 2008).
APA PsycInfo OvidSP	Utgiver American Psychological Association (APA), dekker blant annet psykologiske aspekter innen medisin og sykepleie. (Haraldstad & Christophersen, 2008).
CINAHL (EBSCO)	Utgiver: CINAHL Information Systems. Inneholder referanser til engelskspråklig til artikler om sykepleie og andre helsefag (Haraldstad & Christophersen, 2008). Inneholder en stor andel kvalitativ forskning (Helsebiblioteket, 2014).

3.4 Søkeprosess, inklusjonskriterier og screeningverktøy

Litteratursøkene ble gjort i flere runder, og med veiledning fra bibliotekar den 09.01.2024, 26.01.2024 og 31.01.2024. Det ble først gjort relativt smale og målrettede systematiske søk med ulike varianter av søkeordene «freebirth» og «unassisted birth». Etter gjennomgang av disse søkene ble det imidlertid tydelig at det kunne være hensiktsmessig å gjøre et bredere søk, og inkludere søkeord knyttet til hjemmefødsel² og fødselshjelpere uten medisinsk utdanning.

² Bakgrunnen for dette kommenteres i metodediskusjonen.

Det endelige systematiske litteratursøket ble utført den 19.02.2024 (sist oppdatert 24.09.2024), se tabeller i vedlegg 3. Søket er en kombinasjon av det smale søket med «freebirth» og «unassisted birth» uten begrensning til nordiske land, pluss det utvidede søket med denne begrensningen. De systematiske søkene ble gjort i de fem databasene i tabell 3. I tillegg ble det gjort suppleringsøk i og NORA (Danmarks Forskningsportal), SwePub og SweMed+, Web of Science, Epistemonikos og Scopus. Det ble også gjort snøballsøk fra litteraturlister og siteringssøk i Google Scholar.

Systematiske søk skal bidra til å forebygge skjevheter i utvalget (Malterud, 2017). Suppleringsøk (slik det ble gjort her) kan ofte være nødvendig når det søkes etter kvalitativ forskning, men omfattende snøballsøk kan også føre til skjevheter (Malterud, 2017; Thomas & Harden, 2008). For å forebygge skjevheter var tydelige inklusjonskriterier satt opp (tabell 4).

Tabell 4: Inklusjonskriterier

Fagfellevurderte studier Kvalitative studier (ingen begrensning til type kvalitativt design) Omhandler personer som har planlagt å føde uten autorisert helsepersonell til stede Omhandler personer som har født uten autorisert helsepersonell til stede Studier fra nordiske land/omhandler nordiske land Den gravide/fødende sitt perspektiv
--

For å behandle resultatene fra litteratursøkene ble referanseverktøyet EndNote og screeningverktøyet Rayyan benyttet. EndNote ble brukt til å fjerne duplikater før referansene ble lastet over i Rayyan. Rayyan er et nettbasert hjelpemiddel for screening av studier til systematiske oversikter. Programmet gjør det lettere å håndtere store søk og sikrer en systematisk screeningprosess (Khabsa et al., 2016). Ved hjelp av Rayyan screenet artiklene hver for oss, med blinding.

3.5 Kvalitetsvurdering og etiske overveielser

Kvalitetsvurdering av inkluderte primærstudier er en essensiell del en litteraturstudie. Vurderingen skal gi en «kritisk distanse» til materialet (Malterud, 2017, s. 221-222), og gi oss svar på om resultatene fra primærstudiene er til å stole på (Helsebiblioteket, 2020). Det er delte meninger om hvordan vurderingen skal gjøres, og det finnes ulike verktøy og sjekklister (Aveyard et al., 2021; Coughlan & Cronin, 2021). I denne oppgaven vil primærstudiene bli kvalitetsvurdert ved hjelp av «Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie» fra Helsebiblioteket (2020), som bygger på Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (2018). Et punkt på denne sjekklisten (spørsmål nummer 7), er studienes presentasjon av etiske overveielser (Helsebiblioteket, 2020). Her vurderes det om deltakerne i fått tilstrekkelig informasjon, om forfatterne har innhentet informert samtykke, konfidensialitet og om det er søkt om godkjenning fra en etisk komite (CASP, 2018).

Da vi utfører en litteraturstudie er det ikke nødvendig å søke noen form for etisk godkjenning, men prinsipper for akademisk redelighet må følges (Wager & Wiffen, 2011). En skal unngå dobbeltpublikasjoner og referere korrekt (Wager & Wiffen, 2011). I tillegg er det viktig at vi kan stå inne for måten primærstudiene vi baserer vår oppgave på har innhentet sine data (Malterud, 2017). Selv om det ikke finnes nøyaktige tall på hvor mange kvinner som føder uassistert i Norden er det grunn til å tro at det er relativt få, dermed vil vi være svært oppmerksomme på hvordan kvinnenens anonymitet er ivaretatt i studiene.

3.5.1 Forforståelse

Som et ledd i etiske overveielser i prosessen er det viktig å ta stilling til egne forhold som kan påvirke hvordan vi kommer frem til ny kunnskap (Malterud, 2017). Våre tidligere erfaringer, hypoteser, faglige perspektiver og teoretiske grunnlag kan påvirke måten vi samler, leser og tolker data på (Malterud, 2017, s. 44-45). Selv om dette kan være en motivasjon i seg selv, kan den hindre objektivitet, men også ny forståelse for temaet (Malterud, 2017). Derfor hadde vi en diskusjon om hvilke forhåndskunnskap vi hadde om tema og våre holdninger til det.

Fortolkning av data er selve metoden for å utvikle ny kunnskap, og derfor er det ekstra viktig at vi er bevisste på vårt ansvar å hindre at det opprinnelige materialet blir misvisende eller feil framstilt (Malterud, 2017).

Vi har stor respekt for jordmorfaget og vokst opp med ideen om at dette må være verdens beste yrke. Tanken på å skulle få bære tittelen «jordmor» gjør oss stolte. Kanskje har vi hatt en litt naiv tro på at absolutt alle kvinner har en urokkelig tillit til jordmødre, for det var overraskende å lære at det finnes kvinner som ikke ønsker jordmorhjelp når de skal føde. Frifødsel var et tema vi i utgangspunktet visste svært lite om, men vi hadde en tanke om at dette må være den reneste formen for uforstyrrede fødsler. Samtidig tenkte vi at de som velger dette utsetter seg selv og barnet for en risiko. Ønsket om å forstå hvorfor noen tar et slikt valg, og en interesse av å vite mer om hvordan fremme en fysiologisk fødsel gir oss et godt utgangspunkt når vi vil undersøke motivasjonen og erfaringene disse kvinnene har.

3.6 Tematisk syntese – Thomas & Harden

Thomas og Harden (2008) sin metode for tematisk syntese er basert på prosessen ved tematisk analyse (Coughlan & Cronin, 2021). Metoden egner seg i en systematisk oversikt for å syntetisere funnene fra flere kvalitative primærstudier (Thomas & Harden, 2008). Metoden er delt i tre steg; å kode alle resultatene i primærstudiene linje-for-linje, å organisere disse kodene i deskriptive temaer og å utvikle analytiske temaer (Thomas & Harden, 2008).

De inkluderte artiklene ble først gjennomlest for å få et inntrykk av helheten. Deretter samarbeidet vi om å kode innholdet i studiene linje for linje ved hjelp av analyseprogrammet Nvivo. Nvivo er et verktøy som kan gjøre det enklere og mer oversiktlig å følge den metodiske prosessen (Thomas & Harden, 2008). For å få en god forståelse av innholdet er det viktig å trekke så mye informasjon som mulig fra studiene uten å miste konteksten for å unngå feiltolkninger i analysen (Aveyard et al., 2021).

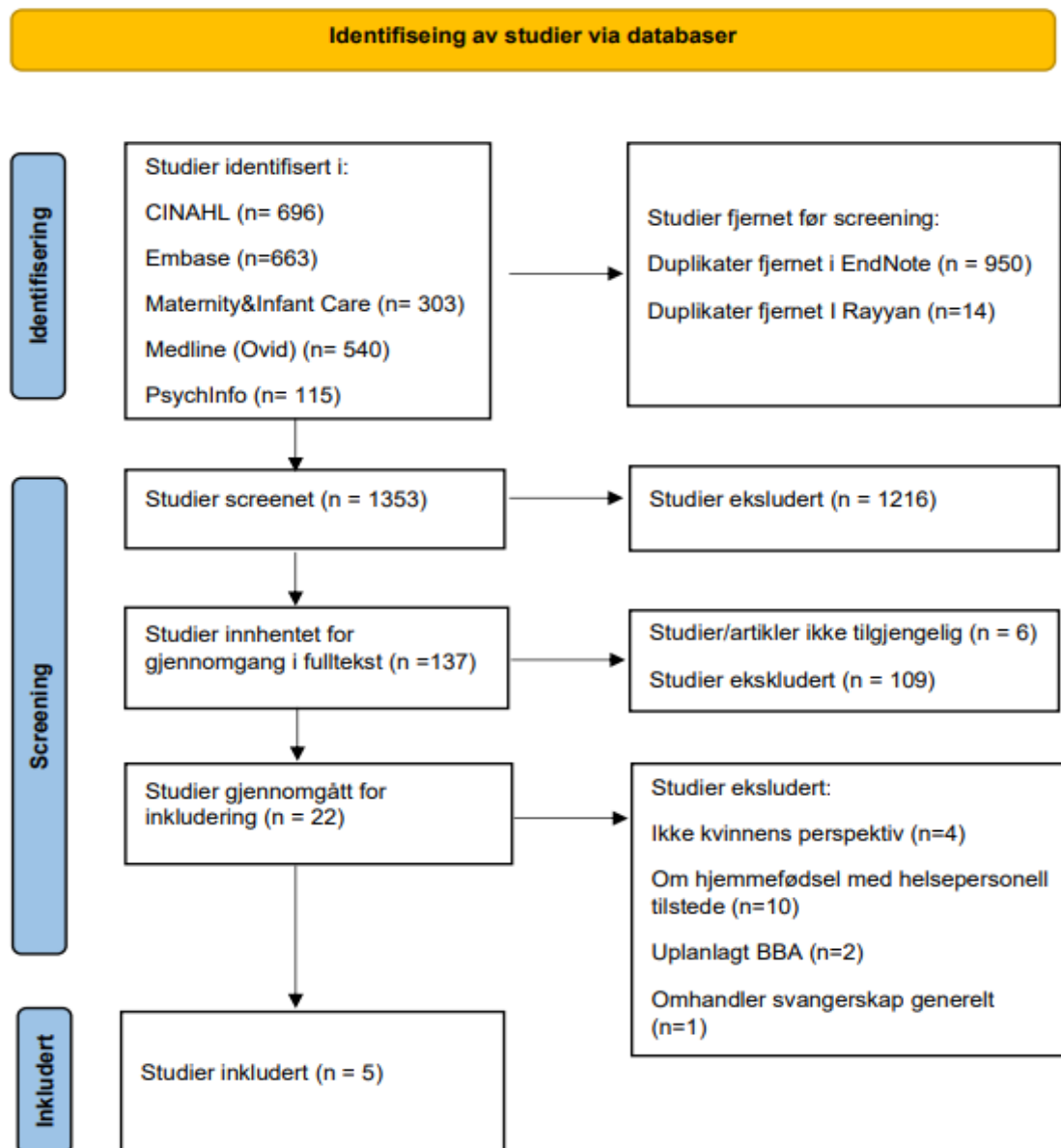
I kvalitative studier er det ikke alltid like enkelt å trekke ut konkrete data eller funn (Thomas & Harden, 2008). Sitater som kommet direkte fra intervjuobjektene er åpenbare, men forfatterens analyser eller fortolkninger er det ikke alltid enkelt å trekke nøkkelkonseptene ut av. Som Thomas og Harden (2008) anbefaler, løste vi denne utfordringen ved å screene resultatdelen, også i abstraktet. Funn som er presentert her er ikke nødvendigvis presentert på samme måte som i resultatdelen (Thomas & Harden, 2008).

Koder som hadde lignende mening ble samlet under deskriptive temaer, før vi landet på de analytiske. Det er ikke en prosess som går rett fram, men en runddans der utforsking, koding og refleksjon går om hverandre til innholdet gir ny mening som kaster lys over problemstillingen (Coughlan & Cronin, 2021, s. 102). Et viktig prinsipp i denne prosessen er å synliggjøre metoden (Saini & Shlonsky, 2012, s. 143-156).

4 RESULTATER

I dette kapitlet presenteres resultater fra screeningprosessen, kvalitetsvurdering og karakteristikker av studiene. Til slutt legger vi frem resultatene fra den tematiske syntesen.

4.1 Screeningprosess



PRISMA 2000 flytskjema basert på mal fra Page et al. (2021).

Resultatene fra de systematiske søkene (totalt 2317 referanser) ble lastet ned. Til sammen ble 964 duplikater identifisert og fjernet. Dermed ble totalt 1353 artikler screenet. Totalt 1216 artikler kunne ekskluderes på bakgrunn av tittel og abstrakt, 137 ble søkt opp i fulltekst. Seks referanser klarte vi ikke å få tilgang til, de var publisert i nordiske tidsskrifter på 80- og 90-tallet. Av de 137 ble 22 artikler ble merket for nøyere gjennomgang, og fem ble til slutt inkludert. Begrunnelse for ekskludering av de siste 17 artiklene i vedlegg 4. Det oppsto ingen konflikter i screeningen. Ingen nye artikler ble identifisert gjennom suppleringsøkene eller gjennom siteringssøk.

4.2 Inkluderte studier

Fem studier publisert i perioden 2010-2023 møtte inklusjonskriteriene, se (tabell 4). Til sammen er 46 kvinner inkludert i studiene. Alle kvinnene hadde erfaring med planlegging av frifødsel, og 32 kvinner hadde gjennomført frifødsel. Karakteristikk ved studiene er i tabell 6.

Tabell 5: Inkluderte studier (Forfattere, år og tittel)	
1	Henriksen, L., Nordström, M., Nordheim, I., Lundgren, I. & Blix, E. (2020). <i>Norwegian women's motivations and preparations for freebirth—A qualitative study.</i>
2	Johansson, M., Jansson, O., Lilja, F., Ekéus, C. & Volgsten, H. (2023). <i>Freebirth, the only option for women who do not fit into common practice—A Swedish national interview study.</i>
3	Lindgren, H. E., Nässén, K. & Lundgren, I. (2017). <i>Taking the matter into one's own hands – Women's experiences of unassisted homebirths in Sweden.</i>
4	Lou, S., Dahlen, H. G., Gefke Hansen, S., Ørneborg Rodkjær, L. & Maimburg, R. D. (2022). <i>Why freebirth in a maternity system with free midwifery care? A qualitative study of Danish women's motivations and preparations for freebirth.</i>
5	Lundgren, I. (2010). <i>Women's experiences of giving birth and making decisions whether to give birth at home when professional care at home is not an option in public health care.</i>

4.2.1 Karakteristikk ved de inkluderte studiene

Tabell 6: Karakteristikk ved de inkluderte studiene					
	Henriksen et al. (2020)	Johansson et al. (2023)	Lindgren et al. (2017)	Lou et al. (2022)	Lundgren (2010)
Land	Norge	Sverige	Sverige	Danmark	Sverige
Formål	«Å beskrive norske kvinners motivasjoner og forberedelse til frifødsel».	«Å utforske kvinners erfaring med frifødsel, som i å føde uten at autorisert helsepersonell, eks. jordmor, er tilstede», i en svensk kontekst.	«Å beskrive kvinners erfaringer med planlagt uassistert hjemmefødsel i Sverige»	«Å utforske og forstå kvinners motivasjoner og forberedelser til frifødsel».	«Å beskrive kvinners erfaringer med å føde hjemme når profesjonell hjelp ikke tilgjengelig gjennom det offentlige tilbudet, og kvinnenes beslutningsprosess vurderinger i forkant av fødselen.»
Design/ Teoretisk perspektiv	Kvalitativ studie Kvalitativ innholdsanalyse	Kvalitativ deskriptiv studie.	Kvalitativ fenomenologisk studie.	Kvalitativ studie. Refleksiv tematisk analyse Teoretisk perspektiv: «udisiplinerte pasienter».	Kvalitativ fenomenologisk studie.
Karakteristikk /deltakere	N = 12 kvinner bosatt i Norge. Alder: 23-42 år På intervju tidspunktet hadde alle erfaring med planlegging av frifødsel. Fem hadde frifødselerfaring.	N = 9 kvinner, svensktalende. Alder: 27-64 år på intervju tidspunktet Alle hadde erfaring med frifødsel.	N = 8 kvinner, svensktalende. Alder ikke opplyst Alle hadde erfaring med frifødsel.	N = 10 Alder: 27-41 år Alle har erfaring med planlegging av frifødsel. Seks hadde gjennomført.	N = 7 kvinner Alder ikke opplyst Alle hadde aktivt søkt etter jordmorassistanse for hjemmefødsel. Da de ikke fikk det endte 4 med frifødsel og tre på sykehus.

