

# Forbedringspotensial i den norske fødselsomsorgen

Gry Skogheim og Ingela Lundgren

*Gry Skogheim, universitetslektor, masterprogrammet i jordmorfag, UiT Norges arktiske universitet, gry.skogheim@uit.no*

*Ingela Lundgren, professor, masterprogrammet i jordmorfag, UiT Norges arktiske universitet, professor i reproduktiv og perinatal helse, Göteborg Universitet, ingela.lundgren@gu.se*

## Sammendrag

*Tema for denne artikkelen er medikalisering i norsk fødselsomsorg. I teksten beskriver og analyserer vi noen av faktorene som er knyttet til medikalisering. Til tross for at norsk fødselsomsorg har svært gode medisinske/fysiske utfallsmål for kvinner og barn, er det behov for forbedringer. Norge, som mange andre høy-inntektsland, har for mange keisersnitt og andre fødsels-intervensjoner. Medikalisering ser også ut til å føre med seg sentralisering, samt dominans over andre modeller for fødselsomsorg og helsefremmende perspektiv. Til tross for at et av målene i den norske tjenesten er en demedikalisert fødselsomsorg (på ulike nivå i helsetjenesten), har økende grad av sentralisering funnet sted de siste tiår; f.eks. har antallet jordmorledede fødeenheter/fødestuer blitt redusert. Å inkludere en kvinnesentrert modell i tjenesten kan styrke at kvinnes behov blir møtt. I en kvinnesentrert modell er f.eks. kvinners erfaringer, deres delaktige i omsorgen de tilbys og relasjonen mellom kvinnen og jordmor/helsepersonell, svært viktig. I tillegg kan anvendelse av salutogenese-teorien bidra til å styrke fødselsomsorgens helsefremmende perspektiv.*

## Nøkkelord:

*fødselsomsorg, medikalisering, kvinnesentrert modell*

## Keywords:

*childbirth model, medicalization, women-centered model*

## Vitenskapelig essay

<https://doi.org/10.7557/14.5444>



© Forfattere(n). Denne artikkelen er lisensiert under en [Creative Commons Navngivelse 4.0 Internasjonal](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) lisens.

## Introduksjon

Denne teksten skal handle om norsk fødselsomsorg, som er blant de beste i verden når det gjelder den medisinske ivaretagelsen for mor og barn.

Fødselsomsorg som overforbruker medisinsk behandling, også kalt medikalisering, stimulerer til sentralisering og blir gjerne det dominerende perspektivet. Andre modeller for fødselsomsorg som belyser kvinners behov og preferanser, samt faktorer som fremmer helse, kan dermed bli marginalisert. I Norge er det et mål å ha en demedikalisert og differensiert fødselsomsorg, noe som ikke er tilfelle i mange andre land med medikalisert fødselsomsorg. Hensikten med dette essayet er derfor å problematisere medikaliseringen av den norske fødselsomsorgen, samt belyse og reflektere over andre modeller, som kvinnesentrert omsorg og salutogenese, og hva disse perspektivene kan bidra med.

I Norge ble det i 2019 født ca. 54000 barn og de fleste av disse, 42841, kommer til verden på sykehus/kvinneklinikker med  $\geq 1000$  fødsler<sup>1</sup>. Medisinske intervensjoner<sup>2</sup> har økt sterkt de siste tiår samtidig med sentralisering av fødselsomsorgen (MFR, 2020). I Norge har jordmødre og leger offentlig autorisasjon til å ha ansvar for fødsler. Jordmødre kan på selvstendig grunnlag utføre helsehjelp til mor og barn under forventede «normale»<sup>3</sup> fødsler, i og utenfor institusjon. Den offentlige fødselsomsorgen er organisert på tre nivå i spesialisthelsetjenesten: kvinneklinikk, lokalsykehus, fødestue. Det er ulike krav til beredskap og behandlingsmuligheter mellom nivåene (Helsedirektoratet, 2012). Fødestuene er bemannet med jordmødre og har ikke fødselslege, kirurgisk kompetanse, anestesi – eller barnelege, kvinneklinikkene er spesialiserte og høyteknologiske, lokalsykehusene er mindre spesialiserte og har avansert smertelindring som epiduralbedøvelse og keisersnitt kan utføres.

Medikalisering betyr at fødselsomsorgen har et overforbruk av medisinsk behandling – og teknologi, noe som kan skape nye problem (Miller et al., 2016; Renfrew et al., 2014a). Eksempler på det, er økt sannsynlighet for å tilføre kvinnen medisiner i den hensikt at fødselen skal gå fortere, flere keisersnitt og bruk av teknologi (Blaaka & Schauer Eri, 2008; Sandvik, 1997). Videre kan medikalisering føre til en overfokusering på risiko og sikkerhet, hvor fødselens truende og akutte dimensjoner dominerer, snarere enn det motsatte: det «normale», fødsel som en alminnelig livshendelse (Downe, Byrom, & Topalidou, 2019; Miller et al., 2016). Samtidig kan fødsel representere en risiko

---

<sup>1</sup> Noen av de større sykehusene, har også mindre fødeavdelinger i tillegg til en stor, men i Medisinsk Fødselsregister's (MFR) statistikk er det kun tall for enkeltinstitusjoner og ikke avdelingsvis.

<sup>2</sup> Med intervensjoner menes f.eks. keisersnitt, medikamenter som fremskynder fødselen, epiduralanestesi. Inngrep brukes synonymt med intervensjon.

<sup>3</sup> Vi skal senere i teksten komme tilbake til begrepet «normal» fødsel.

for mor - og barns helse også i vår del av verden. Det hersker ingen tvil om at kvalifisert personale, medikamenter og mulighet for kirurgi er (livs)viktig i enkelte situasjoner. Norge er i verdenstoppen når det gjelder overlevelse for gravide, fødende, nyblivne mødre og deres barn: i 2017 var mødredødeligheten 2/100000 levende fødte og perinatal dødelighet<sup>4</sup> 2,7/1000 fødte  $\geq$  1000 g (MFR, 2020; WHO, 2017)<sup>5</sup>. Mor - og barn dødelighet i Norge står i sterk kontrast til Sør-Sudan som har verdens høyeste forekomst av mødredødelighet med 1150/100000 levende fødte; dette er 575 ganger høyere enn i Norge. Er det da ikke nok at nesten ingen kvinner og barn her til lands dør i forbindelse med fødsler?

Å stille spørsmål ved medikalisering innebærer ikke å ekskludere medisin som fagområde i fødselsomsorgen; kunsten er å finne balansepunktet mellom medisin og andre tilnærminger (Miller et al., 2016). Med et ensidig medisinsk fokus risikerer vi en marginalisering av både forskning og retningslinjer hvor salutogenese, fødekvinnens perspektiv og opplevelser bør være tilstede (Davis-Floyd, 2001; Downe et al., 2019; Downe & Mc.Court, 2008; Smith et al., 2014). WHO v/dr. Simelela understreker at høy kvalitet for omsorgen i perinatalperioden er essensielt for at både mor og barn skal overleve og trives («survive and thrive»). Videre sier hun at en god fødselsopplevelse for kvinnen handler om mye mer enn et friskt barn: det er også essensielt å bli møtt med respekt og at fødselshjelper opptre støttende (Simelela, 2018). Man kan si at dette peker på viktigheten av *både* den fysiske ivaretagelsen av mor og barn, samt kvinnens relasjonelle behov.

Medikalisering av fødselsomsorgen har vært fokus i mange høyinntektsland; og det er verken kostnadseffektivt<sup>6</sup> eller evidensbasert (Downe et al., 2019; Renfrew et al., 2014b; Renfrew et al., 2014a). Tidsskriftet The Lancet har publisert to artikkelserier: en om modell for helsetilbudet i den perinatale livsfasen og en om kvinner og barns helse i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid. Et av dokumentene i seriene har denne frasen i tittelen «too much too soon, too little too late», som betyr at i deler av verden får kvinner for mye og til dels unødvendig medisinsk hjelp, mens i andre deler er det for lite, for sent. En systematisk oversikt fant bl.a. at kvinner ønsker og har behov for at fødselen blir en positiv overgangsfase til moderskapet. For at overgangen skal kunne bli positiv, er verdier som mors selvfølelse, kjenne seg kompetent og autonom vesentlige (Downe, Finlayson, Oladapo, Bonet, & Gülmezoglu, 2018). Kvinner har ulike individuelle behov og ressurser, og at det er like viktig at de med

---

<sup>4</sup> Det er ulike definisjoner av perinatal dødelighet. Her sikter vi til alle fødte, som veier 1000 g eller mer, er dødfødte eller dør i løpet av utgangen av 6.dag etter fødsel (MFR, 2020).

<sup>5</sup> Politiske strukturer legger føringer for menneskers helse og uhelse, inkl. dødelighet, noe som ikke vil bli omtalt i dette essayet.

<sup>6</sup> Keisersnitt kan være et eksempel på det: det koster mer en «normal» fødsel (Helsedirektoratet, 2020).

«normale» fødsler får kompetent omsorg, som at de med komplikasjoner får det (Renfrew et al., 2014b).

Alle fødsler registreres i Medisinsk fødselsregister og et aspekt ved medikalisering er hva som registreres. I registeret er det ikke data om «det friske/normale»; som f.eks. hvor mange som etter fødsel har intakt perineum/mellomkjøtt, er fornøyde/tilfredse/oplever mestring med fødsel og fødselsopplevelsen (MFR, 2020). MFR registrerer i liten grad ikke-medisinske tiltak og det «som går bra», og det eksisterer ikke nasjonal retningslinje for håndtering av forventet «normale» fødsler.<sup>7</sup> Hvis MFR i tillegg f.eks. registrerte kvinnens opplevelse av autonomi og mor-barn tilknytning, kan et salutogent perspektiv på kvinnens behov og helsetilstand integreres i hva som måles (Smith et al., 2017).

