



Uit Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Hjemmefødsel – En systematisk litteraturstudie av jordmors erfaringer

Sharon Lea Braham og Malin Dahl Bårdsen

Masteroppgave i Jordmorfag JMO-3008 mars 2024

Sammendrag

Bakgrunn: Bakgrunn for studien baserer seg på hjemmefødsel sett fra et jordmorfaglig perspektiv, hvor den faglige vurderingen og erfaringen med hjemmefødsler er av interesse.

Hensikt: Hensikten med studien er å sammenfatte litteraturen som omhandler jordmors erfaringer med hjemmefødsler.

Problemstilling: Hvilke erfaringer har jordmødre med hjemmefødsel?

Metode: Systematisk litteraturstudie av 7 kvalitative forskningsartikler.

Resultater: Jordmødre med erfaring fra hjemmefødsel mente det å føde hjemme hadde mange fordeler for kvinnene. Basert på det de fortalte, identifiserte vi dessuten fire hovedtema: jordmors faglige kompetanse, troen på den fysiologiske fødselsprosessen, faglig trygghet, og fødeomgivelsenes betydning. Selv om jordmødrenes erfaringer i hovedsak var positive, var de i tillegg bevisst på ansvaret sitt, og bevisst på at det kunne oppstå komplikasjoner. De tok hensyn til dette ved å tilegne seg kunnskap og forberede seg på akutte situasjoner. I tillegg løftet de frem problemer med manglende system og organisering for hjemmefødsler, og det at dette bidro til at privatpraktiserende jordmødre kunne erfare manglende kollegial støtte.

Konklusjon: Jordmødre med erfaring fra hjemmefødsler verdsatte fordeler med hjemmefødsler høyt. De var faglig kompetente og følte seg trygge i situasjonen. Jordmødrene erfarte at både fødeomgivelsene og relasjonen til fødeparet spilte en betydelig rolle for den positive effekten av hjemmefødselen. Jordmødrene som erfarte manglende system med hjemmefødsler, hadde en opplevelse av utrygghet og profesjonell isolasjon når de praktiserte hjemmefødsler.

Nøkkelord: jordmor, erfaring, hjemmefødsler, faglig kompetanse, trygghet, relasjon, naturlig fødsel, fødeomgivelser, kontinuitet

Summary

Background: The background for this study is based on home births from a midwifery perspective, where the professional assessment and experience with home births are of interest.

Aim: The aim of this study is to summarize the literature concerning midwives' experiences with home births.

Thesis-question: What experiences does midwives have with home births?

Method: A systematic literature review of 7 qualitative research articles.

Results: Midwives with experience in home births believed that giving birth at home had many benefits for women. Based on their accounts, we additionally identified four main themes: midwives' professional competence, belief in the physiological birth process, professional confidence, and the significance of birthing surroundings. Although the midwives' experiences were mainly positive, they were also mindful of their responsibility and the potential for complications. They addressed this by acquiring knowledge and preparing for acute situations. Additionally, they highlighted issues with the lack of system and organization for home births, which contributed to private practicing midwives experiencing a lack of collegial support.

Conclusion: Midwives with experience in home births highly valued the benefits of home births. They were professionally competent and felt secure in the situation. The midwives experienced that both the birthing environment and the relationship with the birthing couple played a significant role in the positive effect of home births. Midwives who experienced a lack of system with home births had a sense of insecurity and professional isolation when practicing home births.

Keywords: midwife, experience, home births, professional competence, confidence, relationship, natural birth, the birthing environment, continuity

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Introduksjon	2
1.3	Hensikt og formål med studien	5
2	Teori.....	6
2.1	Midwifery model of woman-centered childbirth care (MiMo)	6
2.2	Kontinuitet i omsorg.....	7
3	Metode	8
3.1	Litteraturstudie	8
3.2	Vitenskapsteoretisk perspektiv	9
3.3	Inklusjons- og eksklusjons kriterier	9
3.4	Søkeprosessen	11
3.5	Utvelgelsesprosessen.....	13
3.6	Kvalitetsvurdering av artikler	15
3.7	Tematisk analyse	16
3.8	Etiske overveielser	16
3.9	Forforståelse.....	17
4	Resultat.....	18
4.1	Presentasjon av artikler.....	18
4.2	Tema.....	21
4.3	Jordmors faglige kompetanse	23
4.4	Troen på den fysiologiske fødselsprosessen	24
4.5	Faglig trygghet	25
4.6	Fødeomgivelsenes betydning.....	26
5	Diskusjon.....	28
5.1	Jordmors faglige kompetanse	28

5.2	Troen på den fysiologiske fødselsprosessen	31
5.3	Faglig trygghet	32
5.4	Fødeomgivelsenes betydning	35
5.5	Metodediskusjon	38
5.6	Implementering for praksis og behov for videre forskning	41
6	Konklusjon	41
	Referanseliste	43
	Vedlegg 1 Strukturerte søk	48
	Vedlegg 2 Kvalitetssikring av artikler	55
	Vedlegg 3 Presentasjon av inkluderte artikler og deres kvalitet	66

Tabelliste

Tabell 1.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	9
Tabell 2.	Konseptkart: SPIDER-skjema	11
Tabell 3.	Oversikt over antall treff i databasene.	12
Tabell 4.	Oversikt over artikler og hvilke temaer de representerer	21

Figurliste

Figur 1.	Illustrasjon av MiMo-modellen (Berg er al., 2012)	7
Figur 2.	Prismadiagram av utvelgelsesprosessen (Prisma, 2023).	15

Forord

Et nytt kapittel i livet er snart over, og vi nærmer oss slutten på vår tid som studenter ved jordmorutdanningen på Universitetet i Tromsø – Norges Arktiske Universitet. Arbeidet med vår masteroppgave har nå kommet til veis ende. Denne reisen har vært en lærerik prosess, hvor vi har oppnådd innsikt både i jordmorfaget, akademisk skriving, hverandre, og ikke minst, oss selv. Vi føler vi har utviklet oss faglig de siste månedene, og når vi ser tilbake på prosjektskissen vår i høst, er vi stolte over hvor arbeidet vårt har tatt oss. Vi ønsker i tillegg å dele gleden over å ha fått et nytt medlem i vår lille mastergruppe, da en baby gledelig ble født i slutten av januar.

Vi føler oss privilegerte over å ha hatt muligheten til å fordype oss i et så spennende tema og prosess, og vi er takknemlige for å ha delt denne reisen sammen og støttet hverandre gjennom hele prosessen. Vi vil rette en stor takk til vår fantastiske veileder, Ingvild Aune, for hennes uvurderlige støtte og veiledning gjennom arbeidet. Vi ønsker å takke Skrivесenteret ved Universitetet i Tromsø – Norges Arktiske Universitet for deres gjennomlesning og språkvask. En spesiell takk går til våre medstudenter for deres verdifulle tilbakemeldinger på oppgaven. Til slutt, men ikke minst, ønsker vi å takke våre partnere, familier og venner for deres urokkelige støtte og omsorg gjennom disse intense månedene.

1 Innledning

I dette kapittelet presenterer vi bakgrunn for valget av temaet, introduksjon og oppgavens hensikt og formål.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hjemmefødsel med jordmor til stede var den dominerende fødselsformen i Norge frem til begynnelsen av 1960-tallet Sandvik (1995). Overgangen fra den historiske hjemmefødselen til et mer moderne tilbud på fødestue og sykehus ble gjort i sammenheng med et større krav til profesjonell yrkesutøvelse samt nye velferdstilbud som ble etablert i den norske stat. Denne utviklingen oppsto også grunnet ny kunnskap innen vitenskapelig medisin. Antall hjemmefødsler med jordmor til stede ble kraftig redusert samtidig som det ble opprettet flere fødehjem og fødeinstitusjoner. Fra 1946 og frem til 1971 ble antall jordmorstyrte distrikter redusert fra 950 til 278 (Sandvik, 1995). Jordmødrene trakk seg mer inn til de større byene for å jobbe ved små og store fødeinstitusjoner sammen med leger. Til tross for nedgang i antall hjemmefødsler på grunn av flere moderne fødesteder er fortsatt hjemmefødsler en mulighet for gravide kvinner i Norge. Hjemmefødsler er dog per i dag ikke en del av det offentlige fødselstilbudet. Gravide kvinner i Norge har rett til å velge hvor de ønsker å føde, enten det er hjemme, på fødestue, fødeavdeling eller kvinneklinikk. Hjemmefødsel er derfor lovlig og et anerkjent alternativ som fødearena (Helsedirektoratet, 2024).

De norske retningslinjene for fødselsomsorgen ble oppdatert 04.03.24, og legger stor vekt på sikkerhet i hjemmefødselspraksisen (Helsedirektoratet, 2024). Seleksjonskriteriene for å føde hjemme er at de gravide har fulgt basisprogrammet i svangerskapsomsorgen, er gravid med ett foster, har et normalt svangerskap og forventet normal fødsel barnet i hodeleie. Kvinnens alder skal være mellom 20-37 år, med en pregravid KMI mellom 18,5 og 30. Videre skal det ikke foreligge kjente sykdommer eller tilstander hos mor eller foster/barn som kan gi økt risiko for komplikasjoner, og SF-mål må være innenfor normalområdet. Fødselen skal starte spontant, mellom svangerskapsuke 37+0 og 41+6. Fleregangsfødende skal fra tidligere ha normale svangerskap og fødsler (Helsedirektoratet, 2024). Hjemmefødsler ledes av privatpraktiserende jordmødre som har ansvar for at fødselsomsorgen de tilbyr utenfor sykehus er forsvarlig, og det er jordmorens ansvar å vurdere når kvinnen eventuelt må fraktes inn til sykehus.

Etter de nye retningslinjene for fødselsomsorgen anbefales det at fødeinstitusjonene og de privatpraktiserende jordmødrene inngår en samarbeidsavtale i forbindelse med hjemmefødsler, slik at mor og barn får et trygt og tilpasset tilbud gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. En slik avtale kan innebære samarbeid om faglig oppdatering og simulering, samt felles rutiner mellom sykehus, kommune og jordmor ved hjemmefødsel. Det anbefales også at helseforetakene kan opprette et tilbud om hjemmefødsel, dersom forholdene ligger til rette for det. Da vil jordmødrene være ansatt i helseforetak som kan organisere jordmødrene i team med vaktordninger, og helseforetaket har da det overordnede ansvaret (Helsedirektoratet, 2024).

I et debattinnlegg skrevet av en overlege ved Molde sykehus ble det hevdet at det å føde hjemme ikke er risikofritt (Nordseth, 2018). Han viste til en økende trend for hjemmefødsler og hevdet at jordmødre uttalte seg ut fra egeninteresse om hjemmefødsler, noe han mente skapte et ubalansert nyhetsbilde, og viste til forskning på hjemmefødsler hentet fra USA. Det ble publisert et motsvar av en jordmor hvor det ble hevdet at forskningen kom fra land som ikke er sammenlignbar med nordisk praksis (Blix, 2018). Det ble samtidig henvist til de norske retningslinjene til hjemmefødsler og oppdatert forskning fra nordiske land.

Bakgrunn for valg av tema baserer seg på den dagsaktuelle debatten sett fra et jordmorfaglig perspektiv, hvor jordmors faglige vurdering og erfaringer med hjemmefødsler er av interesse. Videre i introduksjonen under fremstiller vi rammene for hjemmefødsler, hjemmefødselstall, forskningen på temaet og studiens hensikt.

1.2 Introduksjon

World Health Organization (WHO, 1997) definerte i 1996 at en normal fødsel er en fødsel som skal starte spontant, være lavrisiko fra start og helt til barnet er født. Barnet skal være født spontant, mor skal være mellom svangerskapsuke 37 og 42, og etter fødselen skal både mor og barn være i god helsemessig tilstand (WHO, 1997). International Confederation of Midwives (ICM) sin definisjon på en normal fødsel kom i 2014. Her blir den normale fødselen definert som en fødsel hvor kvinnen føder spontant, og føder uten medisinske intervensjoner og/eller kirurgiske inngrep (ICM, 2019). ICM skriver at en jordmor skal fremme en fysiologisk fødsel, håndterere en trygg og spontan vaginal fødsel, samt forebygge,

oppdage og håndtere komplikasjoner. ICM løfter samtidig frem at hver kvinne har rett til å velge hjemmefødsel med profesjonell omsorg av en jordmor. Jordmødre som deltar på hjemmefødsler, bør kunne gjøre dette innenfor et nasjonalt helsesystem og ha tilgang til passende henvisningsrutiner i tilfelle behovet oppstår. ICM oppfordrer nasjonale myndigheter til å gjennomgå den vitenskapelige litteraturen og til å etablere de rammene som er nødvendige for at jordmødre skal kunne tilby hjemmefødselstjenester som er integrert i helsesystemet (International Confederation of Midwives, 2017). Ifølge Nice guidelines skal alle friske og risikofrie gravide få tilbud om å kunne velge fødested selv, herunder hjemmefødsel, fødestue, fødeavdeling eller kvinneklinikk (National institute for health and care excellence, 2023). Hjemmefødsel blir blant annet begrunnet som et trygt fødested da det er forbundet med lite medisinske intervensjoner både for mor og barn, samt liten risiko for et dårlig utfall for mor og barn (National institute for health and care excellence, 2023). Nice guidelines fremhever i tillegg at hjemmefødsler i større grad er forbundet med stor sjanse for spontanstart av fødsel, enn ved fødsel på sykehusavdelinger.

Fødselstallene for hjemmefødsler i EU land viser til at Nederland og Danmark som støtter sine innbyggere med hjemmefødsler, har høyest forekomst av hjemmefødsler: Nederland med 16,3 % og Danmark med 1,4% (Galková et al., 2022). Deretter kommer Tyskland med 1,3%. Fødselstallene for hjemmefødsler er likevel et estimert tall, da ikke alle landene registrerer fødslene likt. Eksempelvis vil noen land telle med fødsler som starter hjemme, men må overflyttes til sykehus, mens andre land kun registrerer kvinnene som føder hjemme, og noen registrerer ikke tilstrekkelig (Galková et al., 2022). Forskning gjort i de nordiske landene viser til at andelen hjemmefødsler er høyere der det dekkes helt eller delvis av det offentlige tilbudet (Lindgren et al., 2014). Eksempelvis i Danmark hvor hjemmefødsler er en del av det offentlige tilbudet, blir det registrert rundt 30 hjemmefødsler per 1000 innbygger. Til sammenligning har Norge kun 2 hjemmefødsler per 1000 innbygger, hvor hjemmefødsel ikke er en del av det offentlige tilbudet. Island har heller ikke hjemmefødsel som en del av det offentlige tilbudet, men de har høyere antall hjemmefødsler enn Norge, hvor hovedforskjellen er at på Island dekkes hele hjemmefødselen samt barseloppfølging av velferdssystemet, mens i Norge dekkes kun deler av tilbudet (Lindgren et al., 2014).

Det offentlige fødetilbudet i Norge per i dag er delt inn i tre ulike nivåer: fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk. Fødestuer er bemannet av jordmødre og er et tilbud for friske

gravide uten risikofaktorer. Fødeavdelingene kan grunnet mindre tilgang til tilleggsfunksjoner og beredskap av helsepersonell ivareta kvinner med gitte risikofaktorer. Kvinneklinikkene har spesialkompetanse innen fødselshjelp og kan ivareta kvinner med økt risiko, og er lokalisert på sykehus som har avdeling for nyfødte med ekstra behov (Helsenorge, 2023). Siden hjemmefødsler ikke er en del av det offentlige tilbudet i Norge, blir det derfor opp til kvinnen selv å ta initiativ til hvorvidt hun ønsker informasjon om hjemmefødsler, samt ta kontakt med privatpraktiserende jordmødre i hennes område dersom hun ønsker å føde hjemme (Helsedirektoratet, 2024). Jordmødre som assisterer ved hjemmefødsler i Norge per i dag, gjør dette som privatpraktiserende jordmødre uten avtale med helseforetak eller kommunene, men de nye retningslinjene for fødselsomsorgen legger til rette for at slike avtaler kan opprettes (Helsedirektoratet, 2024). Privatpraktiserende jordmødre har rettigheter og plikter i henhold til helsepersonelloven og helseregisterloven, mens kvinnen har rettigheter i forbindelse med pasient- og brukerrettighetsloven (Lov om helsepersonell, 2023; Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger, 2022; Pasient - og brukerrettighetsloven, 2021).

En systematisk litteraturstudie publisert i *The Lancet* på utfall ved hjemmefødsler viser til at kvinnene som planla hjemmefødsel og begynte fødselen i hjemmet hadde mindre sannsynlighet for medisinske intervensjoner som keisersnitt, operativ vaginal forløsning, epidural, episiotomi og stimulering av rier med oxytocin-drypp. Kvinnene hadde i tillegg mindre sannsynlighet for tredje- og fjerdegradsrift, infeksjon og uterusatoni. Denne studien hadde data fra en gruppe på nesten 1 million kvinner (Reitsma et al., 2020). En annen studie publisert i Canada undersøkte forskjellene på utfall av hjemmefødsler og sykehusfødsler hvor det var jordmor til stede. Deres resultater viser til at det å planlegge hjemmefødsel reduserte risikoen for intervensjoner og komplikasjoner (Janssen et al., 2009). En studie gjort på utfall ved planlagte hjemmefødsler i Norge viste lignende funn. Funnene viser at kvinner som fødte hjemme hadde redusert risiko for assistert vaginal forløsning, epidural, skulderdystoci og anal sfinkter ruptur, kontra de som fødte på sykehus. I tillegg hadde flergangsfødende kvinner redusert risiko for episiotomi og postpartum blødning (Blix et al., 2012).

Resultatene fra en studie angående helsepersonells holdninger til hjemmefødsler i England viste at jordmødrene mente det kun var positive aspekter ved hjemmefødsel, så fremt jordmødre hadde god erfaring og selvtillit/trygghet i deres rolle som jordmor, samt god

trening i akutte situasjoner og suturering av rifter. Obstetrikere og gynekologer i studien var mer nøytrale til hjemmefødsler, mens barnelegene var generelt negative i sin holdning til hjemmefødsler (McNutt et al., 2014). Vedam et al. (2009) konkluderte med at jordmødre med erfaring fra hjemmefødsler hadde tillitt til egen evne til å håndtere komplikasjoner, og så på hjemmefødsler som et trygt alternativ. Jordmødre med denne erfaringen var også mer positive og villige til å tilby hjemmefødsler. Jordmødre som derimot ikke hadde denne erfaringen hverken i yrkeslivet eller gjennom utdanning stilte seg mer usikker til trygghet ved hjemmefødsler (Vedam et al., 2009).

