

Å føde hjemme: om stedlig sanselig erfaring i rommet

Rikke Gürgens Gjørsum, Anne Clancy og Nanna Voldner

Kapitlet belyser hva hjemmefødende kvinner og jordmødre forteller om fødselsopplevelsen og om samspillet mellom mor, far og jordmor. Kapitlet bygger på en ny empirisk studie av sju fødekvinners narrativer og sju jordmødres hjemmefødselserfaringer. Forfatterne undersøker hvordan de, basert på fødekvinners subjektive erfaringer, kan forstå fenomenet hjemmefødsel i lys av estetikk og et stedsfilosofisk forankret folkehelseperspektiv. Studien viser at hjemmefødselen fremtrer som en stedlig estetisk erfaring preget av kropp, natur og kultur. Informantene formidler at det å leve og å føde handler om å risikere. Forfatterne finner at det å føde hjemme innebærer en bred forståelse av risiko, ansvar og medbestemmelse, men også av feiring, fellesskap og ontologisk trygghet.

Innledning

Livet finner sted (Martinssen, 2015) og dette stedet setter sanselige spor i hver og en av oss som sansende subjekter i verden, også når vi føder eller blir født. Derfor er det interessant å betrakte fødselen som en estetisk erfaring (Dewey 1934) som finner sted. Fødselen er en erfaring som sansefilosofisk og fenomenologisk lar seg utlede, og som opplyser oss om menneskets tilblivelse og væren (Heidegger 2003). I dette kapitlet vil vi derfor utforske hva hjemmefødende kvinner og hjemmefødselsjordmødre forteller om fødselsopplevelsen, om samspillet mellom mor, jordmor og barnefar, og vi vil undersøke hvordan man kan forstå fenomenet «hjemmefødsel»

i lys av estetikk og et stedsfilosofisk forankret folkehelseperspektiv. Teksten er grodd frem i møtet mellom jordmorforskning, helsefremmende folkehelseforskning og estetikkforskning og har tatt form som en empirisk studie.

Jordmødre har sykepleie som grunnutdanning. Etter endt utdanning forventes det at sykepleiere har handlingskompetanse i å ivareta den enkelte pasients integritet, herunder retten til en helhetlig omsorg, retten til medbestemmelse og retten til ikke å bli krenket (yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere). De skal være oppmerksomme på sitt profesjonelle og etiske ansvar og være til støtte i vanskelige faglige eller personlige situasjoner. Skal fremtidens jordmødre være i stand til å bistå fødende og la dem følge egne ønsker, behov og integritet, er det viktig at de får kunnskap om hva en hjemmefødsel kan bety for den fødende kvinnen og for familien hennes med hensyn til helse og livskvalitet. I den forbindelse ønsker vi å reflektere over betydningen av hjemmefødsel i et folkehelseperspektiv. I *Samhandlingsreformen* (St.meld. 47 (2008–2009)) presiseres følgende om hjemmefødsel: «Det offentlige har ingen ordninger for dette ennå, så alle planlagte hjemmefødsler foregår på privat initiativ, med privatpraktiserende jordmødre som driver egne foretak». Hjemmefødende kvinner må altså i dag både oppsøke, planlegge og betale hjemmefødselen selv.

Kunnskapsfronten

Ny forskning viser at hjemmefødsel (Lindgren et al. 2014) er et trygt alternativ som i andre land ses på som det mest naturlige valget en kvinne kan ta. En studie (Berlitz mfl. 2014) viser at kvinner som føder hjemme, har lavere risiko for komplikasjoner og mindre behov for medisinske inngrep. Likevel føder svært få kvinner i Norge i eget hjem. De blir heller ikke obligatorisk opplyst om muligheten for hjemmefødsel under svangerskapskontrollene, ei heller oppfordret til å vurdere å føde hjemme. Det er ikke mange tiårene siden det var vanlig å føde hjemme.

Sykehusfødsler ble først vanlig i de større byene, og så bredte det seg ut over hele landet etter hvert. Fødeinstitusjonen i Kristiania som ble startet i 1818, ble først og fremst opprettet for å utdanne jordmorelevne som skulle ut i distriktene, og det var primært et tilbud til enslige og ubemidlede kvinner.