Helsemyndighetene har fremhevet at fødselsomsorgen også skal være desentralisert, samtidig har 8 fødestuer forsvunnet i løpet av de siste 10 årene (Helse - og omsorgsdepartementet, 2008-2009; MFR, 2020), noe som kan være et resultat av et medikalisering. Et marginalt antall kvinner føder hjemme (planlagt) og kurven er nedadgående i perioden 2016-19 fra 169 fødsler til 98, og det er samme tendens ved fødestuene i distriktene; fra 382 fødsler i 2016 til 281 i 2019 (MFR, 2020). Imidlertid sank fødselstallene totalt i hele landet med omtrent 4000 i samme periode<sup>8</sup>. At tendensen går i motsatt retning av en desentralisert fødselsomsorg kan tenkes å ha sammenheng med rekrutteringsvansker av leger til de minste sykehusfødeavdelingene og endringer i fødepopulasjonen<sup>9</sup> (Helsedirektoratet, 2020; Johansen, Pay, Broen, Roland, & Øian, 2017). Imidlertid har en av kvinneklinikkene i landet, nylig åpnet en fødestue-enhet (Grønset, 2019). Denne enheten kommer i tillegg til den «ordinære» fødeavdelingen. Noen få andre sykehus har tilsvarende enheter. Hensikten med disse enhetene er å tilby en differensiert fødselsomsorg til kvinner som ønsker fødsel med minst mulig teknologi og medikamentell intervensjon. En differensiert fødselsomsorg vil si å gi et kvinne/familietilpasset tilbud og er et helsepolitisk mål (Helsedirektoratet, 2010). I henhold til oppsummert forskning, er hjemmefødsel og fødsel på jordmorledede/fødestue-enheter, både i - og utenfor sykehus, trygge alternativ for friske<sup>10</sup> kvinner som

---

<sup>7</sup> Det kan tenkes at «Retningslinje for hjemmefødsel», kan anvendes, da den sier noe om «normale» fødsler som sådan, men vi kjenner ikke til om den fungerer som retningslinje i institusjonene (Helsedirektoratet, 2012). Imidlertid ligger NICE guidelines på Helsebibliotekets nettside for veiledere og retningslinjer for fødsler (National Institute for health and care excellence, 2014).

<sup>8</sup> Seleksjonskriteriene for fødsler på fødestuene, hvem «kan» føde der, er ikke tematikk her, men et spørsmål er hvordan seleksjonskriteriene påvirker fødselstallene på fødestuene? Helsedirektoratet peker i en ny rapport på at seleksjonskriteriene for valg av fødested bør gjennomgås på nytt med oppdatering av kunnskapsgrunnlaget (Helsedirektoratet, 2020).

<sup>9</sup> F.eks. flere kvinner som er eldre, overvektige etc. når de får barn.

<sup>10</sup> I internasjonal litteratur brukes ofte termen «healthy women».

har «normale» svangerskap og forventer «normal fødsel», øker sannsynligheten for spontan fødsel uten medisinske inngrep og bidrar positivt til kvinners fødselsopplevelse (Blix, Kumle, & Øian, 2008; Hutton, Reitsma, Simioni, Brunton, & Kaufman, 2019; National Institute for health and care excellence, 2014; Sandall, Soltani, Gates, Shennan, & Devane, 2016; Scarf et al., 2018). I de norske retningslinjene for hjemmefødsel heter det at alle kvinner, uten kjente risikofaktorer, kan støttes i å planlegge hjemmefødsel (Helsedirektoratet, 2012). Hjemmefødsel er imidlertid ikke et tilbud i den offentlige fødselsomsorgen i Norge.

Til tross for at helsemyndighetenes intensjoner om en desentralisert fødselsomsorg, reduseres spesielt de mindre føde-enhetene både i antall og fødselstall, samt at hjemmefødselstallet er stabilt marginalt. Hvilke mekanismer er det som driver dette?

### **En medikalisert fødselsomsorg i en kulturell forståelsesramme**

Fødsler i høyinntektsland blir vanligvis oppfattet som *medisinske hendelser* (Blix, 2010; Downe & Mc.Court, 2008; O'Connell & Downe, 2009). Blix sier at synet på fødsel er kulturelt betinget; hvordan kvinner føder, hva som skjer med kvinner i fødsel har sammenheng med mange ulike faktorer, som f.eks. den kulturelle konteksten der fødselen finner sted (Blix, 2010). Dette belyser kompleksiteten om fødsler og peker på et behov for fødselsomsorgsmodeller som inkluderer kulturelle aspekter.

Oppfatninger av tid er også kulturelt betinget og er en faktor i en fødselsomsorg som domineres av medikalisering. Å gjøre tiden relevant i fødselshjelp får dermed stor betydning (Downe & Mc.Court, 2008). At tid har fått en sentral posisjon i vestlig fødselshjelp, har først og fremst kommet til uttrykk gjennom bruk av tidsskjemaer under fødsler, noe som vil bli utdypet nedenfor. I følge Downe og McCourt er vestlig kulturs forståelse av tid en klar begynnelse og slutt; et lineært forløp. Dette mener de har historiske røtter i kristendommen, som betrakter tiden som en lineær utvikling mot dommedag (Downe & Mc.Court, 2008). Andre, typisk ikke-vestlige religioner som buddhisme og hinduisme, har en syklisk tidsoppfatning. Slike grunnleggende kulturelle begreper har vist seg å ha stor innflytelse på rammene for forskning og kunnskap. Videre hevder Downe og McCourt at historiske - og kulturelle trekk gjør at vestlig medisin preges av en forståelse av tid og prosess som lineære fenomen, i motsetning til sykliske. Overført til fødselsomsorg innebærer det at alle fødekvinne skal passe inn i gitte tidsrammer/skjema, og fører ofte til medisinsk intervensjon når progresjonen går «for sakte» i henhold til rammene. Nesten halvparten, 48,7 % av alle førstegangs fødende i Norge, får et medikament som skal påvirke fødselsprogresjonen (Helsedirektoratet, 2018). Det medikaliserte perspektivets fokusering på den lineære klokketiden definerer tid i fødselsprosessen, og den

lineære tiden framstår som den eneste gyldige forståelsen av tid (Sandvik, 1997). Når tiden blir et sentralt element, synes det som om den blir en pådriver i bruken av medikamenter som skal få fødselen til å gå fortere. Nyere forskning har vist en sammenheng mellom ulike tidsskjema og hvordan ristimulerende medikamenter brukes, men skjematype hadde ikke betydning for keisersnittfrekvens (Bernitz et al., 2019; Dalbye et al., 2019). Men ingen vet helt sikkert hvor lenge en fødsel kan vare (før den blir farlig for mor og/eller barn) (Helsedirektoratet, 2018).

Å anvende gitte tidsrammer som viser hvor lang tid fødselen bør ta, passer inn i et medikalisert perspektiv på fødsel og bryter med forståelsen av fødsel som en fysiologisk – og psykososial prosess som bølger mellom faser med ripauser, stillstand og framgang (så lenge mor og barn ikke er i fare); standardiserte tidsrammer har lite rom for individuell ”fødefart” (Downe & Mc.Court, 2019). Når så mange får medikamenter for å føde fortere, kan man spørre om det kan være slik at definisjonene ikke passer til fenomenet, snarere enn at det er fenomenet fødsel det er noe ”feil” med? Ved å medisinerer fødselshastigheten, søkes det mot det forutsigbare; å grensesette fødselen iboende grenseløshet og uforutsigbarhet. Når det er sagt, så kan (for) lange fødselsforløp representere en fare for mor og barn (Helsedirektoratet, 2018). Utfordringen er hva som defineres som ”lenge”; hvor lenge er et ”passelig langt” fødselsforløp for *denne kvinnen* og hvilke andre faktorer enn tid, er relevante for fødselshjelperens vurdering av situasjonen? Det krever faglig klokskap å balansere i dette gråsonelandet mellom det «normale» og det potensielt farefulle for mor og barn. Kvinnens fødselsmestring og tilknytning til barnet påvirkes positivt av kroppens eget ristimulerende hormon, sammenlignet med ristimulerende medikament (Uvnas-Moberg et al., 2019). Gaudernack et al.’s studie viste at fokus på bruken av ristimulerende medikamenter førte til noe reduksjon, samt at det kan være behov for endrede retningslinjer for bruk av ristimulerende medikamenter (Gaudernack, Frøslie, Michelsen, Voldner, & Lukasse, 2018). Men fødselsvarighet kan påvirke kvinnens opplevelse negativt (Gaudernack, Michelsen, Egeland, Voldner, & Lukasse, 2020). Vi ser her ulike hensyn som kan tenkes å skape faglige dilemmaer. Modeller som løfter fram andre aspekter enn de medisinske, som f.eks. forståelse av relasjoners betydninger for kvinner under fødsel, kan ha en plass her, f.eks. med fokus på jordmors kontinuerlige tilstedeværelse hos kvinnen i aktiv fødsel (Berg, Ólafsdóttir, & Lundgren, 2012). Å regulere tidsrammen for fødsler er anbefalt av WHO (WHO, 2018b), men det er usikkert hvilken nytte det har for kvinner - og barns helse (Bonet, Oladapo, Souza, & Gulmezoglu, 2019; Lavender, Cuthbert, & Smyth, 2018). Forsøk på å kontrollere tiden kan forstås som et element i en «for sikkerhets skyld»-fødselsomsorg, som samsvarer med det Kjølrsrød i 1985 kalte for «verstefallstenkning» (Kjølrsrød, 1985). Verstefallstenkning innebærer å ha