Det fremkom i en meta-etnografisk studie av jordmødres ferdigheter og kunnskap i jordmorstyrte fødesteder og hjemmefødsler, at jordmødrene beskrev hvor kvinnene var i fødselsforløpet fra et klinisk anatomisk og fysiologisk synspunkt, samtidig som de brukte sine sanser til å vurdere og veilede kvinnen. Ved hjemmefødsler var jordmødrene i stand til å være fullt til stede til enhver tid, noe som gjorde dem mer oppmerksomme på små endringer i fødselen som kunne indikere utvikling av potensielle komplikasjoner (Stone et al., 2023). Australia som nasjon har gjennomgått en transformasjon ved å integrere hjemmefødsler som en del av det offentlige tilbudet til fødende kvinner. I denne sammenhengen ble det utført forskning for å undersøke hvordan jordmødre som normalt arbeider på sykehus, ble påvirket av eksponeringen for hjemmefødsler. Resultatene fra studien indikerte at deltakelse i hjemmefødsler endret jordmødrenes holdninger og forståelse av fødselen som en fysiologisk prosess. Å bli eksponert for hjemmefødsler motiverte jordmødrene til å gjøre endringer i sin egen yrkesutøvelse på sykehuset (Coddington et al., 2020).

1.3 Hensikt og formål med studien

Hensikten med denne studien er å sammenfatte litteraturen som omhandler jordmors erfaringer med hjemmefødsler. Gjennom å samle tidligere publisert forskning på temaet kan vi få frem dybdekunnskap som kan benyttes når det planlegges omsorgsmodeller for fødselsomsorgen. På bakgrunn av dette har vi kommet frem til problemstillingen:

«Hvilke erfaringer har jordmødre med hjemmefødsel?»

Vi har gjennom usystematiske søk sett at det finnes relevant forskning på temaet, og det vil derfor være hensiktsmessig å systematisk samle eksisterende forskning for å kunne analysere individuelle funn og sammenstille dette. Dette har jordmorfaglig relevans da det både handler

om jordmors funksjon og ansvarsområde, samt det tilbudet fødekvinnen og hennes partner har tilgang på.

2 Teori

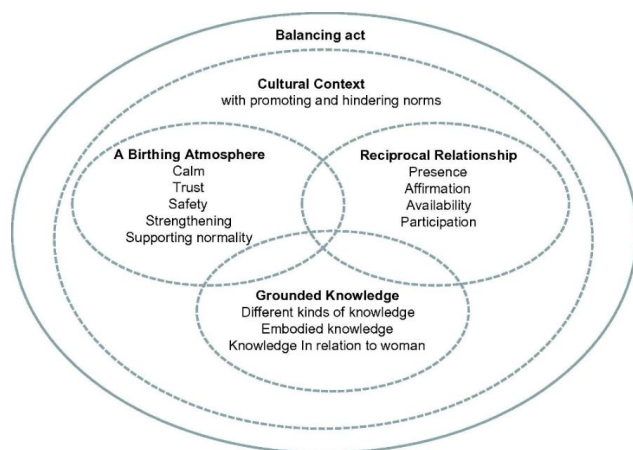
I dette kapittelet presenteres studiens teoretiske rammeverk som er Midwifery model of woman-centered childbirth care (MiMo) og begrepet kontinuitet.

2.1 Midwifery model of woman-centered childbirth care (MiMo)

MiMo-modellen er en jordmorfaglig teorimodell for kvinnesentrert omsorg med kvinnens ønsker og behov i fokus (Berg et al., 2012). MiMo har fem hovedtemaer, hvor to er overordnede temaer og tre er overlappende sentrale undertemaer, modellen er illustrert i figur 1. De overordnede temaene i MiMo-modellen er «the balancing act» og «cultural context». Temaet *Balansegangen* handler om hvordan jordmor konstant må balansere mellom det å skulle imøtekomme kvinnens ønsker, etablere gjensidige forhold, skape en positiv fødselsatmosfære og bruke kunnskap for å gi omsorg. Samtidig må jordmoren forholde seg til travle fødestuer med ulike arbeidsoppgaver, tidspress, regler og forskrifter, som preger miljøet. *Kulturelle kontekster* handler om at all fødselsomsorg gis i en kulturell kontekst som består av normer som både kan hindre og fremme muligheten til å gi en optimal omsorg basert i tråd med jordmorfaglig omsorgsfilosofi.

De sentrale undertemaene deles i tre. Det første handler om *gjensidig relasjon* mellom jordmor og kvinnen, hvor jordmors tilstedeværelse, tilgjengelighet og deltakelse er viktige momenter. Videre handler neste tema om *fødselsatmosfæren*, hvor tillit, ro, trygghet, støtte og normalitet vektlegges. Til sist omtales temaet *grunnleggende kunnskap* som innebærer kroppslig kunnskap, å være bevisst sin relasjon til kvinnen og annen relevant kunnskap. Jordmors kunnskap består av ulike typer kunnskap, deriblant teoretisk kunnskap, evidens-

basert kunnskap og sensitiv kunnskap (Berg et al., 2012).



Figur 1. Illustrasjon av MiMo-modellen (Berg et al., 2012)

2.2 Kontinuitet i omsorg

Relasjonell kontinuitet refererer til en kontinuerlig prosess som skjer i løpet av svangerskapet, fødselen og barselomsorgen, hvor den samme jordmoren eller jordmødrene har ansvar for kvinnen og hennes partner. Begrepet relasjonell kontinuitet blir definert i omsorgen som en konstant terapeutisk relasjon mellom pasienten og en eller flere omsorgspersoner (Haggerty et al., 2003). I omsorgen blir kontinuiteten assosiert med at kvinner føler seg mer forberedt til selve fødselen og får økt selvtillit (Sandall et al., 2010). ICM (2017) beskriver begrepet kontinuitet i omsorg som en jordmor-ledet modell som legger vekt på jordmoren som den primære omsorgspersonen gjennom hele prosessen. Dette gjelder svangerskapskontroller, fødsel og barselomsorg. Modellen sikrer kontinuerlig støtte før fødsel, under fødsel og i tiden etter fødselen.

Innenfor jordmorfaget eksisterer ulike kontinuitetsmodeller, som caseload midwifery, midwifery group practice og team midwifery (Homer et al., 2008). Caseload midwifery er en primær jordmor som følger en fast gruppe kvinner (en «caseload») gjennom hele svangerskapet, fødselen og tidlig barseltid, som tilsvarer prinsippene om «one-to-one» og «continuity of carer». En ren caseload midwifery uten samarbeid mellom en gruppe jordmødre er vanlig hvor det ikke er nok jordmødre som praktiserer hjemmefødsler (Lindgren et al., 2014). Mange jordmødre som praktiserer caseload midwifery organiserer seg i grupper under strukturen «midwifery group practice» (Homer et al., 2008). Midwifery group practice er en gruppe på fire til åtte jordmødre som jobber sammen. En jordmor i gruppen har ansvar

for kvinnen i svangerskapet, hvor de resterende jordmødrene i praksisen dekker for hverandre ved vaktordninger dem imellom. Videre følger de opp kvinnen seks uker etter fødsel. Midwifery group practice er mest vanlig for privatpraktiserende jordmødre (Blix et al., 2016; Lindgren et al., 2014). «Team midwifery models» bygger på at jordmødre jobber i team, som regel med seks til ti jordmødre, og er ansatt av en fødestue eller fødeavdeling. Dette praktiseres ofte i land som har hjemmefødsler organisert av det offentlige (Blix et al., 2016; Lindgren et al., 2014; Sweet et al., 2023). Teamet av jordmødre kan hjelpe om lag 250 til 360 kvinner i året, og oppbygningen av de tre nevnte kontinuitetsmodellene ved hjemmefødsler varierer både mellom land og innad i landene (Homer et al., 2008). Jane Sandall (1997) identifiserte tre hovedprinsipper for at kontinuitetsmodellene skulle kunne vare over tid, og forhindre at jordmødrene ble utbrent. Disse prinsippene handlet om evnen til å utvikle meningsfulle forhold, autonomi og fleksibilitet i arbeidet, samt støtte både hjemme og på jobb.

3 Metode

I dette kapitlet presenterer vi hva en litteraturstudie er, vitenskapsteoretisk perspektiv, inklusjons- og eksklusjonskriterier samt fremgangsmåte for søkeprosessen og utvelgelsesprosessen. Vi vil i tillegg presentere kvalitetsvurdering av artiklene, samt tematisk analyse, etiske overveielser og forforståelse.

3.1 Litteraturstudie

I den innledende fasen av prosjektet ble det utarbeidet en idéskisse, hvor det foreløpige tema, tentativ problemstilling og begrunnelse for valg av tema ble systematisk presentert. Deretter ble vi tildelt veileder og arbeidet med prosjektbeskrivelse begynte. Gjennom konstruktiv veiledning og diskusjon angående hva som ville være mest hensiktsmessig forskningsmetode for temaet, ble det bestemt at det skulle gjennomføres en systematisk litteraturstudie for å besvare problemstillingen om jordmors erfaring med hjemmefødsel. Systematisk litteraturstudie som en metodisk tilnærming er en omfattende studie som baserer seg på systematiske søk etter litteratur som samstilles og analyseres for å besvare problemstillingen (Aveyard, 2023). Denne metoden gir leseren innblikk i eksisterende forskning og kvaliteten på forskningen og danner et helhetsbilde. Vi har brukt stegene i Aveyr's bok for tematisk analyse (Aveyard, 2023).

3.2 Vitenskapsteoretisk perspektiv

På grunn av problemstillingens utforming med å gå i dybden av jordmors erfaringer med hjemmefødsler, var det hensiktsmessig å ta for seg kvalitative studier i denne systematiske oversikten. Dette fordi kvalitativ metode er en forskningsstrategi som baserer seg på å beskrive, analysere og fortolke egenskaper eller kvaliteter av det gjeldende fenomenet som skal studeres, som vår problemstilling går ut på. Der kvantitativ forskning produserer tall og mengde, bidrar kvalitative metoder til å presentere mangfold, nyanse og subjektive erfaringer (Malterud, 2019). Datamaterialet i en kvalitativ studie bygger ofte på intervju og observasjon, som analyseres og produseres i form av tekst. Fenomenologi representerer en filosofisk og sosiologisk tilnærming som kjennetegnes av forskerens engasjement for å forstå hvordan fenomenet som studeres oppleves for hvert enkelt individ (Tjora, 2021). I vår problemstilling er jordmors erfaring med hjemmefødsel fenomenet vi er ute etter å studere. Ved å systematisk søke etter litteratur kan vi gå i dybden av de inkluderte tekstene for å fokusere på jordmødrenes mening og forståelse av fenomenet. Innenfor hermeneutikken er fortolkning og forståelse et grunnleggende aspekt ved kunnskapsdannelse (Wifstad, 2018). Forfatterne som har skrevet artiklene vi inkluderte i vår studie, har i sine studier tolket tekstene fra transkriberte intervju, hvor vi gjennom vår litteraturstudie har utført en sekundærtolkning av tekstene publisert i artiklene.

3.3 Inklusjons- og eksklusjons kriterier

For å identifisere relevant forskning som kan besvare studiens problemstilling, ble det utarbeidet inklusjons- og eksklusjonskriterier allerede før litteratursøket ble gjennomført (Aveyard, 2023). Inklusjonskriteriene medførte at vi fikk opprettholdt en presis retning for vår forskning, samtidig som de fungerte som retningsgivende prinsipper som sikret at vi unngikk avsporinger (Aveyard, 2023). I tabell 1 presenteres inklusjons- og eksklusjonskriteriene.

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier

Jordmødre som har erfaring med hjemmefødsel, jobber eller har jobbet med hjemmefødsler	Jordmødre som jobber på annet fødenivå. Annet helsepersonell enn jordmødre
Studier publisert de siste 15 årene	Studier publisert før 2009
Kvalitative studier som er primærstudier	Kvantitativ studier, litteraturstudier, meta-etnografier, monografier
Artikler publisert i vitenskapelige tidsskrift	Fagartikler, populærvitenskapelige artikler
Høy-inntektsland i den vestlige verden, samt Australia, New Zealand og Canada	USA og lav-inntektsland
Etisk godkjente studier	Ikke etisk godkjente studier, eller studier som ikke sier noe om dette

For å svare på oppgavens problemstilling inngår det i inklusjonskriteriene at forskningen skal være basert på jordmødre med erfaring fra hjemmefødsler. Dette innebærer jordmødre som jobber per i dag eller har jobbet med hjemmefødsler tidligere. Videre i inklusjonskriteriene for denne studien er det lagt til grunn at studiene må være publisert etter 2009. Dette gjorde vi for å finne relevante studier som var sammenlignbare med dagens praksis.

Når problemstillingen for oppgaven rettet seg mot konseptet erfaringer, ble inklusjon av kvalitativ forskning nødvendig, med målsetningen om å utforske dybden av jordmødres erfaringer som fagperson. Fokuset lå spesielt på de subjektive dimensjonene og nyansene knyttet til temaet hjemmefødsel (Malterud, 2019). Vi ekskluderte derfor andre typer studier som kvantitative studier, litteraturstudier, meta-etnografier og monografier. Vi inkluderte artikler publisert i vitenskapelige tidsskrift, mens fagartikler og populærvitenskapelige artikler ble ekskludert med hensyn til kvalitet.

Forskningen skulle være basert på studier gjort fra høyinntektsland i den vestlige verden samt Australia, New Zealand og Canada slik at funnene kunne være relaterbare til den norske fødselsomsorgen. USA ble ekskludert fra studien på bakgrunn av at de har andre

retningslinjer og en ulik fødselsomsorg. Grunnen til at vi utelukket lavinntektsland var fordi de har en annen fødselsomsorg og praksis som ikke er overførbart til den vestlige verden, og ble derfor ikke relevant for å besvare problemstillingen. Et siste inklusjonskriterium som ble anvendt i denne studien, var kravet om at forskningsartiklene skulle være underlagt forskningsetisk godkjenning.

3.4 Søkeprosessen

Søkeprosessen ble gjort i flere omganger. For å sikre kvalitet og struktur i søkene tok vi kontakt med bibliotekar ved det medisinske og helsefaglige fakultetet. Vi avsatte tid for å bli veiledet i hvordan å gjennomføre og dokumentere strukturerte søk. På bakgrunn av tema og forskningsmetode anbefalte fakultetets bibliotekar oss å bruke databasene PubMed og Cinahl, og ved funn av gode artikler ble det i tillegg sett etter relevante artikler i deres referanseliste. For å sikre strategiske søk ble det brukt konseptkartet SPIDER, da dette er en egnet søkestrategi for kvalitative studier. SPIDER er et akronym for Sample, Phenomenon of interest, Design, Evaluation, Research (Aveyard, 2023). Se tabell 2 for vårt SPIDER-skjema.

Tabell 2. Konseptkart: SPIDER-skjema

Sample	Phenomenon of interest	Design	Evaluation	Research type
Jordmor, jordmødre	Hjemmefødsel	Intervju, fokusgruppe, observasjon	Jordmors opplevelse, jordmors erfaring	Kvalitative studier
Midwife, midwives, midwifery, nurse midwives	Home birth, homebirth, home childbirth, home labour	Interview or focus groups or observation or perspectives	Experience, experiences, skills, view	Qualitative or Qualitative research or Qualitative study

Da vi gjennomgikk vår SPIDER i PubMed og Cinahl, fant vi nye MeSH-ord og Cinahl Headings, som er databasenes egne ord som databasene kategoriserer artiklene sine med. Disse ble tilført i søket vårt og sikret kvaliteten på søket. Da søkene på denne måten ble tilpasset databasens ordspråk, sikret vi treff innenfor databasenes egne kategoriseringer innenfor temaet, som er årsaken til at søkeordene ble forskjellig ut fra databasene.

Eksempelvis hadde PubMed «childbirth» som MeSH-ord for «birth» og ga flere treff sammen med «home» foran, enn ved å kun søke «birth». Ved å implementere trunkering hadde vi kunnet redusere antallet søkeord. Imidlertid avstod vi fra å benytte trunkering da vi, ved å utfylle et fullstendig konseptkart, vurderte at denne tilnærmingen oppnådde metning i søkene på en måte som var adekvat for databasene.

Etter de gjennomførte prøvesøkene var utført, gjorde vi systematiske søk i databasene Cinahl og PubMed. Da vi hadde søkt i databasene bibliotekaren anbefalte, ønsket vi å inkludere databasene PsycINFO (via Ovid) og Medline (via Ovid) for å forsikre oss at ingen relevante artikler ble oversett. Vi brukte vår SPIDER i disse søkene, men for å oppnå flere treff valgte vi å legge til noen nye søkeord. Se vedlegg 1 for fullstendige tabeller med de strukturerte søkene, søkeord og antall treff. Vi startet med å søke etter artikler som var ti år eller yngre. Dette ga færre søkeresultater enn forventet, noe som gjorde at vi endret til 15 år. Dette resulterte i en ekstra artikkel fra 2011 som vi inkluderte i studien. Til sist i søkeprosessen ble det gjort et tilleggssøk i Google Scholar for å sikre at eventuelt nyere publisert forskning ikke ble ekskludert. Dette gav heller ingen nye funn av artikler. Se tabell 3 for oversikt over antall treff i databasene, og se vedlegg 1 for fullstendige tabeller med de strukturerte søkene, søkeord og antall treff.

Tabell 3. Oversikt over antall treff i databasene.

Database	Antall treff
PubMed	354
Cinahl	320
PsycINFO (via Ovid)	12
Medline (via Ovid)	45

Totalt	731
---------------	------------

Søkene ble gjentatt den 06.02.24 for å forsikre oss om det ikke var kommet nyere forskning innenfor temaet. Det ble søkt i databasene PubMed, Cinahl, Medline (via Ovid) og PsycINFO (via Ovid), samt Google Scholar. Innenfor inklusjonskriteriene var det ingen nyere forskning å inkludere i studien.

3.5 Utvelgelsesprosessen

Resultatene fra søket utgjorde 731 treff. Ved å legge alle treffene inn i EndNote kunne duplikatene ekskluderes gjennom programmets funksjon. 120 duplikater ble fjernet og 611 artikler gjenstod. Etter gjennomgang av titler og sammendrag ble artikler som ikke var innenfor inklusjonskriteriene fjernet. Dette var artikler som baserte seg på studier fra lavinntektsland, fødekvinnens erfaringer, monografier samt duplikater som EndNote ikke hadde detektert. Dette utgjorde til sammen 585 ekskluderte artikler, og 26 artikler ble igjen til vurdering.