Det går et skille i dag mellom planlagte og ikke-planlagte hjemmefødsler. De ikke-planlagte handler ofte om for tidlige fødsler, veldig raske fødsler eller transportfødsler. De omtales ikke her. I Norge er planlagte hjemmefødsler godkjent av myndighetene. Nasjonal retningslinje for hjemmefødsel (Helsedirektoratet 2011) presiserer at planlagt hjemmefødsel med privatpraktiserende jordmor ikke tilhører det offentlige tilbudet, men kommer inn under spesialisthelsetjenestetilbudet. Jordmor

kan heve fastsatte takster fra Helfo. Kvinner som får tilbud om å føde hjemme, kan ikke ha sykdommer eller andre tilstander som kan påvirke fødselsforløpet, som for eksempel overvekt, røyking eller kroniske sykdommer. For kvinner som har født før, skal fødselen ha vært uten komplikasjoner. Kvinner med tidligere keisersnitt må ha hatt en ukomplisert vaginal fødsel før de er klarert for hjemmefødsel. Det skal være kun ett foster i hodeleie, og kvinnen skal gå spontant i fødsel til termin det vil si i perioden uke 37 til 42 (Blix 2014). Stadig flere studier finner at planlagt sykehusfødsel ikke er sikrere enn planlagt hjemmefødsel (Blix et.al 2016, Bernitz et.al 2016, Edqvist et. al. 2016). Forutsetningen for en sikker hjemmefødsel er en erfaren jordmor med et godt oppfølgingsteam dersom en uventet situasjon oppstår.

Kontekst og kultur

Hver fødsel er en subjektiv, eksistensiell reise som for mange har en åndelig-religiøs betydning, men en fødsel foregår på et sted og er dermed også en del av stedets og kulturens tradisjoner og rammer (Hanson mfl. 2011). Fødselen må derfor betraktes både i et sosiokulturelt kollektivt perspektiv og i et individuelt og personlig perspektiv. Denne empiriske studien er designet og gjennomført i en nordnorsk kontekst der klimaet med lange vintre og store avstander preger folks hverdagsliv. I Nord-Norge har norsk, kvensk og samisk kultur tradisjonelt eksistert side om side. Hjemmefødsler har dermed foregått både i gamle, hus og lavvo.

Ritualer ved fødsel i samisk kultur er knyttet til sted (siida) og hjem (jâmišcuus). «I samisk kunnskapstradisjon har fortellinger og det å fortelle en sentral plass» (Hanson mfl. 2011). I boken *Øyemor* viser forfatterne hvordan fødselene fant sted og hvordan organisering av fødselsomsorgen kan betraktes som helsepolitiske og kvinnepolitiske strukturer. De løfter også frem fødselshistorier fra samiske miljøer og urfolkspolitiske undertrykkende strukturer (ibid).

Gjennomgående ser vi at forskning på hjemmefødsel viser at *medvirkningsperspektivet* er den gjennomgående motivasjonen til valg av hjemmefødsel. «Cultural Safety-modellen», som ble utviklet i New Zealand på 1980-tallet, handler om at folk selv må få lov å definere hva de opplever som *kulturelt utrygt* innenfor helse- og omsorgstjenester (Hanson 2011). Innen sykepleiefaget blir kulturell trygghet definert slik:

The effective nursing or midwifery practice of a person or family from another culture, and is determined by that person or family. Culture includes, but is not restricted to, age or generation; gender; sexual orientation; occupation and socio-economic status; ethnic origin or migrant experience; religious or spiritual belief;

and disability. The nurse or midwife delivering the nursing or midwifery service will have undertaken a process of reflection on his or her own cultural identity and will recognize the impact that his or her culture has on his or her professional practice (Claus og Viken 2004).

Valget om hjemmefødsel kan handle om bortvalg av det kulturelt utrygge. Vi vet at en *minoritet* av kvinner i Norge velger hjemmefødsel, så minoritet handler ikke kun om etnisitet og språk, det handler også om det mindretall av majoriteten som av personlig overbevisning velger noe annet.