fokus rettet mot “alt som kan gå galt”/risiko<sup>11</sup> (Kjølsrød, 1985). Den sentrale rollen tiden har fått i en medikalisert fødselsomsorg, er kanskje et godt eksempel på et av dilemmaene fødselshjelpere står i; hvor lenge er det forsvarlig å vente på at naturen skal gå sin gang? Det er ikke konsensus om hva normal fødsel er (Zhao, Lu, Zang, & Li, 2020). Kan det tenkes å henge sammen med betydningen klokketid har under fødsel? Vi vet ikke om det ville være fare for mor og barn hvis fødselshjelperne ikke brukte tidsskjemaer, eller hvilket design tidsskjemaet bør ha (Lavender et al., 2018). Kan det være slik at det vi ikke vet om både det «normale» og tiden, har beredt grunnen for en slags «sikkerhet» i form av et tidsskjema? Men, vi undres likevel: hvorfor er slike skjema så utbredt (siden 1950-tallet), når vi ikke vet om eller hvordan de «virker»?

I tillegg til lineær tid, belyser Downe og McCourt (2008) andre sider ved en medikalisert fødselsomsorg, eksemplifisert med begreper som *sikkerhet* og *sykelighet*. Sikkerhet handler om en søken mot å kontrollere og planlegge fødsel, noe som har røtter i opplysningstidens idé om kroppen som en maskin. Det innebærer at komplekse fenomener reduseres til deler som interagerer (Davis-Floyd, 2001). Kontroll får avgjørende betydning for å oppnå sikkerhet, uavhengig av kvalitative og humanistiske/mellommenneskelige aspekter. Den fødende kroppen kan feile når som helst, også hos kvinner med forventet «normal» fødsel (Sandvik, 1997), og derfor må fødekvinnen overvåkes nøye, og underlivsundersøkelser kan f.eks. fastslå hvorvidt kroppen som fødemaskin ”feiler” eller ”fungerer”. Gjennom kontroll – og overvåkningsprosedyrer blir fødekvinner pasienter som trenger behandling av eksperter; noen (de profesjonelle) *gjør noe med* pasientens kropp. I et medikalisert syn på fødsel, hvor tanken om sykelighet og avvik er fremtredende, skapes et behov for sikkerhets- og risikovurderinger, og som vi i forrige avsnitt satte i sammenheng med tid. Risikotanken trer f.eks. fram på en slik måte at utfall av sjeldne og fatale/alvorlige hendelser for mor og/eller barn, har ført til overforbruk av medisinsk intervensjon i den hensikt å forhindre nye fatale hendelser (Scamell, Stone, & Dahlen, 2019).

Videre skal vi belyse hvordan medikalisering preger faglige avveininger om hvor kvinner føder. Behandlingsmuligheter har sammenheng med hvor kvinnen føder, og dette har flere ganger vært tema for debatter i fagmiljøet, eksempelvis omgjøring av mindre sykehusfødeavdelinger til fødestuer bemannet med jordmødre. Dette er sentralisering og møter ofte store protester fra jordmødre, som med henblikk på definisjonen av jordmor og autorisasjonen skal kunne ta et slikt ansvar, noe som også er i samsvar med nasjonal rammeplan og EØS-kriterier for jordmorutdanning – og virksomhet (ICM, 2020; Utdannings - og

---

<sup>11</sup> Risiko forstått som sannsynligheten for at en bestemt hendelse skal inntreffe (Thelle, 1998). I denne sammenhengen: fare for sykdom/skade, funksjonshemming eller død hos mor og/eller foster/barn.

forskningsdepartementet, 2005). Et eksempel kan illustreres med dette sitatet fra et intervju med en jordmor: «*Jeg som jordmor kan ta imot en førstegangsfødende som har et ukomplisert svangerskap. Men på ti minutter kan situasjonen bli snudd på hodet. Da gir det trygghet å ha en fødeavdeling i nærheten, sier hun*» (Kristjánsson, 2010). Jordmoren sikter her til at hun må ha akuttmedisinsk beredskap for fødselskomplikasjoner tilgjengelig, som finnes på sykehusfødeavdelinger, men ikke på fødestuer. Denne jordmoren er ikke alene om å mene dette (Grønset, 2011). Dette kan være et uttrykk for det dominerende medikaliserte perspektivet hvor fødsel ikke er «normal» før den er overstått/i retrospekt, og derfor trenger *alle* fødekvinne den typen medisinsk beredskap, som kun finnes på sykehus, f.eks. muligheten til å utføre keisersnitt. Dette står i kontrast til Nasjonalt råd for fødselsomsorg som har påpekt at det ikke er (forsknings)dokumentasjon for at alle fødsler må skje under overvåkning og høy (medisinsk) beredskap (Backe et al., 2005). Sitatet fra jordmoren står i kontrast til Backe m.fl. og er i tillegg et eksempel på at et medikalisert syn ikke utelukkende kan knyttes til legeprofesjonen (Backe et al., 2005; Blix et al., 2008; Grønset, 2011). I en metasynthese hevdes det at jordmødre er langt viktigere pådrivere for en medikalisert fødselsomsorg enn leger (O'Connell & Downe, 2009). Samtidig er det utfordrende for jordmødre på sykehus som ønsker å fremme «normal» fødsel å få det til, og jordmødre kan kjenne på avmakt i å balansere mellom ulike modeller hvor det bio-medisinske dominerer (Aune, Hoston, Kolshus, & Larsen, 2017; Blaaka & Schauer Eri, 2008; Lukasse & Henriksen, 2019; Nilsson, Olafsdottir, Lundgren, Berg, & Dellenborg, 2019). At jordmødre både er pådrivere og frustreres av det medikaliserte systemet, kan kanskje i tråd med Blix, ses i sammenheng med ulike kulturelle syn på fødsler og at disse forskjellige syn varierer mellom og innad i fødeinstitusjoner og profesjonsgrupper (Blix, 2010)? I en norsk studie forteller jordmødre som jobber på fødestue at konteksten i større grad, enn på sykehus, muliggjør en fødselsomsorg med hovedfokus på tiltak som jordmors kontinuerlige tilstedeværelse hos fødekvinnen (Skogheim & Hanssen, 2015). Hva kan det handle om?

Fagfolk og andre som er kritiske til fødsler på fødestuer og hjemme, peker på at uansett hvor god kvalitet det er på seleksjonen av kvinnene som føder der, så er det en risiko for at noe kritisk og akutt, *kan* inntreffe under fødsel (Moster, Lie, & Markestad, 2005; Nordseth, 2019). En slik holdning kan kanskje ha sammenheng med frykten for søksmål (Husom, 2003)? Nedbygging av desentraliserte fødeinstitusjoner og et hjemmefødselstilbud som ikke er nasjonalt tilgjengelig, gir kvinner få muligheter til å ta valg som er riktige for dem, noe som verken er i tråd med mål om brukermedvirkning, demedikalisering eller desentralisert fødetilbud (Helsedirektoratet, 2010). Et spørsmål i denne forbindelse kan også være hvordan den rådende medikaliserte fødselsomsorgen influerer på de som arbeider i den desentraliserte delen av fødselsomsorgen, på



fødestuene og lokalsykehusene? Vi vet noe om dette fra en liten studie med jordmødre som kom fra jobb på sykehusavdelinger til fødestue, og hvor de bl.a. forteller om at de må endre tankegang fra patologisk tenkning som dominerende til «normalitet», og at det tar tid og gi slipp på alt som kan gå galt til å ha tro på fødekvinne og hennes kropp (Skogheim & Hanssen, 2015). Flere av jordmødrene beskriver at å jobbe i en slik setting oppleves som å ta i bruk «ekte» jordmorfag og «jordmorkunsten», hvor jordmora i stor grad bruker seg selv i å støtte og styrke kvinnen. Samtidig har de også et bevisst forhold til eventuelle avvik og øver jevnlig på akutsituasjoner. Etter hva vi kjenner til, er det ikke gjort nasjonale studier som sammenligner kvinners opplevelser etter hvor de har født, noe som kan tenkes å gi verdifull innsikt, men det er tilgjengelige data for hver enkelt avdeling (Holmboe & Strømseng, 2018). Fra dilemmaer og paradokser knyttet til fødested skal vi videre til å belyse noen sider ved keisersnitt.