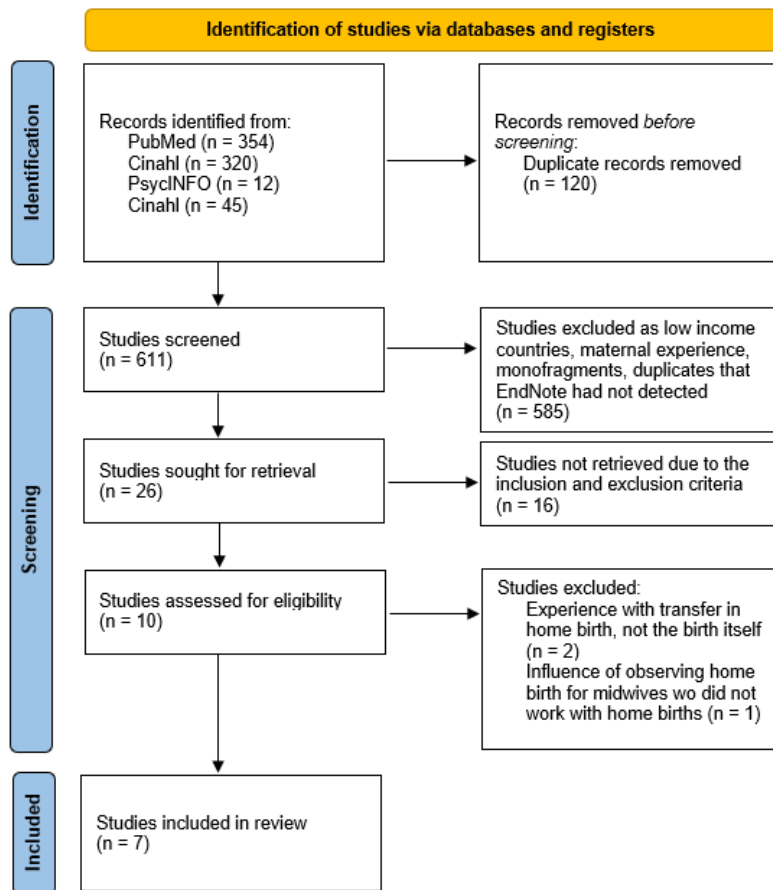
For å sikre at ingen relevante artikler ble tapt grunnet misvisende tittel eller upresist sammendrag, ble de resterende 26 artiklene lest gjennom. Det var flere artikler her som omhandlet jordmor i hjemmefødsel, men disse hadde et annet perspektiv og sa ingenting om jordmors direkte erfaring med hjemmefødsel. De var derfor ikke relevant for problemstillingen. Herunder artikkelen «Relationships are the key to a successful publicly funded homebirth program, a qualitative study» (Sweet et al., 2023) som tok for seg erfaringer fra prosessen med innføring av offentlig tilbud av hjemmefødsler i Australia, med fokus på samarbeid mellom legene og jordmødrene i prosessen, men ikke direkte jordmors erfaring med selve hjemmefødselen. Artikkelen «Avoiding disturbance: Midwifery practice in home birth settings in Norway» (Blix, 2011) ble ekskludert, da den ikke tok for seg jordmors direkte erfaring med hjemmefødsler, men mer omhandlet kvinnen, paret og hvordan de kunne unngå forstyrrelser. Noen av artiklene var fra lav-inntektsland, og enkelte baserte seg på kvinnens erfaring med hjemmefødsel som da falt utenfor inklusjonskriteriet. Dette førte til at det ble ekskludert ytterligere 16 artikler, og vi satt igjen med ti artikler.

Disse ti artiklene ble skrevet ut og lest grundig igjennom. Av de ti artiklene var det tre av artiklene vi valgte å ikke ta med i studien da de etter nøyere gjennomgang falt utenfor inklusjonskriteriene. Den ene artikkelen «Seeing birth in a new light: the transformational effect of exposure to homebirth for hospital-based midwives» svarte ikke på hva hjemmefødselsjordmødrene sin erfaring var, men hvordan det å vitne en hjemmefødsel påvirket jordmødre som arbeidet på sykehus. Artikkelen «Birthplace in Australia: antenatal preparation for the possibility of transfer from planned home birth» ble ekskludert da den ikke omhandlet jordmødres erfaring med selve hjemmefødselen, men heller om kvinners og jordmors erfaring med å forberede seg for overflytting under hjemmefødsel. Det samme gjaldt artikkelen «Under scrutiny: midwives' experience of intrapartum transfer from home to hospital within the context of planned homebirth in Western Australia» hvor det var fokus på jordmors erfaring med overflytting til sykehus under hjemmefødsel og på hvordan de ble mottatt ved ankomst til sykehuset.

Til slutt var det syv artikler som ble inkludert (Ahl & Lundgren, 2018; Aune et al., 2017; Coddington et al., 2017; Hoang et al., 2013; Lindgren et al., 2011; Oboyle, 2013; Sjöblom et al., 2015). Den ene tok for seg både jordmødre og legers erfaring med hjemmefødsler, men da den traff alle andre inklusjonskriteriene valgte vi å ha den med ved å utelukke legenes erfaringer (Hoang et al., 2013). En annen artikkel fokuserte på jordmødres praksis i hjemmefødselskontekster, men med spesifikk vekt på forebygging av perinealrifter (Lindgren et al., 2011). Etter vurdering ble det besluttet å inkludere denne artikkelen, da den presenterte betydelig informasjon om jordmødres generelle erfaringer med hjemmefødsler. De resterende fem artiklene ble inkludert da de traff alle inklusjonskriteriene (Ahl & Lundgren, 2018; Aune et al., 2017; Coddington et al., 2017; Oboyle, 2013; Sjöblom et al., 2015).

Se prismadiagrammet i figur 2 for skjematisk fremstilling av utvelgelsesprosessen.

Prismadiagrammet er laget ut fra malen til nettsiden til PRISMA (Prisma, 2023).



Figur 2. Prismadiagram av utvelsesprosessen (Prisma, 2023).

3.6 Kvalitetsvurdering av artikler

I en litteraturstudie vil det være nødvendig å gjennomføre en kvalitetsvurdering av de utvalgte artiklene. Kritisk vurdering er en strukturert vurdering av styrkene og svakhetene ved en artikkel, og som gir oss muligheten til å bedømme kvaliteten og hvordan den kan hjelpe oss med å besvare problemstillingen vår (Aveyard, 2023). For kritisk vurdering av forskningsartiklene ble det brukt sjekklisten for kvalitative studier, hentet fra helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016). Helsebibliotekets sjekkliste består av totalt ti spørsmål for å vurdere om artiklene har de kvalifikasjonene som stilles for kvalitative studier. Hvert spørsmål kan besvares med enten «ja», «nei» eller «uklart». Alle artiklene ble lest gjennom samtidig som vi gjennomgikk sjekklisten. På denne måten var vi kontinuerlig to personer som kvalitetssikret en og samme artikkel. Se vedlegg 2 for fullstendige sjekklister av vår kritiske vurdering, hentet fra helsebiblioteket.

Artiklene vi inkluderte, benyttet seg av kvalitativ metode. Fem av artiklene benyttet seg av intervju/dybdeintervju, en av artiklene hadde semistrukturert intervju, mens en annen både brukte deltakende observasjon, ustrukturert intervju og dokumentanalyse. Disse artiklene ble vurdert til å ha god kvalitet. Artiklene tok for seg jordmødre med erfaring fra hjemmefødsel, og de presenterte sammenheng mellom formål, metode, teori og resultat. Det ble gjort rede for analysemetodene, og alle artiklene overholdt de etiske prinsippene. Artiklene er publisert i vitenskapelige tidsskrifter som publiserer artikler av god kvalitet. Se vedlegg 3 for skjematisk presentasjon av artiklene og deres kvalitet.

3.7 Tematisk analyse

Etter å ha kvalitetsvurdert de inkluderte artiklene begynte vi med tematisk analyse for å identifisere mulige temaer. Vi sammenlignet og tolket funnene fra artiklene for å få en helhetsforståelse av deres innhold. Målet med dette var å produsere nye og helhetlige funn som kunne bidra til å svare på problemstillingen vår (Aveyard, 2023). Ved gjennomgang av artiklene skrev vi ned foreløpige temaer som vi bemerket oss at gikk igjen, og vi fargekodet innholdet i resultatdelen ut fra hvilke tema den belyste. På denne måten fikk vi mer oversikt over hva hver enkel artikkel inneholdt. Vi benyttet oss av et avkryssningsskjema med oversikt over inkluderte artikler og temaer. Vi kunne da enkelt krysse av for hvilke temaer de ulike artiklene besto av. På denne måten kunne vi ekskludere noen temaer da vi kom frem til at disse ikke var like aktuelle som først antatt. Til slutt beholdt vi fire temaer som ble sett på som relevante for å besvare problemstillingen. Disse temaene hadde ulike navn gjennom hele prosessen og ble først ferdigstilt på slutten når vi sammenfattet den fullstendige tabellen. Tabell 4 med denne oversikten blir presentert i resultatkapittelet.

3.8 Etiske overveielser

All forskning er regulert av lover og forskningsetiske retningslinjer som forskere må forholde seg til når det gjennomføres et forskningsprosjekt (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). I kvalitative studier spiller de etiske vurderingene en sentral rolle da datainnsamlingsmetoden som benyttes består av intervju, videoopptak, lydinnspilling, deltakende observasjon, ikke-deltakende observasjon samt dokumentanalyse. Forskeren har av den grunn et ansvar som innebærer ivaretagelse av deltagerens anonymitet. Det skal innhentes informert samtykke, og deltakerne skal ha fått all informasjon om studien, samt

forsikring om at det som deles av informasjon skal behandles konfidensielt (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010).

En systematisk litteraturstudie er en studie basert på allerede eksisterende forskning (Aveyard, 2023). Av den grunn har ikke denne studien inkludert verken personopplysninger, biologisk materiale eller hatt direkte kontakt med deltakere for studiene. Det var ikke nødvendig å søke til verken REK (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014) eller SIKT (Sikt, 2022) på bakgrunn av studiemetode. Av artiklene vi har inkludert i studien, oppgir alle at de er godkjent av etiske komiteer. Fire av artiklene redegjør godt for sine etiske vurderinger, mens de tre siste nevner at de er etisk godkjent med mindre redegjørelse. Alle artiklene er fagfellevurdert og derfor vurdert med hensyn til etikk. For å kvalitetssikre artiklene før de ble inkludert i denne studien benyttet vi oss av Helsebibliotekets sjekklister for kvalitetsvurdering, som har etikk som et eget punkt (Helsebiblioteket, 2016). Underveis i studien ble alle dokumenter lagret på en sikker plattform som kun var tilgjengelig for oss. Det var ikke nødvendig å lagre data på et høyere sikkerhetsnivå da data vi samlet inn besto av informasjon som kan eller skal være tilgjengelig for alle uten særskilte tilgangsrettigheter (UiT Norges arktiske universitet, 2019).

3.9 Forforståelse

Søkene og tolkningene som ble gjort gjennom forskningsprosessen ble utført med et åpent sinn og med bevissthet om at resultatene kunne utfordre forutinntatte meninger og erfaringer (Malterud, 2019). Dette har vært et sentralt fokus i studien, og prosessens trinn er grundig dokumentert for å sikre gjennomsiktighet, repeterbarhet og overførbarhet. Malterud (2019) påpeker at forskerens ståsted, faglige interesser, motivasjon og personlige erfaringer vil påvirke forskningsprosessen. Vi som forskere spiller en rolle i valg av problemstilling og perspektiv, samt påvirker hvordan konklusjoner vektlegges og formidles (Malterud, 2019). Det handler ikke om hvorvidt vi som forskere påvirker prosessen, men hvordan denne påvirkningen skjer. Derfor må vi være bevisst vår rolle og makt i prosessen (Malterud, 2019). Forforståelse, som er den forhåndskunnskapen vi har om temaet før vi går inn i forskningsprosjektet, påvirker hele prosessen, inkludert innsamling, lesing og tolkning av data. Med bevisstheten om at forforståelse kan påvirke forskningsprosessen, har vi nøye vurdert dette i løpet av studien.

4 Resultat

I dette kapitlet presenteres de inkluderte artiklene med kvalitetsvurdering og temaene fra den tematiske analysen som ble gjennomført i tråd med Aveyards praktiske guide (Aveyard, 2023).

4.1 Presentasjon av artikler

Artikkelen «Being a homebirth midwife in the Nordic countries – a phenomenological study» skrevet av Sjöblom et al., (2015) ble publisert i tidsskriftet *Sexual & Reproductive Healthcare*. Artikkelen hadde som hensikt å beskrive den levde erfaringen av å være en jordmor som jobber med hjemmefødsler i de nordiske landene. Studiens hovedfunn viste til at jordmødrene så på hjemmefødsler som en tilfredsstillende og givende måte å arbeide på, som bidro til å bevare jordmorkunsten. Jordmødrene hadde stor tro på kvinners evne til å føde og poengterte viktigheten av at kvinnen skulle ha en positiv fødselsopplevelse. Studien ble gjennomført med en kvalitativ metode med intervju som design. Denne artikkelen ble vurdert til å ha god kvalitet, med ti av ti poeng i sjekklisen for kvalitativ forskning (vedlegg 2). Studiens styrke var utvalget bestående av 21 jordmødre fra ulike land: Norge, Sverige, Danmark, Finland og Island. Dette ga en dyp innsikt og forståelse for fenomenet hjemmefødsel og variasjoner mellom landene. Forfatterne besto i tillegg av tre jordmødre med erfaring fra hjemmefødsler og en sykepleier uten erfaring fra hjemmefødsler. Analysen og fortolkningen ble nyansert, noe som ble redegjort for.

Artikkelen «Nature works best when allowed to run its course. The Experience of midwives promoting normal births in a home birth setting», skrevet av Aune et al., (2017) ble publisert i tidsskriftet *Midwifery*. Hensikten med studien var å få en dypere forståelse for hvordan jordmødre ivaretok normale fødsler i en hjemmefødselssituasjon i Norge. De ni jordmødrene som deltok i denne kvalitative studien, ble intervjuet i form av dybdeintervju. Hovedfunnene var at jordmødrenes holdning til normale fødsler var helt essensielle i en hjemmefødsel. Tålmodighet, trygghet og få intervensjoner var nødvendig for å fremme den normale fødselsprosessen. Det var viktig at jordmødrene ikke måtte forholde seg til et tidskjema når fødselen pågikk slik at kvinnene fikk bruke den tiden de behøvde for å føde (Aune et al., 2017). Artikkelen ble kvalitetsvurdert til å være av god kvalitet, med ti av ti poeng i sjekklisen for kvalitativ forskning (vedlegg 2).

Artikkelen «From hospital to home: Australian midwives experiences of transitioning into publicly-funded homebirth programs» skrevet av Coddington et al. (2017) ble publisert i tidsskriftet *Women and Birth*. Forfatterne utforsket jordmødres erfaringer med overgang fra å jobbe med sykehusfødsler til å jobbe med offentlig finansierte hjemmefødsler. Hovedfunnene viste at når jordmødre opplevde støtte fra ledere og kollegaer, opplevde de overgangen som god. Jordmødrenes endret synet de hadde på en normal fødsel, og de bemerket seg en forbedring av sin jordmorpraksis. Dette var en kvalitativ studie med dybdeintervjuer utført på totalt 13 jordmødre. Artikkelens kvalitet ble vurdert til å være av god kvalitet, med ti av ti poeng i sjekklisten for kvalitativ forskning (vedlegg 2). En av begrensningene var utvalget i studien, som besto av et lite antall jordmødre. Dette hadde sammenheng med at tilbudet var nytt og få jordmødre hadde gått over til å jobbe med hjemmefødsler som del av det offentlige tilbudet.

Artikkelen «Working with home birth – Swedish midwives' experiences», skrevet av Ahl & Lundgren (2018) ble publisert i tidsskriftet *Sexual & Reproductive Healthcare*. Artikkelen hadde som hensikt å beskrive svenske jordmødres erfaring med hjemmefødsler. Hovedfunnene var at det å delta på hjemmefødsel ga verdifull og nødvendig kunnskap om normale fødsler. Omgivelsene ved en hjemmefødsel påvirket hvordan jordmødrene utførte sitt arbeid, og ga jordmødrene mulighet til å fokusere på kvinnen og støtte henne fullt ut. Studien ble gjennomført med kvalitativ forskningsmetode med intervju som design, og åtte jordmødre fra Sverige deltok. Kvaliteten på artikkelen ble vurdert til å være god, med ti av ti poeng i sjekklisten for kvalitativ forskning (vedlegg 2).

Artikkelen «The commonalities and difference in health professionals', views on home birth in Tasmania, Australia: A qualitative study» skrevet av Hoang et al., (2013) ble publisert i tidsskriftet *Woman and Birth*. Hensikten med studien var å undersøke jordmødre og legers meninger om hjemmefødsel. Her valgte vi å ekskludere legenes mening og det vi med sikkerhet kunne se at kom fra jordmødre uten erfaring fra hjemmefødsler. Dette gjorde vi da det også var jordmødre med erfaring fra hjemmefødsler med i artikkelen, som kunne bidra til å besvare studiens problemstilling. Studien har en kvalitativ forskningsmetode med semistrukturert intervju som design. Studiens resultater viser til at jordmødrene mente kvinnene burde velge fødested selv, og de erfarte at risikoen ved å ikke tilby hjemmefødsler var at kvinner fødte hjemme uassistert. Jordmødrene var opptatt av å ivareta trygghet under

fødsel, og var klar over komplikasjoner som kunne oppstå. Jordmødrene erfarte at det var trygt for friske kvinner å føde hjemme med en kvalifisert jordmor til stede, og de vektla kunnskap og erfaring. Ni jordmødre fra Tasmania ble intervjuet. Kvaliteten på artikkelen ble vurdert som god, med ni av ti poeng i sjekklisten for kvalitativ forskning (vedlegg 2). Varigheten på intervjuene ble satt til 20-30 minutter og utført under informantenes lunsjpause grunnet manglende tid. Det blir ikke redegjort for om dette var tilstrekkelig tid for å oppnå datametning.

Artikkelen «Just waiting to be hauled over the coals’: Home birth midwifery in Ireland» skrevet av Oboyle (2013) ble publisert i tidsskriftet *Midwifery*. Studien er en etnografisk studie basert på deltakerobservasjon, ustrukturerte intervjuer og dokumentanalyse. Hensikten var å beskrive konteksten av irske hjemmejordmødres erfaring fra praksis. Hovedfunnene i artikkelen var at jordmødre som jobbet med hjemmefødsler var få i antall, noen måtte stå alene i fødsler, og de manglet et system og støtteapparat, noe som forsterket opplevelsen av å være profesjonelt isolert. Jordmødrene verdsatte profesjonalisme og kvinnes autonome selvbestemmelsesrett høyt (Oboyle, 2013). Totalt 21 jordmødre deltok. Det var utydelig hvordan forskeren hadde hentet inn deltakerne som er med i studien. En svakhet ved studien er at forskeren ikke redegjør hvordan bakgrunnsforhold kan ha påvirket fortolkningen av data. Det kommer for eksempel frem at han bruker seg selv i studien, egne erfaringer og refleksjonsnotater uten at det redegjøres hvordan dette kunne påvirke resultatene. Artikkelen ble vurdert til å ha god kvalitet, åtte av ti poeng i sjekklisten for kvalitativ forskning (vedlegg 2).