Datainnslingsmetode	Semistrukturert intervjuer Deltakerne ble rekruttert fra Facebookgrupper	Semistrukturert intervju Deltakerne ble rekruttert fra Facebookgrupper	Intervju, åpnings- og oppfølgingsspørsmål Rekruttert fra nettside for hjemmefødsel og en brukergruppe.	Dypdeintervjuer Rekruttert gjennom sosiale medier og private nettverk.	Intervju - ett spørsmål Rekruttert gjennom organisasjonen «Födelsehuset»
Hovedfunn/ tema	-Misnøye med eksisterende tilbud -Tidligere erfaring med fødsel enten ukomplisert eller traumatisk driver for plan om frifødsel -Tillit til egen kunnskap og kapasitet	-Tidligere negative erfaringer med sykehusfødsel som motivasjon for frifødsel -Støtte i valget var avgjørende for valget om frifødsel -Ønske om jordmorassistert hjemmefødsel -Ønske om å være hjemme, trygge omgivelser, ro, ha kontrollen selv -Verdsatte hjelp og støtte under fødsel	-Å bære ansvaret selv og ikke delegerer det til helsevesenet -Å unngå forstyrrelser utenfra, - Å oppleve mestring/styrke -Å være uavhengig	- Et standardisert system passer ikke for meg -Finne ny tillit til seg selv -Å finne kunnskap på egenhånd -Skape sitt eget trygge rom (space)	-Tillit til fødsel og seg selv -Å utsette valget -Et ensomt ansvar - Kvalitet på omsorg tilfeldig og basert på enkeltindivider -En styrkende fødsel

4.3 Kvalitetsvurdering

Artiklene ble kvalitetsvurdert ved hjelp av «Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie» fra Helsebiblioteket (2020). Sjekklisten består av tre deler (se tabell 7). Våre svar er i tabell 8.

Tabell 7: Kvalitetsvurdering	
Del A: Innledende vurdering	
1	Er formålet med studien klart formulert?
2	Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?
3	Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?
4	Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?
5	Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?
6	Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?
7	Er etiske forhold vurdert?
8	Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?
Del B: Hva er resultatene?	
9	Er funnene klart presentert?
Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?	
10	Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tabell 8: Svar på innledende vurdering					
	Henriksen et al. (2020)	Johansson et al. (2023)	Lindgren et al. (2017)	Lou et al. (2022)	Lundgren (2010)
1	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja
5	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
6	Uklart	Ja	Ja	Ja	Nei
7	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
8	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
9	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
10	Funnene fra alle studiene anses som relevante for vår problemstilling.				

Basert på vår vurdering (se tabell 8), mener vi resultatene fra samtlige studier kan stoles på selv om det kommer frem noen mangler. Utvalgsstrategien i Lindgren et al (2017) sin studie kom ikke frem. Videre var det mangelfull beskrivelse av deltagerne både hos Lundgren (2010) og Lindgren (2017). Det mangler beskrivelse av inklusjonskriterier i Henriksen et al (2020). Dette vurderer vi er av liten betydning fordi utvalget likevel er godt beskrevet.

4.4 Oversikt over koder, deskriptive og analytiske tema

Etter første runde med linje for linje koding var det totalt 63 koder. Materialet ble deretter gjennomgått på nytt. Noen koder ble slått sammen andre fikk nye navn. Etter flere runder ble seks deskriptive tema identifisert. Dette ledet videre til tre analytiske tema, og ett overordnet analytisk tema³. Tabell 9 viser en oversikt over de endelige kodene, deskriptive og analytiske temaer. For å vise hvilke koder som ble funnet i de ulike studiene har fått nummer:

1 = Henriksen et al. (2020)

2 =Johansson et al. (2023)

3 = Lindgren et al. (2017)

4 = Lou et al. (2022)

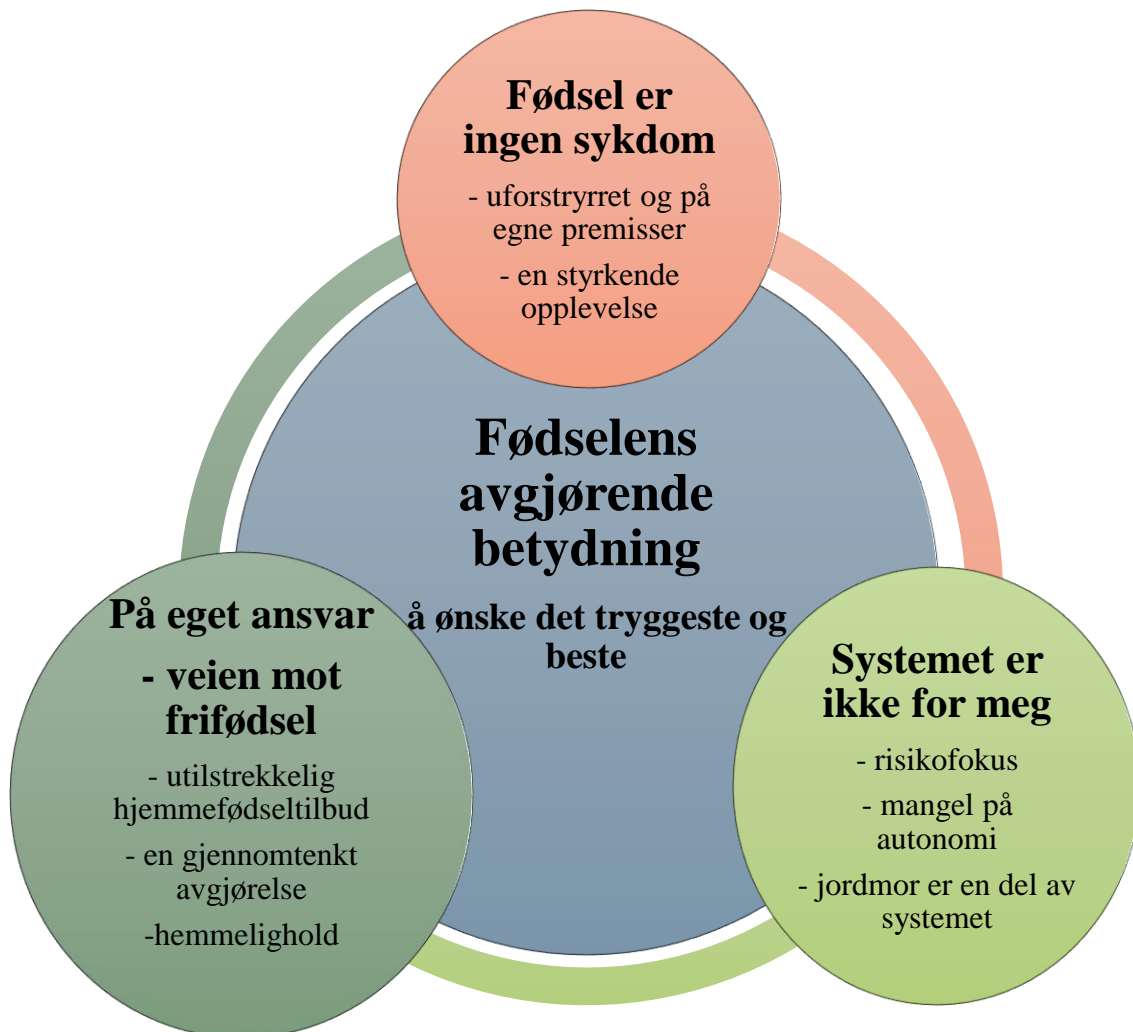
5 = Lundgren (2010)

³ Et overordnet analytisk tema er ikke en del av Thomas og Harden (2008) sin metode for tematisk syntese. Vi valgte imidlertid å beholde det slik fordi vi opplevde at det kom tydelig frem i analysen.

Tabell 9: Oversikt over koder, deskriptive og analytiske tema			
Koder identifisert i primærstudier	Deskriptive tema	Analytiske tema	Overordnet analytisk tema
Syn på fødsel (1-5) Tillit til kroppen (1-5) Syn på smerte (2 og 5) Mental innstilling (1-5) På egne premisser (1-5)	Fødsel som naturlig prosess	Fødsel er ingen sykdom	Fødselens avgjørende betydning
Til barnets beste (4 og 5) Fødested hjemme (1-5) En styrkende opplevelse (2, 3 og 5) Støtte under fødsel (1, 2 og 3)	Fødselens betydning		
Mangel på medbestemmelse og opplevelse av overgrep (1, 2 og 4) Ubalansert maktforhold (1, 2 og 4) Sykehus forstyrrer fødselen (1 og 5) På helsepersonells premisser (2, 3, 4 og 5) Følelse av mislykket fødsel (2, 4 og 5)	Erfaringer med helsevesenet	Systemet er ikke for meg	
Mistillit til systemet (1-5) Ressursmangel i systemet (1 og 4) Viktigheten av kontinuitet og medbestemmelse (1, 2, 4, 5) Jordmor er en del av systemet (3, 4 og 5)	Syn på fødselsomsorgen		
Behov for kunnskap (1-5) Risikovurdering (1, 3, 4 og 5) Sikkerhetsnett (1-5) Avgjørende støtte (1-5) Tidligere rask og ukomplisert fødsel (1) Hjemmefødseltilbud (1, 2, 4 og 5) Jordmor som forstyrrende element (1 og 3)	Planlegging av frifødsel	På eget ansvar - Veien mot frifødsel	
Hemmelighold (1-5) Holdninger i samfunnet (1, 3, 4 og 5) Negative holdninger hos helsepersonell (2, 3 og 5) Støtte fra jordmor i svangerskapet (2 og 5) Støtte fra miljøet (1, 2, 4 og 5) Ambivalens (3 og 5)	Utenfor normen		

4.5 Tematisk syntese

Den tematiske syntesen ledet frem til det overordnede temaet; «Fødselens avgjørende betydning». Fødselen er en helt spesiell livshendelse som kvinnene har et sterkt behov for å beskytte. De tre underordnede analytiske temaene belyser dette på ulike måter. «Fødsel er ingen sykdom» beskriver kvinnenes syn på fødsel, hva som gjør fødsel trygt, samt hvordan frifødsel kan oppleves som styrkende. «Systemet er ikke for meg» beskriver kvinnenes tidligere erfaringer med helsevesenet, og hvordan de opplever at deres eget syn på fødsel ikke passer inn i helsevesenets rammer. «På eget ansvar», beskriver hvordan kvinnene tar ansvar for å få den fødselen de mener er best og tryggest, men også deres behov for støtte, og hvordan valget kan føre til stigmatisering.



4.5.1 Fødsel er ingen sykdom

Uforstyrret og på egne premisser

Kvinnene hadde et positivt syn på fødsel og generelt stor tillit til kroppen. Troen på at kvinnekroppen er skapt for å bære frem barn var avgjørende i beslutningen om frifødsel. De stoler på at kroppen sier ifra hvis noe er galt. *“I contact a physician when I am ill. It is not an illness to give birth. I trust everything to be as it should be.”* (Lundgren, 2010, s. 62). Kvinnene mente fødsel burde skje hjemme der de følte seg trygge; fysisk, psykisk og emosjonelt. Slik at de kunne gå inn i fødebobla og følge intuisjonen. Når det ikke fokuseres på komplikasjoner og fødselen er uforstyrret, vil sjansen være liten for at problemer oppstår.

“It was like some kind of extra alarm, in everything that applied to me, more focused than I have ever been in my life ... it meant so very much to me to be able to do it all myself” (Johansson et al., 2023, s. 4).

Å føle seg trygg var en forutsetning for å klare å lytte til kroppen, og være i kontakt med barnet under fødselen. Det var praktisk å være hjemme, fødselen ble ikke forstyrret av transport til sykehus. Fødsel ble ansett som en intim og privat hendelse. Barnet var unnfanget hjemme, og burde fødes med den samme intimitet og kjærlighet. *“..it should not be conducted in front of people I do not have trust and confidence in”* (Lindgren et al., 2017, s. 32).

Det var viktig for kvinnene å kjenne at det var de som var eksperter på egen kropp og behov. Ingen skulle kunne overstyre eller forstyrre dem, eller fortelle dem hvordan ting «egentlig var» (Johansson et al., 2023). Det ble understreket at ingen kan føde for deg: *“..travel to the hospital and hand yourself over to midwives and healthcare and ‘Do this for me’, as if we could hand it over ...”* (Johansson et al., 2023, s. 4). Kvinnene opplevde at å ha kontroll i fødsel handlet å kunne følge det som skjer i kroppen uten noen ambisjon om styre det. *“...birth actually requires you to surrender... to trust your body and surrender”* (Lou et al., 2022, s. 4). Det ville være forstyrrende hvis andre prøvde å ta kontroll:

“I believe that if you don't have a midwife telling you when to push or when to hold back, then I think that you have better connection to the body and the body will send you the signals that it wants you to respond to.” (Lou et al., 2022, s. 6).

Kvinnene fikk praktisk og emosjonell støtte fra fødselshjelperne sine. Både partner, venninner eller eventuelt en doula kunne være gode støttespillere. Fødselssmerter ble ikke sett på som noe negativt, men som en del av den naturlige fysiologiske fødselen. Smertene kunne imidlertid oppleves som overveldende dersom det ikke var mulig og oppleve å være til stede i kroppen.

Styrkende opplevelse

De fleste beskrev frifødselen som en positiv og styrkende opplevelse. Noen betegnet den også som hellig eller spirituell. *«I have a strong 'body knowledge' and I can feel what is happening in my body... it was a fantastic experience... I felt when the head was crowning.»* (Lundgren, 2010, s. 63). Frifødselen kunne virke helbredende etter tidligere traumatiske fødsler. Kvinnene kjente på en dyp tilstedeværelse og kontakt med kroppen, og kom i kontakt med krefter de ikke var klar at de hadde. Noen følte at de samarbeidet med barnet: *“..it was an unbelievable feeling that no one knew about this, that the baby and I and we did this together...”* (Lundgren et al., 2017, s. 34).

Selve fødselen var viktig for videre tilknytning til barnet, partner og for familien som helhet. *“First, I was worried because she was so quiet but her skin color was fine. She was so quiet because the birth was not disturbed. It was a very calm birth.”* (Lundgren, 2010, s. 63). Det at de klarte å gi barnet sitt en slik fødsel kunne gi økt selvtillit som foreldre. Euforien enkelte opplevde i etterkant bidro til en dyp kjærlighet til barnet. *“I feel strong, very strong because of these two births. I am stronger and I think this is good for me... because you encounter yourself very much during a birth...”* (Lundgren, 2010, s. 64). Ved å velge frifødsel opplevde kvinnene at de tok ansvar for sin egen og barnets fysiske, psykiske og spirituelle helse og velvære.

4.5.2 Systemet er ikke for meg

Risikofokus

Mistillit til «systemet», eller fødselsomsorgen, gikk igjen i samtlige studier. Kvinnene opplevde at helsevesenet hadde et risikofokus som var i konflikt til deres eget syn på fødsel som en naturlig prosess. Fokuset på risiko ble oppfattet som en måte å undergrave kvinnenes tro på egen evne til å føde.

«When you tell a woman to ignore her body like that, to work against it, then you are basically saying that her body is dysfunctional. You are telling her, that her body is wrong, and we will tell you what is right» (Lou et al., 2022, s. 4).

Fødeavdelingens rutinemessige bruk av intervensjoner, undersøkelser og krav om fremgang forstyrret den naturlige fødselsprosessen *“You have to give birth so fast, or the progression should be like that, ... but it’s not how nature works. You can’t make a rose bloom faster than it does” (Henriksen et al., 2020, s. 3).*

Mangel på medbestemmelse

Blant kvinnene med tidligere erfaringer fra fødselsomsorgen kom det frem en rekke negative opplevelser. Mange hadde opplevd mangel på autonomi og medbestemmelse, noen i så stor grad at det følte ut som overgrep. Disse opplevelsene var særlig knyttet til vaginalundersøkelser og diagnostisering av rifter.