Noen land har for høy keisersnittfrekvens og WHO peker på at en keisersnittfrekvens høyere enn er 10 %, ikke reduserer mor–barndødeligheten (WHO, 2015) og er dermed en indikator på medikalisering. Keisersnitt er å *gjøre noe med* fødekvinne, og kan forstås som pasientifisering, i form av et relativt omfattende kirurgisk inngrep (Davis-Floyd, 2001; Sandvik, 1997). I 1970 var keisersnittfrekvensen i Norge på omtrent 2% og nå er den 15,9 % (MFR, 2020). Det er store internasjonale sprik i keisersnittfrekvens; noen land har for få, og andre har for mange: Tchad og Niger har 1,4%, Brasil har 55% og Den dominikanske republikk har 58%. Vi ser at keisersnittfrekvensen varierer i stor grad *mellom* ulike land; det er også store forskjeller *innad* i land: forskjellene i keisersnittfrekvens mellom sykehusene i Norge er på nesten 15 %, med en topp på 24,7 % og bunn på 10,5% (MFR, 2020). Terskelen for å gripe inn og valget mellom tang, sugekopp eller keisersnitt, er ifølge Helsedirektoratet, uberettiget (sic) geografisk fordelt (Helsedirektoratet, 2020). Tang og sugekopp øker risikoen for at kvinnen ønsker keisersnitt ved neste fødsel (Gaudernack et al., 2020). At fødselsforløp vurderes forskjellig både med hensyn til *når* det skal gripes inn og *hvordan*, kan kanskje indikere at synet på fødsel er kulturelt betinget; at det kan eksistere ulike fagkulturer på ulike sykehus (Blix, 2010)? Det viktig å ha i mente at kvinneklinikkene har ansvaret for kvinner med høy risiko og det vil påvirke keisersnittfrekvensen der. Samtidig har en av de største kvinneklinikkene 10,8 % keisersnitt, mens flere mindre fødeavdelinger befinner seg i det øvre sjikt på statistikken (MFR, 2020). I tillegg til at det kanskje er ulike fagkulturer i fødeavdelingene, kan man også spørre seg om det er ulike kulturelle oppfatninger i befolkningen rundt omkring i landet som påvirker forventninger til fødsel? Ny forskning rundt keisersnitt-tallenes nasjonale variasjon kan bidra til økt forståelse f.eks. om årsakssammenhenger og egnede endringstiltak.

I høyinntektsland har fenomenet «keisersnitt på mors ønske» vært et tema, og studier har vist at årsakene til et slikt ønske, bl.a. handler om tidligere traumatisk fødselsopplevelse og påvirkning av media (Betrán et al., 2018; Jenabi, Khazaei, Bashirian, Aghababaei, & Matinnia, 2019; Karlstrom, Nystedt, Johansson, & Hildingsson, 2011; Larsen, Dahlø, Syse, & Løvvik, 2017). Samtidig pekes det på at det ikke er mange kvinner som ønsker keisersnitt og at økningen av keisersnitt derfor må skyldes andre faktorer (Karlstrom et al., 2011). At kvinner ønsker keisersnitt uten såkalt medisinsk indikasjon, kan tyde på at befolkningen kanskje ikke oppfatter inngrepet forbundet med stor risiko? Andre faktorene som medfører økning i keisersnittfrekvens er bl.a. de profesjonelles syn på fødsel og helsefinansieringssystemer som «belønner» keisersnitt (Betrán et al., 2018).

I de senere år har media hatt en rolle i befolkningens oppfatninger om fødsel og fødselsomsorg og skrekkehistorier om fødsler har vært spredt i hopetall på internett (Kay, Hundley, & Tsekulova, 2019). For å balansere bildet kan jordmødre oppfordre kvinner til å spre og dele positive fødselshistorier på nett, noe som kan tenkes å styrke kvinners tro på egne fødekrefter (Kay et al., 2019). Leger opplever å være i et dilemma mellom kvinner som ber om keisersnitt uten såkalt medisinsk indikasjon, faglig vurdering og frykt for juridiske søksmål og avisoppslag påvirker fødselsleger (Betrán et al., 2018; Grytten, Skau, & Sørensen, 2017; Husom, 2003). Fødselsomsorgen befinner seg i flere dilemmaer; i vår tid kan det tenkes at befolkningens aksept for at noen få nyfødte dør, er alvorlig syke eller skadet for livet, er minimal. I møtet med befolkningens forventninger og frykt for rettssaker, kan helsepersonell føle seg tvunget til å “gjøre noe” også når deres faglige vurdering tilsier en avventede strategi (Husom, 2003; O'Connell & Downe, 2009). Vi undres over om det kan være slik at befolkningen har internalisert verstefallstenkningen; slik at trygghet knyttes til medisinske inngrep, selv når det ikke er en klar indikasjon? Kjølrsrøds verstefallstenkning kan også ses i sammenheng med konsekvensene av en studie som hevdet at det ved noen fødeinstitusjoner under gitte omstendigheter (som f.eks. personalets kompetanse) var best å forløse alle barn som ligger i seteleie med keisersnitt. Studien førte raskt til endringer i rutiner med mange flere sykehus enn hva anbefalingen fra studien tilsa og bidro til sterk økning av keisersnitt (Downe & Mc.Court, 2008). Siden det utføres mange flere keisersnitt, er det også mange flere som opplever komplikasjoner; fra mindre alvorlige infeksjoner og blødninger, til komplikasjoner som kan føre til varig skade eller død for mor (Sandall et al., 2018). Imidlertid kan keisersnitt redusere risiko for at kvinnen blir inkontinent (Sandall et al., 2018) I de senere år har det vokst fram en økende kunnskap om keisersnittenes uheldige konsekvenser for barnet, som f.eks. endret immunologisk utvikling, økt risiko for allergi og redusert mangfold i mage-tarm mikrobiom, og på sikt utvikling av overvekt og astma (Sandall et al., 2018). Det er litt for mange keisersnitt i Norge også, hvordan kan antall keisersnitt reduseres? Betrán et. al. peker på at kliniske tiltak alene for å

redusere antall keisersnitt ikke er nok. Andre viktige tiltak er dialog med og informasjon til gravide, samt at de profesjonelle trenger faglig støtte og mulighet til å lære kunnskapsbasert praksis (Betrán et al., 2018).

Overforbruk av teknologi, er også en konsekvens av medikalisering: for flere tiår siden ble en elektronisk fosterovervåkningsmetode<sup>12</sup> innført og brukt som standardrutine over mange år ved norske fødeinstitusjoner uten at det i forkant ble undersøkt hvorvidt metoden hadde noen helsemessig gevinst (Blix & Øian, 2017). Dette kan illustrere at troen på teknologi er sterkt overdimensjonert (Davis-Floyd, 2001). Men fosterovervåkningsmetoden skal kun anvendes på indikasjon, noe som har vist seg å være vanskelig å endre (metoden ble tidligere brukt på alle) (Blix & Ohlund, 2007; Jørandli, Nese, Vik, & Aasekjær, 2019). Jordmødre beskriver bruk av denne teknologien som en ”sikkerhetsgarantist” ved evt. søksmål dersom noe går galt og usikkerhet angående egne kunnskaper (Blix & Ohlund, 2007; Jørandli et al., 2019). En avdelingskultur med sterkt fokus på risiko, kan stimulere til å anvende denne fosterovervåkningsmetoden (Jørandli et al., 2019). Risikotankegang tilhører et medikalisert perspektiv, og bruk av teknologi bekymrer jordmødre med tanke på å tape ferdigheter i å anvende det tradisjonelle fosterovervåkningsredskapet: trestetoskopet (Blix & Ohlund, 2007).

### **En nasjonalt god fødselsomsorg; men hva er det som mangler?**

Kunnskapsbasert praksis er et mål for all helsetjeneste (Helse - og omsorgsdepartementet, 2012-2013). Dette betyr at kliniske beslutninger tas på bakgrunn av 1) erfaringskunnskap, 2) den beste, tilgjengelige forskningskunnskapen og 3) brukermedvirkning (Bjørndal et al 2012). Jordmorfaget har tradisjonelt vært sterkt forankret i erfaringskunnskapen. I den senere tid har jordmorfaget også i Norge, blitt en del av academia, med alle jordmorutdanningene på masternivå. Når det gjelder brukermedvirkning, er det relevant å spørre seg hva som er norske fødekvinners opplevelser av omsorgen som tilbys? Norsk lovverk sier bl.a. at pasienter/brukere rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder (Helse - og omsorgsdepartementet, 1999). «En til en-omsorg» som betyr at fødekvinne skal ha mulighet til å ha jordmor hos seg når fødselen er godt etablert, er løftet fram av helsemyndighetene som en kvalitetsindikator og norske fødekvinne er stort sett godt fornøyde med personalets tilgjengelighet (Helse - og omsorgsdepartementet, 2015-2016; Holmboe & Strømseng, 2018). En norsk intervjustudie fant at kvinner ønsker å være involvert i avgjørelser, bli sett og forstått som individer og at relasjonen til

---

<sup>12</sup> Elektronisk fosterovervåkning betyr å koble kvinnen til en maskin for noen minutter/kontinuerlig med to belter rundt kvinnens mage. Maskinen registrerer fosterets puls og riaktivitet. Hos fødekvinne med forventet «normal» fødsel, finnes det f.eks. et trestetoskop som kan brukes intermitterende for å lytte til barnets puls.

jordmor er viktig for kvinnens opplevelse av støtte, slik at kvinnen kan ha medbestemmelse (Bringedal & Aune, 2019). Til tross for den norske brukerundersøkelsen som viste at mange kvinner f.eks. er fornøyde med personalets tilgjengelighet, til tross for at jordmors tilstedeværelse hos kvinnen i aktiv fødsel ikke gjennomføres fullt ut (Bjerga, Risa, Blix, & Pay, 2019), samt at fagforeningene over tid har varslet om for lav bemanning ved fødeinstitusjoner. Disse faktorene har resultert i en rapport fra Helsedirektoratet, og en av anbefalingene er at det bør utarbeides en normering for bemanning som ivaretar kvalitets - og kompetansekrav (Helsedirektoratet, 2020; Holmboe & Strømseng, 2018). Leder i rapportutvalget sier at styrket bemanning vil kunne redusere fødselsintervensjoner (Grønset, 2020). Forskning fra både Sverige og Norge, viser at organisatoriske forhold som arbeidsmengde, knapphet på ressurser og omorganiseringer øker risiko for burn-out og Hildingsson's fant også at 1/3 hadde vurdert å slutte som jordmor (Henriksen & Lukasse, 2016; Hildingsson, Westlund, & Wiklund, 2013; Lukasse & Henriksen, 2019). I tillegg er jordmødrene redde for uønskede hendelser/at noe går galt med mor eller barn (Lukasse & Henriksen, 2019). Her kan vi se et forbedringspotensial både for ansatte i fødselsomsorgen og for brukerne av den, og hvor modeller som har fokus på kvinnens perspektiv og de relasjonelle aspektene kan komme til anvendelse. Et spørsmål er om det i så fall vi gi en tydeligere sammenheng mellom tilbudet som gis, lovverk og helsepolitiske mål?