Artikkelen «Fear causes tears- Perineal injuries in home birth settings. A Swedish interview study», skrevet av Lindgren et al., (2011), ble publisert i tidsskriftet *BMC Pregnancy & Childbirth*. Studien hadde som hensikt å beskrive praksisen til jordmødre i hjemmefødselens omgivelser. Selv om artikkelen fokuserte på forebygging av perinealrifter ved hjemmefødsler, tok vi med artikkelen fordi at den presenterte flere aspekter ved jordmors generelle erfaring med hjemmefødsler. Her var hovedfunnene at jordmødrene hadde behov for å forberede seg psykisk og fysisk til hjemmefødsler. Det var en trygghet for jordmødrene å kjenne kvinnene de hadde i hjemmefødsel, og god tid ble sett på som den mest signifikante forskjellen mellom hjemme- og sykehusfødsler. Artikkelen hadde en kvalitativ forskningsmetode med intervju som design. 20 jordmødre deltok (Lindgren et al., 2011). Studien var basert på et lite utvalg,

og kunne derfor ikke nødvendigvis betraktes som representativ, men forfatterne mente likevel at studien ga viktig innsikt i jordmorpraksis ved hjemmefødsler. Det ble gjort rede for overførbarhet, innsyn i metode og analyse, noe som styrker oppgavens troverdighet. Kvaliteten på artikkelen ble vurdert som god, med ti av ti poeng i sjekklisten for kvalitativ forskning (vedlegg 2).

4.2 Tema

Temaene fra den tematiske analysen var: jordmors faglige kompetanse, troen på den fysiologiske fødselen, faglig trygghet og fødeomgivelsenes betydning. Tabell 4 viser en skjematisk oversikt over hvilke artikler som representerer de ulike temaene.

Tabell 4. Oversikt over artikler og hvilke temaer de representerer.

Hovedtema	Jordmors faglige kompetanse	Troen på den fysiologiske fødselsprosessen	Faglig trygghet	Fødeomgivelsenes betydning
«Being a homebirth midwife in the Nordic countries – a phenomenological study» I. Sjöblom et al.	x	x		x
«Nature works best when allowed to run its course. The Experience of midwives promoting normal births in a home birth setting» I. Aune et al.		x		x

«From hospital to home: Australian midwives experiences of transitioning into publicly-funded homebirth programs» R. Coddington et al.	x	x	x	x
«Working with home birth – Swedish midwives’ experiences» M. Ahl og I. Lundgren.	x	x	x	x
«The commonalities and difference in health professionals’ views on home birth in Tasmania, Australia: A qualitative study» H. Hoang et al.			x	
«Just waiting to be hauled over the coals’: Home birth midwifery in Ireland» C. OBoyle.		x	x	
«Fear causes tears- Perineal injuries in home birth settings. A	x	x	x	x

Swedish interview study» H.E. Lindgren et al.				
--	--	--	--	--

Tabell 4: Presenterer hvilke artikler som omhandler de forskjellige temaene.

4.3 Jordmors faglige kompetanse

Av de inkluderte artiklene var det fire som omhandlet temaet «Jordmors faglige kompetanse» (Ahl & Lundgren, 2018; Coddington et al., 2017; Lindgren et al., 2011; Sjöblom et al., 2015). Temaet Jordmors faglige kompetanse handler om det jordmødrene selv presenterte som svært viktig i hjemmefødsler: deres personlige måte å arbeide på. Temaet sier noe om hvordan jordmødrene jobbet kunnskapsbasert og på bakgrunn av hvilke erfaringer de hadde. Deres deltakelse i fødslene ble formet av disse erfaringene, hvor de stolte på og aktivt benyttet sine profesjonelle kunnskaper, sanser og intuisjon for å veilede kvinnene. Jordmødrene i artikkelen til Sjöblom et al., (2015) uttrykte hva de selv erfarte var viktig når de jobbet med hjemmefødsler «. . .when you work at home, you use not only the knowledge you have acquired, and your experiences, but also a form of intuition, which you rely on» (Sjöblom et al., 2015, s. 128)

Flere av artiklene beskrev at jordmødre hadde muligheten til å anvende sin kunnskap uten forstyrrelser eller begrensninger. De arbeidet i sitt eget tempo og kunne dedikere seg fullstendig til hver enkelt kvinnes fødsel. Dette samt mangelen på teknologiske hjelpemidler gjorde jordmødrene mer oppmerksomme på hele fødselsprosessen, og muliggjorde bedre støtte til kvinnene (Ahl & Lundgren, 2018; Coddington et al., 2017; Lindgren et al., 2011; Sjöblom et al., 2015). Jordmødrene med erfaring fra både sykehus og hjemmefødsler erfarte at de i hjemmet fikk benyttet hele sin jordmorfaglige kompetanse, hvor de fikk fremme den normale fødselsprosessen uten intervensjoner eller andre forstyrrelser (Ahl & Lundgren, 2018, s. 26).

Jordmødre som gikk fra å jobbe på sykehus til å jobbe med hjemmefødsler, forberedte seg ved å utvikle flere jordmorferdigheter (eksempelvis legge PVK, suturering og gjenopplivning). Jordmødrene var stolte over å ha disse ferdighetene, fordi ferdighetene sørget for at de kunne gi kvinnene god oppfølging under og etter fødsel (Coddington et al., 2017). For andre jordmødre var det viktig å stole på sin egen profesjonelle kompetanse og

ferdigheter når de var med på hjemmefødsler, da de ikke hadde tilgang på teknologiske hjelpemidler (Ahl & Lundgren, 2018). Det var likevel viktig for jordmødrene å ha med seg legemidler og medisinsk utstyr i tilfelle det skulle oppstå komplikasjoner med mor og/eller barn (Ahl & Lundgren, 2018).

4.4 Troen på den fysiologiske fødselsprosessen

Samtlige artikler refererte til troen på den fysiologiske fødselsprosessen som en viktig erfaring når jordmødrene jobbet med hjemmefødsler (Ahl & Lundgren, 2018; Aune et al., 2017; Coddington et al., 2017; Lindgren et al., 2011; Oboyle, 2013; Sjöblom et al., 2015). Temaet omhandler troen på at kvinnene kunne føde komplikasjonsfritt. Uten intervensjoner og i sitt eget tempo. Kvinnene skulle få føde uforstyrret og ikke være preget av å forholde seg til gitte tidspunkt for når det ble forventet at barnet skulle være født. Jordmødrene erfarte at de videreførte sin tro på den fysiologiske fødselsprosessen, til kvinnene selv. De erfarte at det styrket kvinners tillitt til sin egen fødeevne (Aune et al., 2017). Jordmødrene viste respekt for den fysiologiske fødselsprosessen og var i stand til, basert på sin utdanning og erfaringsbakgrunn, å identifisere tidspunkter hvor det ikke lenger var mulig å fortsette uten nødvendige intervensjoner. Dette kommer til uttrykk i sitatet «You must believe in the birth process. And you must have had some experiences where you see that things have worked out even if the process is slower than you have imagined... » (Aune et al., 2017, s. 23). En jordmor utdypte i et sitat angående å la naturen gå sin gang. «Of course we will help and support and intervere when nature becomes arbitrary, but very often nature works best when allowed to run its course» (Aune et al., 2017, s. 23).

Coddington et al., (2017) viste i sin studie at jordmødrene som gikk fra å jobbe på sykehus til å jobbe hjemme, opplevde hjemmefødsler som tryggere enn de antok før eksponering for hjemmefødsler. De erfarte at eksponeringen styrket deres tro på den fysiologiske fødselsprosessen. Jordmødrene uttrykte at de ikke hadde opplevd slike rolige og normale fødsler før. Resultatene fra studien til Ahl & Lundgren (2018) viste at jordmødrene fikk mer tillit til den normale fødselsprosessen etter de begynte å jobbe med hjemmefødsler. I den samme studien erfarte jordmødrene at stress og dårlig kommunikasjon ofte var til stede på sykehusfødsler, men ikke i hjemmefødsler. Det ble hevdet at på sykehus ble det oftere utført unødvendige intervensjoner, noe som gjorde hjemmefødsler tryggere enn sykehusfødsler. Det samme kommer frem i resultatene til Lindgren et al., (2011), hvor jordmødre erfarte at stress i

den normale fødselen ikke bidro positivt. De erfarte blant annet at for å fremme den fysiologiske fødselsprosessen var det nødvendig å lytte til hva kvinnen hadde behov for under fødselen. Resultatet fra studien til forfatteren Oboyle (2013) indikerte at jordmødre så det som nødvendig å bli godt kjent med kvinnene som ønsket hjemmefødsel. De arbeidet aktivt for å støtte og fremme kvinnenes autonomi i fødselsprosessen da dette ble ansett som et positivt bidrag til selve fødselen. Det ble poengtert i artikkelen til Ahl & Lundgren (2018) at jordmødre anbefalte hjemmefødsel; «From a safety perspective and to avoid interventions I recommend home birth. In hospital we do interventions because of access and lack of patience».(Ahl & Lundgren, 2018, s. 26).

4.5 Faglig trygghet

Temaet «faglig trygghet» refererer til jordmødrenes opplevelse av å føle seg kompetente og trygge i utøvelsen av sitt fag. Dette innebar tillit til sin egen kunnskap, evnen til å håndtere situasjoner faglig korrekt, og en generell følelse av trygghet i utførelsen av oppgaver knyttet til jordmorpraksisen. Flere av artiklene viste at faglig trygghet var avgjørende for å gi omsorg på et høyt nivå og for å håndtere ulike aspekter av fødselsprosessen. (Ahl & Lundgren, 2018; Coddington et al., 2017; Hoang et al., 2013; Lindgren et al., 2011; Oboyle, 2013).

Jordmødrene hadde erfaring som hjalp dem i å vurdere når en kvinne måtte overflyttes til sykehus. De kjente også til retningslinjer for fødselen, blant annet det å lytte intermitterende til barnets hjertefrekvens og observere kvinnen og progresjonen i fødselen (Ahl & Lundgren, 2018).

Faglig trygghet handlet om å søke råd og veiledning hos kollegaer. Tre av artiklene utdypet at jordmødrene fikk en faglig trygghet ved å jobbe sammen med hverandre. Jordmødrene i artiklene hadde alltid en annen jordmor til stede under hjemmefødslene, hvor de kunne lære av hverandres måte å arbeide på. Jordmødrene erfarte å utfylle hverandre når de kunne reflektere sammen (Ahl & Lundgren, 2018; Coddington et al., 2017; Lindgren et al., 2011). I studien til Oboyle (2013) oppgav jordmødrene at det var for få praktiserende jordmødre til å kunne være to til stede under en fødsel, noe som kunne resultere i at færre kvinner fikk tilbud om å føde hjemme. Jordmødrene opplevde det å være alene som en faglig isolasjon. For å oppnå faglig trygghet hadde jordmødrene som var alene behov for å kunne snakke sammen med andre hjemmejordmødre, noe de gjorde via telefon for å kunne drøfte og reflektere sammen (Oboyle, 2013).

Det var viktig for jordmødrene å opprettholde sin kompetanse, da de var klar over potensielle konsekvenser av å forsømme dette ansvaret (Ahl & Lundgren, 2018; Coddington et al., 2017; Hoang et al., 2013; Lindgren et al., 2011; Oboyle, 2013). Jordmødre i studien til Hoang et al., (2013) påpekte at hjemmefødsler burde være et alternativ for kvinner så fremt de fikk omsorg av jordmødre som var godt trent i å håndtere uforventede akutte situasjoner. Dette kom i tillegg frem i et sitat av en jordmor i studien til Hoang et al. (2013, s. 57) «Home birth is a great option for many women with many advantages to the women and their babies. There needs to be a midwife available and access to suitable emergency facilities». En av årsakene til utrygghet i hjemmefødsler hos jordmødre var nettopp vissheten om at slike uforutsette komplikasjoner kunne oppstå. De erfarte at selv normale fødsler kunne endre seg til å bli akutte situasjoner. Jordmødrene måtte da kunne handle raskt og effektiv. Det kom i tillegg frem i studien til Coddington et al., (2017) at jordmødrene trente på akutte situasjoner som kunne oppstå i hjemmet, for å styrke deres trygghet. For å føle seg faglig trygg opparbeidet de seg blant annet erfaring ved å først observere hjemmefødsler, for deretter å assistere. Etter hvert tok disse jordmødrene over rollen som ledende jordmor. Det kom frem at jordmødrene opplevde det som utrygt med hjemmefødsler før de fikk erfaring; «As much as I always believed in homebirth, it is a little bit scary when you go to your first one until you realise how normal it is. But you are... you're still a midwife as well, you've got all the skills, it's just a different setting» (Coddington et al., 2017, s. 74).

4.6 Fødeomgivelsenes betydning

Temaet «fødeomgivelsenes betydning» kan relateres til fem av artiklene (Ahl & Lundgren, 2018; Aune et al., 2017; Coddington et al., 2017; Lindgren et al., 2011; Sjöblom et al., 2015). Dette temaet beskriver jordmødrenes erfaringer med betydningen av jordmor som en del av omgivelsene, relasjonen og omstendighetene ved hjemmefødsel. Resultatet fra artiklene viser at jordmødrene erfarte at de etablerte sterke og trygge bånd til de kvinnene som valgte hjemmefødsel. Forholdet mellom jordmødrene og parene før fødselen skapte en atmosfære av ro og trygghet under selve fødselssituasjonen. Relasjonen jordmødre og kvinnene hadde opparbeidet seg i forkant av fødselen, gjorde at jordmødrene hadde inngående kunnskap om kvinnene og deres behov. Dette muliggjorde en individuell tilpasning og støtte. Jordmødrene understrekte tydelig at kontinuitet i relasjonen var avgjørende for å gi god assistanse i hjemmefødslene (Ahl & Lundgren, 2018; Lindgren et al., 2011; Sjöblom et al., 2015). I Lindgren et al., (2011) sin artikkel presiserte jordmødrene at de forberedte seg til

hjemmefødsel ved å bli kjent med kvinnens fødselsplan og paret. Jordmødrene deltok i å gjøre omgivelsene rundt kvinnen innbydende og komfortabel i forbindelse med fødsel.

Jordmødrene i artikkelen til Aune et al., (2017) ga uttrykk for at når de befant seg i parets private hjem, ble de mer ydmyk. Dette erfarte jordmødrene endret dynamikken i forholdet mellom jordmødrene og paret til å bli mindre paternalistisk. Jordmødrene i artikkelen til Coddington et al., (2017) uttrykte opplevelsen av kontinuitet i relasjonen mellom seg selv og kvinnene som en tilfredsstillende måte å arbeide på. «Being able to facilitate an entire experience from 20 weeks all the way through to 6 weeks postpartum with everything in the middle. I find that really satisfying actually» (Coddington et al., 2017, s. 72).

Temaet omfatter i tillegg hvordan fødeomgivelsene bidrar til å fremme en positiv og fysiologisk fødsel, og hvorfor fødselsomgivelsenes betydning var viktig for jordmødrene. For å kunne veilede og støtte kvinnene i fødsler, erfarte jordmødre at de kunne bruke omgivelsene rundt seg som en ressurs i sitt arbeid. Fødeomgivelsene representerte ro, trygghet og tillitt, noe jordmødrene brukte til sin fordel. De erfarte at kvinnene hadde mer ro når de fødte hjemme, og at den fysiske nærheten mellom parene ble mer naturlig når de var i ens eget hjem (Ahl & Lundgren, 2018; Sjöblom et al., 2015). I et av sitatene i artikkelen til Sjöblom et al., (2015) uttrykker en jordmor hvordan hun kan bidra til en god atmosfære i fødeomgivelsene. «My strength as a midwife is to do my best to preserve the normalcy of the birth, to be calm and secure in what I'm doing, to have patience, and be able to contribute to an atmosphere in which women can successfully give birth» (Sjöblom et al., 2015, s. 128).

Jordmødrene beskrev at de kunne være enda mer til stede ved hjemmefødsler, uten å bli forstyrret av det som eksempelvis kan være forstyrrende momenter på et sykehus. Det ble påpekt at det positive ved en hjemmefødsel var roen knyttet til situasjonen (Ahl & Lundgren, 2018; Coddington et al., 2017; Lindgren et al., 2011). Jordmødrene hørte ikke andre lyder enn det som befant seg innenfor hjemmets fire vegger. De hadde troen på at det å være få personer til stede hadde en positiv effekt på fødselsforløpet. Jordmødrene erfarte at roen ved hjemmefødsler ga dem mulighet for blant annet restitusjon og pauser (Ahl & Lundgren, 2018). Sitatet i artikkelen til Coddington et al., (2017) viser til hvordan jordmødre mente hjemmefødsler kunne være et tryggere alternativ fordi jordmoren kunne holde seg fokusert og ikke bli forstyrret av det som foregikk utenfor fødselsomgivelsene.

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

5 Diskusjon

I dette kapittelet vil vi drøfte våre funn opp mot relevant forskning og det teoretiske rammeverket for oppgaven. Diskusjonen vil foregå med utgangspunkt i studiens problemstilling «*Hvilke erfaringer har jordmødre med hjemmefødsel?*»

5.1 Jordmors faglige kompetanse

Funnene i studien vår viste at jordmødrene stolte på og benyttet sin faglige kompetanse aktivt i hjemmefødsler. I hjemmefødsler kunne jordmødrene arbeide uforstyrret og dedikere seg fullt til fødselsprosessen.

For jordmødrene som deltok i de ulike studiene (Ahl & Lundgren, 2018; Coddington et al., 2017; Lindgren et al., 2011; Sjöblom et al., 2015), var det en gjensidig forståelse av at den faglige kompetansen besto av flere aspekter. Jordmødrene hadde allerede opparbeidet en teoretisk kunnskap i utdanningen og arbeidet sitt, men de utviklet mer kunnskap ved å delta på og lede hjemmefødsler. Denne nye kunnskapen styrket kompetansen deres, og de så på den som nødvendig for å lede hjemmefødsler. Dette støttes av MiMo-modellen, som identifiserer ulike elementer som bidrar til helheten av kunnskap; teoretisk, evidensbasert og sensitiv kunnskap (Olafsdottir et al., 2022). Forståelsen av jordmødrenes faglige kompetanse og deres tilnærming til hjemmefødsler gir et verdifullt innblikk i kompleksiteten i deres praksis. Denne helhetlige tilnærmingen understreker at faglig kompetanse ikke bare er basert på teoretisk innsikt, men i tillegg på den verdifulle erfaringsbaserte kunnskapen som jordmødrene tilegner seg gjennom praktisk engasjement innen hjemmefødsler (Olafsdottir et al., 2022). I lys av dette blir betydningen av kunnskap og erfaring ytterligere understreket av McNutt et al.

(2014). Jordmødrene som hadde både kunnskap og erfaring, opplevde en økt trygghet i håndteringen av hjemmefødsler.