“She just put two fingers in my vagina and started to press down towards the rectum very hard. It was so overwhelmingly painful, and I couldn’t focus. I started crying and told her to stop. She just laughed at me and continued”.
(Henriksen et al., 2020, s. 4)

Noen følte at de mistet kontakten med kroppen på grunn av medikamenter ved tidligere sykehusfødsler, og intervensjoner hadde ført til en følelse av mislykket fødsel.

“It was hard just to lay down on the bed and be connected to the CTG machine, to have a fetal scalp electrode on my baby, I was cut [a perineotomy], it was quite a failed childbirth”(Johansson et al., 2023, s. 3).

Andre hadde kjent seg redde og deprimerede etter tidligere sykehusfødsler, men følte at andre hadde liten forståelse for dette.

“...everybody thought everything went well and I had a healthy baby. You didn't have to have a caesarean or anything so you should be pleased. I was really sad, but the last birth healed everything.” (Lundgren, 2010, s. 64).

Kvinnene opplevde at fødsel på sykehus i stor grad skjedde på helsepersonells premisser; de kjente på en forventning om at systemets rutiner skulle godtas. *“There was no reason whatsoever to pop the bag, it was carried out only based on the professional's convenience for a quicker labor process”* (Johansson et al., 2023, s. 3). Ubalansen i maktforholdet mellom kvinnene og helsepersonell kunne oppleves som overveldende. De opplevde å være på andres territorium.

“It is surprising how the hospital can strip you of autonomy. In principle, you can't take anything from anyone unless they hand it over, but you tend to do that pretty fast in that set-up [hospital birth]. It is such a strong energy. You'd have to be incredibly strong to resist” (Lou et al., 2022, s. 4).

Jordmor er en del systemet

Flere så også på jordmors forpliktelser til å følge retningslinjer som en trussel. Jordmor var en del av det fryktbaserte medisinske systemet. *I feel that what happens in these pregnancy consultations is very much based on fear* (Lou et al., 2022, s. 4). Kvinnene trodde ikke nødvendigvis retningslinjer og prosedyrer er til for å skade dem, men opplevde manglende hensyn til individuelle behov. Jordmor kunne bli tvunget til å overstyre kvinnen og hennes instinkter, for ikke selv å få problemer med myndighetene. *«In hospital, they have to do many unnecessary things to avoid being sued. If they don't it can be very hard for them.»* (Lundgren, 2010, s. 64). Noen kvinner hadde også sympati med jordmødres arbeidshverdag. *“I don't think that the health care system intends to make bad decisions or to hurt me or anything. But the lack of resources... how busy they are.”* (Lou et al., 2022, s. 3).

4.5.3 På eget ansvar – veien mot frifødsel

Utilstrekkelig hjemmefødselstilbud

Flere av kvinnene ønsket i utgangspunktet hjemmefødsel med jordmor, og ga uttrykk for et ønske om et bedre og mer tilgjengelig hjemmefødselstilbud.

“You get that wisdom from a midwife, it can't be replaced, I have massive respect for childbirth, I would definitely want to have a midwife who understands me and has the same attitude” (Johansson et al., 2023, s. 4).

En svensk kvinne vurderte å flytte til en kommune for å få tilgang til hjemmejordmor. Kostnader knyttet til hjemmefødsel, geografiske utfordringer og uforutsigbar tilgang til hjemmejordmor ble grunner til å føde uten assistanse. I Danmark, der hjemmefødsel er tilgjengelig for alle, opplevde kvinnene likevel tilbudet som utilstrekkelig. Jordmødrene hadde ikke kapasitet til å imøtekomme kvinnenenes behov for kontinuitet og en trygg relasjon.

Kvinnene opplevde en draging mellom behovet for omsorg fra jordmor, og frykten for å bli overstyrt fordi jordmor måtte følge retningslinjer. Flere av kvinnene anerkjente at dersom komplikasjoner skulle oppstå ville det være en fordel å ha jordmor til stede, men de anså risikoen som liten. *“I consider the risk to be very small because of my history and because of mine and my baby’s health. I feel I am in control»* (Henriksen et al., 2020, s. 4). Andre kunne oppleve ansvaret som tungt. Under fødselen kunne kvinnene kjenne på et behov for støtte og omsorg fra jordmor. Dette handlet hovedsakelig om støtte til å tro på egen fødekraft, men noen hadde også kjent på tvil knyttet til hvor i fødselsforløpet de var.

“And I became a little worried because I couldn’t recognize where I was in the process. And I blamed the fact that I didn’t have a midwife who could check where I was.”
(Lundgren, 2010, s. 63).

For andre kunne jordmor i seg selv oppleves som et unødvendig, forstyrrende element.

“I think it is just extra people in the house. The moment I give birth, I am in my own bubble, and I think the more people that are in the house, the more distractions you have” (Henriksen et al., 2020, s. 4).

En gjennomtenkt avgjørelse

Kunnskap om den fysiologiske fødselsprosessen, og hvordan de skulle håndtere eventuelle komplikasjoner gjorde kvinnene trygge. *“... it wasn’t some impulsive, hippie-style... ‘everything will be alright, man’. No. I had really done my research.”* (Lou et al., 2022, s. 5). De søkte kunnskap om fødsel fra internett, bøker og sosiale medier, men var selektive i valg av informasjonskilder for de ønsket ikke et risikofokus. Flere stilte spørsmål ved «medisinske sannheter», og kunne havne i situasjoner der «snøballeffekten» gjorde at de fikk mer og mer av den samme typen informasjon (Lou et al., 2022, s. 5). Noen ga uttrykk for en fatalistisk tilnærming, *«everything happens for a reason»* (Lou et al., 2022, s. 6), men understreket at de ville aldri planlagt frifødsel dersom de anså dette som risikabelt for seg selv eller barnet.

“Many people have a stereotype picture of women giving birth at home... you are against ultrasound and modern technology and so on, but we choose the best technical aids according to research results. I don't think it is a huge mystery to give birth. If you search for facts you get answers...” (Lundgren, 2010, s. 63).

Kvinnene ble inspirert av andre med samme synspunkter, og fant felleskap online. Podkaster og fødselshistorier fra andre kvinner var en viktig støtte.

“I heard a Freebirth Society podcast, and to hear how this woman did it and could just... Wow, I got the most amazing sense of joy deep in my body and was like “Wow! That is the truth. Of course.” (Lou et al., 2022, s. 5).

Støtte fra partner i valget om å føde uassistert var helt avgjørende. Noen fikk hjelp av jordmor slik at partner kunne lære prosedyrer som vaginalundersøkelse, enkelte hadde helsefaglig utdanning fra før, og andre bisto ved andres kvinners fødsler som en del av forberedelsene til egen frifødsel. Noen kunne utsette den endelige avgjørelsen om frifødsel helt til riene var i gang, men alle opplevde at de hadde forberedt seg godt og at avgjørelsen var gjennomtenkt. En norsk kvinne forberedte seg på frifødsel fordi hun tidligere hadde hatt raske og helt ukompliserte fødsler tidligere *«It will go so fast, and an unsupported birth might be a reality, so we planned for it’.*” (Henriksen et al., 2020, s. 4).

I tillegg til partner hadde de fleste avtale om støtte fra en doula, venninne eller familie under frifødselen. Enkelte hadde også mulighet for kommunikasjon med jordmor, og anså det som en del av sitt sikkerhetsnett. De stolte også på at de ville få øyeblikkelig hjelp fra sykehuset dersom det skulle bli behov for det. Avstand til sykehus påvirket avgjørelsen om frifødsel

“If I notice anything that is not OK then we will go to the hospital. When I am in an emergency situation and feel that something is wrong, I would be thankful to them. Thanks for saving us! But, before, when I feel that I am healthy and my baby is healthy, I would be more afraid of them” (Lundgren, 2010, s. 63).

Hemmelighold

Kvinnene delte kun frifødselplanen med sine aller nærmeste. De opplevde at samfunnet hadde negative holdninger til konseptet, og fryktet eventuelle reaksjoner.. «... *People think you are pretty crazy if you choose to give birth at home, with or without a midwife*» (Henriksen et al., 2020, s. 4). Fordommer, mistenkeliggjøring og frykt for å bli påvirket av negative meninger ble nevnt som grunner for å holde avgjørelsen hemmelig

«I could still feel that other people's reactions influenced me, so I just wanted to be alone with this decision. I felt that it was very sacred to me and I didn't want anyone messing with it, telling me that what I did was wrong» (Lou et al., 2022, s. 5).

Noen tok kontakt med helsepersonell for råd i forbindelse med fødselen, men følte ikke at de fikk svar på spørsmålene sine “...*The whole conversation was about calming them... it's no point in asking them. I couldn't get any answer and I had to finish the conversation instead*” (Lundgren, 2010, s. 64). Flere opplevde å bli ansett som egoistiske og uforsiktige, og følte seg dømt og alene. «*You are like pariah to them... you have to put the safety of the child first and not be egoistic.*”(Lundgren, 2010, s. 64). Enkelte hadde likevel møtt hjelpsomme mennesker “*The midwife was incredibly supportive, she gave me a kit for cord clamping, she said that she was not worried, because both you and I know that home birth is safer*” (Johansson et al., 2023, s. 4). De fleste anså det likevel som usannsynlig at helsepersonell ville støtte valget om frifødsel.

5 DISKUSJON

I dette kapittelet diskuteres vår problemstilling: «*Hvilke erfaringer har kvinner i Norden med frifødsel, og hva motiverer gravide til å planlegge en slik fødsel?*». Funnene fra den tematiske syntesen sees i lys av den sosiale og medisinske modellen, frifødsselforskning, fødselsomsorgen i Norden, samt annen relevant litteratur. Deretter diskuterer vi metodiske styrker og svakheter ved masteroppgaven.

5.1 Diskusjon av resultater fra tematisk syntese

5.1.1 Fødselens avgjørende betydning

Vi kom frem til «Fødselens avgjørende betydning» som overordnet analytisk tema i syntesen. Dette favner begge elementer i problemstillingen, både kvinners erfaringer med frifødsel og deres motivasjoner.

Motivasjon for frifødsel

Kjernen i kvinners motivasjon for å velge frifødsel handler om en sterk tro på fødselen som et helt avgjørende øyeblikk, både i eget, barnets og familiens liv. At kvinner ønsker en god fødselsopplevelse, er ikke unikt. I tillegg til å få et friskt barn, ønsker kvinner å føde i et miljø som oppleves fysisk og psykisk trygt, med praktisk og emosjonell støtte (Downe et al., 2018). Fødsel er anerkjent som en betydningsfull hendelse i kvinnelivet (Larkin et al., 2009). Positive fødselsopplevelser kan potensielt styrke selvtillit og tillit til andre, mens negative opplevelser kan føre til det motsatte (Lundgren et al., 2009). Verdens helseorganisasjon (WHO) (2018) anerkjenner en positiv fødselsopplevelse som en viktig målsetning for fødselsomsorgen. I følge Preis et al. (2018) vil kvinners syn på fødsel påvirker hvilke planer de legger, og deres intensjon for fødselen. For kvinnene i vår syntese ledet dette til et ønske om å føde uforstyrret hjemme. Downe et al. (2018) fant at de fleste kvinner ønsker en fysiologisk fødsel, men også at de anerkjente fødsel som en uforutsigbar prosess der intervensjoner kunne bli nødvendig. Vi fant

at frifødere anerkjenner at fødsel ikke er noe de kan kontrollere. For dem var det imidlertid avgjørende at ingen andre prøvde å kontrollere fødselen heller, det ville forstyrre prosessen og gjøre fødselen mindre trygg.

For kvinnene i vår syntese kan det virke som om «fødselens betydning» omfatter noe mer enn en positiv fødselsopplevelse. De er ikke villige til å utsette seg selv og barnet for den risikoen de opplever sykehus innebærer. Dette støttes av Jackson et al. (2020) og (Jackson et al., 2012), som beskriver hovedmotivasjonen for frifødsel som en søken etter det tryggeste alternativet, både fysisk, psykisk og emosjonelt. Flere av kvinnene i vår syntese hadde kjent på tap av kontroll og mangel på autonomi ved tidligere sykehusfødsler. Som Sperlich (2024) påpeker; selv om helsepersonell anser frifødsel som risikabelt må vi prøve å forstå sikkerhet i kvinnenes perspektiv. Mangel på respekt er en direkte trussel mot et menneskes psykiske og emosjonelle trygghet, og kan føre til at kvinner unngår å ta bruke helsevesenet (Miller & Lalonde, 2015; Sperlich & Gabriel, 2022).

Erfaringer med frifødsel

Når det gjelder erfaringer med frifødsel kommer «fødselens avgjørende betydning» til syne i hvordan kvinnene forbereder seg nøye, beskytter valget ved å holde det hemmelig, og i beskrivelser av selve fødselsopplevelsen. Vi fant at kvinnene hovedsakelig beskrev sin frifødsel som positive og styrkende. De følte at de kom i kontakt med krefter de ikke visste de hadde. Noen beskrev fødselen som en spirituell opplevelse. For enkelte kunne frifødselen helbrede traumer. Dette støttes av Sperlich og Gabriel (2022) som fant at kvinner med overgrepshistorikk, eller fødselstraumer, kunne oppleve at de fikk kroppen sin tilbake etter en frifødsel. Jackson et al. (2020) fant at frifødere i Australia mener fødselen setter varige spor. Sjansen for et positivt «fødselsavtrykk» var størst dersom de fødte hjemme uten forstyrrelser (Jackson et al., 2020, s. 9). Det er lite forskning knyttet til dette, men nevnes i sentral frifødsellitteratur av blant annet (Shanley, 2016) og (Buckley, 2009).

Vi fant at frifødsel var en gjennomtenkt avgjørelse etter omfattende forberedelser. Fordi frifødere i så stor grad tar ansvar for skape det de mener er de tryggeste forutsetningene for fødselen har Higuera et al. (2024) foreslått en redefinering av begrepet. Definisjonene som brukes i dag er institusjonsfokuseret og vektlegger «fravær av autorisert helsepersonell», og at valget er et «avvik fra anbefalingene» (Higuera et al., 2024, s. 10). Higuera et al. (2024, s. 10) hevder er nok evidens til å kunne kalle frifødsel en form for «*selvomsorg i forbindelse med fødsel, der akutt fødselshjelp er tilgjengelig*». Vår syntese kan støtte opp om dette. Det betyr imidlertid ikke at ikke årsakene til at frifødsel oppleves som den beste løsningen må tas på alvor. For i likhet med studier fra Australia (Jackson et al., 2020; Rigg et al., 2020), Storbritannia (Feeley & Thomson, 2016), Nederland (Hollander et al., 2017), USA (Diamond-Brown, 2019; Freeze, 2008; Sperlich & Gabriel, 2022) og Polen (Baranowska et al., 2022) viser vår syntese at frifødsel ofte ikke var kvinnes førstevalg, men en konsekvens av manglende alternativer som er i tråd med deres ønsker og behov.

5.1.2 Syn på fødsel - hva gjør fødsel trygt?

Kvinnene i vår syntese opplevde å ha et syn på svangerskap og fødsel som var grunnleggende forskjellig fra det helsevesenet sto for. Konflikten mellom ulike syn på hva fødsel innebærer, og hva som gjør fødsel trygt, er et sentralt tema i frifødselsforskningen (McKenzie et al., 2020). I likhet med Feeley et al. (2015), Holten og de Miranda (2016), Baranowska et al. (2022), Diamond-Brown (2019), Hollander et al. (2017), Jackson et al. (2020), Rigg et al. (2020) og Sperlich og Gabriel (2022) fant vi at kvinnes opplevelse av å ha et syn på fødsel som ikke passet inn fødselsomsorgen var en avgjørende motivasjonsfaktor for frifødsel.

Den sosiale og medisinske modellen kan brukes til å utforske slike ulike perspektiv (Van Teijlingen, 2005). I fødselsomsorgen i Norden sameksisterer den sosiale, eller jordmorfaglige, modellen med den medisinske (Eri, 2022). Slik fødselsomsorgen er organisert i dag, der de fleste fødsler skjer på sykehus, kan en likevel si at det er den medisinske modellens verdier som er det dominerende synet på fødsel i nordisk fødselsomsorg (Eri, 2022; Skrondal et al., 2020).