Kvinnerentert omsorg (eng. woman-centred care) er et begrep som anvendes i modeller hvor relasjonen mellom jordmor og kvinnen er sentral, hvor kvinnen har kontroll over livsprosessen og er delaktig i beslutningstaking (Maputle & Donavon, 2013). Et kvinnerentert perspektiv vil bl.a. anerkjenne livsfasens kompleksitet (Berg et al., 2012; Downe & Mc.Court, 2019; Tracy & Page, 2019). Kontinuitet gjennom hele livsfasen og informert valg, er også begrep som er relatert til denne modellen (Leap, 2009). I bio-medisinsk dominans inngår gjerne rutiner, som hindrer kvinners delaktighet og valgmuligheter, og kan dermed forstås som barrierer for kvinnerenterte modeller (Brady, Lee, Gibbons, & Bogossian, 2019; Fontein-Kuipers, de Groot, & van Staa, 2018). Kvinnerentert omsorg er et begrep som har størst utbredelse i land som Storbritannia, New Zealand, USA, Canada og Australia, og da først og fremst i modeller med kontinuitet gjennom graviditet og fødsel, dvs. samme jordmor følger kvinnen gjennom hele livsfasen (Berg et al., 2012). Med bakgrunn i erfaringene fra disse landene, har et forskerteam utviklet en nordisk, kvinnerentert modell, MiMo (midwifery model of woman-centred care), som er basert på data både fra fødekvinner og jordmødre på Island og Sverige (Berg et al., 2012). Modellen består av tre dimensjoner; en gjensidig relasjon, omgivelser som fremmer fødsel og integrert kunnskap som innebærer både teoretisk - og erfaringsbasert kunnskap, samt kvinnens perspektiv/kunnskap. Videre består modellen av en anerkjennelse av kulturell kontekst, samt en balanse mellom fødselshindrende -

og fremmede faktorer (Berg et al, 2012). MiMo har blitt testet på et universitetssykehus i Sverige og resultatet viser at obstetrikere, ledere og jordmødre uttrykker at modellen setter ord på jordmørs arbeid med fødekvinne, men at modellen må videreutvikles før implementering når det gjelder samarbeid og roller mellom profesjonene (Lundgren, Berg, Nilsson, & Olafsdottir, 2019). Lundgren et al viser problemene, men også mulighetene til å fundamentere fødselshjelpen i kvinnesentrert modell på et stort universitetssykehus (Lundgren et al., 2019). I den senere tid har også salutogenese blitt lansert som en relevant teori innen fødselsomsorg (Shorey & Ng, 2019; Smith et al., 2014). I MiMo-modellen inngår å understøtte «normal» fødsel, rammet inn av begrepet fødselsfremmende omgivelser og et salutogent perspektiv (Berg et al, 2012).

I årtier har forskning i all hovedsak fokusert på komplikasjoner, skader og sykdom under fødsel og nå etterspørres forskning på fødselens potensielle salutogene helsegevinster (Downe & Mc.Court, 2019; Shorey & Ng, 2019; Smith et al., 2014). Salutogenese som begrep og prosess har blitt aktualisert som en teoretisk ramme for å forstå fødsel. Forskning gjennom dette perspektivet fokuserer på hva som skal til for at denne livsfasen kan fremme helse for mor og barn (Downe & Mc.Court, 2019). Eller sagt med ordene til salutogenese-teoriens far: «*We are all familiar with the concept of risk factor. Can we not think of the concept of a salutary factor?*» s.116 (Antonovsky, 1979). Salutogenese-teorien er omfattende og hviler på det sentrale begrepet «opplevelse av sammenheng» (OAS)(Lindström & Eriksson, 2015). F.eks. vil en person med en sterk OAS oppfatte livet som meningsfylt, begripelig og håndterbart og kunne mestre store livsendringer, som f.eks. det å bli mor (Shorey & Ng, 2019). En fødselsomsorg som forankres i salutogenese, vil bl.a. ha fokus på relasjoner og sosial støtte. Gode relasjoner og støtte er også eksempler på generelle motstandsressurser, som igjen er forutsetninger for en sterk OAS (Lindström & Eriksson, 2015). Mens andre helsefremmende teorier har et sterkt fokus på individuell empowerment, funderes salutogeneseteorien i betydningen av relasjoner, erfaring og livshistorier (Downe & Mc.Court, 2019) Dette kan f.eks. være et innspill til enda bedre tilrettelegging for partners rolle og betydning i fødebarselavdelinger, samt andre tiltak som kvinner trenger i tråd med prinsipper om brukermedvirkning. En forskergruppe har identifisert en rekke «kjerneparametre» med salutogene effekter og noen har vi nevnt før og andre eksempler er kvinnens opplevelse av fødselen, smerteopplevelse, opplevelse av «wellbeing»/velvære og i tillegg fysiske parametre som ingen fødselsrifter og bevegelse under fødselen (Smith et al., 2017). I en salutogen fødselsomsorg, vil fagpersoner støtte *alle* kvinner etter salutogene prinsipper; kvinner som har komplikasjoner trenger ikke bare medisinsk behandling, de har også de samme behov for støtte som kvinner uten komplikasjoner. Vi tenker at MiMo-modellen og salutogeneseteorien, kan være et mulig svar på hva som mangler i en medikalisert fødselsomsorg. Forståelsen av fødsel som en lineær prosess,

erstattes gjennom disse perspektivene av en forståelse om fødselsprosessen som en sammenvevd, sensibel, helhetlig kompleksitet; bestående av fysiske, psykiske, åndelige og sosiale dimensjoner (Davis-Floyd, 2001; Downe & Mc.Court, 2019). En slik forståelse impliserer at det ikke er riktig å bistå alle fødekvinner etter standardiserte rutiner, for ingen fødsel er lik. I lys av disse perspektivene fremmes fødsel gjennom en innenfra – og ut prosess: kvinnens intuisjon til å forholde seg til fødsel; hun kan og vet hva hun trenger. Hva som blir rett oppfølging for den enkelte kvinne vil med nødvendighet måtte variere. Ved å forstå fødsel som en sammenvevd kompleksitet, vil det samtidig anerkjennes at en ”liten” forstyrrelse, kan få store konsekvenser for kvinnens prosess (Downe & Mc.Court, 2019). Variasjon i fødselsforløp representerer ikke nødvendigvis en potensiell fare eller tegn på sykdom. I dette ligger også åpningen mot det uforutsigbare og usikre landskapet; at mennesker og teknologi ikke kan ha full kontroll på fødselsprosessen og at fødselen starter når den starter og den tar den tiden den tar (så lenge mor og barn er i velbefinnende). Hva som hender vet vi ikke; vi er her og nå, og tar et skritt av gangen og det er ikke i menneskets eller medisinsens makt og gi garantier. Å forstå fødsel uten å anerkjenne dens kompleksitet og fagkunnskapens iboende usikre aspekt, vil føre til at de profesjonelle har en for snever og begrenset tilnærming til «normale» fødsler (Downe & Mc.Court, 2019). Kan det åpnes mer opp for disse perspektivene i den norske fødselsomsorgens forståelsesramme?

Det har vært hevdet at man ikke kan lære om «normale» fødsler på sykehus pga. medikaliseringens dominans (Rothman, 1999). I en studie hevdet jordmødre at for å ha tro på den «normale» fødselen, måtte de erfare fødsler uten medisinsk inngripen (Skogheim & Hanssen, 2015). Er det en idé at jordmødrene ved ulike fødselsinstitusjoner kan lære av hverandres erfaringer fra sine respektive «fødekontekster»? Etter hva vi kjenner til, ser det ut til at fødestue-jordmødre hospiterer jevnlig på sykehus. Kan det tenkes at hospitering går motsatt vei, noe som kanskje kan bidra til at sykehus-jordmødre får andre erfaringer, som kan styrke dem i troen på den «normale» fødsel?

I kvinnesentrerte modeller er kontinuitet en av grunnsteinene og det er et mål for svangerskaps – og fødselsomsorgen og i kvalitetskrav pekes det på at kontinuitet er påkrevet for å få et optimalt utfall av fødselshjelpen (Helse - og omsorgsdepartementet, 2008-2009; Helsedirektoratet, 2010). For å legge til rette for kvinnens behov for individuell omsorg og tillit, er modeller som funderes i kontinuitet og jordmor-kvinnerelasjonen helt sentrale (Perriman, Davis, & Ferguson, 2018). Kontinuerlig støtte *under fødsel*, spesielt, fører til flere «normale» fødsler, redusert antall keisersnitt og gir økt tilfredsstillelse hos fødekvinne med omsorgen (Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa, & Cuthbert, 2017). En norsk studie fant at jordmorkontinuitet bidrar til å styrke kvinnens mulighet til å ta valg (Bringedal & Aune, 2019).