Et hjem

For å forstå hva en hjemmefødsel er, må vi gå veien om å først forstå hva 'et hjem' er. Hjemmet er forankret i et hus på et sted, enten det er på vidda eller i en storby. Ifølge Nordberg-Schultz (1978) er menneskets stedtilhørighet helt vesentlig for utvikling av et godt og sunt liv. Å kjenne igjen åsene i naturen, husene på stedet og menneskene i huset gir oss trygghet og forankring. Tilhørigheten til et sted hjelper mennesket mot å oppleve fremmedgjøring: «I ordet fremmedgjøring ligger det nettopp at en ikke lenger har fotfeste i tilværelsen; en hører ikke til noe sted og er blitt 'fremmed'» (Nordberg-Schultz 1978). Dette omtaler Nordberg-Schultz som *stedstap*. Mennesker er stedlige vesener som trenger å høre til og være en del av et samfunn. Et samfunn som forankrer seg i stedets natur og bygger hus. I huset skaper menneskene liv, de bygger hjem. Vi skaper rom i hus og rommene fremtrer som en del av oss.

Da vil huset kunne samle verden og bringe den nær så menneske blir kjent med den. Tenkt videre med Løgstrup er det mulig å si at huset åpner og formidler et verdensforhold der menneskets sansing ikke underbindes (Martinsen 2015, s. 204).

Et hjem er et sted mennesket søker for å finne ly og slå rot og, men åpnes opp for livet. Å velge dette trygge stedet når man skal føde, er således et uttrykk for å søke hjem for å få kraft til livet. For det er øyeblikk i

... tilværelsen da det bærende i livet griper fatt i oss kroppslig og spontant kommer oss i forkjøpet (Løgstrup, 1996: 26), slik som håpet og livsgleden, og vi kan få en opplevelse av trygghet og å bli hegnet om i rommet (Martinsen 2015, s. 205).

Å bli 'hegnet om' er det fødekvinner trenger, og søken etter tryggheten kan dermed forstås med Nordberg-Schultz sin metafor om at mennesket « ... er lagt i husets vugge som et uttrykk for det grunnleggende ved livet ... » (Martinsen 2015, s. 205). Et hjem er en hule eller et festepunkt i tilværelsen på et gitt sted. Mottakelsen av

mennesket er altså kjernen i det stedsfilosofiske perspektivet på hjemmefødsel. Å bli mottatt og selv motta handler om samspillet mellom den fødende, jordmor og barnefar når de sammen er i verden i møtet med det nye livet som kommer. Noen kvinner velger å være i eget hjem, andre velger å reise bort fra hjemmet og søke en annen trygghet. Men alle fødekvinne trenger «å bli hegnet om» i et rom i et hus på et gitt sted, der forankringen i tilværelsen oppleves som beskyttende.

Folkehelse

Svangerskap og fødsel er viktige satsingsområder i folkehelse da kvinnens helse under svangerskapet og barnets helse fra fødselen av er av betydning for barnets helse senere i livet. Svangerskapsomsorgen har endret seg gjennom tidene. Tidligere var fødselen primært familiens og kvinnes anliggende, men i vår tid omfatter fødselen flere profesjonelle aktører. Svangerskap er i utgangspunktet en naturlig tilstand som i løpet av det 20. århundret ble mer og mer koblet opp mot medisin og sykehuset (Johannsen 2009). Den sykdomsforebyggende tradisjonen søker gjennom ekspertkunnskap å forebygge sykdom og svekke faktorer som kunne medføre risiko hos den gravide og barnet.

Folkehelseperspektivet blir i dette kapitlet forankret i stedsfilosofien. Den helsefremmende tradisjon (WHO 1986) ivaretar denne forankringen da den bygger på en bred sosial forståelse av helse der deltakelse, dialog og kontekst danner fundamentet. Det er ikke en lineær årsak/virkning-tenkning som legger vekt på generelle anbefalinger basert på et statistisk gjennomsnittsmenneske. Den helsefremmende tradisjonen tar høyde for forskjeller i hva som skaper helse og velbefinnende i folks liv. Et liv med totalt fravær av risiko er en umulighet. God folkehelse betyr for folk flest en mulighet til å mestre hverdagens krav gjennom trivsel, funksjon, trygghet, overskudd og energi (Helsedirektoratet 2010).