I et helsevesen, der synet på fødsel er basert på den medisinske modellen, er fødsel forbundet med risiko og må overvåkes og kontrolleres (MacKenzie Bryers & van Teijlingen, 2010). Det helsepersonell som «eier» sannheten om hvordan fødsel utfolder seg og bør håndteres (MacKenzie Bryers & van Teijlingen, 2010). Kvinnene i vår syntese anså fødsel som en normal og naturlig prosess, av sosial, kulturell og emosjonell betydning. De hadde med andre ord et syn på fødsel som på flere punkter er i tråd med den sosiale modellen (Van Teijlingen, 2005; Walsh & Newburn, 2002b). Som (Van Teijlingen, 2005) understreker gir det mest mening å se på den sosial og medisinske modellen to ytterpunkter; og både mennesker, helsepersonell og enheter i helsevesenet vil ha et syn på fødsel som eksisterer et sted på dette kontinuumet. Det blir derfor svært forenklet å plassere frifødere i den sosiale modellen, og den nordiske fødselsomsorgen i den medisinske modellen. Våre funn tyder imidlertid på at kvinnene anså sykehus, og helsepersonell ansatt der, som representanter for den medisinske modellen.

Menneskers syn på fødsel vil påvirke hva de mener at gjør fødsel trygt og hva som utgjør risiko (MacKenzie Bryers & van Teijlingen, 2010). Syn på sikkerhet og risiko tas opp av Plested og Kirkham (2016), Feeley et al. (2015), (Jackson et al., 2020) og (Holten & de Miranda, 2016). Kvinnene i vår syntese mente at den viktigste forutsetningen for en ukomplisert fødsel var at den var uforstyrret og i et miljø de følte seg trygge.

I tråd med annen frifødsselforskning (Baranowska et al., 2022; Feeley et al., 2015; Holten & de Miranda, 2016; Jackson et al., 2020) fant vi at stor tillit til kroppen og tro på kvinnekroppens fødeevne var både en viktig motivasjon, og en forutsetning, for å planlegge frifødsel. I likhet med Holten og de Miranda (2016) og Feeley et al. (2015), fant vi at kvinnene mente alle forstyrrelser av fødselen innebar risiko. Forstyrrelser ville både påvirke selve fødselsprosessen negativt, men det kunne også gjøre det vanskeligere å være i kontakt med kroppen, barnet og intuisjonen. Kvinnene var sikre på kroppen ville gi beskjed dersom noe var galt, men kun dersom de var uforstyrret og i en tilstand der de klarte å lytte. Intuisjon er imidlertid ikke en gyldig kilde til kunnskap i den medisinske modellen (MacKenzie Bryers & van Teijlingen, 2010), og det er nettopp dette punktet, friføderes evne til å oppdage komplikasjoner og søke hjelp i tide, fagmiljøene er kritiske til (Schjelderup & Nordkvelde, 2024). Gaskin (2003) har

blant annet ytret tvil knyttet til om en førstegangsfødende klarer å skille mellom intuisjon og «ønsketenkning».

I den sosiale modellen anerkjennes betydningen av trygge relasjoner til menneskene i føderommet (MacKenzie Bryers & van Teijlingen, 2010). I følge Rosenberg og Trevathan (2002) utviklet trolig fødsel til å bli en sosial hendelse hos oss mennesker fordi sjansen for å overleve var større dersom den fødende ikke var alene. Hvorvidt fødsel faktisk er vanskeligere og farligere for mennesker enn andre pattedyr er noe som tematiseres i frifødsellitteraturen av blant annet Shanley (2016) og Haydock (2014). Haydock (2014, s. 136) mener at fødsel har utviklet seg til en sosial hendelse hos mennesker på grunn av vår evne til å anerkjenne det som en «spirituell overgangsrite» i kvinners liv, ikke fordi fødsel er farlig. Uavhengig av hva som er årsaken til at fødsel ble en sosial hendelse, så er det dypt forankret i oss. Fødselshormonene fungerer som et finstemt samspill mellom mor og barn, og vil påvirkes av føderommet og menneskene i det Olza et al. (2020). Olza et al. (2020) beskriver hvordan hormonene påvirker kvinnens adferd gjennom de ulike fasene i et fysiologisk fødselsforløp. Tidlig i fødsel tar hun kontakt med familie, men fortsetter sine daglige gjøremål (Olza et al., 2018). Etter hvert som fødselen blir mer intens, går hun inn seg selv, søker trygghet og fysisk nærhet. Rett før fødekvinnen begynner å trykke kan hun føle på redsel, eller at hun ikke skal klare det (Olza et al., 2018). Da trenger hun igjen trygghet og bekreftelse, ifølge (Olza et al., 2018). Flere av kvinnene i vår syntese beskrev hvordan de kunne gå «inn i fødebobla» når de følte seg trygge. Dette gjorde det mulig å håndtere smerter på en helt annen måte enn de hadde opplevd ved tidligere fødsler på sykehus. McKenzie og Montgomery (2021) kommenterte også friføderes evne til å håndtere og «jobbe med» fødselssmerter i sin studie. De fleste kvinner ønsker en fysiologisk fødsel (Downe et al., 2018) hvordan kvinner håndterer fødsel uten medikamentell smertelindring er derfor viktig kunnskap å ta med seg fra forskningen på helt uforstyrrede fysiologiske fødsler (McKenzie & Montgomery, 2021).

Kvinnene i vår syntese trakk frem hvordan støtte fra partner var avgjørende. Fødsel ble ansett som noe intimt og privat. Freeze (2012, s. 56-62) referer til to frifødselpionerer, Moran og Griesemer, som begge har utgitt bøker om frifødsel. I likhet med kvinner i vår syntese beskriver

de fødsel som en seksuell hendelse, på samme måte som unnfangelsen, og som et betydningsfullt øyeblikk i relasjonen mellom mann og kvinne (Freeze, 2012). Til tross for at vi vet hvordan kjærlighetshormonet, oxytocin, frigjøres ved seksuell aktivitet, gir rier i fødsel og bidrar til tilknytning, har seksualitet liten plass på fødeavdelingene (Buckley, 2010).

5.1.3 Autonomi - kontroll og ansvar selv

Traumatiske fødselsopplevelser blir både av Feeley et al. (2015) og Jackson et al. (2020) nevnt som en viktig årsak til valget om frifødsel. I vår syntese fant vi at kvinnene hadde følt at deres egen intuisjon og kunnskap om egen kropp ble ignorert, og behandling gitt på helsepersonells premisser ved tidligere sykehusfødsler. Enkelte hadde opplevd behandlingen som et overgrep. Tap av autonomi kan påvirke følelsen av verdighet, selvtillit og tillit til andre (Greenfield et al., 2019). Greenfield et al. (2019) fant at kvinner med fødselstraumer kunne vurdere både elektivt keisersnitt og frifødsel for å sikre opplevelse av kontroll. Flere studier har vist at traumatiske fødselsopplevelser ikke nødvendigvis handler om utfallet av fødselen, men hvordan kvinnen følte seg ivaretatt (Feeley et al., 2015; Greenfield et al., 2019; Reed et al., 2017). Dette kom også frem i vår syntese. Flere av kvinnene hadde opplevd manglende autonomi og tap av kontroll i forbindelse med tidligere fødsler. For disse kvinnene ble målet om å unngå gjentakelse en svært viktig motivasjon for frifødsel. Dette støttes av Holten og de Miranda (2016) og Feeley et al. (2015, s. 7), som fant at kvinner velger frifødsel for å oppleve en «følelse av valg, kontroll og autonomi i fødselen». Autonomi er et viktig tema i frifødselsforskning og litteratur helt tilbake til Carter i 1957 (McKenzie et al., 2020). Carter (1957, s. 249) som mente at kvinner måtte «ofre sin autonomi» når de skulle føde på sykehus.

Flere studier har funnet friføderes behov for å være den eneste autoriteten under fødselen som en viktig motivasjon for frifødsel (Diamond-Brown, 2019; Feeley et al., 2015; Hollander et al., 2017; Holten & de Miranda, 2016; Jackson et al., 2020; Rigg et al., 2020). Holten og de Miranda (2016) fant at kvinner mente dette kun var en mulighet ved hjemmefødsel. Mens noen av kvinnene var åpne for at deres autonomi ville bli tatt vare på av hjemmefødsel, hevdet flere

at en autorisert fødselshjelper bare gir en illusjon av selvbestemmelse (Holten & de Miranda, 2016). Dette støttes av Newnham og Kirkham (2019). De hevder at autonomiprinsippet ikke gjelder gravide kvinner hvis hun tar valg som faller utenfor de medisinske retningslinjene. Dette har de valgt å kalle “retorisk autonomi” (Newnham & Kirkham, 2019). Dette bunner også i at maktforholdet mellom de som sitter med den fødselsvitenkapelige kunnskapen og fødekvinnene ikke vil kunne være i balanse innenfor institusjonelle rammer (Newnham & Kirkham, 2019).

Holten og de Miranda (2016) fant at frifødere vil ta ansvaret for utfallet uansett om det er godt eller dårlig. I Rigg et al. (2020) sin studie var det imidlertid kvinner som mente de hadde mistet barnet sitt på grunn av det de mente var ukvalifisert hjelp fra uautoriserte fødselshjelpere. Disse kvinnene tok dermed ikke det fulle og hele ansvaret selv. Ifølge Rigg et al. (2020) mangler det åpenhet innad i frifødselmiljøet når hjemmefødsler med uautoriserte fødselshjelpere eller frifødsel går galt. Dette kan både skape en villedende og skadelig debatt, og kan føre til at kvinner undervurderer risikoen (Rigg et al., 2020, s. 94).

5.1.4 Jordmor – hvilken side er hun på?

For majoriteten av kvinnene i vår syntese var frifødsel et valg bort fra «systemet». De hadde en klar idé om hva de *ikke* ville ha, og søkte derfor etter andre alternativer. I likhet med Baranowska et al. (2022) og Sperlich og Gabriel (2022) fant vi at kvinnene gjerne starter veien mot frifødsel med å søke etter en hjemmjordmor, men på grunn av bosted, økonomi, personlige preferanser eller retningslinjer blir ikke jordmorassistanse mulighet. Dersom det ikke finnes alternativer til sykehusfødsel, kan en spørre seg i hvilken grad frifødsel blir et reelt valg. Diamond-Brown (2019) fant at frifødsel «*ofte ikke var kvinners første valg, ikke engang et positivt valg, men et kompromiss mellom ideologi og begrensede valgmuligheter*» (Diamond-Brown, 2019, s. 88). For flere av de norske og svenske kvinnene vår syntese kan dette ha vært tilfelle, hjemmefødsel med jordmor var ikke en reell valgmulighet. Danske kvinner har derimot rett til jordmor hjem uansett om det skulle foreligge risikofaktorer (Sundhedsstyrelsen, 2021, s. 15). Derfor var

hjemmefødsel med jordmor en mulighet for alle de danske kvinnene i vår syntese. De opplevde imidlertid at jordmor var en del av «systemet», og at det ikke var nok tid til å bygge en trygg relasjon. Hjemmefødselsforskning fra Norden viser at kvinner anser en tillitsfull relasjon til hjemmjordmor som svært viktig (Skrondal et al., 2020).

Vi fant at flere av kvinnene hadde et ambivalent forhold til jordmødre. Flere av kvinnene lengtet etter omsorg fra en jordmor som kunne støttet dem på deres egne premisser. Freeze (2008, s. 272) beskriver jordmorønsket som friføderes «nostalgiske lengsel» etter nære, personlige relasjoner som pleide å knytte kvinner i lokalsamfunn sammen. Denne lengselen havner imidlertid i konflikt med frykt for sabotasje (Freeze, 2008, s. 272). Samtidig fant vi at kvinnene var skeptiske til jordmors plikt til følge retningslinjer. Usikkerhet knyttet til om en autorisert jordmor kan støtte kvinnene hundre prosent tas også opp i studiene til Feeley et al. (2015), Holten og de Miranda (2016), (Sperlich & Gabriel, 2022) og Baranowska et al. (2022). Jordmor er helsepersonell og ble av mange sett på som en intervensjon som måtte unngås (Feeley et al., 2015, s. 6).

Samarbeidet mellom jordmødre og leger i Norden er unikt i verdenssammenheng, og kan være nødvendig og viktig i fødsler med kompliserte forløp (Blix et al., 2022). Det kan derimot også stille jordmødre i en vanskelig posisjon når det gjelder å være den støtten kvinnene ønsker. De befinner seg ofte i konflikt mellom retningslinjer, krav om effektivitet og kvinnenes ønsker og behov (Nøhr et al., 2022). I vår syntese reflekterte kvinnene over dette. Flere ga også uttrykk sympati med jordmødre som var bundet til systemet. Dette skiller seg fra Plested og Kirkham (2016) sin studie hvor kvinnene kritiserte jordmødre for å være mest opptatt av å beskytte seg selv, og «en kultur av frykt for naturlig fødsel».

Enkelte kvinner i vår syntese uttrykte et ønske om å bli undersøkt og fortalt hvor de var i fødselsforløpet. I McKenzie og Montgomery (2021) sin studie ble det bemerket at kvinnene *ikke* beskrev sin fødsel med uttrykk som kan knyttes til helsepersonell og den medisinske modellen. De var ikke opptatt av hvilken av fødselens faser de var i eller hvordan cervix åpnet seg (McKenzie & Montgomery, 2021). Kanskje har vårt funn sammenheng med at flere av kvinnene i utgangspunktet ønsket jordmor.

5.1.5 Kunnskap, inspirasjon og støtte

For kvinnene i vår syntese var frifødselen en gjennomtenkt avgjørelse. De tok ansvar ved å tilegne seg kunnskap om fødsel, kjenne at de var kontakt med kroppen, og søke inspirasjon og støtte. Friføderes omfattende fødselsforberedelser er også beskrevet i studier fra Polen (Baranowska et al., 2022), Australia (Jackson et al., 2012; Jackson et al., 2020), USA (Freeze, 2008; Miller, 2009; Sperlich & Gabriel, 2022) og Nederland (Hollander et al., 2017). En av de polske kvinnene hadde kjøpt doppler for å overvåke fosterlyden (Baranowska et al., 2022), og andre skaffet resusciteringsutstyr til nyfødte (Jackson et al., 2020). Baranowska et al. (2022), Jackson et al. (2020) og Jackson et al. (2012) fant også at frifødere forbereder seg på akutsituasjoner og lager lister over indikasjoner for overflytting til sykehus. I vår syntese var det ingen beskrivelser av innkjøp av medisinsk utstyr, men reisevei til sykehus var en del av vurderingene. Kvinnene stolte på akuttberedskapen, og ville søke hjelp ved behov. Noen hadde også helsefagligutdanning selv. Det samme understrekes av McKenzie et al. (2020) og McKenzie og Montgomery (2021); frifødere anerkjenner at helsevesenet har en viktig funksjon, men ønsker selv å vurdere om hjelp er nødvendig.

Kvinner i vår syntese var selektive i valg av informasjonskilder. De ønsket ikke at fødselsforberedelsene skulle ha et risikofokus. Noen ga uttrykk for en fatalistisk tilnærming til livet. I nordiske medier er det ytret sterk bekymring for at frifødere lar seg påvirke av fødselsinfluensere og andre uten medisinske kompetanse (Bilby, 2023; Schjelderup & Nordkvelde, 2024; Trampe, 2024). Helsedirektoratet har nylig advart mot «feilinformasjon som kan føre til flere farlige hjemmefødsler» (Rydning & Rakeng, 2024). Norske frifødere har imidlertid tidligere uttalt at helsevesenet bare skyver kvinner lenger unna med skremselspropaganda (Heiberg, 2024). Det finnes reportasjer i amerikansk media om en kvinne som mistet barnet sitt nær gestasjonsuke 45, etter noe hun opplevde som «hjernevasking» i frifødselgrupper online (Zadrozny, 2020). Likevel er det umulig å si hvor avgjørende påvirkning fra andre er som motivasjon i valget om frifødsel. Frifødselpioneren Baker (2003) mener vi må stole på at familier tar kloke avgjørelser. Frifødsel er ikke noe som «prakkes på folk», det er en av flere valgmuligheter (Baker, 2003).