Som vi har sett, føder nesten alle i Norge på sykehus. Det medfører at de fleste kvinner i fødsel, aldri tidligere har møtt jordmoren som har ansvar for dem. Hvordan kan det norske helsetilbudet i imøtekomme kvinners behov for kontinuitet? I forbindelse med hjemmefødsler og fødestuefødsler blir kvinnen i stor grad ivaretatt gjennom svangerskap-, fødsel – og barseltid av samme jordmor/jordmorteam. Samtidig har sykehusjordmødre fokus på «å gjøre det beste ut av det» og skape en relasjon til fødekvinne (Aune, Amundsen, & Skaget Aas, 2014). At fødekvinne og jordmor som regel ikke har sett hverandre før fødselen, henger sammen med et funksjonsdelt helsetilbud; kommunene har ansvaret for svangerskapsomsorgen og helseforetakene/ sykehusene har ansvar for fødselsomsorgen. På sykehus, er det i tillegg, ikke sikkert at jordmoren som har ansvar for fødekvinne har mulighet til å være hos henne så mye som kvinnen ønsker under fødselen og/eller i henhold til faglig anbefaling (Aune et al., 2014; Helsedirektoratet, 2010). En slik funksjonsdelt organisering for friske kvinner, er i strid med oppsummert forskning som fremhever modeller med jordmorkontinuitet for hele livsfasen, noe som fører til redusert medisinsk inngripen under fødsel og større sannsynlighet for at fødselen ivaretas av en jordmor som kvinnen kjenner (Sandall et al., 2016). Imidlertid viser ikke livsfasekontinuitets- modellene redusert sannsynlighet for keisersnitt, men gir mer fornøyde fødekvinner, flere spontane fødsler, redusert behov for epiduralbedøvelse og er i tillegg en mer kostnadseffektiv omsorg. Et ledd i en mer livsfaseorientert kontinuitet kan være helsemyndighetenes anbefaling om at alle kvinner bør få hjemmebesøk av jordmor etter fødsel (Helsedirektoratet, 2014).

Vi har i denne delen pekt på at den norske funksjonsdelte omsorgen betyr at de aller fleste norske fødekvinner ikke får den kontinuiteten i omsorgen som både helsemyndighetene og forskning har påpekt som viktig (Bohren et al., 2017; Helsedirektoratet, 2010; Sandall et al., 2016). Norge er ikke alene om det: den medikaliserte fødselsomsorgen skaper stadig bekymring og Dahlen hevder at det nå er på tide og spørre om sykehusfødsler er det tryggeste stedet for alle kvinner som forventes å føde «normalt» og deres barn (Dahlen, 2019; Johanson, Newburn, & Macfarlane, 2002)? Spørsmålet peker mot kjernen i det vi nettopp har sett på: kvinner som tilbys en eller annen form for jordmorledet omsorg og/eller kontinuitet, har større sjanse for at fødselen forløper uten komplikasjoner og kvinnene er mer fornøyde (Bohren et al., 2017; Sandall et al., 2016). Hvordan kan sykehusene komme ønsket om kontinuitet og mer fornøyde fødekvinner bedre i møte? Kanskje kan det være et potensial i økt bemanning, hjemmefødsel i regi av fødestuer/sykehus, andre vaktordninger og/eller jordmorteam?

Er det slik at kvinnesenterte perspektiv implisitt forfekter synet at «med smerte skal du føde» (bibel.no, 2020)? Ethvert perspektiv har sine egne standarder for bedømmelse av viten (Aadland, 2004). Det betyr at noe kunnskap gjøres relevant og annen kunnskap ikke. En grunnantagelse i kvinnesentrerte perspektiv, er at fødsel uten unødvendig medisinsk inngripen er det beste for kvinner som forventes å føde «normalt»<sup>13</sup> (Downe og McCourt, 2008). En slik antagelse innebærer ingen bruk av medisinsk teknologi eller farmakologi (med mindre det oppstår komplikasjoner). Men kanskje ønsker ikke alle kvinner å føde sine barn på «normal» måte; for noen kvinner kan “det beste” være en smertefri fødsel, få keisersnitt uten medisinsk grunn eller få fødselen igangsatt med medikamenter (også uten medisinsk grunn), noe som også kan være i tråd med kvinnesentrerte perspektivet; kvinnen stemme skal høres og hun skal tas på alvor. Naturlig fødsel har vært kritisert som et perspektiv som er moraliserende og nedlatende overfor kvinners valg (Reiger & Dempsey, 2006). Det er hjelperne som vet hva som er best for deg. En slik paternalistisk holdning er nettopp noe av det som de kvinnesentrerte perspektivene har kritisert medikaliseringen for (Pairman & McAra-Couper, 2006). Samtidig er det viktig at kvinner kjenner til salutogene «helse-effekter» forbundet med å føde i de minst medikaliserte settingene (National Institute for health and care excellence, 2014). Det er også behov for mer forskning om kvinnesentrerte modeller, spesielt med tanke på hvordan de skal kunne fungere som kunnskapsbaser både hjemme, på fødestuer og på sykehus (Eri et al., 2020).

## Avslutning

Overforbruket av både medisinske inngrep og teknologi er faktorer som kan hemme både kortsiktige – og langsiktige helsefremmende tiltak for mor og barn. Imidlertid er den salutogene – og kvinnesentrerte forskningen i startgropen, så det er mye som fortsatt er ukjent. Selv om Norge, og andre høyinntektsland, har den beste medisinske ivaretagelse for mor og barn, er det et problem at medikaliseringen øker gjennom sentralisering av fødetilbud, økte kostnader og flere medisinske inngrep, samt for lite fokus på kvinnens perspektiv i fødselsomsorgen.

Vi tviler ikke på at fødselshjelpere har de beste intensjoner og vil *det gode* for fødekvinners helse og for noen kvinner er trolig en medikalisert fødsel *det gode*. Føde-Norge anno 2020 kan se ut til hovedsakelig å være forankret i et rådende

---

<sup>13</sup> Det vil bli for omfattende å gå inn i *hvorfor* dette antas å være best for kvinnen. For å si noe helt kort om det, handler det om å bedre kvinners helse i et lengre tidsperspektiv: kvinner som har født uten kjemisk smertelindring har ofte bedre fødselsopplevelse, noe som reduserer risiko for psykiske problemer. Fødselssmerte blir sett på som en naturlig del av overgangen til moderskapet (Leap og Anderson, 2008).



medikalisert perspektiv og vi har belyst noen av de komplekse mekanismer som bærer systemet videre. Oppsummert forskning og WHO viser at (for) mange kvinner utsettes for medikaliserte fødsler, som kan gi problemer i ettertid og en medikalisert fødselsomsorg er kostnadsdrivende (Renfrew et al., 2014a; WHO, 2015, 2018b). «Evidens» kan forstås som en sentral verdi innenfor et medikalisert perspektiv, men når evidensen ikke passer inn i systemets eksisterende forestillinger, er det ikke sikkert at den gjøres relevant (Øian, Brurberg, Reiherth, Reinart, & Blix, 2015). Evidens som maner til ytterligere medikalisering, vinner lett innpass (Blix, Reinart, Klovning, & Øian, 2005; Downe & Mc.Court, 2008).

«Nasjonalt råd for fødselsomsorg» sa for noen år siden farvel til verstefallstenkningen og forespeilet et paradigmeskifte i retning av en fødselsomsorg mindre preget av medikalisering og støtte til jordmorledede enheter/fødestuer i distriktene (Backe et al., 2005). Hvis vi legger til grunn at f.eks. antall keisersnitt siden den gang har vært relativt stabilt, men dog høyere enn WHO's anbefalinger, antall kvinner som får ristimulerende medikamenter har økt og flere små føde-enheter har forsvunnet, så har paradigmeskiftet ikke funnet sted (Helsedirektoratet, 2018; MFR, 2020; WHO, 2015).

Johanson m.fl. (2002) peker på at det som skal til for å stoppe medikaliseringen, er at fødselshjelpere utvikler en felles fagfilosofi og vi vil tilføye: en større grad av anerkjennelse etterfulgt av implementering av en *bredere* del av forskningskunnskapen. En fagfilosofi og en fødselsomsorg som er fundert i den nordiske kvinnesenterte modellen, og kanskje konsensus om hva «normal» fødsel er, samt implementering av best tilgjengelige og relevante forskningskunnskap, vil i større grad tenkes å gi fødekvinne et tilbud som er kunnskapsbasert (Berg et al., 2012; Renfrew et al., 2014a). Hvordan få til en felles fagfilosofi i fødselshjelpen? Vi ser bl.a. motsetningen i at hver enkelt faggruppe ikke er internt enige i hvilke verdier og kunnskaper faget skal hvile på (O'Connell & Downe, 2009). Er det behov for en nasjonal studie som kartlegger hvilke hindringer fagfolk opplever, som gjør at deler av relevant forskningskunnskap og helsemyndighetenes føringer ikke implementeres? Og hva skal til for å overkomme hindringene? Styrking av jordmorledede enheter/fødestuer vil også være i samsvar med kunnskapsbasert praksis og hvis vi ser til Storbritannia, så sier britiske retningslinjer at kvinner som forventes å føde «normalt», «*may choose any birth setting*» og *anbefales* å føde hjemme eller på fødestuer/jordmorledede enheter, uansett om de ligger på sykehus(området) eller et helt annet sted (National Institute for health and care excellence, 2014). På Shetland, langt ute i Nordsjøen, er hjemmefødsler en del av det offentlige helsetilbudet (National Health Service, 2020).