Et helsefremmende blikk

Å arbeide helsefremmende i forbindelse med svangerskap og fødsel forutsetter at jordmoren legger vekt på faktorer som kan styrke individer og gruppers innflytelse over eget liv. Ottawa-charteret (WHO 1986) fastslår at helse skapes der folk lever, elsker, arbeider og leker. Med utgangspunkt i denne forståelsen blir hjemmet en sentral setting for helsefremmende arbeid. Hjemmet kan være et sted der helse skapes. Kvinners ønske om å føde hjemme er et uttrykk for dette. Som sted har det hatt betydning for både fysisk og eksistensiell komfort og trygghet. Vi bor i hjemmene våre og søker tilflukt der. Hjemmet er synonymt med det private, det

intime (Lloyd 2012). Det er et sted vi forlater og en favn vi kommer «hjem» til. Hjemmet har vært og er et sted der sykepleiere, jordmødre og helsesøstre arbeider, men det har ikke vært sett på som en klassisk setting for helsefremmende arbeid (Mahler mfl. 2014).

Folkehelseforskere ser nå betydningen av å ta hensyn til kontekst, kultur og tradisjon tidlig i livsløpet (Whitehead 2011). Å arbeide i andres hjem betyr å arbeide under andre betingelser enn ved et sykehus. Det vil derfor være viktig for den profesjonelle å respektere stedets uuttalte og uttalte regler.

Jordmoren må ivareta sitt arbeid på en profesjonell måte samtidig som hun må etablere, ivareta og bygge likeverdige relasjoner til hjemmets beboere. Likeverd fordrer en vekselvirkning av hverdagskunnskap og profesjonell kunnskap der den gravide kvinnen er aktivt medvirkende. Samtidig er det slik at når kvinnen velger hjemmefødsel, er det ikke nødvendigvis på hennes, men på legevitenskapens premisser (Johannsen 2009). Helsefremmende og sykdomsforebyggende folkehelseideologier virker ikke som separate størrelser, de spiller sammen og skaper spenninger og utfordringer (Clancy 2015). På den ene siden kan kvinnen bestemme seg for hjemmefødsel og dens rammer, på den annen side forpliktes jordmoren gjennom sine retningslinjer til å ivareta objektive medisinske og jordmorfaglige standarder for god praksis. Det er i dette grenselandet jordmoren og kvinnen beveger seg. Ifølge Johannsen (2009) kan den gravide kvinnen godt lede sitt prosjekt (svangerskapet og planen om hjemmefødsel), men det blir etter helsevesenets retningslinjer dersom helsepersonell involveres. *Kunnskapsmakten* filtreres da gjennom den profesjonelle, og jordmoren støtter kvinnen etter statens anbefalinger. Samtidig har jordmoren og kvinnen et felles prosjekt; en trygg og god hjemmefødsel.

En hjemmefødsel innebærer risiko, og kvinnens og barnets trygghet må derfor være i høysetet. En hjemmefødsel kan også være en friskfaktor som fremmer helse og beskytter mot uheldig utvikling (Berlitz mfl. 2014). Jordmoren må håndtere sykdomsrisiko og samtidig fremme velbefinnende og en fundamental trygghet med respekt for stedets skjørhet og grunnleggende betydning. Martinsen (2006) henviser til Thorsen (1997) som skriver om «ontologisk» trygghet, noe som kan forstås som noe mer enn fravær av risiko, men en fundamental opplevelse av trygghet. Tones og Tilford (2001) skriver at helsefremmende arbeid handler om likeverd, ansvar og etikk. Spenningene i de forskjellige folkehelseideologiene skaper ulike utfordringer knyttet til likeverdstanden, likeså til etikk og ansvar. Jordmoren har et etisk ansvar i kraft av sin profesjon som kan bli utfordret i mellommenneskelige møter. Ifølge filosofen Levinas (1969) er vi mennesker kallet til et allerede gitt ansvar som aldri ble kontraktfestet.