Gaskin (2003) har tidligere kritisert Shanley (2002) og frifødselmiljøet for ikke å være ærlige om at noen ganger er det nødvendig med en trent fødselshjelper. Risikoen knyttet til frifødsel blir i forskning gjerne sammenliknet med risikoen ved uplanlagte fødsler utenfor sykehus (født før ankomst) (Feeley et al., 2015). I media er eksemplet «å kjøre bil uten å ha barnet sikret i barnesete» brukt (Nordseth, 2020; Rummelhoff, 2024). Som Hessel (2003) har påpekt er det imidlertid slik at vi ikke vet hva risikoen ved frifødsel er. Det finnes ingen statistikk eller studier av utfall knyttet til planlagte uassisterte fødsler der «*en frisk mor føder et ønsket barn i omgivelser hun opplever som fysisk og emosjonelt trygge, hvor mor er i kontakt med kroppen, har akutt helsehjelp tilgjengelig og valgte frifødsel fordi hun mener det er det beste*» (Hessel, 2003, s. 5).

5.1.6 Stigma

Kvinnene beskytter seg selv og avgjørelsen om frifødsel ved å holde den hemmelig. Noen møtte hjelpsomme mennesker, men de har en klar formening om at samfunnet fordømmer valget. Stigma og hemmelighet er et tema som går igjen i frifødsselforskning og litteratur (McKenzie et al., 2020). Miller (2012) utforsker stigma spesifikt, og omtaler frifødsel som et «dobbelstigma» siden frifødere er en minoritet i minoriteten som velger hjemmefødsel. Dette antydes også i vår syntese der det påpekes hvordan ikke engang hjemmefødsel *med* jordmor er allment akseptert. I likhet med vår studie fant også Miller (2012) at det fleste velger å holde avgjørelsen hemmelig og føler seg dømt. Noen få anser seg imidlertid som aktivister, og er opptatt av bre ordet om frifødsel «høyt og stolt» Miller (2012, s. 417). Dette var ikke noe som kom frem i vår syntese. Likevel kan en se ønsket om å formidle frifødsel som en valgmulighet i den norske podkasten «Frifødsel Podkast» (Indreeide & Omlid, 2024). Som tidligere nevnt har helsepersonell ytret bekymring knyttet til «romantisering av frifødsel» (Schjelderup & Nordkvelde, 2024). Det kan synes utfordrende å få til en fruktbar dialog mellom helsevesenet og frifødere når de har fundamentalt forskjellige syn på fødsel og risiko. Faren med stigmatisering av frifødere kan være at de ikke søker hjelp, eller ikke tør å stille spørsmål. Vi fant at kvinner som tok kontakt med helsevesenet ikke følte de fikk svar på spørsmålene sine. De måtte heller bruke tid å forklare seg og «roe ned» bekymret helsepersonell. Feeley og

Thomson (2016) fant ta frifødere i Storbritannia så seg nødt til å lage strategier for å få hjelpen de ønsket uten å bli stemplet som uansvarlige. De kunne for eksempel ringe etter jordmor eller ambulanse akkurat så sent at de visste de ikke ville rekke frem (Feeley & Thomson, 2016).

5.2 Metodediskusjon – styrker og svakheter ved masteroppgaven

5.2.1 Litteratursøk

Allerede i forbindelse med pilotsøkene ble det klart at dette var et tema det er forsket relativt lite på. Det ble gjort svært omfattende systematiske litteratursøk med bistand fra bibliotekar. Vi har også hatt direkte kontakt med forskere i Finland (Maija-Riitta Jouhki, Johanna Sarlio-Nieminen og Gissler Mika) og på Island (Berglind Hálfhánsdóttir) siden vi ikke fant studier fra disse landene. Dette ledet ikke flere studier som kunne inkluderes. Vi fikk imidlertid nyttige tips om kontoer på sosiale medier, nyhetsartikler, samt studentoppgaver om tema. Vi fikk også vite at det pågår studie om frifødsel på Island som trolig vil publiseres i 2025. Vi har også hatt direkte kontakt Laura Shanley som sendte en kopi av Carters bok fra 1957, som ellers er helt utilgjengelig. Frifødsel er et relativt nytt begrep, og mange andre ord er brukt om konseptet (tabell 1). Det er dermed ikke sikkert alle studier som omhandler tema kommer opp i litteratursøk. Ved gjennomgang resultater fra pilotsøkene ble det klart at hjemmefødselstudier kan inneholde beskrivelser av fødsler der helsepersonell ikke er til stede, dermed ble det systematiske søket utvidet. Dette førte imidlertid heller ikke til nye studier som kunne inkluderes.

Vi mener det er en styrke at vi har gjort omfattende litteratursøk, hatt direkte kontakt med forskningsmiljøet og hatt en veileder som kjenner feltet godt. Vi er imidlertid uerfarne som forskere, men det er en fordel at vi har vært to for å kunne diskutere valgene vi har tatt gjennom hele prosessen.

5.2.2 Teoretisk forankring og diskusjon

Vi diskuterer våre funn i lys av den sosiale og medisinske modellen, fødselsomsorgen i Norden og internasjonal frifødsselforskning. Dette har vært utfordrende, men også interessant på flere punkter. Da vi gikk inn i oppgave fordypet vi oss i den historiske konteksten, og trodde vi ville finne større forskjeller mellom de nordiske studiene og andre høyinntekstland. Det viste seg imidlertid å være svært lite som skiller ulike land opp igjennom tidene.

Den sosiale og medisinske modellen ble valgt som teoretisk perspektiv fordi syn på fødsel er et viktig tema i frifødsselforskning (Freeze, 2008; McKenzie et al., 2020). Det kom tydelig frem i vår syntese at kvinnene hadde et syn på fødsel som var i tråd med den sosiale modellen, og en sterk motstand mot det den medisinske modellen representerer, slik den er presentert av (MacKenzie Bryers & van Teijlingen, 2010). Utfordringen med modellen er forutsetningen om at «noen» har omsorg for fødekvinne (Freeze, 2008). Freeze (2008, s. 317-332) problematiserer også dette i sin avhandling. Hun mener frifødsel ikke bør forstås som et nytt ytterpunkt i den sosiale modellen, men snarere som en egen modell der flere av verdiene er overlappende (Freeze, 2008, s. 328). Vi opplevde også at dette kanskje ville gitt mer mening.

Tabell 10: Oversiktsstudier om motivasjon og opplevelser med frifødsel					
	Feeley et al. (2015)	Holten og de Miranda (2016)	Macdonald et al. (2023)	Shorey et al. (2023)	Higuera et al. (2024)
(Henriksen et al., 2020)	-	-	-	Inkludert	Inkludert
(Johansson et al., 2023)	-	-	-	-	Inkludert
(Lindgren et al., 2017)	-	-	Inkludert	Inkludert	Inkludert
(Lou et al., 2022)	-	-	-	-	Inkludert
(Lundgren, 2010)	-	Inkludert	Inkludert	-	Inkludert

Primærstudiene vi har inkludert i vår syntese er også inkludert i de nyeste oversiktsstudiene (se tabell 10). Selv om oversiktsartiklene har inkludert flere andre studier i tillegg, og gjort sine egne analyser, har vi i stor grad unngått å bruke dem i diskusjonen. Våre funn er derfor hovedsakelig diskutert opp mot primærstudier og oversiktsartiklene til Feeley et al. (2015) og Holten og de Miranda (2016). Dette har kanskje gjort diskusjonen litt ekstra tung språklig.

Det er en svakhet ved masteroppgaven at vi har et teoretisk perspektiv som ikke helt passer, og det var utfordrende at vi i liten grad kunne diskutere våre funn opp mot de nyeste oversiktsartiklene. Higuera et al. (2024) var ikke publisert da vi startet arbeidet med oppgaven. Vi har imidlertid satt oss godt inn i forskningen som er gjort på feltet. Det er en styrke.

Våre funn baserer seg på kvalitativ forskning. Funnene er derfor ikke representative for alle som velger frifødsel i Norden. Det er ikke mulig å si hvor mange kvinner som velger frifødsel fordi de anser det som det beste, og hvor mange som velger det fordi andre alternativer oppleves som uakseptable. Det er meget mulig at det er den siste gruppen som er mest interessert i delta i forskning. Det er dermed ikke sikkert at de kvinnene som er intervjuet i studiene er de mest «radikale friføderne». Dersom motstanden mot jordmødre og systemet er stor vil de kanskje ikke snakke med forskere og delta i studier. En av kvinnene i studien til Lundgren (2010) bemerket dette, hun ville ikke latt seg intervjuer dersom studiens hensikt hadde vært å vise at hjemmefødsel var risikabelt.

6 AVSLUTNING

I denne kvalitative litteraturstudien har vi undersøkt hvilke erfaringer kvinner i Norden med frifødsel, og hva som motiverer dem til å planlegge en slik fødsel. Vi kom frem til at troen på «fødselens avgjørende betydning» kvinnenes hovedmotivasjon for å velge frifødsel. De har et intenst ønske om å skape den tryggeste og den beste fødselen for barnet, seg selv og familien som helhet. At dette ønsket fører til valget om frifødsel, handler om kvinnenes syn på fødsel og hvilke valgmuligheter de har. Kvinnene anser fødsel som en normal prosess som fungerer best helt uforstyrret. Fødselen skal skje på den fødende sine egne premisser, sammen med mennesker de har tillit til. Dette synet på fødsel er i seg selv en motivasjon for frifødsel. Mange ønsket i utgangspunktet hjemmefødsel med en jordmor med samme innstilling til fødsel som dem selv, men ofte var ikke dette en valgmulighet. Flere av kvinnene hadde opplevd tidligere sykehusfødsler som traumatiske på grunn av tap av autonomi. For denne gruppen var det å unngå re-traumatisering en viktig del av motivasjonen for å planlegge frifødsel. Sykehus var ikke et sted der de opplevde det som trygt å føde. Det må skilles mellom kvinnene som velger frifødsel fordi de velger seg *bort* fra noe, altså et negativt valg, og de som velger det fordi de mener det er slik fødsel skal være. Særlig for kvinnene som har tidligere traumatiske opplevelser, og for de som helst ønsker hjemmefødsel med jordmor, vil frifødsel kunne være et negativt valg.

Kvinnenes erfaringer med frifødsel handler om planleggingen og opplevelser knyttet til selve fødselen. Det overordnede temaet, «Fødselens avgjørende betydning», kommer til syne i hvordan kvinnene forbereder seg nøye, og beskytter valget ved å holde det hemmelig. Kvinnene opplever å ha et syn på fødsel som er i delvis konflikt med helsevesenet og samfunnet generelt. Dermed dreide mye av planleggingen seg om å skape et trygt føderom og stole på seg selv. De opplever avgjørelsen som svært gjennomtenkt. Noen kjente på ambivalens og lengtet etter støtte fra en jordmor. Støtte fra partner var helt avgjørende. De strekker seg langt for å gi barnet den beste starten på livet, og opplever det som svært tilfredsstillende når de lykkes med frifødselen. Fødselen kunne være en styrkende opplevelse som bidro til bedre tilknytning til barnet, og helbredet tidligere traumer.

Frifødsel oppstod som en reaksjon på den legestyrte fødselshjelpen i USA på 1950-tallet (McKenzie et al., 2020). Motivasjoner for frifødsel ser imidlertid ut til å ha endret seg lite opp igjennom tidene. Som McKenzie et al. (2020, s. 516) påpeker, er det bemerkelsesverdig at alt som senere er blitt «oppdaget» i frifødselsforskningen i stor grad dekkes i Carters bok fra 1957, og den første studien «Unattended home birth» av Edwards (1973). Den nordiske fødselsomsorgen har en helt annen historie enn den amerikanske. Her har jordmødre hele tiden vært en del av den offentlige fødselsomsorgen, og hatt ansvaret for de normale fødselsforløpene. Norden har et velferdstilbud som sikrer alle innbyggere helsetjenester i svangerskap og fødsel uten at noen har personlige, økonomiske interesser (Blix et al., 2022). Likevel er kvinners erfaringer med frifødsel og deres motivasjoner for å velge dette, i stor grad de samme som er funnet i studier andre høyinntekstland. Det eneste som kanskje var mer fremtredende i vår syntese var kvinnenens lengsel etter en jordmor som forsto dem. Samt et uttrykk for sympati med jordmødre som er bundet til «systemet», og må følge retningslinjer de kanskje ikke er enige i.

6.1 Behov for videre forskning

Frifødsel er fortsatt lite utforsket. Kanskje er det ikke så mye nytt å finne når det gjelder motivasjoner, men erfaringer vet vi mindre om. Frifødselsforskning kan gi unik innsikt i kvinners opplevelser av totalt uforstyrrede fødsler. Det hadde vært en fordel å kunne si noe om hvor mange kvinner som velger å føde uassistert. Nøyaktige tall kan gjøre det lettere å rettferdiggjøre forskning på tema, og å bli hørt dersom målet er å skape en endring. Det mangler forskning på kvinner som planlegger frifødsel, men som av ulike grunner ender opp på sykehus.

6.2 Implikasjoner for praksis

Det er trolig svært få kvinner som velger frifødsel i Norden. Denne oppgaven kan likevel være nyttig fordi funnene forteller oss noe om hvordan fødselsomsorgen i Norden oppleves. Vi fant at kvinner som velger frifødsel opplever begrensede valgmuligheter, både med tanke på fødested, men også i retningslinjer som leder til intervensjoner de ikke ønsker.

På et samfunnsmessig plan kan våre funn støtte opp under organisasjoner som arbeider for at fødetilbudene, både i byer og distriktene styrkes, slik at alle gravide hadde et differensiert fødetilbud med reelle valgmuligheter for fødested. Det kan også øke oppmerksomheten rundt behovet for en omstrukturering av fødselsomsorgen til en kontinuitetsmodell, som støtter den viktige relasjonen mellom jordmor og fødekvinne som kan føre til at kvinner følte seg bedre ivaretatt. Det kunne også vært en tanke å opprette en type kontakttjeneste for kvinner som friføder, hvor de kan få hjelp og støtte både før under og etter fødsel, heller enn at de skal føle seg stigmatisert og ekskludert.

Når så mange kvinner har negative opplevelser i møte med fødselsomsorgen, burde man spørre seg hvorfor. Sykehus og fødeavdelinger bør skape større bevissthet rundt sitt maktforhold i møte med gravide og fødende, og i tillegg legge bedre til rette for at kvinner kan få det slik de ønsker for sin fødsel. Når det gjelder jordmødre og andre fødselshjelpere, må de selv tenke over sine holdninger og væremåte i møte med gravide og fødende. Økt kunnskap, også om noe man i utgangspunktet er skeptisk til, kan gi økt kompetanse. Er man villige til å lytte til frifødere kan vi lære masse.

7 LITTERATURLISTE

- Alanah. (2024). *Birthing Woman, Moonbirth Sculptures*. Australia.
<https://www.moonbirthsculptures.com.au/products/between-two-worlds-birth-sculpture>
- Aveyard, H., Payne, S. & Preston, N. (2021). *A Postgraduate's Guide to Doing a Literature Review in Health and Social Care, 2e*. McGraw-Hill Education.
- Baker, J. P. (2003). 'Freebirth' equals unassisted birth. *Midwifery Today with International Midwife*, (66), 5-5.
<https://login.ezproxy.oslomet.no/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106787849&site=ehost-live&scope=site>
- Baranowska, B., Węgrzynowska, M., Tataj-Puzyna, U. & Crowther, S. (2022). "I knew there has to be a better way": Women's pathways to freebirth in Poland. *Women and Birth*, 35(4), e328-e336. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.07.008>
- Bilby, T. (2023). *Freebirthing – kvinnorna som föder på egen hand*. Hentet 24.08.2024 fra <https://www.expressen.se/mama/mamaliv/freebirthing-kvinnorna-som-foder-pa-egen-hand/>
- Blix, E. (2020, 14. juli 2020). REPLIKK: Refs og latterliggjøring hjelper ikke. *Verdens Gang (VG)*. <https://www.vg.no/nyheter/meninger/i/BRoaOQ/replikk-refs-og-latterliggjoering-hjelper-ikke>
- Blix, E., Olafsdottir, A. O., Maimburg, R., Wikberg, A., Gottfredsdotti, H., Nøhr, E. A. & Lundgren, I. (2022). Midwifery in a Nordic context. I I. Lundgren, E. Blix, H. Gottfredsdottir, A. Wikberg & E. A. Nøhr (Red.), *Theories and perspectives for midwifery: a Nordic view* (s. 35-47). Studentlitteratur.
- Blom, I. (1988). "Den haarde Dyst" *Fødsler og Fødselshjelp gjennom 150 år* (1. utg.). Cappelen.
- Blåka, G. (2002). *Grunnlagstenking i et kvinnefag - Teori, empiri og metode*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Booth, A. (2001). Cochrane or Cock-eyed? How Should We Conduct Systematic Reviews of Qualitative Research? *Proceedings of the Qualitative Evidence-based Practice Conference, Taking a Critical Stance*.
- Buckley, S. (2009). *Gentle birth, gentle mothering: A doctor's guide to natural childbirth and gentle early parenting choices*. Celestial Arts.
- Buckley, S. (2010). Sexuality in Labour and Birth: An Intimate Perspective. I D. Walsh & S. Downe (Red.), *Essential Midwifery Practice: Intrapartum Care* (s. 213-234). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/9781444317701.ch12>
- Capitulo, K. L. (1998). The RISE, FALL, and RISE of Nurse-Midwifery in America. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 23(6), 314-321.
https://journals.lww.com/mcnjournal/fulltext/1998/11000/the_rise_fall_and_rise_of_nurse_midwifery_in.8.aspx
- Carter, P. C. (1957). *Come Gently, Sweet Lucina*. Self--published.
- Centre for Reviews and Dissemination. (2009). *Systematic Reviews: CRD's Guidance for Undertaking Reviews in Health Care*. York Publishing Services Ltd.
https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic_Reviews.pdf
- Coughlan, M. & Cronin, P. (2021). *Doing a literature review in Nursing, Health and Social Care* (3. utg.). SAGE Publications Ltd.