Kontrasten ble tydelig når det gjaldt barnelegene i samme studie. Deres perspektiv på hjemmefødsler var primært basert på erfaringer der syke barn måtte transporteres fra hjemmet til sykehus, eller i tilfeller der det endte i dødfødsel. Dette begrenset deres erfaring til tilfeller der utfallet var negativt, uten eksponering for vellykkede hjemmefødsler (McNutt et al., 2014). Det samme kommer frem i studien om ulike profesjoners holdninger til hjemmefødsler, hvor gynekologer, obstetrikere, barneleger og jordmødre uten erfaring med hjemmefødsler enten var negative til eller ikke selv ønsket å stå ansvarlige for hjemmefødselen (Hoang et al., 2013). Studien til McNutt et al. (2014) indikerer at holdninger til hjemmefødsler kan være formet av begrenset erfaring og eksponering, og at en mer omfattende forståelse av positive utfall kan bidra til å endre disse holdningene. Dette understreker viktigheten av å inkludere ulike perspektiver og erfaringsgrunnlag for å danne mer nyanserte oppfatninger om hjemmefødsler innen helsevesenet.

Jordmødrene oppfattet det som nødvendig å jobbe uforstyrret for å utvikle og benytte seg av sin faglige kompetanse (Ahl & Lundgren, 2018; Coddington et al., 2017; Lindgren et al., 2011; Sjöblom et al., 2015). Samtidig understreker jordmødrene viktigheten av å begrense medisinske inngrep for å hindre forstyrrelser, samt opprettholde sin autonomi som profesjon (Prosen & Krajnc, 2019). Jordmødrene som hadde erfart fødsler både i sykehus og hjem, opplevde en stor kontrast mellom fødslene. De erfarte at de under hjemmefødsler oftere kunne være til stede gjennom hele fødselsprosessen. Den begrensede tilgangen til teknologiske hjelpemidler nødvendiggjorde en større utnyttelse av deres sammensatte faglige kompetanse (Coddington et al., 2017). MiMo-modellen (Olafsdottir et al., 2022) viser til hvordan jordmor alltid må balansere mellom det å imøtekomme kvinnenens ønsker og bruke fagkunnskapen sin på å gi omsorg, etablere relasjon og skape gode fødeomgivelser. Denne utfordrende balansegangen understøttes i våre funn, hvor jordmødrene som, til tross for å ha praktisert flere hjemmefødsler, kan karakteriseres som godt balanserte (Ahl & Lundgren, 2018; Coddington et al., 2017; Sjöblom et al., 2015). Funnene i artikkelen til Coddington et al. (2020) viste at jordmødrene som ble eksponert for og fikk erfaring med hjemmefødsler, i stor grad ønsket å implementere elementer fra hjemmefødslene videre i sin egen praksis. Dette innebar blant annet å arbeide uforstyrret og uten unødvendige intervensjoner. Samtidig viste

resultatene i vår studie at jordmødrene som praktiserte hjemmefødsler, også var bevisst det ansvaret de hadde (Coddington et al., 2017). De forbedrete seg på ulike akutte hendelser, blant annet ved å øve på å suturere, gjenopplive, sette venekanyler og utføre simuleringsøvelser.

I land hvor hjemmefødsler ikke er en del av det offentlige tilbudet, kan kvinnene føde hjemme med privatpraktiserende jordmødre. I Oboyle (2013) sin studie kom det frem at jordmødrene i Irland opplevde å være for få privatpraktiserende til å kunne samarbeide som et team, og måtte hjelpe fødekvinnene alene for å kunne opprettholde et tilbud om hjemmefødsler. Mangelen på kollegialt samarbeid førte til en følelse av profesjonell isolasjon blant jordmødrene, og denne isolasjonen kan forstås som en potensiell påvirkningsfaktor på deres faglige kompetanse. For å håndtere denne utfordringen søkte jordmødrene informasjon, rådførte seg med kollegaer og støttet hverandre over telefon. Imidlertid stod jordmødrene alene uten et støtteapparat ved uønskede hendelser eller komplikasjoner. Dette bekreftes i artiklene til Ahl og Lundgren (2018) og Coddington et al. (2017), der jordmødrene understreker viktigheten av kollegialt samarbeid som en sentral fordel ved hjemmefødsler. Samarbeidet mellom to jordmødre styrket deres faglige kompetanse gjennom gjensidig læring. Samtidig viser funnene i artikkelen til McCourt et al. (2012) at de i England slet med å rekruttere jordmødre til hjemmefødsler, til tross for ulike organiseringer av fødetilbudet i England. Dette bidro til at det var et fåtall jordmødre kunne tilby hjemmefødsler. Denne innsikten i hvordan jordmødre arbeider som privatpraktiserende uten å være en del av et system, antyder at deres faglige kompetanse kan være truet dersom de opererer i en profesjonell isolasjon uten kollegialt samarbeid. Denne privatpraksisen varierer mellom landene og innad i land (Ahl & Lundgren, 2018; Coddington et al., 2017; Hoang et al., 2013; McCourt et al., 2012; Oboyle, 2013). Profesjonell isolasjon kunne gjøre jordmødrene sårbare og utbrente (Sandall, 1997). Dette understøttes av caseload midwifery-modellen hvor jordmødrene jobber sammen i grupper, hvor de samarbeider, støtter og avlaster hverandre (Homer et al., 2008). Vi kan konkludere med at jordmødrene opplevde denne modellen som mest optimal å arbeide etter, ettersom flertallet av de privatpraktiserende jordmødrene foretrakk den (Homer et al., 2008; Sandall, 1997). I tillegg til kollegialt samarbeid for å styrke sin faglige kompetanse, kommer det frem i artikkelen til Hansson et al. (2021) at det var viktig for jordmødre å bli betrodd innenfor sitt faglige domene. Dette gjorde det mulig for jordmødrene å ha innflytelse over sitt eget arbeid og muliggjorde å jobbe som jordmor uten å

måtte involvere leger uten nødvendig grunn. Jordmødrene hadde behov for å være av faglig betydning og til nytte både for den fødende kvinnen og hennes partner og for andre jordmødre, samt for teamet rundt den fødende kvinnen. Å anerkjenne og verdsette jordmødrenes unike rolle og kompetanse er avgjørende for å fremme et helsefremmende arbeidsmiljø og sikre at den fødende kvinnen mottar omsorg av høyeste standard (Hansson et al., 2021).

5.2 Troen på den fysiologiske fødselsprosessen

Våre funn viser at jordmødrene hadde en fundamental tro på den fysiologiske fødselsprosessen, og på at kvinner kunne føde komplikasjonsfritt, uten intervensjoner og i sitt eget tempo. Samtlige jordmødre mente at deres tro på den fysiologiske fødselsprosessen styrket kvinnens selvtillit, og kvinnens tro på egen evne til å føde.

Det at jordmødrene hadde tillit til at kvinner kunne føde hjemme komplikasjonsfritt og uten komplikasjoner, kan skyldes at de tenkte med MiMo-modellen, som argumenterer for betydningen av å støtte den normale fysiologiske fødselsprosessen (Olafsdottir et al., 2022). The Lancet publiserte i 2020 en systematisk litteraturstudie på utfall ved hjemmefødsler som viste at kvinner som planla hjemmefødsel og startet fødselen i hjemmet, hadde mindre sannsynlighet for medisinske intervensjoner (Reitsma et al., 2020). Dette innebar intervensjoner som keisersnitt, operativ vaginal forløsning, epidural, episiotomi og stimulering av rier med oxytocin drypp. Kvinnene hadde i tillegg mindre sannsynlighet for tredje- og fjerdegrads rift, infeksjon og uterusatoni (Reitsma et al., 2020). Altså samsvarer de vitenskapelige data med jordmødrenes tro på at hjemmefødsler oppfyller flere krav til å oppnå positive fødselsutfall. Selv om jordmødrene i studien understreket troen på den fysiologiske fødselsprosessen, og at det er positive resultater fra The Lancet-studien, kan det være variasjon i erfaringer og utfall.

I funnene fra vår studie kom det tydelig frem at det var avgjørende å gi den fysiologiske fødselsprosessen tilstrekkelig tid og rom for å utspille seg (Ahl & Lundgren, 2018; Aune et al., 2017; Coddington et al., 2017; Lindgren et al., 2011; Oboyle, 2013; Sjöblom et al., 2015). Jordmødrene i vår studie utviste en betydelig grad av respekt for fødselsprosessen og utøvde tålmodighet ved å nøye vurdere situasjonen før de eventuelt konkluderte med å avslutte forsøket på hjemmefødsel. Dette synspunktet er støttet av Sandall et al. (2010), som, gjennom

kontinuitetsmodellen, identifiserte tre hovedprinsipper, hvorav det ene prinsippet fremhevet jordmødres kapasitet til å ha styring over fødselsprosessen. Sandall et al. (2010) hevdet at det var viktig for jordmødrene å ha handlingsrom til å organisere og prioritere relevante aspekter av fødselen basert på egen vurdering, hvor det i våre funn ble vektlagt å tillate kvinnen å føde i sitt tempo. Funn i artikler viste at jordmødre og kvinnene selv ønsket og respekterte den fysiologiske fødselsprosessen, samtidig som det var nødvendig å gi den tid (Blix, 2011; Jouhki et al., 2017; Olafsdottir et al., 2021; Skrondal et al., 2020). I en konsensuserklæring understøttes viktigheten av å ha fokus på den fysiologiske fødselen, da det vil kunne bidra til å endre dagens diskurs fra en fødsel som en sykdomstilstand der kvinnens ønsker og behov ikke fremmes, til en situasjon hvor både kvinner og jordmødre kan dele beslutninger og ansvar i fødselen ("Supporting Healthy and Normal Physiologic Childbirth: A Consensus Statement by the American College of Nurse-Midwives, Midwives Alliance of North America, and the National Association of Certified Professional Midwives," 2012). Dette understøttes av jordmødrene i en studie angående helsepersonells erfaringer med implementering av kontinuitetsmodellen «caseload» (Styles et al., 2020). Modellen var en ny måte for jordmødrene å jobbe på, og de reflekterte over positive endringer som dette medførte, sammenlignet med måten de jobbet på før. Disse positive endringene inkluderte autonomi i å strukturere sitt arbeidsliv, opplevd innvirkning på interaksjoner, evne til å fremme den fysiologiske fødselsprosessen og til å håndtere kvinnenes bekymringer (Styles et al., 2020).

5.3 Faglig trygghet

Resultatene av vår studie indikerer at jordmødrene opplevde en følelse av kompetanse og faglig trygghet i utøvelsen av sitt arbeid. Jordmors faglige trygghet i hjemmefødsler inkluderer tillit til egen kunnskap, evnen til å håndtere situasjoner på en faglig korrekt måte, og følelsen av trygghet i utøvelsen av sin jordmorpraksis.

For jordmødrene var tillitt til egen fagkunnskap avgjørende for å kunne delta på hjemmefødsler. Herunder viste funnene i flere av de inkluderte artiklene (Ahl & Lundgren, 2018; Coddington et al., 2017; Hoang et al., 2013; Lindgren et al., 2011; Oboyle, 2013) at det var nødvendig med faglig trygghet for å kunne håndtere de ulike fasene av fødselen og i akutte situasjoner. MiMo-modellen gir en teoretisk forståelse av hvorfor tillit til egen fagkunnskap blir så betydningsfull (Olafsdottir et al., 2022). Jordmødrene må ikke bare være

dyktige i sitt fagfelt, men i tillegg ha kapasitet til å balansere ulike hensyn og tilpasse seg kulturelle kontekster for å gi optimal omsorg til den fødende kvinnen. Da det refereres til at tillit til egen fagkunnskap er vesentlig, antyder uttalelsen at jordmødrenes evne til å håndtere denne komplekse balansegangen og samtidig opprettholde en høy grad av faglig kompetanse er avgjørende. Tillit til egen fagkunnskap gjør jordmødrene i stand til å ta veloverveide beslutninger, bruke forankret kunnskap og samtidig tilpasse seg varierte situasjoner. Dette kan være spesielt relevant ved hjemmefødsler, der jordmødre må håndtere ulike forhold utenfor sykehusets rammer. Funnene til Sjöblom et al. (2014) indikerer at det å ha tillitt til egen fagkunnskap ikke bare er avgjørende for jordmødrene i deres faglige utførelse, men at det i tillegg har en direkte innvirkning på kvinnenes opplevelse av trygghet og sikkerhet under fødselen. Dette gjenspeilte seg i funnene våre hvor jordmødrene med erfaring og trygghet i hjemmefødselsituasjonene kunne identifisere tidspunkter hvor det ikke lenger var mulig å fortsette fødselen uten intervensjoner (Ahl & Lundgren, 2018; Coddington et al., 2017; Hoang et al., 2013; Lindgren et al., 2011; Oboyle, 2013). Studier gjort på årsak til overflytting viste at de fleste overflyttingene skyldtes fødsler som ble dratt ut i tid, altså ikke akutt eller hastende årsaker (Blix et al., 2016; Hill et al., 2023). I artikkelen til Blix et al. (2016) var det kun 3,8 % overflyttinger som kunne regnes som potensielt akutte overflyttinger, og i 71,6 % av disse potensielt hastende overflyttingene var det ikke behov for medisinsk assistanse etter ankomst på sykehuset. Funnene viste både til at jordmor tok sin oppgave på alvor og overførte der hun mente det var nødvendig, og samtidig ikke holdt kvinnene igjen hjemme eller unngikk å overføre grunnet stolthet eller hensyn til kvinnens ønske.

Jordmødrene i våre funn opplevde at de var faglig trygge i hjemmefødselsituasjonen (Ahl & Lundgren, 2018; Coddington et al., 2017; Hoang et al., 2013; Lindgren et al., 2011; Oboyle, 2013). I studien til Hoang et al. (2013) var jordmødrene klar over at uforutsette komplikasjoner kunne oppstå, og understrekte derfor at hjemmefødsel kun bør være et alternativ med tilstedeværelse av jordmødre med erfaring fra hjemmefødsler. De mente samtidig at det burde være et godt beredskapssystem for å håndtere uventede situasjoner. International Confederation of Midwives understreker betydningen av å integrere hjemmefødselstjenester i nasjonale helsesystemer (International Confederation of Midwives, 2017). De oppfordrer nasjonale myndigheter til å gjennomgå den vitenskapelige litteraturen og etablere nødvendige rammer, inkludert henvisningsrutiner, for at jordmødre skal kunne tilby hjemmefødselstjenester. En slik integrering vil ikke bare støtte jordmødrenes faglige

utvikling, men i tillegg bidra til å sikre at kvinner som velger hjemmefødsel har tilgang til trygge og kompetente helsetjenester. Dette kommer også frem i studien til McLachlan et al. (2016), hvor resultatene viste til at jordmødrene med erfaring fra hjemmefødsler via det offentlige var tryggere på sikkerheten til kvinnene og barna, enn jordmødrene uten erfaring fra hjemmefødsler. I en kanadisk studie var det jordmødrene med erfaring som hadde mest positive holdninger (Vedam et al., 2014). Denne studien viste at jordmødrene ble mer positive til hjemmefødsler, jo mer de hadde deltatt på hjemmefødsler selv. Studien til McCourt et al. (2012) som undersøkte jordmødrenes evne til å tilby fødsler utenfor sykehus i England, fant at jordmødrenes erfaring med hjemmefødsler varierte veldig, og graden av erfaring påvirket graden av faglig trygghet. Det som for jordmødrene kunne føre til bekymring for faglig trygghet var knyttet til manglende opplæring, reiseavstand til sykehus, ukjente territorier, usikkerhet rundt assistanse og mulighet for manglende mobilsignaler ved behov for hjelp. Studien til Vedam et al. (2009) konkluderte med at jordmødre som ikke hadde erfaring med hjemmefødsler verken i yrkeslivet eller gjennom utdanning, følte seg mindre faglig trygge på hjemmefødsler. Samtidig viste funnene at jordmødrene med erfaring fra hjemmefødsler hadde tillitt til egen evne for å håndtere komplikasjoner hjemme, samt troen på sikkerheten knyttet til hjemmefødsler. Disse jordmødrene var også positive til og mer villig til å tilby hjemmefødsler (Vedam et al., 2009). «De globale standarder for jordmorutdanning» utviklet av ICM poengterer at studenter skal ha tilstrekkelig erfaring fra praksis, både på institusjoner og i kommunen, inkludert kvinners hjem (ICM, 2021). Dette understøttes av funnene til Stone et al. (2023) og Vedam et al. (2009) som viser til at klinisk erfaring gjennom utdanning og praksis var viktig for studentenes evne til å kunne tilby hjemmefødsler etter endt utdanning, samt deres profesjonelle holdning til dette. I august 2023 trådte det i kraft en ny forskrift om nasjonale retningslinjer for jordmorutdanning i Norge (Kunnskapsdepartementet, 2023). I denne nye nasjonale retningslinjen står det ingenting om at jordmorstudenter skal ha erfaring fra praksis eller undervisning om hjemmefødsler. Funnene til Sigridur og Sigfridur Inga (2011) viser til at profesjonelle standarder innen jordmorfaget stadig må gjennomgås og være i samsvar med den nyeste tilgjengelige kunnskapen innen profesjonen. Samtidig vises det i forskning at mangelen på system og organisering for hjemmefødsler, samt manglende definisjon og ulik dokumentering av hjemmefødsler vanskeliggjør forskningen (Blix et al., 2012; Blix et al., 2016; Galková et al., 2022; Janssen et al., 2009; McCourt et al., 2012; Zielinski et al., 2015). Dette kan utfordre prosessen hvor ICM oppfordrer nasjonale

myndigheter til å gjennomgå vitenskapelig litteratur for å etablere rammer for at jordmødre skal kunne tilby hjemmefødsler (International Confederation of Midwives, 2017).

Jordmødrenes erfaring tilsa at det var viktig å være tilknyttet en organisasjon og bli støttet av kollegaer, hvor de følte det hadde en positiv innvirkning på sikkerheten i omsorgen deres og deres faglige trygghet (McCourt et al., 2012).

5.4 Fødeomgivelsenes betydning

Flere av artiklene i vår studie fremhevet at fødeomgivelsene og jordmors tilstedeværelse og relasjon til kvinnen spilte en avgjørende rolle i å fremme en positiv og fysiologisk fødsel.

Dette miljøet bidro til å skape ro, trygghet og tillit, og jordmørens allerede etablerte forhold til fødeparet ble anerkjent som en viktig faktor for å forme denne gunstige atmosfæren.