Estetikk og kropp

Estetikken er en selvstendig filosofisk vitenskap som befatter seg med det mennesket opplever gjennom sansene. Det er tradisjonelt et kunstteoretisk begrep som både forstås som 'sansekunnskap' og som 'læren om det skjønne' i betydningen det virkningsfulle (Baumgarten 1750). Estetiske refleksjoner bygger dermed på både menneskets (estetiske) hverdagerfaringer og kunsterfaringer (Dewey 1934). Kroppen er omdreiningspunktet for estetikken. Kroppens sanseapparatet som er i beredskap for å ta verden inn, er vår mottakssentral og forsyningsenhet for 'den estetiske erfaring'. Vi ser på et maleri eller lytter til en symfoni i kunstens verden. Vi kjenner overflaten på en stein og vi lukter fjæra i møtet med naturen. Naturen og kulturen forbindes altså i estetikken – de skaper begge en klangbunn i mennesket når det søker å leve i verden, for kunsten innehar menneskets mulighet til å skape, til å forme og gi uttrykk for tanker og følelser (Ross 2011). *Kunsten* er styrkende og meningsskapende og danner et brofeste for menneskeheten fordi man gjennom kunsten finner både mulighet til å uttrykke seg og til å finne en forankret kulturell identitet – sine røtter tilbake i historien. Disse røttene forbinder mennesket til nåtiden og gir det styrke til å kunne ta fatt på fremtiden. *Naturen* er «... inntrykksmettet og gavmildt givende» (Martinssen 2015, 201), den omgir og omslutter mennesket og gir det feste i tilværelsen. Naturen er ikke skilt fra oss, noe som eksisterer der ute og utenfor for oss. Mennesket er en del av naturen (Løgstrup 1983, Næss 1999). «Stedet er vårt opphav» ifølge Martinsen (2015, s. 201) og stedet «... gir næring til sansene og holder vårt liv oppe».

Kunnskapsproduksjon

Forskningsstudien har et fenomenologisk utgangspunkt og undersøker subjektiv opplevelse – hendelser fra et levd liv (Van Manen 2010). Vi undersøker hva hjemmefødende kvinner forteller om fødselsopplevelsen og om samspillet med jordmor og barnefar, men vi utforsker også hva hjemmefødselsjordmødre forteller om samspillet, sett fra sitt faglige ståsted.

Rekruttering

Vi har rekruttert informanter i Nord-Norge ved å kontakte de jordmødrene som driver aktiv hjemmefødselstjeneste. Disse jordmødrene har informert kvinner som har født hjemme om studien. Kvinnene har så selv kontaktet forskergruppen og meldt sin interesse for studien i henhold til Norsk senter for forskningsdata (NSD) sin tilrådning. Vi rekrutterte fem jordmødre og åtte fødekvinner. Nord-Norge ble

valgt som studiens undersøkelsesfelt fordi vi ønsker fortellinger fra områder der folk bor både i by og bygd og der transport, værforhold og klima kan være en utfordring. Vi ville undersøke steder som ikke har «hjemmefødselslikende» fødesteder på sykehuset der de bor (ABC-klinikken o.l.), der kvinnen altså må velge enten lokalt sykehus eller hjemmefødsel.

Den ene informantgruppen er satt sammen av sju kvinner som har født hjemme. Alle kvinnene har født ett eller flere barn hjemme, og de hadde planlagt å føde hjemme. Den andre informantgruppen er satt sammen av fem jordmødre (blant dem én mannlig jordmor) med hjemmefødselserfaring (to av dem hadde selv født barn hjemme). Informantene fikk velge om de ville delta i fokusgruppeintervju, eller svare skriftlig på spørsmålene. Grunnen var at det var vanskelig å samle gruppen på grunn av geografiske avstander og turnusarbeid. Én jordmor og fem fødekvinne valgte å svare skriftlig. Til sammen har studien 12 informanter.

Skrevne narrativer

De fødende kvinnene fikk tilbud om å dele nedskrevne narrativer i tillegg til å svare på spørsmål fra forskerne. Flere har dermed delt sin motivasjon til å velge hjemmefødsel, og de har skrevet ut positive og negative erfaringer fra sine hjemmefødsler. Disse tekstene er skrevet individuelt, de er frie i formen. Hensikten med de skrevne narrative er å bringe inn enkeltminner, tilbakeskuende blikk som gror frem når man sitter alene med blyanten i hånden. Den stille saktegående tanken er annerledes enn den som bobler opp midt i en engasjert samtale med andre.