- Critical Appraisal Skills Programme (CASP). (2018). *CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a Qualitative research [online]*. Hentet 14.02.2024 fra <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Dahlman, T. (2020). Retten til å føde. *Altså*, 5/høst.
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet*, 75 Suppl 1, S5-s23. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)
- Diamond-Brown, L. A. (2019). Women's Motivations for "Choosing" Unassisted Childbirth: A Compromise of Ideals and Structural Barriers. I *Reproduction, Health, and Medicine* (Bd. 20, s. 85-106) (Advances in Medical Sociology). Emerald Publishing Limited. <https://doi.org/10.1108/S1057-629020190000020010>
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O. T., Bonet, M. & Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS One*, 13(4), e0194906. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>
- Edwards, M. E. (1973). Unattended home birth. *Am J Nurs*, 73(8), 1332-1335.
- Elmhirst, S. (2020). The battle over birth. *The Economist 1843 magazine*. <https://www.economist.com/1843/2020/08/03/the-battle-over-birth>
- Eri, T. S. (2022). Midwifery discourse. I I. Lundgren, E. Blix, H. Gottfreðsdóttir, A. Wikberg & E. A. Nøhr (Red.), *Theories and perspectives for midwifery: a Nordic view* (s. 211-218). Studentlitteratur. <https://books.google.no/books?id=B996zwEACAAJ>
- Feeley, C., Bums, E., Adams, E. & Thomson, G. (2015). Why do some women choose to freebirth? A meta-thematic synthesis, part one. *Evidence Based Midwifery*, 13(1), 4-9. <https://login.ezproxy.oslomet.no/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=102836736&site=ehost-live&scope=site>
- Feeley, C. & Thomson, G. (2016). Tensions and conflicts in 'choice': Womens' experiences of freebirthing in the UK. *Midwifery*, 41, 16-21. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.014>
- Fjell, T. I. (1998). *Fødselens gjenfødselse - Fra teknologi til natur på fødearenaen*. Høyskoleforlaget AS.
- Free Birth Society. (2024a). *Free Birth Society - Podcast*. Hentet 20.02.2024 fra <https://www.freebirthsociety.com/podcast>
- Free Birth Society. (2024b). *New to Free Birth Society?* Hentet 26.09.2024 fra <https://www.freebirthsociety.com/start-here>
- Free Birth Society. (2024c). *Our story*. Hentet 29.01.2024 fra <https://www.freebirthsociety.com/our-story>
- Free Birth Society [@freebirthsociety]. (2024). <https://www.instagram.com/freebirthsociety/>
- Freeze, E. (2012). Freebirth. *Journal of Perinatal Education*, 21(4), 202-205. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1891/1058-1243.21.4.202>
- Freeze, R. A. S. (2008). *Born free: Unassisted childbirth in North America* (Publikasjonsnr. 3339249) [Ph.D., The University of Iowa]. ProQuest Dissertations & Theses Global; Publicly Available Content Database. United States -- Iowa. <https://doi.org/10.17077/etd.gqjehps0>
- Gaskin, I. M. (2003). Some thoughts on unassisted childbirth. *Midwifery Today with International Midwife*, (66), 38-40. <https://login.ezproxy.oslomet.no/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106787899&site=ehost-live&scope=site>
- Gaskin, I. M. (2011). *Birth matters A Midwife's Manifesta*. Seven Stories Press.

- Gassen, N. S. & Stjernberg, M. (2024). Population change beyond the pandemic. I G. Nordlen, T. Heleniak & K. Refsgaard (Red.), *State of the Nordic Region 2024* (Bd. 2024:13). Nordic Council of Ministers, Nordregio. <https://www.norden.org/no/node/87807>
- Greenfield, M., Jomeen, J. & Glover, L. (2019). "It Can't Be Like Last Time" - Choices Made in Early Pregnancy by Women Who Have Previously Experienced a Traumatic Birth. *Frontiers in Psychology*, 10, 56. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00056>
- Greenfield, M., Payne-Gifford, S. & McKenzie, G. (2021). Between a Rock and a Hard Place: Considering "Freebirth" During Covid-19. *Frontiers in Global Womens Health*, 2, 603744. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.3389/fgwh.2021.603744>
- Grindheim, S., Mascali, F. & Bratlien, Å. M. (2024). Fødselshjelp mot alles vilje? *Verdens Gang (VG)*. Hentet 20.08.2024, fra <https://www.vg.no/nyheter/i/63q900/foedselshjelp-mot-alles-vilje>
- Hálfðánsdóttir, B., Blix, E., Lindgren, H. & Schroll, A. M. (2022). Place of birth. I I. Lundgren, E. Blix, H. Gottfreðsdóttir, A. Wikberg & E. A. Nøhr (Red.), *Theories and perspectives for midwifery: a Nordic view* (s. 181-193). Studentlitteratur.
- Halfdanskottir, B., Wilson, M. E., Hildingsson, I., Olafsdottir, O. A., Smarason, A. K. & Sveinsdottir, H. (2015). Autonomy in place of birth: a concept analysis. *Medicine, Health Care & Philosophy*, 18(4), 591-600. <https://doi.org/10.1007/s11019-015-9624-y>
- Haraldstad, A.-M. B. & Christophersen, E. (2008). Litteratursøk og personlige referansedatabaser. I P. Laake, B. R. Olsen & H. B. Benestad (Red.), *Forskning i medisin og biofag* (2. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Haydock, S. M. (2014). *Unhindered Childbirth: Wisdom for the Passage of Unassisted Birth*. CreateSpace Independent Publishing Platform.
- Heiberg, M. (2024, 5. juli 2024). *Fødsel er dypt personlig*. Hentet 10.08.2024 fra <https://www.vg.no/nyheter/i/3ME78P/maria-heiberg-foedsel-er-dypt-personlig>
- Helliwell, J. F., Huang, H., Shiplett, H. & Wang, S. (2024). Happiness of the younger, the older, and those in between. I J. F. Helliwell, R. Layard, J. D. Sachs, J.-E. De Neve, L. B. Aknin & S. Wang (Red.), *World Happiness Report 2024*. University of Oxford: Wellbeing Research Centre. <https://doi.org/http://doi.org/10.18724/whr-flp2-qj33>
- Helsebiblioteket. (2014, 05.10.2022). *CINAHL tilgjengelig i Helsebiblioteket*. Hentet 13.03.2024 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/nyheter/cinahl-tilgjengelig-i-helsebiblioteket>
- Helsebiblioteket. (2020). *Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie*. Hentet 01.02.2024 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekkliste>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64)* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helsetilsynet. (2021). Hjemmefødsel – kvinners medvirkning, krav til jordmors forsvarlighet og helseforetakenes ansvar for samarbeid. <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/tilsynsmeldingen/2021/hjemmefoedsel-kvinnens-medvirkning-krav-til-jordmors-forsvarlighet-og-helseforetakenes-ansvar-for-samarbeid/>
- Henriksen, L., Nordström, M., Nordheim, I., Lundgren, I. & Blix, E. (2020). Norwegian women's motivations and preparations for freebirth—A qualitative study. *Sexual &*

- Reproductive HealthCare*, 25, 100511.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100511>
- Hessel, L. (2003). One more for Goer. *Midwifery Today with International Midwife*, (66), 5-5.
<https://login.ezproxy.oslomet.no/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106787866&site=ehost-live&scope=site>
- Hickman, A. (2010). *Born (not so) free: legal limits on the practice of unassisted childbirth or freebirthing in the United States*. Minnesota Law Review. 511.
<https://scholarship.law.umn.edu/mlr/511>
- Higueras, M. V., Douglas, F. & Kennedy, C. (2024). Exploring women's motivations to freebirth and their experience of maternity care: A systematic qualitative evidence synthesis. *Midwifery*, 134, 104022.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104022>
- Hollander, M., de Miranda, E., van Dillen, J., de Graaf, I., Vandenbussche, F. & Holten, L. (2017). Women's motivations for choosing a high risk birth setting against medical advice in the Netherlands: a qualitative analysis. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 17(1), 423. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1186/s12884-017-1621-0>
- Holten, L. & de Miranda, E. (2016). Women's motivations for having unassisted childbirth or high-risk homebirth: An exploration of the literature on 'birthing outside the system'. *Midwifery*, 38, 55-62. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.03.010>
- 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/https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.07.005>
- Indreeide, K. & Omlid, M. (2024). I *Frifødsel Podcast*.
<https://open.spotify.com/show/4tUU6avucZNdQZv1sHSDgT?si=d673b2e0a44843ff>
- Jackson, M., Dahlen, H. & Schmied, V. (2012). Birthing outside the system: perceptions of risk amongst Australian women who have freebirths and high risk homebirths. *Midwifery*, 28(5), 561-567.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2011.11.002>
- Jackson, M. K., Schmied, V. & Dahlen, H. G. (2020). Birthing outside the system: the motivation behind the choice to freebirth or have a homebirth with risk factors in Australia. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 20(1), 254.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1186/s12884-020-02944-6>
- Johansson, M., Jansson, O., Lilja, F., Ekéus, C. & Volgsten, H. (2023). Freebirth, the only option for women who do not fit into common practice— A Swedish national interview study. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 37, 100866.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100866>
- Juul, K. (2023). Mors ønsker versus barns rettsvern. *Tidsskrift for Jordmødre*, 5(129), 8-11.
- Khabsa, M., Elmagarmid, A., Ilyas, I., Hammady, H. & Ouzzani, M. (2016). Learning to identify relevant studies for systematic reviews using random forest and external information. *Machine Learning*, 102(3), 465-482. <https://doi.org/10.1007/s10994-015-5535-7>
- Kirkham, M. & Edwards, N. (2023). *Freebirth Stories*. Birth Practice and Politics Forum.
- Kjeldset, A.-M. (2020). Rettigheder og trusler. *Tidsskrift for Jordemødre*, 1.
<https://jordemoderforeningen.dk/tidsskriftsartikel/rettigheder-og-trusler/>

- Kjærheim, K. (1987). *Mellom kloke koner og kvitkleddede menn - Jordmorvesenet på 1800-taket*. Det Norske Samlaget.
- Kjølørød, L. (1993). *Jordmor der mor bor? : en sosiologisk studie av jordmoryrket etter 1945* [Universitetsforlaget]. Oslo.
- Larkin, P., Begley, C. M. & Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25(2), e49-e59. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.010>
- Lindgren, H. E., Nässén, K. & Lundgren, I. (2017). Taking the matter into one's own hands – Women's experiences of unassisted homebirths in Sweden. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 11, 31-35. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.09.005>
- Lou, S., Dahlen, H. G., Gefke Hansen, S., Ørneborg Rodkjær, L. & Maimburg, R. D. (2022). Why freebirth in a maternity system with free midwifery care? A qualitative study of Danish women's motivations and preparations for freebirth. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 34, 100789. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100789>
- Lundbo, S. (2023). Norden. I *Store norske leksikon på snl.no*. Hentet 14.02.2024 fra <https://snl.no/Norden>
- Lundgren, I. (2010). Women's experiences of giving birth and making decisions whether to give birth at home when professional care at home is not an option in public health care. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 1(2), 61-66. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.srhc.2010.02.001>
- Lundgren, I. (2022). Midwifery history in a Nordic and international perspective. I I. Lundgren, E. Blix, H. Gottfredsdottir, A. Wikberg & E. A. Nøhr (Red.), *Theories and perspectives for midwifery: a Nordic view* (s. 27-33). Studentlitteratur. <https://books.google.no/books?id=B996zweACAAJ>
- Lundgren, I., Karlsdottir, S. I. & Bondas, T. (2009). Long-term memories and experiences of childbirth in a Nordic context—a secondary analysis. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 4(2), 115-128. <https://doi.org/10.1080/17482620802423414>
- Macdonald, D., Helwig, M. & Snelgrove-Clarke, E. (2023). Experiences of women who have planned unassisted home births in high-resource countries: a qualitative systematic review. *JBIC Evidence Synthesis*, 21(9), 1732-1763. <https://doi.org/10.11124/jbies-22-00246>
- MacKenzie Bryers, H. & van Teijlingen, E. (2010). Risk, theory, social and medical models: A critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery*, 26(5), 488-496. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.07.003>
- Maimburg, R. & Blix, E. (2022). Perspectives on childbearing. I I. Lundgren, E. Blix, H. Gottfredsdottir, A. Wikberg & E. A. Nøhr (Red.), *Theories and perspectives for midwifery: a Nordic view* (s. 95-104). Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Martela, F., Greve, B., Rothstein, B. & Saari, J. (2020). The Nordic exceptionalism: What explains why the Nordic countries are constantly among the happiest in the world. I J. F. Helliwell, R. Layard, J. D. Sachs, J.-E. De Neve, L. B. Aknin, H. Huang & S. Wang (Red.), *World happiness report 2020* (s. 129-146). Sustainable Development Solutions Network. <https://www.jstor.org/stable/resrep25851.10>
- McKenzie, G. & Montgomery, E. (2021). Undisturbed Physiological Birth: Insights from Women Who Freebirth in the United Kingdom. *Midwifery*, 101, 103042. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2021.103042>

- McKenzie, G., Robert, G. & Montgomery, E. (2020). Exploring the conceptualisation and study of freebirthing as a historical and social phenomenon: a meta-narrative review of diverse research traditions. *Medical Humanities*, 46(4), 512.
<https://doi.org/10.1136/medhum-2019-011786>
- Miller, A. C. (2009). "Midwife to myself": Birth narratives among women choosing unassisted homebirth. *Sociological Inquiry*, 79(1), 51-74.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/j.1475-682X.2008.00272.x>
- Miller, A. C. (2012). On the margins of the periphery: Unassisted childbirth and the management of layered stigma. *Sociological Spectrum*, 32(5), 406-423.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1080/02732173.2012.694795>
- Miller, S. & Lalonde, A. (2015). The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence, interventions, and FIGO's mother-baby friendly birthing facilities initiative. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131, S49-S52.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.02.005>
- Miltenburg, A. S., Bains, S., Strøm-Roum, E. M., Vartdal, V. W., Sørbye, I. K., Alnæs-Katjavivi, P., Sundby, J. & Nyfløt, L. T. (2023). Svangerskap, fødsel og barseltid—mer enn bare overlevelse. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/doi:10.4045/tidsskr.23.0500>
- Mortensen, B. (2022). *Barselbrølet : hvordan skape verdens beste fødselsomsorg*. Manifest.
- Newnham, E. & Kirkham, M. (2019). Beyond autonomy: Care ethics for midwifery and the humanization of birth. *Nurs Ethics*, 26(7-8), 2147-2157.
<https://doi.org/10.1177/0969733018819119>
- Nordseth, T. (2020, 04.07.20). Meninger: «Freebirth» er uansvarlig. *Verdens Gang (VG)*.
<https://www.vg.no/nyheter/meninger/i/BRo2aQ/freebirth-er-uansvarlig>
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke En innføring i sykepleiens etikk*. Gyldendal Akademisk.
- Nøhr, E. A., Blix, E. & Lundgren, I. (2022). Midwifery in a Nordic context. I I. Lundgren, E. Blix, H. Gottfreðsdóttir, A. Wikberg & E. A. Nøhr (Red.), *Theories and perspectives for midwifery: a Nordic view* (s. 79-94). Studentlitteratur.
- Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdóttir, S. I., Spyridou, A., Crespo-Mirasol, E., Takács, L., Hall, P. J., Murphy, M., Jonsdóttir, S. S., Downe, S. & Nieuwenhuijze, M. J. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ Open*, 8(10), e020347.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>
- Olza, I., Uvnas-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Leahy-Warren, P., Karlsdóttir, S. I., Nieuwenhuijze, M., Villarmeá, 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*, 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., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V. A., Whiting, P. & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Bmj*, 372, n71.
<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. <https://lovdata.no/LTI/lov/1999-07-02-63>