Det ser ikke ut til at det er så mye nytt under solen, siden Kjølørød introduserte at fødselsomsorgen var preget av "verstefallstenkning", annet enn en mer

medikalisert fødselsomsorg (Kjølsrød, 1985; MFR, 2020). Vi har pekt på noen sider ved norsk fødselsomsorg, og vi har ikke alle svarene på hvorfor Norge og resten av den rike delen av verden fortsetter med «too much, too soon», når denne strategien ikke er svaret for hva de fleste fødekvinner trenger (Miller et al., 2016). Det er ikke kunnskap som mangler; hva er det da?

## LITTERATUR

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Aune, I., Amundsen, H. H., & Skaget Aas, L. C. (2014). Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour. *Midwifery*, 30(1), 89-95. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.02.001>
- 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>
- Backe, B., Øian, P., Eide, B., Nilsen, S. T., Pedersen, S. P., Schmidt, N., . . . Taraldsen, S. (2005). Desentralisert og differensiert fødselshjelp - et paradigmeskifte. *Tidsskrift for den norske legeforening*(125), 606-607. Retrieved from <https://tidsskriftet.no/2005/03/kronikk/desentralisert-og-differensiert-fodsels-hjelp-et-paradigmeskifte>
- Berg, M., Ólafsdóttir, A. O., & 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/10.1016/j.srhc.2012.03.001>
- Bernitz, S., Dalbye, R., Zhang, J., Eggebo, T. M., Frosli, K. F., Olsen, I. C., . . . Oian, P. (2019). The frequency of intrapartum caesarean section use with the WHO partograph versus Zhang's guideline in the Labour Progression Study (LaPS): a multicentre, cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 393(10169), 340-348. doi:10.1016/s0140-6736(18)31991-3
- Betrán, A. P., Temmerman, M., Kingdon, C., Mohiddin, A., Opiyo, N., Torloni, M. R., . . . Downe, S. (2018). Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. *The Lancet*, 392(10155), 1358-1368. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31927-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31927-5)
- bibel.no. (2020). Retrieved from <https://beta.bibel.no/sok?query=med%20smerte%20skal%20du%20f%C3%B8de&bibles=N11BM&parallels=>
- Bjerga, B., Risa, M., Blix, E., & Pay, A. S. D. (2019). One-to-one care routines and compliance with the national professional recommendation on continuous intrapartum support in Norway: A national survey. *European Journal of Midwifery*, 3. <https://doi.org/10.18332/ejm/110064>

- Blix, E. (2010). Ulike syn på svangerskap og fødsel. In E. Tegnander & A. Brunstad (Eds.), *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde* (pp. 53-55). Oslo: Akribe.
- Blix, E., Kumle, M., & Øian, P. (2008). Utfall etter planlagte hjemmefødsler'. *Tidsskrift for den norske legeförening*(128), 2436-2439.
- Blix, E., & Ohlund, L. (2007). Norwegian midwives' perception of the labour admission test. *Midwifery*, 23(1), 48-58. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.10.003>
- Blix, E., Reinart, L. M., Klovning, A., & Øian, P. (2005). Prognostic value of the labour admission test and its effectiveness compared with auscultation only: a systematic review. *Bjog*, 112(12), 1595-1604. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2005.00766.x>
- Blix, E., & Øian, P. (2017). Metoder for fosterovervåkning under fødsel. In A. Brunstad & E. Tegnander (Eds.), *Jordmorboka* (2 ed., pp. 507-515): Cappelen Damm Akademisk.
- Blaaka, G., & Schauer Eri, T. (2008). Doing midwifery between different belief systems. *Midwifery*, 24(3), 344-352. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2006.10.005>
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*, 7, Cd003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Bonet, M., Oladapo, O. T., Souza, J. P., & Gulmezoglu, A. M. (2019). Diagnostic accuracy of the partograph alert and action lines to predict adverse birth outcomes: a systematic review. *Bjog*, 126(13), 1524-1533. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15884>
- Brady, S., Lee, N., Gibbons, K., & Bogossian, F. (2019). Woman-centred care: An integrative review of the empirical literature. *Int J Nurs Stud*, 94, 107-119. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.001>
- Bringedal, H., & Aune, I. (2019). Able to choose? Women's thoughts and experiences regarding informed choices during birth. *Midwifery*, 77, 123-129. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.007>
- Dahlen, H. G. (2019). Is it Time to Ask Whether Facility Based Birth is Safe for Low Risk Women and Their Babies? *EClinicalMedicine*, 14, 9-10. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.08.003>
- Dalbye, R., Bernitz, S., Olsen, I. C., Zhang, J., Eggebo, T. M., Rozsa, D., . . . Blix, E. (2019). The Labor Progression Study: The use of oxytocin augmentation during labor following Zhang's guideline and the WHO partograph in a cluster randomized trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 98(9), 1187-1194. <https://doi.org/10.1111/aogs.13629>
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, Supplement 1(0), S5-S23. [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)
- Downe, S., Byrom, S., & Topalidou, A. (2019). Squaring the circle: why physiological labour and birth matter in a technological world. In S.

- Downe & S. Byrom (Eds.), *Squaring the circle* (pp. 11-19). London Pinter and Martin Ltd.
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M., & Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS One*, *13*(4), e0194906. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>
- Downe, S., & Mc.Court, C. (2008). From being to becoming: reconstructing childbirth knowledges. In S. Downe (Ed.), *Normal childbirth. Evidence and debate*. (2 ed., pp. 3-27). London Churchill Livingstone Elsevier.
- Downe, S., & Mc.Court, C. (2019). From being to becoming: reconstructing childbirth knowledge. In S. Downe & S. Byrom (Eds.), *Normal birth research, theory and practice in a technological age - squaring the circle* (pp. 69-99): Pinter & Martin.
- Eri, T. S., Berg, M., Dahl, B., Gottfreðsdóttir, H., Sommerseth, E., & Prinds, C. (2020). Models for midwifery care: A mapping review. *European Journal of Midwifery*, *4*(July). <https://doi.org/10.18332/ejm/124110>
- Fontein-Kuipers, Y., de Groot, R., & van Staa, A. (2018). Woman-centered care 2.0: Bringing the concept into focus. *European Journal of Midwifery*, *2*(May). <https://doi.org/10.18332/ejm/91492>
- Gaudernack, L. C., Frøslie, K. F., Michelsen, T. M., Voldner, N., & Lukasse, M. (2018). De-medicalization of birth by reducing the use of oxytocin for augmentation among first-time mothers - a prospective intervention study. *BMC Pregnancy Childbirth*, *18*(1), 76. <https://hdl.handle.net/10642/6438>
- Gaudernack, L. C., Michelsen, T. M., Egeland, T., Voldner, N., & Lukasse, M. (2020). Does prolonged labor affect the birth experience and subsequent wish for cesarean section among first-time mothers? A quantitative and qualitative analysis of a survey from Norway. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *20*(1), 605. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03196-0>
- Grytten, J., Skau, I., & Sørensen, R. (2017). The impact of the mass media on obstetricians' behavior in Norway. *Health Policy*, *121*(9), 986-993. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.07.007>
- Grønset, E. (2011). Debatt om fødestuer. *Tidsskrift for jordmødre*, *4*, 8-10.
- Grønset, E. (2019). Åpner fødestue på St.Olav *Tidsskrift for jordmødre*, *9*, 6-7.
- Grønset, E. (2020). Flere komplekse fødsler - krever endret finansiering. *Tidsskrift for jordmødre*, *3*.
- Helse - og omsorgsdepartementet. (1999). Lov om pasient - og brukerrettigheter. Retrieved from [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)
- Helse - og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *En gledelig begivenhet*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/>
- Helse - og omsorgsdepartementet. (2012-2013). *God kvalitet - trygge tjenester*.
- Helse - og omsorgsdepartementet. (2015-2016). *Nasjonal helse - og sykehusplan 2016-2019*. Retrieved from

- <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/sec1>
- Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud - kvalitetskrav til fødselsomsorgen*. Helsedirektoratet. (2012). Retningslinje for hjemmefødsel. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/tema/svangerskap-fodsel-og-barsel>
- Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonal retningslinje: Nytt liv og trygg barseltid for familien*. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2018). Fødsel - ristimulering under fødsel Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/graviditet-og-fodsel/ristimulering-under-fodsel>
- Helsedirektoratet. (2020). *Endringer i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem*. Retrieved from
- Henriksen, L., & Lukasse, M. (2016). Burnout among Norwegian midwives and the contribution of personal and work-related factors: A cross-sectional study. *Sex Reprod Healthc*, 9, 42-47. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.08.001s>
- Hildingsson, I., Westlund, K., & Wiklund, I. (2013). Burnout in Swedish midwives. *Sex Reprod Healthc*, 4(3), 87-91. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2013.07.001>
- Holmboe, O., & Strømseng, I. S. (2018). *Brukererfaringer med fødsels- og barselomsorgen i 2017. Nasjonale resultater*. Retrieved from <https://www.fhi.no/publ/2018/brukeres-erfaringer-med-fodsel--og-barselomsorgen-i-2017/>
- Husom, N. (2003). Selvbestemt keisersnitt - valg og viten i konflikt. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 123, 1552-1555.
- Hutton, E. K., Reitsma, A., Simioni, J., Brunton, G., & Kaufman, K. (2019). Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine*. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.07.005>
- ICM. (2020). Definition and scope of midwifery. Retrieved from <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html>
- Jenabi, E., Khazaei, S., Bashirian, S., Aghababaei, S., & Matinnia, N. (2019). Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 1-6. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1587407>
- Johansen, L. T., Pay, A. S. D., Broen, L., Roland, B., & Øian, P. (2017). Følges fastsatte kvalitetskrav i fødselsomsorgen? *Tidsskrift for den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.1070>
- Johanson, R., Newburn, M., & Macfarlane, A. (2002). Has the medicalisation of childbirth gone too far? *BMJ*, 324(7342), 892-895. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.892>