Fokusgruppe som forskningsmetode

Vi planla å gjennomføre to fokusgruppeintervjuer, et med jordmødre og et med fødekvinne. Først gjennomførte vi intervjuet med jordmødrene som tok 1 time og 40 minutter, og deretter intervjuet med fødekvinne som tok 1 time og 33 minutter. Informantene i fokusgruppen ble ledet av en av forskerne som gikk i rollen som såkalt «moderator». Hun har egen hjemmefødselserfaring. Dette bidro til en nær samtale som bygde på en felles referanseramme. Både moderator og informanter hadde kroppslig emosjonell erfaring med å være hjemmefødsende eller hjemmefødselsjordmor. Men moderatoren skal også, med basis i et analytisk utenfrablikk i form av den planlagte intervjurunden, bidra med et innenfrablikk og dermed legge til rette for en relasjonell og dialogisk form på intervjuet. Da kan assosiasjoner som informantene får, fungere som generende elementer i å drive samtalen videre (Wibeck 2010). Det innfallsrike språk der vi assosierer, grubler, fantaserer og forestiller oss har en høy grad av meningsfortetning og kan, ifølge Løgstrup (1984), bidra til

større presisjon enn det tradisjonelt vitenskapelige språket. Intervjuet ble formet som en relasjonell praksis der alle rundt bordet følte seg sett, hørt og akseptert. Alle fikk muligheten til å føle ansvar for samtalen. «Ansvar betyr at 'svare an' i hinandens liv» (Martinsen 2012, s. 43). Men det var moderator som styrte samtalen, og det var fokusgruppedeltakernes innspill og svar som hele tiden brakte intervjuet inn på nye veier. På den måten kunne man som forsker la fokusgruppedeltakerne i stor grad være med-forskere og dreie retning, engasjement og temperatur på samtalen, men holde seg innenfor det fokuserende temaet man samtalte om.

Analysemetode

Hensikten med denne studien er å høste den unike personlige erfaringen fødende kvinner og jordmødre har med hjemmefødsel. Van Manen (1997) skriver om forskning på levd erfaring for å få tilgang til informasjon som gir en dypere og rikere forståelse for et felt. Ifølge Van Manen (1997) er meningen eller essensen i et fenomen aldri enkel eller endimensjonal. Den har mange lag og flere dimensjoner. Forfatterne av denne teksten har utvunnet noe av meningen og avdekket noen kvalitative sider av opplevelsesaspektet ved hjemmefødsler. Vår tilnærming var å være mest mulig åpen til informantenes fortellinger for ikke å stenge av for viktige opplevelser som forskerne ikke har tenkt på. Den selektive 'highlighting approach' ble valgt som analyse redskap (Van Manen 1997). Det innebærer at forskerne så etter setninger, sitater eller ord som trer frem, og som kunne kaste lys over informantens erfaringer. Å reflektere over og tolke informantenes utsagn var et møysommelig arbeid. Teksten fra intervjuene og de skrevne fortellingene ble lest av forskerne, uavhengig av hverandre. Det innebar å se på utsagn, det vil si sitater som kunne gi mening til informantenes erfaringer. Sitatene ble sortert og tematisert. Temaene ble da gjennomgått i felleskap for å se på mulige måter å presentere og redusere datamengden uten å miste essensen i informantenes erfaringer. Etter hvert som temaene ble gjennomarbeidet, utkrystalliserte det seg tre hovedtemaer: *Trygghet, ro og medbestemmelse*. Under disse hovedtemaene kunne utsagnene lett føres tilbake til teksten i sin opprinnelige form uten at meningen med utsagnet eller teksten ble endret. Disse temaene danner et viktig grunnlag for videre refleksjon og tolkning i kapitlet.

Etiske aspekter

I kvalitative studier er det viktig at etiske aspekter er ivarettatt, og at studien har fått de nødvendige godkjenninger før oppstart. Forhåndsgodkjenning er imidlertid ikke tilstrekkelig da etikken er en iboende del av hele forskningsprosessen (Clancy 2011). Kapitelforfatterne var bevisst dette både under intervjuene og i forbindelse med

tolknings- og skrivearbeidet. I forbindelse med intervjuene forsøkte intervjueren å være oppmerksom og ivaretakende. Tvil og usikkerhet i tolkningsarbeidet og utvelgelse av temaer ble diskutert mellom forfatterne for å ivareta etiske aspekter i denne fasen. Funn og diskusjonen er satt sammen og presenteres i neste avsnitt.