- Plant, R. J. (2014). The perfect painless labor”: The natural childbirth movement in the mid-twentieth-century US. *Journal of the Motherhood Initiative for Research and Community Involvement*.
<https://jarm.journals.yorku.ca/index.php/jarm/article/view/39332>
- Plested, M. & Kirkham, M. (2016). Risk and fear in the lived experience of birth without a midwife. *Midwifery*, 38, 29-34.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.02.009>
- Preis, H., Gozlan, M., Dan, U. & Benyamini, Y. (2018). A quantitative investigation into women's basic beliefs about birth and planned birth choices. *Midwifery*, 63, 46-51.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.002>
- Rakeng, T. R. (2024). Flere gravide nekter undersøkelser: Jordmødre advarer. *Verdens Gang (VG)*. <https://www.vg.no/nyheter/i/736B09/flere-gravide-nekter-undersoekelser-jordmoedre-advarer>
- Reed, R., Sharman, R. & Inglis, C. (2017). Women’s descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1).
<https://doi.org/10.1186/s12884-016-1197-0>
- 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>
- Rigg, E. C., Schmied, V., Peters, K. & Dahlen, H. G. (2020). A survey of women in Australia who choose the care of unregulated birthworkers for a birth at home. *Women & Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 33(1), 86-96.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2018.11.007>
- Rosenberg, K. & Trevathan, W. (2002). Birth, obstetrics and human evolution. *Bjog*, 109(11), 1199-1206. <https://doi.org/10.1046/j.1471-0528.2002.00010.x>
- Rydning, E. & Rakeng, T. R. (2024, 15.10.2024). Helsedirektoratet slår alarm: Frykter utrygge fødekvinne. *Verdens Gang (VG)*.
https://www.vg.no/nyheter/i/qPmeve/helsedirektoratet-slaar-alarm-frykter-utrygge-foedekvinne?fbclid=IwY2xjawF8ce9leHRuA2F1bQIxMQABHVrIE5O6wkeGQKN1Wgqnpf58L8Zg4IBkJ_rAH9-i9yYtHicC9VUFMICDZA_aem_qZKiHLmEYIgL3rUdvVKPpg
- Saini, M. & Shlonsky, A. (2012). *Systematic Synthesis of Qualitative Research*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195387216.001.0001>
- Sandve, E. (2024). Fødselstrend bekymrer: Rådes til å føde alene. Hentet 20.09.2024, fra https://www.nrk.no/sorlandet/freebirth_-rader-hverandre-til-a-fode-hjemme-uten-jordmor-1.17000562
- Schjelderup, H. C. & Nordkvelde, C. (2024). Romantiseringen av «fri fødsel» er potensielt livsfarlig. *Verdens Gang (VG)*. <https://www.vg.no/nyheter/i/B012Jw/romantiseringen-av-fri-foedsel-er-potensielt-livsfarlig>
- Schröder, K., Stockholm, L., Rubin, K. H., Jørgensen, J. S., Nohr, E. A., Petersen, L. K. & Bliddal, M. (2021). Concerns about transmission, changed services and place of birth in the early COVID-19 pandemic: a national survey among Danish pregnant women. The COVIDPregDK study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 21(1), 1-10.
<https://doi.org/doi:10.1186/s12884-021-04108-6>

- Schultz, G. (1958). Cruelty in maternity wards. *Ladies' Home Journal*, May, 44-45.
<https://archive.org/details/ladies-home-journal-v-075-n-05-1958-05/page/44/mode/2up?view=theater>
- Shanley, L. K. (2002). What some women don't want. *Midwifery Today with International Midwife*, (63), 15-18.
<https://login.ezproxy.oslomet.no/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106861799&site=ehost-live&scope=site>
- Shanley, L. K. (2016). *Unassisted childbirth* (3. utg.). CreateSpace Independent Publishing Platform.
- Shanley, L. K. (2017). Unassisted Childbirth in the 1950's.
<https://unassistedchildbirth.com/what-is-uc/unassisted-childbirth-in-the-1950s/>
- Shorey, S., Jarašiūnaitė-Fedosejeva, G., Akik, B. K., Holopainen, A., Isbir, G. G., Chua, J. S., Wayt, C., Downe, S. & Lalor, J. (2023). Trends and motivations for freebirth: A scoping review. *Birth*, 50(1), 16-31. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/birt.12702>
- Shugerman, E. (2018, Jul. 16, 2020). *She Wanted a 'Freebirth' at Home. When the Baby Died, the Attacks Began*. The Daily Beast. Hentet 01.10.2024 fra
<https://www.thedailybeast.com/she-wanted-a-freebirth-at-home-when-the-baby-died-the-attacks-began>
- 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/https://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2020.102705>
- Sperlich, M. (2024). Scoping review suggests that reasons for choosing unassisted birth ('freebirth') vary depending on income, previous negative health care experiences and personal and cultural beliefs. *Evidence-based nursing*.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1136/ebnurs-2023-103722>
- Sperlich, M. & Gabriel, C. (2022). "I got to catch my own baby": a qualitative study of out of hospital birth. *Reproductive Health*, 19(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01355-4>
- St.meld. nr. 12 (2008-2009). *En gledelig begivenhet — Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*. H.-o. omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009/id545600/>
- Straffeloven. (2022). *Bekendtgørelse af straffeloven* (LBK nr 1360 af 28/09/2022). Justitsministeriet. <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/1360>
- Sundhedsstyrelsen. (2021). *Anbefalinger for organisering af fødetilbud*. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Anbefalinger-svangreomsorgen/Anbefalinger-for-organisering-af-foedetilbud.ashx>
- Thomas, J. & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8(1), 45.
<https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>
- Trampe, S. V. (2024). Farlig romantisering av «fri fødsel». *Agenda Magasin*.
<https://agendamagasin.no/kommentarer/farlig-romantisering-av-fri-fodsel/>
- Van Teijlingen, E. (2005). A Critical Analysis of the Medical Model as used in the Study of Pregnancy and Childbirth. *Sociological Research Online*, 10(2), 63-77.
<https://doi.org/10.5153/sro.1034>
- Verdens helseorganisasjon (WHO). (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization.

- <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>
- Wager, E. & Wiffen, P. J. (2011). Ethical issues in preparing and publishing systematic reviews. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 4(2), 130-134.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1756-5391.2011.01122.x>
- Walsh, D. & Newburn, M. (2002a). Towards a social model of childbirth: part one. *British Journal of Midwifery*, 10(8), 476-481.
- Walsh, D. & Newburn, M. (2002b). Towards a social model of childbirth: part two. *British Journal of Midwifery*, 10(9), 540-544.
- Wolters Kluwer. (2024). *Maternity and Infant Care*. Hentet 13.03.2024 fra <https://www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/maternity-and-infant-care-2694>
- Zadrozny, B. (2020, Feb. 21, 2020). 'I brainwashed myself with the internet'. *NBC News*.
<https://www.nbcnews.com/news/us-news/she-wanted-freebirth-no-doctors-online-groups-convinced-her-it-n1140096>
- Øjerson, J. (2024). Der er en vigtig samtale om fødsler, vi skal tage. *Woman*.
https://woman.dk/kvinder/der-er-en-vigtig-samtale-om-foedsler-vi-skal-tage?fbclid=IwY2xjawF9m4ZleHRuA2FlbQIxMQABHd9CV87S3h58V17zo6EpW_yplhXybYfDuscHINJI2iGXu5-R_bHg5Mt3SQ_aem_XfnQoy7XJaoE7W-uwTE07w

1 VEDLEGG 1: BAKGRUNNSLITTERATUR OM FRIFØDSEL

Oversiktsstudier med fokus på motivasjon og opplevelser knyttet til frifødsel (kronologisk)	
Arikkel	Hovedfunn
Feeley, C., Bums, E., Adams, E. & Thomson, G. (2015). Why do some women choose to freebirth? A meta-thematic synthesis, part one. <i>Evidence Based Midwifery</i> , 13(1), 4-9.	“Four key themes were generated: rejection of the medical and midwifery models of birth; faith in the birth process; autonomy; and agency. There was a prevailing sense of opting to freebirth in order to retain choice, control and autonomy over their bodies during the birth process”.
Holten, L. & de Miranda, E. (2016). Women's motivations for having unassisted childbirth or high-risk homebirth: An exploration of the literature on ‘birthing outside the system’. <i>Midwifery</i> , 38, 55-62.	“Key conclusions: concerns over consent, intervention and loss of the birthing experience may be driving women away from formal healthcare. There is a lack of fit between the health needs of pregnant women and the current system of maternity care. Biomedical and alternative ‘outside the system’ discourses on authoritative knowledge, risk, autonomy and responsibility must be negotiated to find a common ground wherein a dialogue can take place between client and health professional.”
McKenzie, G., Robert, G. & Montgomery, E. (2020). Exploring the conceptualisation and study of freebirthing as a historical and social phenomenon: a meta-narrative review of diverse research traditions. <i>Medical Humanities</i> , 46(4), 512.	“The use of the meta--narrative methodology allowed the origins of freebirth in 1950s America to be traced to present--day empirical studies of the phenomenon. This highlighted how the subject and the publication of literature relating to freebirth are embedded within their social and historical contexts. From its very inception, freebirth aligns with the medicalisation of childbirth, the position of women in society, the provision of maternity care and the way in which women experience maternity services.”
Macdonald, D., Helwig, M. & Snelgrove-Clarke, E. (2023). Experiences of women who have planned unassisted home births in high-resource countries: a qualitative systematic review. <i>JBIM Evidence Synthesis</i> , 21(9), 1732-1763.	“The 4 categories were then synthesized into 2 synthesized findings: i) navigating tensions within self, and between self and systems, and ii) integrating and transcending physical experiences of birth.”
Shorey, S., Jarašiūnaitė-Fedosejeva, G., Akik, B. K., Holopainen, A., Isbir, G. G., Chua, J. S., Wayt, C., Downe, S. & Lalor, J. (2023). Trends and motivations for freebirth: A scoping review. <i>Birth</i> , 50(1), 16-31.	“Overall, motivation for freebirth included previous negative birth experiences with health care professionals, a desire to adhere to their birth--related beliefs, and fear of contracting the COVID--19 virus. Included studies reported that study participants were often met with negative responses when they revealed that they were planning to freebirth. Most women in the included studies had positive freebirth experiences.”

Higuera, M. V., Douglas, F. & Kennedy, C. (2024). Exploring women's motivations to freebirth and their experience of maternity care: A systematic qualitative evidence synthesis. <i>Midwifery</i> , 134, 104022.	Three main analytical themes: 'A quest for a safer birth', 'Powerful and powerless midwives', 'Rites of self-protection' "Freebirth was rarely women's primary choice but the result of structural and relational barriers to access wanted care. Self-care in the form of freebirth helped women to achieve a positive birth experience and to protect their reproductive self-determination."
---	--

Akademiske bøker	
Dahlen, H., Kumar-Hazard, B. & Schmied, V. (2020). <i>Birth outside the system: the canary in the coal mine</i> . Routledge.	Inneholder kapitler skrevet av ulike forskere. Boken undersøker hvorfor kvinner velger «å føde utenfor systemet» og knytter dette til kvinners rett til å velge hvor de føder og brudd på menneskerettigheter i fødselsomsorgen.
Kirkham, M. & Edwards, N. (2023). <i>Freebirth Stories</i> . Birth Practice and Politics Forum.	Frifødselshistorier fra UK, samlet inn og kommentert av jordmor og forsker M. Kirkham og aktivisten N. Edwards.
Bøker skrevet av frifødere	
Baker, J. P. (2001). <i>Prenatal yoga & natural childbirth</i> . Freestone Pub.	Baker var den som kom opp med begrepet «freebirth». Dette er hennes bok med egne fødselsfortellinger, syn på fødsel og yogaøvelser.
Carter, P. C. (1957). <i>Come Gently, Sweet Lucina</i> . Self-published.	Den første boken om frifødsel. En kombinasjon av fødselsfilosofi og egne fødselsopplevelser. Kritikk av den medikaliserte fødselsomsorgen.
Haydock, S. M. (2014). <i>Unhindered Childbirth: Wisdom for the Passage of Unassisted Birth</i> . CreateSpace Independent Publishing Platform.	Fødselshistorier og fødselsfilosofi. En bok til kvinner som vurderer frifødsel.
Shanley, L. K. (2016). <i>Unassisted childbirth</i> (3. utg.). CreateSpace Independent Publishing Platform.	Begrepet «uassistert fødsel» kommer fra Shanley. Dette er hennes bok med egne fødselshistorier og fødselsfilosofi.

2 VEDLEGG 2: PECOS-SKJEMA (MED SØKEORD)

Det grå feltet er delen av søket som ikke ble begrenset til nordiske land.

PECOS	Nøkkelord	Tekstord (med nærhetsoperator i Medline-format)
Populasjon: Kvinne	Det ble ikke lagt inn søkeord for å begrense søket til populasjonen til «kvinne».	
Eksponering 1: “Planlagt uassisteret fødsel” “Frifødsel”	<p>“unassisted OR unattended” AND nøkkelordene:</p> <p>Medline: parturition/ or birth setting/ or natural childbirth/</p> <p>Embase: (exp childbirth/ or exp natural childbirth/ or exp birth setting/)</p> <p>PsycInfo: exp Birth/</p> <p>Cinahl: (MH "Childbirth+") OR (MH "Prepared Childbirth") OR (MH "Alternative Birth Methods+") OR (MH "Birth Setting") OR (MH "Term Birth") OR (MH "Labor+")</p>	<p>freebirth* or "free birth*"</p> <p>(unassisted adj2 (birth* or born or childbirth* or "child birth*" or labor* or labour* or parturition* or deliver*))</p> <p>((unattended or free or alternative or natural* or sovereign or wild or family or unhindered or undisturbed or solo or private or abandoned or lone or intuitive or "parent assisted" or "partner assisted" or "do-it-yourself" or couples* or "husband assisted" or pure) adj1 (birth* or born or childbirth* or "child birth*" or labor* or labour* or parturition* or deliver*))</p>
Eksponering 2: Uautoriserte fødselshjelpere	<p>exp Doulas/</p> <p>MH «Doulas»</p>	<p>((unregistered or unlicensed or unregulated or untrained or uncertified or unqualified or unskilled or unauthorised or unauthorized or authentic or traditional or lay) adj1 (midwi* or birthworker* or "birth worker*" or "birth attendant*"))</p> <p>(birth keeper* or doula*)</p>

Eksponering 3: Hjemmefødsel	Medline: Home Childbirth/ Embase: exp home delivery/ Cinahl: (MH "Home Childbirth")	(homebirth* or "home birth*" or "home childbirth ")
COntekst: Nordiske land	"Scandinavians and Nordic People" "Scandinavian and Nordic Countries" MH "Scandinavia+" MH "Scandinavians and Nordic Persons+"	(Norway* or Norwegian* or Sweden* or Swedish or Denmark* or Danish or Finland* or Finn* or Iceland* or Icelandic or Nordic or Scandi*)
Studiedesign: Kvalitative studier	Det ble ikke lagt inn søkeord for å begrense søket mtp studiedesign. Studiedesign ble vurderes i screeningprosessen.	