Funnene i vår studie viste til at jordmødrene erfarte at kvinnene hadde mer ro når de fødte i sine vante omgivelser hjemme. De unngikk unødvendige forstyrrelser som skjer på sykehuset, og den fysiske nærheten mellom fødeparet ble mer naturlig (Ahl & Lundgren, 2018; Aune et al., 2017; Coddington et al., 2017; Lindgren et al., 2011; Sjöblom et al., 2015). Jordmødrene erfarte at de ved sin tilstedeværelse under hjemmefødselen ble en integrert del av hjemmets fødeomgivelser, og deres nærvær ga en ro og en trygghet. Jordmødrene rapporterer at de, når det var nødvendig, kunne hjelpe kvinnen med å skape en fredelig atmosfære der hun kunne gå inn i seg selv, men ofte lot de kvinnen få ro til å la naturen gå sin gang. Av og til utførte jordmødrene hverdagslige aktiviteter som å ta oppvasken, bare for å vise at det ikke var noe å bekymre seg for, og noen ganger kunne deres tilstedeværelse i huset være nok til å skape en atmosfære passende for en fredelig fødsel (Sjöblom et al., 2015). Jordmødrene følte at de i fødselen var på besøk i parets hjem, og konseptet med å være på kvinnens territorium ble sett på i et positivt lys. Kvinnene som har født hjemme gir uttrykk for det samme. I hjemmet følte kvinnene seg trygge, de følte en kontroll og en fred, som gjorde dem i stand til å være fullt fokusert på fødselen (Skrondal et al., 2020). Innenfor rammene av MiMo-modellen identifiseres det sentrale temaet som fødselsatmosfære, der modellen legger vekt på at fødselsatmosfæren bør være preget av ro og trygghet (Olafsdottir et al., 2022). Det fremheves at atmosfæren skal bidra til en normal fødsel. Modellen understreker også at atmosfæren skal gi en følelse av å være hjemme, og at paret skal eie rommet for å føle seg avslappet og fullt til stede i et trygt og kjent rom. Funnene fra vår studie viser til at disse kriteriene for fødselsatmosfæren i stor grad oppfylles ved hjemmefødsler. Ifølge MiMo-modellen er i

t tillegg fødeomgivelsene en del av de kulturelle kontekstene. Dette innebærer at all fødselsomsorg utføres innenfor en kulturell kontekst som består av normer som både kan være hindrende og fremmede for optimal omsorgspraksis (Olafsdottir et al., 2022). Et eksempel på en fremmede norm var at jordmødrene kunne hvile seg underveis, så de kunne være mer uthvilte under fødselsprosessen. I studien til Davis og Homer (2016) poengterer jordmødrene hvor stor innvirkning fødeomgivelsene har for deres praksis. De ønsket å skape den rette atmosfæren ved å for eksempel dempe belysningen, ivareta personvernet til kvinnen, avverge distraksjoner og tilby generell trygg jordmorpraksis. Samtidig skal ikke jordmors meninger i en hjemmefødsel være helt unnvikende. Hun må finne en balanse mellom å opprettholde samarbeid, samtidig som hun har et profesjonelt ansvar (Davis & Homer, 2016). Dette krever ikke bare sensitivitet og tilpasning til kvinnens behov, men i tillegg en tydelig kommunikasjon fra jordmoren for å sikre at den profesjonelle omsorgen opprettholdes. Det er en kompleks oppgave å skape en atmosfære preget av gjensidig respekt, samtidig som jordmoren skal opprettholde sitt ansvar for å veilede, støtte og ta nødvendige beslutninger i tråd med faglige retningslinjer. Denne balansegangen illustreres i illustrasjonen til MiMo-modellen hvor temaet balansegang omslutter temaet fødselsatmosfære (Olafsdottir et al., 2022). Balansen mellom å være en støttende deltaker og en profesjonell omsorgsperson er en del av den utfordrende dynamikken i relasjonell kontinuitet, som jordmoren må håndtere i hjemmefødsels situasjoner (Haggerty et al., 2003).

Ifølge jordmødrene var det avgjørende å etablere sterke relasjoner med kvinnene og deres familier på forhånd (Ahl & Lundgren, 2018; Aune et al., 2017; Coddington et al., 2017; Lindgren et al., 2011; Sjöblom et al., 2015). De understrekte også betydningen av kontinuitet gjennom svangerskapet som et fundament for en god fødselsopplevelse. Dette skyldtes at jordmødrene allerede var kjent med kvinnenens ønsker og behov, noe som reduserte behovet for forstyrrelser under selve fødselen. Å være til stede i kvinnenens naturlige fødeomgivelser ga jordmoren muligheten til å arbeide uforstyrret og bidro til å opprettholde tryggheten i fødeomgivelsene. Haggerty et al. (2003) belyser at kontinuitetsmodellen er en relasjonell kontinuitet i omsorgen, som ikke bare er tilfeldig eller sporadisk, men vedvarende og stabil over tid. Den har en terapeutisk karakter, noe som betyr at den ikke bare er en vanlig mellommenneskelig forbindelse, men også retter seg mot å støtte og bidra til en persons velvære, helse eller behandling. I artikkelen til Aune et al. (2017) understreker jordmødrene viktigheten av å skape et trygt miljø med kvinnen, partner og jordmor for å fremme en normal

fødsel. De mener at dette starter i svangerskapsomsorgen, med kontinuitet og involvering av så få fagpersoner som mulig. Helsedirektoratet (2012) anbefaler at kvinner som ønsker å føde hjemme bør tilbys helhetlig oppfølging av jordmor, da det vil bidra til kontinuitet i både svangerskap og fødsel. I artikkelen til Skrondal et al. (2020) ga kvinnene uttrykk for at forholdet til jordmoren de hadde oppfølging med i svangerskapet og under fødselen var svært viktig for dem. Kvinnene var trygge på at jordmoren kjente deres ønsker og behov under hjemmefødselen. De stolte på at jordmoren ville ta gode beslutninger basert på sin faglige kunnskap. Denne tilliten ga kvinnene følelsen av respekt og kontroll. Samlet sett var erfaringene til jordmødrene i artiklene til Aune et al. (2017) og Skrondal et al. (2020) at relasjonell kontinuitet i omsorgen var en avgjørende faktor for å skape positive opplevelser og resultater for kvinner ved en hjemmefødsel. I artikkelen til Lindgren et al. (2008) kom det frem at for førstegangsfødende var risikoen for overføring til sykehus fire ganger høyere dersom kvinnen hadde en annen jordmor under fødselen enn den hun hadde rådført seg med under svangerskapskontroller. Sett i lys av kontinuitetsmodellen kan dette funnet tolkes som en indikasjon på at kontinuitet i omsorgen, spesielt en konstant relasjon mellom jordmor og kvinne gjennom hele svangerskapet, kan bidra til å redusere risikoen for overføring. Dersom det er en annen jordmor til stede under fødselen enn den kvinnen har kjent gjennom svangerskapskontroller, kan det føre til usikkerhet, stress og økt risiko for overføring (Lindgren et al., 2008). Derfor kan kontinuitetsmodellen støtte ideen om at det å opprettholde en konstant relasjonell kontinuitet i omsorgen kan være gunstig for å redusere risikoen for overføring ved planlagte hjemmefødsler (Haggerty et al., 2003).

Jordmødrene i artikkelen til Aune et al. (2017) og artikkelen til Coddington et al. (2017) erfarte at de ble mer ydmyke overfor parene når de arbeidet i parenes private hjem. Dette virket positivt på dynamikken i relasjonen mellom jordmoren, fødekvinnen, og hennes partner. Når jordmødrene arbeidet i parets private hjem, opplevde de og kvinnene en endring i maktforholdet og en mindre paternalistisk dynamikk. Dette skapte en mer likestilt og samarbeidsorientert relasjon, hvor jordmødrene følte seg mer sensitive og respektfulle overfor kvinnens ønsker og behov. Dette samsvarer med prinsippet om at relasjonell kontinuitet involverer en gjensidig respektfull interaksjon der maktbalansen er mindre skjev og der omsorgspersonen tilpasser seg pasientens behov og ønsker (Haggerty et al., 2003). Endringen i maktforholdet når jordmødrene var gjester i private hjem under fødsel, indikerte en viktig

dynamikk som påvirket omsorgsinteraksjonen. Det understreker betydningen av å tilpasse omsorgen til det miljøet hvor fødselen finner sted for å fremme en atmosfære preget av gjensidig respekt og samarbeid mellom jordmoren, kvinnen i fødsel og hennes partner (Aune et al., 2017; Coddington et al., 2017).

5.5 Metodediskusjon

Hensikten med denne studien var å få oversikt over eksisterende forskning på jordmors erfaring med hjemmefødsler. For å belyse problemstillingen ble det valgt systematisk litteraturstudie som metode. Dette valget var nødvendig for å danne et helhetsbilde av forskningen som allerede eksisterer (Aveyard, 2023). Ved å inkludere kvalitative studier i denne litteraturstudien kunne vi gå i dybden på jordmors erfaringer med fenomenet hjemmefødsler som var hensiktsmessig for å besvare problemstillingen vår (Malterud, 2019). Vi har reflektert over prosessen i forkant og underveis, og konkludert med at metoden vår var godt egnet for å besvare problemstillingen (Malterud, 2019).

Vi utviklet inklusjons- og eksklusjonskriterier basert på problemstillingen. Disse kriteriene bidro til at vi søkte på forskning relevant for problemstillingen, og hindret avsporinger (Aveyard, 2023). Ved å være tro mot våre inklusjons- og eksklusjonskriterier har vi søkt å styrke studienes validitet, som er å være sann mot problemstillingen (Malterud, 2019). Deretter satte vi problemstillingen opp systematisk i konseptkartet SPIDER. Søkeordene ble nøye utarbeidet ved at vi startet med å søke på vår SPIDER, for så å finne MeSH-ord og Cinahl headings. Dette fikk vi veiledning til av bibliotekar. Vi kan likevel ikke utelukke at relevante søkeord ble utelatt. Vi benyttet oss ikke av trunkering. Ved å implementere trunkering hadde vi kunnet redusere antallet søkeord og gjort prosessen enklere for oss selv, og det kan sees på som en svakhet at trunkering ikke ble benyttet. Vi vurderte imidlertid at vi ved å bruke vår metode hadde oppnådd metning i søkene.

I utvelgelsesprosessen ble det gjennomført en systematisk tilnærming ved å være tro mot våre inklusjons- og eksklusjonskriterier. Dette bidro til å sikre oss en grundig og strukturert gjennomgang av tilgjengelig litteratur. Vi endte opp med totalt 731 treff og ekskluderte til sammen 724 artikler. Vi anser det som en styrke at vi var to som gikk gjennom alle resultatene sammen, fordi vi reflekterte og diskuterte sammen gjennom prosessen. Underveis

i utvelgelsesprosessen ble artiklene som hadde misvisende titler eller upresise sammendrag grundig lest gjennom før de eventuelt ble ekskludert. Artiklene vi leste gjennom var alle på engelsk. Vi anser oss å ha en god engelskspråklig forståelse, og at det av den grunn er lite sannsynlig at det har oppstått noen misforståelser. Der det var usikkerhet på tekstens betydning ble det benyttet ordbok. Artiklene som møtte inklusjonskriteriene ved første gjennomlesning, ble gjennomgått på nytt for å sikre oss at de var relevante for å kunne besvare oppgavens problemstilling. Ved å ta i bruk Prisma-diagrammet gir det leseren en visuell representasjon av utvelgelsesprosessen, noe som vi anser at øker gjennomsiktigheten og tillitten til studiens metodikk (Aveyard, 2023).

Kvalitetsvurdering av artiklene ble gjort i henhold til Helsebibliotekets sjekklister for kritisk gjennomgang (Helsebiblioteket, 2016). Dette bidrar til å styrke valget av de inkluderte artiklene. Vi var to som gjennomførte kvalitetsvurderingen av hver artikkel. Fem av artiklene hadde intervju/dybdeintervju, en artikkel hadde semistrukturert intervju, og en siste artikkel hadde både deltakende observasjon, ustrukturert intervju og dokumentanalyse. Vi anså dette som en styrke da dette bidro til å både gi bredde og mangfold i tilnærmingen til problemstillingen vår. Det vi anså som svakhet kom frem i to av artiklene. Den ene artikkelen gjennomførte intervjuene under deltakernes lunsjpause grunnet manglende tid. Det kan sees på som en svakhet at forskeren gjennomførte disse intervjuene med kun 20-30 minutter tidsbegrensning, hvor det kan stilles spørsmål til om intervjuets omstendighet og omgivelser bidro til å oppnå metning av data (Hoang et al., 2013). Videre kan det ansees som en svakhet i studien til Oboyle (2013) at forskeren brukte seg selv, egne erfaringer og refleksjonsnotater uten å redegjøre hvordan dette kunne ha vært med på å påvirke resultatet i hans studie.

For å identifisere mulige temaer i de inkluderte artiklene gjennomførte vi en tematisk analyse. Ved å lage fargekoder på foreløpige temaer hadde vi bedre oversikt og struktur over hvilke artikler som omhandlet hva, samt at vi benyttet oss av et avkrysningskjema for å ekskludere temaene som ikke gikk igjen som hovedfunn. På denne måten satt vi igjen med fire temaer og en fullstendig oversikt av hvilke tema hver enkelt artikkel inneholdt. Dette muliggjorde at ekskluderingen av enkelte temaer ble gjennomført med sikkerhet da vi på denne måten fikk fremstilt resultatene visuelt og tydelig.

En svakhet vi kom over i vårt arbeid med studien var mangelen på en felles definisjon av hjemmefødsel. Det var ikke alltid identifiserbart om hjemmefødsle var planlagt eller uplanlagt, ei heller om det ble klassifisert som hjemmefødsel eller sykehusfødsel dersom fødselen startet hjemme og endte med overflytning (Blix et al., 2012; Blix et al., 2016; Galková et al., 2022; Janssen et al., 2009; McCourt et al., 2012; Zielinski et al., 2015). Funnene i disse artiklene viser til at flere land mangler offentlig dokumentasjon av hjemmefødsler. Ofte er det jordmødrene selv som registrerer og fører statistikk, noe som kan føre til skjevhet i resultatene på forskningen om hjemmefødsler.

Gjennom studiet har vi reflektert over vår rolle som forskere. Malterud (2019) påpeker at forskerens ståsted, faglige interesser, motivasjon og personlige erfaringer vil påvirke forskningsprosessen. Det har derfor blitt lagt vekt på å opprettholde troverdighet i forhold til funnene, og analysen er gjennomført med en åpen tilnærming. Det ble tenkt nøye gjennom formulering av problemstilling, inklusjons- og eksklusjonskriterier samt søkeord, og vi har tilstrebet å nøye dokumentere prosessens trinn for å sikre gjennomsiktighet og overførbarhet. Vi har vært bevisst at forhåndskunnskapen og vår forforståelse kunne ha påvirket hele prosessen, inkludert innsamling, lesing og tolkning av data. Derfor ble det viktig å diskutere vår rolle og makt som forskere og vært bevisst dette gjennom prosessen, slik beskrevet av . Da vi inkluderte jordmødre med erfaring med hjemmefødsler, ekskluderte vi samtidig jordmødrene som ikke arbeider med hjemmefødsler, og vi har reflektert over om vi ved å gjøre dette mistet representasjonen av andre verdifulle meninger og holdninger. Vi erkjenner at det kan ha bidratt til en skjevhet i de presenterte funnene. Denne selektive inklusjonen reflekterer dog en bevisst metodologisk avgrensning som var nødvendig for å adressere tolkningen av studiens resultater og dens påfølgende diskusjon. Da vi ønsket å studere erfaringene til jordmødre med hjemmefødsel, holdt vi oss tro mot problemstillingen, samt inklusjons- og eksklusjonskriteriene våre, noe som igjen sikrer studiens interne validitet, altså at den svarer på det vi skal undersøke (Malterud, 2019).

Studiens eksterne validitet handler om dens overførbarhet (Malterud, 2019). Vi har i vårt utvalg representert land med likhet i fødselsomsorgen, men er allikevel bevisst deres individuelle forskjeller og har redegjort for ulike lands tilbud og organisering av hjemmefødsler. Men ut fra konteksten vil ikke nødvendigvis våre funn være relevant for land utenfor vårt utvalg. Samtidig er noen av funnene overførbare utenfor betingelsene satt i

utvalget, selv om det vil påvirkes av kulturelle forskjeller. Ved gjentatt gjennomlesning, korrektur, veiledning og språkvask har vi søkt å forbedre den kommunikative validiteten vår, ved å øke lesbarheten og kunne formidle vår forskning slik at andre forstår hva vi har gjort og hvorfor, slik beskrevet av Malterud (2019).

5.6 Implementering for praksis og behov for videre forskning

Funnene i vår studie viser til mye positivt med hjemmefødsler. Jordmødrenes erfaringer indikerte tydelig at det i hjemmefødsler oppnås en god fødselsatmosfære. Jordmødrene som både jobbet på sykehus og med hjemmefødsler, samt de som ble eksponert for hjemmefødsler, ønsket å ta med elementer fra hjemmefødslene inn på sykehuset. De positive utfallene ved hjemmefødsler kaster lys over behovet for ytterligere tiltak for å skape og opprettholde gunstige fødselsatmosfærer, uavhengig av fødested. Både jordmødre og forskningen viste et manglende system og organisering for hjemmefødsler, og manglende definisjon og dokumentasjon. Funnene kan indikere at det er behov for et faglig forum, hvor det også er nødvendig med kollegial støtte for privatpraktiserende jordmødre. Vår studie indikerer også at det kan være behov for å vurdere jordmors erfaringer ved utforming av eventuelt nye omsorgsmodeller. Vi oppdaget også et mulig behov for å undervise jordmorstudenter om hjemmefødsler og gi dem praktisk opplæring og erfaring. Både fordi vi så at jordmødrene som skulle tilby hjemmefødsler, så seg nødt til å utvikle flere ferdigheter og tilegne seg mer erfaring før de tilbød det, og fordi erfaring førte til faglig trygghet. Med dette tenker vi at funnene i vår studie viser til flere områder for forbedring, og vi håper at våre funn kan bidra til at det forskes mer på temaet. Vi erfarte gjennom strukturerte søk at det var begrenset med forskning på temaet, og en del av forskningen begynner å bli over 10 år gammel. Dette viser til behovet for mer og nyere forskning på temaet som er i stadig utvikling.

6 Konklusjon

Hovedfunnene fra vår systematiske litteraturstudie viser til jordmors erfaringer med hjemmefødsler. Fra de inkluderte artiklene identifiserte vi fire temaer som beskrev jordmors erfaringer. Erfaringene deres baserte seg på deres *faglige kompetanse*, som de hadde opparbeidet seg gjennom sin praksis. Dette ga dem *faglig trygghet* i arbeidet. De hadde *tro på den fysiologiske fødselsprosessen*, og at en fødsel trengte god tid. De erfarte også at

fødselsomgivelsene i hjemmet skapte ro og trygghet, noe som fremmet den fysiologiske fødselen. Dessuten la de vekt på at både jordmoren, kvinnen og partneren fikk en bedre fødselsopplevelse av at de hadde en langvarig relasjon.