- Jørandli, K., Nese, A. K., Vik, E. S., & Aasekjær, K. (2019). Bruk av innkomst-CTG hos lavrisikofødende: en klinisk audit. *Sykepleien forskning*, *14*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.78661>
- Karlstrom, A., Nystedt, A., Johansson, M., & Hildingsson, I. (2011). Behind the myth--few women prefer caesarean section in the absence of medical or obstetrical factors. *Midwifery*, *27*(5), 620-627. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.05.005>
- Kay, L., Hundley, V., & Tsekulova, N. (2019). Media representation of childbirth. In S. Downe & S. Byrom (Eds.), *Normal birth research, theory and practice in a technological age - quaring the circle* (pp. 130-139): Pinter & Martin.
- Kjølsrød, L. (1985). Versteffallstenkningen i fødselsomsorgen. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, *26*, 133-157.
- Kristjánsson, M. (2010, 15.04.10). Fødselsrapport slaktes. *Klassekampen*.
- Larsen, M., Dahlø, R., Syse, J., & Løvvik, T. S. (2017). Årsaker til selvvalgt keisersnitt. *Sykepleien*. Retrieved from <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2017/03/arsaker-til-selvvalgt-keisersnitt>
- Lavender, T., Cuthbert, A., & Smyth, R. M. (2018). Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. *Cochrane Database Syst Rev*, *8*, Cd005461. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005461.pub5>
- Leap, N. (2009). Woman-centred or women-centred care: does it matter? *British Journal of Midwifery*, *17*(1), 12-16. doi:10.12968/bjom.2009.17.1.37646
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese : helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lukasse, M., & Henriksen, L. (2019). Norwegian midwives' perceptions of their practice environment: A mixed methods study. *Nursing Open*, *6*(4), 1559-1570. <https://hdl.handle.net/10642/7449>
- Lundgren, I., Berg, M., Nilsson, C., & Olafsdottir, O. A. (2019). Health professionals' perceptions of a midwifery model of woman-centred care implemented on a hospital labour ward. *Women Birth*. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.01.004>
- Maputle, M. S., & Donavon, H. (2013). Woman-centred care in childbirth: A concept analysis (Part 1). *2013*, *36*(1). doi:10.4102/curationis.v36i1.49
- MFR. (2020). Fødselsstatistikk. Retrieved from <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., . . . Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, *388*(10056), 2176-2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)
- Moster, D., Lie, R. T., & Markestad, T. (2005). Fornuft og følelser i fødselsomsorgen. Retrieved from <https://tidsskriftet.no/2005/10/kronikk/fornuft-og-folelser-i-fodselsomsorgen>

- National Health Service. (2020). Welcome to NHS Shetland. Retrieved from <https://www.shb.scot.nhs.uk/departments/maternity.asp>
- National Institute for health and care excellence. (2014). Intrapartum care for healthy women and babies planning place of birth. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#place-of-birth>
- Nilsson, C., Olafsdottir, O. A., Lundgren, I., Berg, M., & Dellenborg, L. (2019). Midwives' care on a labour ward prior to the introduction of a midwifery model of care: a field of tension. *Int J Qual Stud Health Well-being*, *14*(1), 1593037. doi:10.1080/17482631.2019.1593037
- Nordseth, T. (2019). Hjemmefødsler innebærer unødvendig risiko. Retrieved from <https://tidsskriftet.no/2019/08/debatt/hjemmefodsler-innebaerer-unodvendig-risiko/kommentarer>
- O'Connell, R., & Downe, S. (2009). A metasynthesis of midwives' experience of hospital practice in publicly funded settings: compliance, resistance and authenticity. *Health*, *13*(6), 589-609. <https://doi.org/10.1177/1363459308341439>
- Pairman, S., & McAra-Couper, J. (2006). Theoretical frameworks for midwifery practice'. In S. Pairman, J. Pincombe, C. Thorogood, & S. Tracy (Eds.), *Midwifery – preparation for practice* (pp. 237-257). Sidney: Elsevier.
- Perriman, N., Davis, D. L., & Ferguson, S. (2018). What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. *Midwifery*, *62*, 220-229. doi:10.1016/j.midw.2018.04.011
- Reiger, K., & Dempsey, R. (2006). Performing birth in a culture of fear: an embodied crisis of late modernity. *Health sociology review*, *15*(4), 364-373. <https://doi.org/10.5172/hesr.2006.15.4.364>
- Renfrew, M., Homer, C. S., Downe, S., McFadden, A., Muir, N., Prentice, T., & ten Hoop-Bender, P. (2014b). Midwifery - an executive summary for the Lancet's series. *The Lancet*. Retrieved from <https://www.thelancet.com/series/midwifery>
- Renfrew, M., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., . . . Declercq, E. (2014a). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, *384*(9948), 1129-1145. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)
- Rothman, B. K. (1999). The daughters of time on the paths to midwifery. *Midwifery Today Int Midwife*(49), 9-11.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- Sandall, J., Tribe, R. M., Avery, L., Mola, G., Visser, G. H., Homer, C. S., . . . Temmerman, M. (2018). Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet*, *392*(10155), 1349-1357. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31930-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31930-5)

- Sandvik, G. B. (1997). *Moderskap og fødselsarbeid : diskurser i reproduktivt arbeid*. Bergen-Sandviken: Fagbokforl.
- Scamell, M., Stone, N., & Dahlen, H. (2019). Risk, safety, fear and trust in childbirth. In S. Downe & S. Byrom (Eds.), *Squaring the circle* (pp. 100-111): Pinter & Martin.
- Scarf, V. L., Rossiter, C., Vedam, S., Dahlen, H. G., Ellwood, D., Forster, D., Homer, C. S. E. (2018). Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, *62*, 240-255. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.024>
- Shorey, S., & Ng, E. D. (2019). Application of the salutogenic theory in the perinatal period: A systematic mixed studies review. *Int J Nurs Stud*, *101*, 103398. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103398>
- Simelela, P. N. (2018). A “good birth” goes beyond having a healthy baby. Retrieved from <https://www.who.int/mediacentre/commentaries/2018/having-a-healthy-baby/en/>
- Skogheim, G., & Hanssen, T. A. (2015). Midwives' experiences of labour care in midwifery units. A qualitative interview study in a Norwegian setting. *Sex Reprod Healthc*, *6*(4), 230-235. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.05.001>
- Smith, V., Daly, D., Lundgren, I., Eri, T., Begley, C., Gross, M. M., . . . Devane, D. (2017). Protocol for the development of a salutogenic intrapartum core outcome set (SIPCOS). *BMC Med Res Methodol*, *17*(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s12874-017-0341-5>
- Smith, V., Daly, D., Lundgren, I., Eri, T., Benstoem, C., & Devane, D. (2014). Salutogenically focused outcomes in systematic reviews of intrapartum interventions: A systematic review of systematic reviews. *Midwifery*, *30*(4), e151-e156. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.11.002>
- Tracy, S., & Page, L. (2019). Choice, continuity and control: a clarion call to putting women at the centre of their care, and supporting normal birth. In S. Downe & S. Byrom (Eds.), *Normal birth research, theory and practice in a technological age - squaring the circle* Pinter & Martin.
- Utdannings - og forskningsdepartementet. (2005). Rammeplan for jordmorutdanning. Retrieved from [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269373-rammeplan\\_for\\_jordmorutdanning\\_05.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269373-rammeplan_for_jordmorutdanning_05.pdf)
- Uvnas-Moberg, K., Ekstrom-Bergstrom, A., Berg, M., Buckley, S., Pajalic, Z., Hadjigeorgiou, E., . . . Dencker, A. (2019). Maternal plasma levels of oxytocin during physiological childbirth - a systematic review with implications for uterine contractions and central actions of oxytocin. *BMC Pregnancy Childbirth*, *19*(1), 285. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2365-9>
- WHO. (2015). WHO statement on caesarean section rates. Retrieved from [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_1)



[5.02\\_eng.pdf;jsessionid=0E693B5A73B5307D61CD737AF6739C39?sequence=1](#)

- WHO. (2017). Maternal mortality ratio (per 100 000 live births). Retrieved from [http://gamapsserver.who.int/gho/interactive\\_charts/mdg5\\_mm/atlas.html](http://gamapsserver.who.int/gho/interactive_charts/mdg5_mm/atlas.html)
- WHO. (2018b). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Retrieved from <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- Zhao, Y., Lu, H., Zang, Y., & Li, X. (2020). A systematic review of clinical practice guidelines on uncomplicated birth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16073>
- Øian, P., Brurberg, K., Reiherth, E., Reinar, L., & Blix, E. (2015). Hva gjør vi når forskningen gir uønskede svar? Retrieved from <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/12/14/hva-gjor-vi-nar-forskningen-gir-uonskede-svar/>
- Aadland, E. (2004). *Og eg ser på deg* (2 ed.): Universitetsforlaget.