3 VEDLEGG 3: SØKEHISTORIKK

3.1 Søk i Maternity & Infant Care Database

Database: Maternity & Infant Care Database (MIDIRS) <1971 to January 16, 2024>		
Link: Click to run search		
#	Query	Results from 19 Feb 2024
1	((unattended or free or alternative or natural* or sovereign or wild or family or unhindered or undisturbed or solo or private or abandoned or lone or intuitive or "parent assisted" or "partner assisted" or "do-it-yourself" or couples* or "husband assisted" or pure) adj1 (birth* or born or childbirth* or "child birth*" or labor* or labour* or parturition* or deliver*)).mp.	1,376
2	(homebirth* or "home birth*" or "home childbirth ").mp.	3,455
3	((unregistered or unlicensed or unregulated or untrained or uncertified or unqualified or unskilled or unauthorised or unauthorized or authentic or traditional or lay) adj1 (midwi* or birthworker* or "birth worker*" or "birth attendant*")).mp.	1,205
4	(birth keeper* or doula*).mp.	808
5	1 or 2 or 3 or 4	6,393
6	(Norway* or Norwegian* or Sweden* or Swedish or Denmark* or Danish or Finland* or Finn* or Iceland* or Icelandic or Nordic or Scandi*).mp.	8,966
7	5 and 6	110
8	(unassisted adj2 (birth* or born or childbirth* or "child birth*" or labor* or labour* or parturition* or deliver*)).mp.	124
9	(freebirth* or "free birth*").mp.	81
10	7 or 8 or 9	303

3.2 Søk i MEDLINE (Ovid)

Database: Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations and Daily <1946 to February 16, 2024>		
Link: Click to run search		
#	Query	Results from 19 Feb 2024
1	(unattended or unassisted).mp. and (parturition/ or birth setting/ or natural childbirth/)	69
2	((unattended or free or alternative or natural* or sovereign or wild or family or unhindered or undisturbed or solo or private or abandoned or lone or intuitive or "parent assisted" or "partner assisted" or "do-it-yourself" or couples* or "husband assisted" or pure) adj1 (birth* or born or childbirth* or "child birth*" or labor* or labour* or parturition* or deliver*)).mp.	8,361
3	Home Childbirth/	3,004
4	(homebirth* or "home birth*").mp.	1,714
5	((unregistered or unlicensed or unregulated or untrained or uncertified or unqualified or unskilled or unauthorised or unauthorized or authentic or traditional or lay) adj1 (midwi* or birthworker* or "birth worker*" or "birth attendant*")).mp.	1,871
6	exp Doulas/	250
7	(birth keeper* or doula*).mp.	636
8	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7	13,815
9	exp "Scandinavians and Nordic People"/ or exp "Scandinavian and Nordic Countries"/	223,159
10	(Norway* or Norwegian* or Sweden* or Swedish or Denmark* or Danish or Finland* or Finn* or Iceland* or Icelandic or Nordic or Scandi*).mp.	339,276
11	9 or 10	341,734
12	8 and 11	292

13	(unassisted adj2 (birth* or born or childbirth* or "child birth*" or labor* or labour* or parturition* or deliver*)).mp.	200
14	(freebirth* or "free birth*").mp.	69
15	12 or 13 or 14	540

3.3 Søk i Embase

Database: Embase <1974 to 2024 February 16>		
Link: Click to run search		
#	Query	Results from 19 Feb 2024
1	(unattended or unassisted).mp. and (exp childbirth/ or exp natural childbirth/ or exp birth setting/)	100
2	((unattended or free or alternative or natural* or sovereign or wild or family or unhindered or undisturbed or solo or private or abandoned or lone or intuitive or "parent assisted" or "partner assisted" or "do-it-yourself" or couples* or "husband assisted" or pure) adj1 (birth* or born or childbirth* or "child birth*" or labor* or labour* or parturition* or deliver*)).mp.	9,621
3	exp home delivery/	4,745
4	(homebirth* or "home birth*").mp.	1,956
5	((unregistered or unlicensed or unregulated or untrained or uncertified or unqualified or unskilled or unauthorised or unauthorized or authentic or traditional or lay) adj1 (midwi* or birthworker* or "birth worker*" or "birth attendant*")).mp.	2,197
6	exp doula/	409
7	(birth keeper* or doula*).mp.	635

8	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7	16,911
9	exp "Scandinavians and Nordic People"/ or exp "Scandinavian and Nordic Countries"/	248,780
10	(Norway* or Norwegian* or Sweden* or Swedish or Denmark* or Danish or Finland* or Finn* or Iceland* or Icelandic or Nordic or Scandi*).mp.	466,070
11	9 or 10	474,852
12	8 and 11	361
13	(unassisted adj2 (birth* or born or childbirth* or "child birth*" or labor* or labour* or parturition* or deliver*)).mp.	260
14	(freebirth* or "free birth*").mp.	66
15	12 or 13 or 14	663

3.4 Søk i APA PsycInfo

Database: APA PsycInfo <1806 to February Week 3 2024>		
Link: Click to run search		
#	Query	Results from 19 Feb 2024
1	(unattended or unassisted).mp. and exp Birth/	26
2	((unattended or free or alternative or natural* or sovereign or wild or family or unhindered or undisturbed or solo or private or abandoned or lone or intuitive or "parent assisted" or "partner assisted" or "do-it-yourself" or couples* or "husband assisted" or pure) adj1 (birth* or born or childbirth* or "child birth*" or labor* or labour* or parturition* or deliver*)).mp.	1,972

3	(homebirth* or "home birth*" or "home childbirth ").mp.	309
4	((unregistered or unlicensed or unregulated or untrained or uncertified or unqualified or unskilled or unauthorised or unauthorized or authentic or traditional or lay) adj1 (midwi* or birthworker* or "birth worker*" or "birth attendant*")).mp.	189
5	(birth keeper* or doula*).mp.	207
6	1 or 2 or 3 or 4 or 5	2,594
7	(Norway* or Norwegian* or Sweden* or Swedish or Denmark* or Danish or Finland* or Finn* or Iceland* or Icelandic or Nordic or Scandi*).mp.	78,524
8	6 and 7	75
9	(unassisted adj2 (birth* or born or childbirth* or "child birth*" or labor* or labour* or parturition* or deliver*)).mp.	31
10	(freebirth* or "free birth*").mp.	13
11	8 or 9 or 10	115

3.5 Søk i CINAHL

EBSCOhost		
Monday, February 19, 2024 2:50:43 PM		
#	Query	Results
S1	((MH "Prepared Childbirth") OR (MH "Birth Setting") OR (MH "Labor+")) AND (TX (unattended OR unassisted))	77
S2	(MH "Home Childbirth")	3,678
S3	TI (homebirth* OR "home birth*) or AB (homebirth* OR "home birth*)	316

S4	TI ((unattended OR free OR alternative OR natural* OR Sovereign OR wild OR family OR unhindered OR undisturbed OR solo OR private OR abandoned OR lone OR intuitive OR "parent assisted" OR "partner assisted" OR "do-it-yourself" OR couples* OR "husband assisted" OR pure) N1 (birth* OR born OR childbirth* OR "child birth*" OR labor* OR labour* OR parturition* OR deliver*)) OR AB ((unattended OR free OR alternative OR natural* OR Sovereign OR wild OR family OR unhindered OR undisturbed OR solo OR private OR abandoned OR lone OR intuitive OR "parent assisted" OR "partner assisted" OR "do-ityourself" OR couples* OR "husband assisted" OR pure) N1 (birth* OR born OR childbirth* OR "child birth*" OR labor* OR labour* OR parturition* OR deliver*))	4,017
S5	TI ((unregistered OR unlicensed OR unregulated OR untrained OR uncertified OR unqualified OR unskilled OR unauthorized OR unauthorised or authentic OR traditional OR lay) N1 (midwi* OR birthworker* OR "birth worker*" OR "birth attendant*")) OR AB ((unregistered OR unlicensed OR unregulated OR untrained OR uncertified OR unqualified OR unskilled OR unauthorized OR unauthorised or authentic OR traditional OR lay) N1 (midwi* OR birthworker* OR "birth worker*" OR "birth attendant*"))	948
S6	TI (birth keeper* OR doula*) OR AB (birth keeper* OR doula*)	779
S7	(MH "Doulas")	856
S8	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7	9,489
S9	(MH "Scandinavia+") OR ((MH "Scandinavians and Nordic Persons"))	83,602
S10	TX (Norway* OR Norwegian* OR Sweden* OR Swedish OR Denmark* OR Danish OR Finland* OR Finn* OR Iceland* OR Icelandic OR Nordic OR Scandi*)	374,721
S11	S9 OR S10	374,721
S12	S8 AND S11	540
S13	TI ((freebirth* OR "free birth*")) OR AB ((freebirth* OR "free birth*"))	72
S14	TI (((unassisted) N2 (birth* OR born OR childbirth* OR "child birth*" OR labor* OR labour* OR parturition* OR deliver*))) OR AB (((unassisted) N2 (birth* OR born OR childbirth* OR "child birth*" OR labor* OR labour* OR parturition* OR deliver*)))	98
S15	S12 OR S13 OR S14	696

4 VEDLEGG 4: BEGRUNNELSE FOR EKSKLUDERING

	Referanse	Begrunnelse
1.	Callister, L. C., Vehvilainen-Julkunen, K. & Lauri, S. (2001). Giving birth. Perceptions of Finnish childbearing women. <i>MCN. The American journal of maternal child nursing</i> , 26(1), 28-32.	Handlet opplevelsen av å føde i det finske helsevesenet, altså ikke frifødsel.
2.	Clancy, A. & Gørgens Gjaerum, R. (2019). Home as a place for giving birth—A circumpolar study of the experiences of mothers and midwives. <i>Health Care for Women International</i> , 40(2), 121-137	Om hjemmefødsel med jordmor. (Jordmor og kvinners perspektiv)
3.	Erlandsson, K., Lustig, H. & Lindgren, H. (2015). Women's experience of unplanned out-of-hospital birth in Sweden – a phenomenological description. <i>Sexual & Reproductive HealthCare</i> , 6(4), 226-229	Kun uplanlagt BBA (born-before-arrival)
4.	Gottfredsdottir, H., Magnusdottir, H. & Halfdansdottir, B. (2015). Home birth constructed as a safe choice in Iceland: A content analysis on Icelandic media. <i>Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives</i> , 6(3), 138-144.	Om hjemmefødsel generelt i media. Innholdsanalyse.
5.	Jouhki, M.-R. (2012). Choosing homebirth – The women's perspective. <i>Women & Birth</i> , 25(4), e56-61	Om hjemmefødsel med jordmor
6.	Jouhki, M.-R., Suominen, T. & Åstedt-Kurki, P. (2015). Supporting and Sharing-Home Birth: Fathers' Perspective. <i>American journal of men's health</i> , 9(5), 421-429.	Om hjemmefødsel med jordmor. (Fars perspektiv)
7.	Jouhki, M.-R., Suominen, T. & Åstedt-Kurki, P. (2017). Giving birth on our own terms—Women's experience of childbirth at home. <i>Midwifery</i> , 53, 35-41.	Om hjemmefødsel med jordmor
8.	Jouhki, M.-R., Suominen, T., Peltonen, K. & Åstedt-Kurki, P. (2016). Participation in siblings' birth at home from children's viewpoint. <i>Midwifery</i> , 34, 150-157.	Om hjemmefødsel med jordmor. (Søsken perspektiv)
9.	Larsson, Å., Bondas, T. & Lundgren, I. (2014). Fördjudad hälsa - kvinnors upplevelse av att planera och föda sitt barn hemma (Childbirth as health -- women's experiences of planning and living homebirth). <i>Hoitotiede</i> , 26(1), 2-10.	Her var det uklart om det gjaldt hjemmefødsel med jordmor eller ikke. Men siden kvinnene var rekruttert gjennom jordmødre som drev med hjemmefødsler og

		innledningen til artikkelen presenterer statistikk om hjemmefødsler med jordmor ble den ekskludert.
10.	Lindgren, H. & Erlandsson, K. (2011). She leads, he follows - fathers' experiences of a planned home birth. A Swedish interview study. <i>Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives</i> , 2(2), 65-70.	Om hjemmefødsel med jordmor. (Fars perspektiv)
11.	Lindgren, H., Hildingsson, I. & Rådestad, I. (2006). A Swedish interview study: parents' assessment of risks in home births. <i>Midwifery</i> , 22(1), 15-22.	Hjemmefødsel med jordmor
12.	Lundgren, I. & Wahlberg, V. (1999). The experience of pregnancy: a hermeneutical/phenomenological study. <i>The Journal of Perinatal Education</i> , 8(3), 12-20.	Om opplevelsen av å gå igjennom et svangerskap. Setting: ABC på Sahlgrenska Universitets Sykehus i Göteborg, Sverige.
13.	Sjoblom, I., Nordstrom, B. & Edberg, A. K. (2006). A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden. <i>Midwifery</i> , 22(4), 348-355.	Hjemmefødsel i Sverige. Noen av de 12 kvinnene i denne studien fødte uten jordmor, men det ble ikke oppgitt hvor mange dette gjaldt (det sto bare at de var i mindretall). Det var heller ikke mulig å skille ut hvem som fødte uassistert i datamateriale. Studien ble derfor ekskludert.
14.	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. <i>Midwifery</i> , 86, 102705.	Hjemmefødsel med jordmor.
15.	Viisainen, K. (2000). The moral dangers of home birth: parents' perceptions of risks in home birth in Finland. <i>Sociology of Health & Illness</i> , 22(6), 792-814.	Hjemmefødsel med jordmor.
16.	Viisainen, K. (2001). Negotiating control and meaning: home birth as a self-constructed choice in Finland. <i>Social science & medicine</i> (1982), 52(7), 1109-1121.	Hjemmefødsel med jordmor.
17.	Vik, E. S., Haukeland, G. T. & Dahl, B. (2016). Women's experiences with giving birth before arrival. <i>Midwifery</i> , 42, 10-15.	Kun uplanlagt BBA

5 VEDLEGG 5: GRUPPEPROSESSEN

Dette har vært en lang prosess, men som har lært oss mye. Både om kvalitative forskningsmetoder, akademisk oppgaveskriving, samarbeid og ikke minst om temaet, frifødsel og hvordan vi som snart ferdige jordmødre kan ha nytte av denne kunnskapen i praksis. Vi hadde i utgangspunktet lyst til å undersøke hva som fremmet fysiologisk fødsel hos kvinner, og kanskje særlig med tanke på forberedelse til fødsel, og var innom flere innfallsvinkler før veileder foreslo temaet frifødsel. Det var et absolutt aktuelt tema og noe vi tenkte kunne være spennende å utforske.

Litteratursøket vi gjorde var svært omfattende, og vi brukte mye tid på å saumfare databaser for å ikke gå glipp av studier vi kunne inkludere. Analysen brukte vi også god tid på. Det var spennende å se hvordan vi gjennom prosessen kom frem til ny forståelse av materialet vi hadde, og det var morsomt at begge satt igjen med en følelse av at alle temaene vi kom frem til hadde en felles overordnet betydning. Dette var ikke noe vi hadde planlagt, men når vi diskuterte funnene våre etter en dag med analysering kom vi fram til at vi måtte ha det med fordi det kom så tydelig frem. Da vi skulle begynne med diskusjonen oppdaget vi at det teoretiske perspektivet vi hadde sett for oss ikke helt passet, vi hadde sett på temaet gjennom perspektivet om kvinnesentrert omsorg, men fordi kvinnene i studiene ikke bruker autoriserte fødselshjelpere, fant vi at det ikke kunne forstås i et slikt perspektiv. Så vi skiftet halvveis i prosessen og gikk i gang med å bli kjent med en ny modell å få bedre forståelse for temaet gjennom. Det viste seg imidlertid at dette perspektivet var noe utfordrende av samme grunn.

Kort tid før innlevering måtte vi dessverre be om utsettelse på grunn av dødsfall i nærmeste familie. Dermed fikk vi et halvt år ekstra å sette oss inn i stoffet på. At fristen ble såpass lenge utsatt var både på godt og vondt. Når vi fikk så god tid, ble denne brukt til å dykke enda dypere i tema og oppgaven ble dermed veldig omfattende. Mot slutten ble utfordringen å få med det mest relevante, mens flere interessante, men kanskje ikke like relevante synspunkter måtte lukes ut. Vi velger likevel å se det positive i det, og ta med oss alt vi har lært videre i vår nye karriere.