Uavhengig av fødested erfarte jordmødrene at essensen ved hjemmefødsler burde implementeres grunnet dens positive effekt. Til tross for at funnene med jordmors erfaringer i hovedsak var positive, var de i tillegg bevisst sitt ansvar og muligheten for at komplikasjoner kunne oppstå. Jordmødrene erfarte at graden av faglig trygghet i hjemmefødsler bygget på mengde erfaring og eksponering for hjemmefødsler, noe som viste til et behov for implementering i utdanning og praksis. Et annet viktig aspekt som ble tydeliggjort i studien, var problematikken rundt et manglende system og organisering av hjemmefødsler. Dette bidro til at flere privatpraktiserende jordmødre erfarte en mangel på kollegial støtte. En manglende definisjon og dokumentasjon for hjemmefødsel problematiserer forskning og statistikk innenfor temaet.

Referanseliste

- Ahl, M. & Lundgren, I. (2018). Working with home birth – Swedish midwives' experiences. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 18, 24-29. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.08.006>
- Aune, I., Hoston, M. A., Kolshus, N. J. & Larsen, C. E. G. (2017). Nature works best when allowed to run its course. The experience of midwives promoting normal births in a home birth setting. *Midwifery*, 50, 21-26. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.020>
- Aveyard, H. (2023). *Doing a literature review in health and social care. A practical guide* (5. utg.). Open University Press.
- Berg, M., Asta Ólafsdóttir, Ó. & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(2), 79-87. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.03.001>
- Blix, E. (2011). Avoiding disturbance: Midwifery practice in home birth settings in Norway. *Midwifery*, 27(5), 687-692. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.09.008>
- Blix, E. (2018). Det er langt verre at han, som er lege, driver med skremselspropaganda om noe han tydeligvis ikke kan. *Adressa*. <https://www.adressa.no/midnorskdebatt/i/o622PK/det-er-langt-verre-at-han-som-er-lege-driver-med-skremselspropaganda>
- Blix, E., Huitfeldt, A. S., Øian, P., Straume, B. & Kumle, M. (2012). Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007: A retrospective cohort study. *Sex Reprod Healthc*, 3(4), 147-153. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.10.001>
- Blix, E., Kumle, M. H., Ingversen, K., Huitfeldt, A. S., Hegaard, H. K., Ólafsdóttir, Ó. Á., Øian, P. & Lindgren, H. (2016). Transfers to hospital in planned home birth in four Nordic countries - a prospective cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 95(4), 420-428. <https://doi.org/10.1111/aogs.12858>
- Coddington, R., Catling, C. & Homer, C. (2020). Seeing birth in a new light: The transformational effect of exposure to homebirth for hospital-based midwives. *Midwifery*, 88, 102755. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102755>
- Coddington, R., Catling, C. & Homer, C. S. E. (2017). From hospital to home: Australian midwives' experiences of transitioning into publicly-funded homebirth programs. *Women Birth*, 30(1), 70-76. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.08.001>
- Davis, D. L. & Homer, C. S. E. (2016). Birthplace as the midwife's work place: How does place of birth impact on midwives? *Women Birth*, 29(5), 407-415. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.02.004>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014, 10.oktober). *Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)*. <https://www.forskningsetikk.no/om-oss/komiteer-og-utvalg/rek/>
- Galková, G., Böhm, P., Hon, Z., Heřman, T., Doubrava, R. & Navrátil, L. (2022). Comparison of Frequency of Home Births in the Member States of the EU Between 2015 and 2019. *Glob Pediatr Health*, 9, 2333794x211070916. <https://doi.org/10.1177/2333794x211070916>

- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219-1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Hansson, M., Lundgren, I., Hensing, G., Dencker, A., Eriksson, M. & Carlsson, I.-M. (2021). Professional courage to create a pathway within midwives' fields of work: a grounded theory study. *BMC Health Serv Res*, 21(1), 312-312. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06311-9>
- Helsebiblioteket. (2016, 03.juni). *Sjekklistor*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor?fbclid=IwAR2ZEKfhO-Fat0ntjIM6OsJoNt3Yugi5kz2dGBm79VmekyfpM8wO0mdlbK0>
- Helsedirektoratet. (2012). Retningslinje for hjemmefødsel - svangerskap, fødsel og barseltid i trygge hender. I. https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjemmefodselslinje/Hjemmef%C3%B8dsel%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_attachment/inline/592f7374-ab8f-43f1-a121-3c23dfdf2d58:5d933c311d177f34ecc39f77f2e8b55e8f9e0bd9/Hjemmef%C3%B8dsel%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf?fbclid=IwAR3koF86qBnwg1C9kv08MKSuXrpzMs4Oc465NQFOVUn5geMKzvlLdfOb5AY
- Helsedirektoratet. (2024). Nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorgen. I. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/fodselsomsorgen>
- Helsenorge. (2023, 30.januar). *Fødeplass og fødetilbud - slik får du det*. <https://www.helsenorge.no/fodselsomsorgen/fodestilbud/>
- Hill, J., Zinsser, L. A., Wiemer, A., Gross, M. M. & Stoll, K. (2023). Intrapartum time intervals and transfer of nulliparae from community births to maternity care units in Germany. *Birth (Berkeley, Calif.)*. <https://doi.org/10.1111/birt.12752>
- Hoang, H., Le, Q., Kilpatrick, S., Jona, M. & Fernando, N. (2013). The commonalities and differences in health professionals' views on home birth in Tasmania, Australia: A qualitative study. *Women Birth*, 26(1), 55-59. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2012.03.002>
- Homer, C., Brodie, P. & Leap, N. (2008). *Midwifery continuity of care : a practical guide*. Churchill Livingstone.
- ICM. (2019). *Essential Competencies for midwifery practice*. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/11/poster-icm-competencies-en-screens--final-oct-2019.pdf>
- ICM. (2021). *ICM GLOBAL STANDARDS FOR MIDWIFERY EDUCATION*. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2021/09/global-standards-for-midwifery-education_2021_en.pdf
- International Confederation of Midwives. (2017). *Midwifery led care, the first choice for all women*. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/eng-midwifery-led-care-the-first-choice-for-all-women.pdf>
- Janssen, P. A., Saxell, L., Page, L. A., Klein, M. C., Liston, R. M. & Lee, S. K. (2009). Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *Cmaj*, 181(6-7), 377-383. <https://doi.org/10.1503/cmaj.081869>

- Jouhki, M.-R., Suominen, T. & Åstedt-Kurki, P. (2017). Giving birth on our own terms– Women's experience of childbirth at home. *Midwifery*, 53, 35-41.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.07.008>
- Kunnskapsdepartementet. (2023). *Forskrift om nasjonal retningslinje for jordmorutdanning* Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2023-06-05-822>
- Lindgren, H., Kjaergaard, H., Olafsdottir, O. A. & Blix, E. (2014). Praxis and guidelines for planned homebirths in the Nordic countries – An overview. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5(1), 3-8. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.srhc.2013.12.002>
- Lindgren, H. E., Brink, Å. & Klinberg-Allvin, M. (2011). Fear causes tears - perineal injuries in home birth settings. A Swedish interview study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 11(1), 6-6. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-6>
- Lindgren, H. E., Hildingsson, I. M., Christensson, K. & Rådestad, I. J. (2008). Transfers in Planned Home Births Related to Midwife Availability and Continuity: A Nationwide Population-Based Study. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 35(1), 9-15.
<https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00206.x>
- Lov om helsepersonell. (2023). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)* Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1
- Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger. (2022). *Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven)* Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-43>
- Malterud, K. (2019). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- McCourt, C., Rayment, J., Rance, S. & Sandall, J. (2012). Organisational strategies and midwives' readiness to provide care for out of hospital births: An analysis from the Birthplace organisational case studies. *Midwifery*, 28(5), 636-645.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.07.004>
- McLachlan, H., McKay, H., Powell, R., Small, R., Davey, M.-A., Cullinane, F., Newton, M. & Forster, D. (2016). Publicly-funded home birth in Victoria, Australia: Exploring the views and experiences of midwives and doctors. *Midwifery*, 35, 24-30.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.02.004>
- McNutt, A., Thornton, T., Sizer, P., Curley, A. & Clarke, P. (2014). Opinions of UK perinatal health care professionals on home birth. *Midwifery*, 30(7), 839-846.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.08.007>
- National institute for health and care excellence. (2023, 29.september). *Intrapartum care* <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>
- Nordseth, T. (2018). Hjemmefødsler er ikke risikofritt. *Adressa*.
<https://www.adressa.no/midtnorskdebatt/i/O3ddVE/hjemmefodsler-er-ikke-risikofritt>
- Oboyle, C. (2013). 'Just waiting to be hauled over the coals': Home birth midwifery in Ireland. *Midwifery*, 29(8), 988-995. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.010>
- Olafsdottir, O. A., Berg, M. & Lundgren, I. (2022). A midwifery model of woman-centred care (MiMo) developed in a Nordic context. I I. Lundgren, E. Blix, H. Gottfredsdottir, A. Wikberg & E. A. Nøhr (Red.), *Theories and perspectives from midwifery - a Nordic view* (1. utg., s. 219-232). Studentlitteratur AB.
- Olafsdottir, O. A., Thies-Lagergren, L. & Sjoblom, I. (2021). Being in charge in an encounter with extremes. A survey study on how women experience and work with labour pain in a Nordic home birth setting. *Women Birth*, 34(2), 122-127.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.01.015>

- Pasient - og brukerrettighetsloven. (2021). *Lov om pasient - og brukerrettigheter* (§3-1). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3?fbclid=IwAR03bwGio8I136cZPFkBAIvfixqfzkz61RhObL1h9-wyKpDxVjAgpmE7R8#KAPITTEL_3
- Prisma. (2023). *Prisma: transparent reporting of systematic reviews and meta-analyses*. <http://prisma-statement.org/?AspxAutoDetectCookieSupport=1>
- Prosen, M. & Krajnc, M. T. (2019). Perspectives and experiences of healthcare professionals regarding the medicalisation of pregnancy and childbirth. *Women Birth*, 32(2), e173-e181. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.018>
- Reitsma, A., Simioni, J., Brunton, G., Kaufman, K. & Hutton, E. K. (2020). Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine*, 21, 100319-100319. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100319>
- Sandall, J. (1997). Midwives' burnout and continuity of care. *British Journal of Midwifery*, 5, 106-111. <https://doi.org/10.12968/bjom.1997.5.2.106>
- Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., Hatem, M. & Gates, S. (2010). Improving Quality and Safety in Maternity Care: The Contribution of Midwife-Led Care. *J Midwifery Womens Health*, 55(3), 255-261. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2010.02.002>
- Sandvik, G. B. (1995). *Fra distriktsjordmor til institusjonsjordmor - fremveksten av en profesjon og en profesjonsutdanning* (1. utg.). Institutt for Praktisk Psykologi.
- Sigrídur, H. & Sigrídur Inga, K. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery: The primacy of the good midwife. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25, 806-817. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x>
- Sikt. (2022, 2022). *Sikt - Kunnskapssektorens tenesteleverandør*. <https://sikt.no/om-sikt>
- Sjöblom, I., Idvall, E. & Lindgren, H. (2014). Creating a Safe Haven-Women's Experiences of the Midwife's Professional Skills During Planned Home Birth in Four Nordic Countries. *Birth*, 41(1), 100-107. <https://doi.org/10.1111/birt.12092>
- Sjöblom, I., Lundgren, I., Idvall, E. & Lindgren, H. (2015). Being a homebirth midwife in the Nordic countries – a phenomenological study. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 6(3), 126-131. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.02.004>
- Skrondal, T. F., Bache-Gabrielsen, T. & Aune, I. (2020). All that I need exists within me: A qualitative study of nulliparous Norwegian women's experiences with planned home birth. *Midwifery*, 86, 102705. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102705>
- Stone, N. I., Thomson, G. & Tegethoff, D. (2023). Skills and knowledge of midwives at free-standing birth centres and home birth: A meta-ethnography. *Women and Birth*, 36(5), e481-e494. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.03.010>
- Styles, C., Kearney, L. & George, K. (2020). Implementation and upscaling of midwifery continuity of care: The experience of midwives and obstetricians. *Women Birth*, 33(4), 343-351. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.08.008>
- Supporting Healthy and Normal Physiologic Childbirth: A Consensus Statement by the American College of Nurse-Midwives, Midwives Alliance of North America, and the National Association of Certified Professional Midwives. (2012). *J Midwifery Womens Health*, 57(5), 529-532. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2012.00218.x>
- Sweet, L., O'Driscoll, K., Blums, T., Sommeling, M., Kolar, R., Teale, G. & Wynter, K. (2023). Relationships are the key to a successful publicly funded homebirth program,

- a qualitative study. *Women Birth*, 36(4), 377-384.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.12.005>
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder* (4. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- UiT Norges arktiske universitet. (2019). Retningslinje for klassifisering av informasjon. I.
<https://uit.no/Content/741990/cache=1629791505000/Retningslinjer%2Bfor%2Bklassifisering%2B-%2Bvedtatt%2B5-4-19.pdf>
- Vedam, S., Stoll, K., Schummers, L., Fairbrother, N., Klein, M. C., Thordarson, D., Kornelsen, J., Dharamsi, S., Rogers, J., Liston, R. & Kaczorowski, J. (2014). The Canadian birth place study: examining maternity care provider attitudes and interprofessional conflict around planned home birth. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14(1), 353-353. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-353>
- Vedam, S., Stoll, K., White, S., Aaker, J. & Schummers, L. (2009). Nurse-Midwives' Experiences with Planned Home Birth: Impact on Attitudes and Practice. *Birth*, 36(4), 274-282. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00354.x>
- WHO. (1997). Care in normal birth: A practical guide. *Birth*, 24(2), 1-58.
https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/08/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene* Universitetsforlaget.
- Zielinski, R., Ackerson, K. & Kane Low, L. (2015). Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. *Int J Womens Health*, 7(default), 361-377.
<https://doi.org/10.2147/IJWH.S55561>

Vedlegg 1 Strukturerte søk

I dette vedlegget fremstilles søkematrisene for de strukturerte søkene med database, søkeord, antall treff og dato.

Database	Søkeord	Antall treff	Dato
PubMed	"Home Childbirth"[MeSH Terms]	2,987	13.10.2023
	"Home Childbirth"[Title/Abstract] OR "home birth"[Title/Abstract] OR "home labour"[Title/Abstract] OR "Home Childbirth"[MeSH Terms]	3370	
	"Home Childbirth"[Title/Abstract] OR "home birth"[Title/Abstract] OR "homebirth"[Title/Abstract] OR "home labour"[Title/Abstract] OR "Home Childbirth"[MeSH Terms]	3432	
	"Midwifery"[MeSH Terms] OR "Nurse Midwives"[MeSH Terms]	27201	
	"midwife"[Title/Abstract] OR "midwives"[Title/Abstract] OR "midwifery"[Title/Abstract]	29870	
	"Midwifery"[MeSH Terms] OR "Nurse Midwives"[MeSH Terms] OR "midwife"[Title/Abstract] OR "midwives"[Title/Abstract] OR "Midwifery"[Title/Abstract]	40993	

<p>("Home Childbirth"[Title/Abstract] OR "home birth"[Title/Abstract] OR "homebirth"[Title/Abstract] OR "home labour"[Title/Abstract] OR "Home Childbirth"[MeSH Terms]) AND ("Midwifery"[MeSH Terms] OR "Nurse Midwives"[MeSH Terms] OR ("midwife"[Title/Abstract] OR "midwives"[Title/Abstract] OR "Midwifery"[Title/Abstract]))</p>	<p>1868</p>	
<p>"interview"[Publication Type] OR "interviews as topic"[MeSH Terms] OR "interview"[All Fields] OR ("perspective"[All Fields] OR "perspective s"[All Fields] OR "perspectives"[All Fields]) OR ("qualitative research"[MeSH Terms] OR ("qualitative"[All Fields] AND "research"[All Fields]) OR "qualitative research"[All Fields]) OR ("qualitative research"[MeSH Terms] OR ("qualitative"[All Fields] AND "research"[All Fields]) OR "qualitative research"[All Fields] OR ("qualitative"[All Fields] AND "study"[All Fields]) OR "qualitative study"[All Fields]) OR ("view beijing"[Journal] OR "view"[All Fields]) OR ("focus groups"[MeSH Terms] OR ("focus"[All Fields] AND "groups"[All Fields]) OR "focus groups"[All Fields] OR ("focus"[All Fields] AND "group"[All Fields]) OR "focus group"[All Fields]) OR ("experience"[All Fields] OR "experience s"[All Fields] OR "experiences"[All Fields])</p>	<p>2221980</p>	
<p>("Home Childbirth"[Title/Abstract] OR "home birth"[Title/Abstract] OR "homebirth"[Title/Abstract] OR "home labour"[Title/Abstract] OR "Home Childbirth"[MeSH Terms]) AND ("Midwifery"[MeSH Terms] OR "Nurse Midwives"[MeSH Terms] OR ("midwife"[Title/Abstract] OR "midwives"[Title/Abstract] OR "Midwifery"[Title/Abstract])) AND ("interview"[Publication Type] OR "interviews as topic"[MeSH Terms] OR "interview"[All Fields] OR ("perspective"[All Fields] OR "perspective s"[All Fields] OR "perspectives"[All Fields]) OR ("qualitative research"[MeSH Terms] OR ("qualitative"[All Fields] AND</p>	<p>477</p>	

	<p>"research"[All Fields]) OR "qualitative research"[All Fields]) OR ("qualitative research"[MeSH Terms] OR ("qualitative"[All Fields] AND "research"[All Fields]) OR "qualitative research"[All Fields] OR ("qualitative"[All Fields] AND "study"[All Fields]) OR "qualitative study"[All Fields]) OR ("view beijing"[Journal] OR "view"[All Fields]) OR ("focus groups"[MeSH Terms] OR ("focus"[All Fields] AND "groups"[All Fields]) OR "focus groups"[All Fields] OR ("focus"[All Fields] AND "group"[All Fields]) OR "focus group"[All Fields]) OR ("experience"[All Fields] OR "experience s"[All Fields] OR "experiences"[All Fields]))</p>		
	<p>((("Home Childbirth"[Title/Abstract] OR "home birth"[Title/Abstract] OR "homebirth"[Title/Abstract] OR "home labour"[Title/Abstract] OR "Home Childbirth"[MeSH Terms]) AND ("Midwifery"[MeSH Terms] OR "Nurse Midwives"[MeSH Terms] OR ("midwife"[Title/Abstract] OR "midwives"[Title/Abstract] OR "Midwifery"[Title/Abstract]))) AND ("interview"[Publication Type] OR "interviews as topic"[MeSH Terms] OR "interview"[All Fields] OR ("perspective"[All Fields] OR "perspective s"[All Fields] OR "perspectives"[All Fields]) OR ("qualitative research"[MeSH Terms] OR ("qualitative"[All Fields] AND "research"[All Fields]) OR "qualitative research"[All Fields]) OR ("qualitative research"[MeSH Terms] OR ("qualitative"[All Fields] AND "research"[All Fields]) OR "qualitative research"[All Fields] OR ("qualitative"[All Fields] AND "study"[All Fields]) OR "qualitative study"[All Fields]) OR ("view beijing"[Journal] OR "view"[All Fields]) OR ("focus groups"[MeSH Terms] OR ("focus"[All Fields] AND "groups"[All Fields]) OR "focus groups"[All Fields] OR ("focus"[All Fields] AND "group"[All Fields]) OR</p>	354	

	"focus group"[All Fields] OR ("experience"[All Fields] OR "experience s"[All Fields] OR "experiences"[All Fields])) AND (2008:2023[pdat])		
--	---	--	--

Database	Søkeord	Antall treff	Dato
Cinahl	S1 (MH "Home Childbirth")	3656	13.10.2023
	S2 TI (home birth OR homebirth OR home childbirth OR home labour) OR AB (home birth OR homebirth OR home childbirth OR home labour)	3179	
	S3 (TI home birth OR homebirth OR home childbirth OR home labour OR AB home birth OR homebirth OR home childbirth OR home labour) AND (S1 OR S2)	5188	

S4	16522	
(MH "Lay Midwives") OR (MH "Midwives") OR (MH "Certified Nurse Midwives")		
S5	5223	
TI (Lay Midwives OR Midwives OR Certified Nurse Midwives) AND AB (Lay Midwives OR Midwives OR Certified Nurse Midwives)		
S6	964219	
interview OR perspective OR qualitative research OR qualitative study OR view OR focus group OR experience		
S7	19162	
S4 OR S5		
S8	378	
S3 AND S6 AND S7		
S9	320	

	S3 AND S6 AND S7		
--	------------------	--	--

Database	Søkeord	Antall treff	Dato
PsycINFO (Ovid)	Midwife OR Midwives OR Midwifery	4295	17.11.2023
	Experience OR Skills OR Involvement OR Expertise OR Wisdom	827536	
	Homebirth OR Home Birth OR Home Child Birth	199	
	Qualitative method OR Interview OR Interviews OR focus group	454100	
	Midwife OR Midwives OR Midwifery AND Experience OR Skills OR Involvement OR Expertise OR Wisdom AND Homebirth OR Home Birth OR Home Child Birth AND Qualitative method OR Interview OR Interviews OR focus group	12	

Database	Søkeord	Antall treff	Dato
Medline (Ovid)	Midwife OR Midwives OR Midwifery	41093	17.11.2023
	Experience OR Skills OR Involvement OR Expertise OR Wisdom	1553548	
	Homebirth OR Home Birth OR Home Child Birth	1223	
	Qualitative method OR Interview OR Interviews OR focus group	446362	
	Midwife OR Midwives OR Midwifery AND Experience OR Skills OR Involvement OR Expertise OR Wisdom AND Homebirth OR Home Birth OR Home Child Birth AND Qualitative method OR Interview OR Interviews OR focus group	45	

Vedlegg 2 Kvalitetssikring av artikler

I dette vedlegget presenteres kvalitetssikringen av artiklene, etter skjema for kvalitetssikring av kvalitative artikler hentet fra helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016). Artiklenes presentasjon med kvalitetsvurdering og scoring fra null til to presenteres i tillegg i vedlegg 3: presentasjon av inkluderte artikler og deres kvalitet.

Working with home birth – Swedish midwives' experiences

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

X Ja – Nei – Uklart

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

X Ja – Nei – Uklart

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

X Ja – Nei – Uklart

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

X Ja – Nei – Uklart

Kommentar: De poengterer at utvalget er lite, men da det er få jordmødre i Sverige som arbeider med hjemmefødsler blir dette relevant for studiens problemstilling.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

X Ja – Nei – Uklart

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

X Ja – Nei – Uklart

7. Er etiske forhold vurdert?

X Ja – Nei – Uklart

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

X Ja – Nei – Uklart

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

X Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

X Ja – Nei – Uklart

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar: Forskerne konkluderer med at funnene fra studien viser at det finnes behov for mer forskning rundt selve temaet. De trekker frem nødvendigheten av å forske videre på hvilken måte medikalisering og strenge retningslinjer påvirker jordmødrenes arbeidssituasjon og deres jordmorfaglige håndverk. Svakheter: det er intervjuet åtte jordmødre fra Sverige, fra to regioner. Dette kan begrense spekteret av erfaringer, samtidig er det representativt for Sverige som artikkelen handler om, hvor det er få jordmødre som jobber med hjemmefødsler, og det er flere regioner uten hjemmejordmødre.

The commonalities and differences in health professional's views on home birth in Tasmania, Australia: A qualitative study

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

X Ja – Nei – Uklart

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

X Ja – Nei – Uklart

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

X Ja – Nei – Uklart

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

X Ja – Nei – Uklart

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – X Uklart

Kommentar: Intervjuene ble gjennomført i lunsjpasusen til deltakerne, som varte i 20-30 min. Tiden per intervju ble begrunnet med at deltakerne hadde dårlig tid, det redegjøres ikke for om viktig informasjon eventuelt ble borte grunnet avbrutte intervjuer eller manglende tid.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

X Ja – Nei – Uklart

7. Er etiske forhold vurdert?

X Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Studien ble godkjent av en etisk komite. Videre blir det ikke kommentert noe mer enn at forskeren kontaktet ledere på ulike avdelinger for å finne deltakere til studien.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

X Ja – Nei – Uklart

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

X Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

X Ja – Nei – Uklart

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar: Nyttig for å forstå ulike holdninger ang hjemmefødsel sett fra ulike helsepersonells perspektiver. Dette kan bidra til at blant annet politikere får mer innsikt og kunnskap rundt hjemmefødsler. Studien kan ifølge forskerne bidra til å hjelpe ulike helsepersonell å forstå hverandres synsvinkel angående hjemmefødsel og derav vise hverandre mer forståelse. Varigheten på intervjuene ble satt til 20-30 minutter og utført under informantenes lunsjpause grunnet manglende tid. Vi kan stille spørsmål ved om dette var tilstrekkelig med tid til å møte datametning, noe som ikke er redegjort for i artikkelen.

Just waiting to be hauled over the coals': Home birth midwifery in Ireland

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

X Ja – Nei – Uklart

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

X Ja – Nei – Uklart

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

X Ja – Nei – Uklart

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – X Uklart

Kommentar: Valg av jordmødre er hensiktsmessig for å besvare oppgavens problemstilling da det handler om jordmødre. Det som dog er utydelig, er hvordan forskeren hentet inn deltakerne. Vi får vite at det eksisterer et lite antall jordmødre som jobber med hjemmefødsler, noe som samsvarer med antall deltakere som er med i studien. Han har klart å inkludere 18 av de 21 mulige jordmødrene.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

X Ja – Nei – Uklart

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Forskeren gjøre ikke rede for dette. Det kommer frem at han bruker seg selv, egne erfaringer og refleksjonsnotater i studien, uten at det redegjøres for hvordan dette kunne påvirke resultatene til studien.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Til tross for manglende refleksjon over egen rolle og påvirkning, mener vi at resultatet er representativt for Irland og til å stole på.

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar: Forskeren viser til at denne studien bekrefter at det er for lite jordmødre som kan stille opp på hjemmefødsel. Dette påvirker fødetilbudet til kvinner. Forskeren poengterer at det vil være nødvendig å erkjenne og utforske betydningen av valg av fødested, da jordmødrene erfarer at dette er med på å påvirke kvalitet, relasjon og deres egen autonomi i fødsel.

Being a homebirth midwife in the Nordic countries- a phenomenological study

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

X Ja – Nei – Uklart

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

X Ja – Nei – Uklart

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

X Ja – Nei – Uklart

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

X Ja – Nei – Uklart

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

X Ja – Nei – Uklart

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

X Ja – Nei – Uklart

7. Er etiske forhold vurdert?

X Ja – Nei – Uklart

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

X Ja – Nei – Uklart

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

X Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

X Ja – Nei – Uklart

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar: De finner ikke at dette har vært undersøkt før. Studiens styrke er dens store utvalg av 21 jordmødre, fra fem forskjellige land. Dette gir en dyp innsikt og forståelse for fenomenet og variasjoner. Forfatterne består i tillegg av 3 jordmødre som hadde erfaring med hjemmefødsler og en sykepleier uten erfaring med hjemmefødsler, så analysen og fortolkningen blir nyansert, og de redegjør for dette.

Nature works best when allowed to run its course. The experience of midwives promoting normal births in a home birth setting

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

X Ja – Nei – Uklart

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

X Ja – Nei – Uklart

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

X Ja – Nei – Uklart

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

X Ja – Nei – Uklart

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

X Ja – Nei – Uklart

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

X Ja – Nei – Uklart

7. Er etiske forhold vurdert?

X Ja – Nei – Uklart

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

X Ja – Nei – Uklart

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

X Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

X Ja – Nei – Uklart

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar: Forfatterne poengterer at funnene ikke kan generaliseres fordi de kommer fra en liten gruppe jordmødre i Norge, men at de bør sees som relevant da de går i dyden og de ni jordmødrene gav grundige beskrivelser og at de poengterer det de mente var mest relevant. De trekker tråder mot dagens fødselstilbud, og innflytelsen jordmødre har, med deres holdning til den normale fødselen.

From hospital to home: Australian midwives' experiences of transitioning into publicly-funded homebirth programs

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

X Ja – Nei – Uklart

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

X Ja – Nei – Uklart

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

X Ja – Nei – Uklart

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

X Ja – Nei – Uklart

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

X Ja – Nei – Uklart

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

X Ja – Nei – Uklart

7. Er etiske forhold vurdert?

X Ja – Nei – Uklart

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

X Ja – Nei – Uklart

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

X Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

X Ja – Nei – Uklart

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar: Selv om populasjonen er liten, så er ikke antallet jordmødre som har gått over til offentlig tilbudt hjemmefødsler stort, da det var såpass ferskt. De har gått i dybden på de som gjorde overgangen og hva som hjalp de. Studien viser til at jordmødre eksponert for hjemmefødsler endrer synet sitt på den normale fødsel, og de som er eksponert for hjemmefødsler blir forkjempere for hjemmefødslene. De mener at jordmødrer bør eksponeres for hjemmefødsler under utdanningen sin for å normalisere det.

Fear causes tears – perineal injuries in home birth settings. A Swedish interview study.

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

X Ja – Nei – Uklart

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

X Ja – Nei – Uklart

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

X Ja – Nei – Uklart

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

X Ja – Nei – Uklart

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

X Ja – Nei – Uklart

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

X Ja – Nei – Uklart

7. Er etiske forhold vurdert?

X Ja – Nei – Uklart

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

X Ja – Nei – Uklart

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

X Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

X Ja – Nei – Uklart

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar: Ja. Funnene beskriver jordmors forberedelse fysisk og mentalt, viktigheten av å kjenne kvinnen, hvor noen jordmødre følte det utrygt å jobbe på sykehus når de ikke kjente kvinnen. De fortalte at tidspress var fødselens største fiende. Studien var basert på et lite utvalg, og kan derfor ikke nødvendigvis betraktes som representativ, men forfatterne mener likevel at studien gir viktige innsikter i jordmorpraksis ved hjemmefødsler. Det gjøres rede for overførbarhet, innsyn i metode og analyse styrker oppgavens troverdighet.

Vedlegg 3 Presentasjon av inkluderte artikler og deres kvalitet

I dette vedlegget fremstilles en skjematisk presentasjon av de inkluderte artiklene og deres kvalitet.

Forfatter + År, land og tittel	Hensikt	Design/metode	Deltakere og sted	Studiens funn	Studiens hovedtema	Kvalitet
I. Sjøblom, I. Lundgren, E. Idvall, H.Lundgren. n. 2015. Sverige. <i>«Being a homebirth midwife in the Nordic countries – a</i>	Å beskrive den levde erfaringen av å være en jordmor som jobber med hjemmefødsler i de nordiske landene.	Kvalitativ studie, fenomenologi. Intervju.	21 jordmødre totalt. 8 fra Sverige, 5 fra Danmark, 4 fra Norge, 2 fra Finland, 2 fra Island	Jordmors adaptasjon til livsstilen som hjemmejordmor ble regnet som basisen for tilfredsstillende og givende arbeidsmetode, med å jobbe med sine idealer og jordmorkunsten. Troen på kvinnens evne til å føde, og viktigheten av en positiv fødselsopplevelse for kvinnen og barnet er essensiell.	- A unique way of care in the home birth environment - Using their full potential as midwives - Practicing a chosen lifestyle which alters the self	Kvalitetsvurdert til god kvalitet. Ti av ti poeng i sjekklisten for kvalitativ forskning (vedlegg 2).

<i>phenomeno logical study».</i>						
I. Aune, M.A. Hoston, N.J. Kolshus, C.E.G. Larsen. 2017. Norge, « <i>Nature works best when allowed to run its course. The Experience</i>	Å få en dypere forståelse for hvordan jordmødre ivaretar normal fødsel i en hjemmefødselssituasjon i Norge.	Kvalitativ metode, dybdeinter vju.	9 jordmødre totalt fra Norge.	Jordmødrenes holdning til normale fødsler var essensiell. Tålmodighet, trygghet og lite intervensjoner i fødsel var nødvendig for å ivareta det normale i en hjemmefødsel. Det var viktig for jordmødre å ikke måtte forholde seg til et tidskjema når fødselen pågikk, men at kvinnene fikk bruke den tiden de trengte på å føde.	- The midwife's fundamental beliefs - Working in line with one's ideology	Kvalitetsvurdert til god kvalitet. Ti av ti poeng i sjekklisten for kvalitativ forskning (vedlegg 2).

<i>of midwives promoting normal births in a home birth setting»</i>						
R. Coddington, C. Catling, C.S.E. Homer. Australia. 2017. «From hospital to home: Australian midwives	Utforske jordmors erfaringer med overgangen fra å jobbe med sykehusfødsel til å jobbe med offentlig finansiert	Kvalitativ studie. Dybdeintervju.	13 deltakere. 9 jordmødre og 4 jordmor ledere. Fra New south wales, Victoria, South Australia, The northern territory og Western Australia.	Når jordmødrene opplevde støtte fra ledere og kollegaer opplevde de overgangen som god og oppdaget uventede fordeler med å jobbe under denne modellen. Erfaringen med å jobbe med hjemmefødsler endret deres syn på den normale fødselen, og fasiliterte forbedring av deres jordmor praksis.	<ul style="list-style-type: none"> - Skilling up for homebirth - Feeling apprehensive. - Seeing birth in a new light - Managing a shift in practice - Homebirth - the same but different - The importance of mentoring and support. 	Kvalitetsvurdert til god kvalitet. Ti av ti poeng i sjekklisten for kvalitativ forskning (vedlegg 2).

<i>experiences of transitionin g into publicly-funded homebirth programs»</i>	hjemmefødsler.					
M.Ahl, I. Lundgren. Sverige. 2018. « <i>Working with home birth – Swedish midwives’ experiences</i> »	Hensikten med studiet var å beskrive svenske jordmødres erfaring med hjemmefødsler.	Kvalitativ forskningsmetode. Intervjuer.	8 jordmødre fra Sverige.	Å delta på hjemmefødsel ga verdifull og nødvendig kunnskap om normale fødsler. Hjemmemiljøet ga jordmødrene mulighet til å fokusere på fødekvinnen og støtte henne fullt ut. Hjemmemiljøet påvirket hvordan jordmødrene utførte sitt arbeid på.	<ul style="list-style-type: none"> - The birth as a meaningful moment - To fully focus on the birth - To practise the craft - Not to be part of the health care system 	Kvalitetsvurdert til god kvalitet. Ti av ti poeng i sjekklisten for kvalitativ forskning (vedlegg 2)

<p>H.Hoang, Q.Le, S.Kilpatrick, M.Joan, N.Fernando. 2013. «<i>The commonalities and difference in health professionals' views on home birth in Tasmania, Australia:</i> A</p>	<p>Hensikten med studiet var å identifisere ulike meninger om hjemmefødsel. Hva bidro til ulike meninger og har de noe til felles?</p>	<p>Kvalitativ forskningsmetode. Semistrukturert intervju.</p>	<p>Ni jordmødre fra Tasmania.</p>	<p>Både jordmødre og obstetrikere var opptatt av å ivareta trygghet under fødsel. Studien konkluderer med at forskjellen mellom jordmor og obstetriker var deres ulike erfaringer og syn på hjemmefødsel, basert på opplæring og filosofi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Women's choice - Cost effectiveness - Free births - Unexpected complications in childbirth - Birth centres – an alternative to home birth - Differences in training and philosophy between midwives and obstetricians 	<p>Kvalitetsvurdert til god kvalitet.</p> <p>Ni av ti poeng i sjekklisten for kvalitativ forskning (vedlegg 2).</p>
---	--	---	-----------------------------------	--	--	---

<i>qualitative study»</i>						
C. OBoyle, Irland. 2012. « <i>Just waiting to be hauled over the coals</i> ': <i>Home birth midwifery in Ireland</i> »	Å beskrive konteksten av irske hjemmejordmødres erfaring fra praksis	En etnografisk studie, basert på deltakerobservasjon, ustrukturerte intervjuer og dokumentanalyse.	21 jordmødre, fra Irland.	Jordmødre i Irland er profesjonelt isolerte, strukturell og profesjonell støtte til hjemme jordmødre og jordmorfaget generelt er manglende, og utfordrer det autonome jordmorfaget. Hjemme jordmødre verdsetter profesjonalisme og kvinnenes autonome selvbestemmelsesrett høyt.	<ul style="list-style-type: none"> - Personal commitment - Isolation - Vulnerability - «Being with» and «being professional» - Professional autonomy and professional association, birthing autonomu and place of birth 	Kvalitetsvurdert til god kvalitet. Åtte av ti poeng i sjekklisten for kvalitativ forskning (vedlegg 2)
H.E. Lindgren, Å.Brink, M. Klingeberg	Beskriver praksisen til jordmødre i hjemmeføds	Kvalitativ metode, intervju	20 jordmødre med erfaring mellom 1-29 år, fra Sverige.	Jordmødrene forberedte seg psykisk og fysisk til fødselen. Det var en sikkerhet for jordmødre å kjenne kvinnen fra før.	<ul style="list-style-type: none"> - Preparing for the birth - Going along with the physiological process - Creating a sense of security - The critical moment 	Kvalitetsvurdert til god kvalitet.

<p>-Allvin, 2011, Sverige «<i>Fear causes tears- Perineal injuries in home birth settings. A Swedish interview study</i>»</p>	<p>elens omgivelser</p>			<p>Tid ble sett på som den mest signifikante forskjellen mellom hjemme- og sykehusfødsler.</p>	<p>- Midwifery skills</p>	<p>Ti av ti poeng i sjekklisten for kvalitativ forskning (vedlegg 2)</p>
---	-------------------------	--	--	--	---------------------------	--