Funn og diskusjon

I arbeidet med å tolke informantens svar vokste kjernebegrepene *trygghet*, *ro* og *medbestemmelse* frem fra datamaterialet. Disse begrepene vil vi nå belyse gjennom fem tema: 'Hjemmet som trygg favn', 'Fødselen som feiring og felleskap', 'Medbestemmelse og ansvar', 'Vert eller gjest' og 'Naturen og daglige gjøremål som sanselig inngang til fødselen'.

Hjemmet som trygg favn

Informantene fortalte om *tryggheten* under fødselen slik den opplevdes innenfra, som en kroppslig emosjonell erfaring som ga dem *ro*:

Å få være hjemme var for meg trygt og godt. Det ville vært mer stressende for meg å skulle reise noe sted, på et sykehus – i en slik sårbar situasjon ... tryggheten i meg selv og følelsen av å kunne hengi meg selv fullt og helt til kroppen min (informant 1).

Vi ser her at kvinnen var glad hun slapp å reise. Hjemmet ble ikke oppfattet som et bestemt sted, men mer som en *væren*. Denne *væren* kan defineres som en 'tatt-for-gitt' livserfaring, eller 'her-og-nå' ramme for kvinnens liv. Hjemmet som 'sted' opplevdes altså som en 'rolig favn' som gjorde henne i stand til å rette oppmerksomhet mot seg selv og fødselen. Hun uttrykte videre:

Det var viktig for meg å få være fokusert så mye som mulig i min egen indre opplevelse at jeg ikke var så sanselig eller utadrettet ... For meg var det herlig å få være hjemme. Jeg slappet så bra av. Det kjentes trygt og godt, og jeg vil påstå at jeg kom meg veldig raskt etter fødsel fordi jeg ikke trengte å dra noe sted den første tiden, kun være sammen med babyen min og bli kjent.

Hjemmets betydning som tatt for gitt trygg favn er tydelig i informantenes fortellinger. Informant 3 beskrev det slik:

Mannen min støvsugde og laget mat, mens jeg hvilte og pustet meg gjennom bølgene. Jordmødrene strikket og skravlet, og fulgte med pusten min. Det følte trygt og varmt. Jeg var i min egen boble. Jeg var overrasket over hvor enkelt det egentlig var, kroppen gjorde jo jobben, alt jeg trengte å gjøre var å gi slipp.

Kvinnenes utsagn illustrerer her trygghet, ro og tilstedeværelse – altså *her og nå*-aspektet. Dette aspektet settes av en informant opp som en kontrast mellom sykehuset og hjemmet som fødested:

Så gjorde det at jeg underveis trengte at æ måtte skynde meg, og at klokka gikk. Jeg ble påminnet om at klokka gikk. I forhold til når jeg var [født]e hjemme så var det helt uvesentlig. Om det var natt eller dag, det spilte ingen rolle. Og det er jo det som er – en stressfaktor da.

Dette utsagnet gir ikke et bilde av ro. Sykehuset opplevdes som et travelt sted der hensynet til tiden dominerte. Sosiologen Hermut Rosa (2010) minner oss på at vi må være oppmerksomme på strukturer relatert til tid og rom, fordi disse gjør noe med vår væren i verden (Rosa 2010, s. 42). Dette ser vi i informantenes fortellinger. Rosa skriver om hurtighet og fremmedgjøring i det senmoderne samfunnet. Alt skal gå fort, og den økende akselerasjonen i samfunnet forårsaker at mennesker føler seg fremmedgjort. Når farten økes krympes rommet både fysisk og eksistensielt, og den naturlige prioritering av sted over tid snus om. Opplevelsen av tilstedeværelse blir borte. «Her, nå», blir til «snart og senere». Tid blir et trangt rom og stedet blir uten identitet og trygghet. I informantenes beskrivelser av å føde hjemme kan vi lese at hjemmet som sted prioriteres over tid, og kvinnen føler seg rolig, trygg og ikke fremmedgjort. Noen av informantene som hadde erfart sykehusfødsler tidligere, var ikke nødvendigvis misfornøyde med fødselen, men uttrykte seg slik: «*Min første fødsel på sykehus var en trygg og god erfaring!*» Informantene satte altså pris på at sykehusets ekspertise var i bakgrunnen dersom noe skulle skje. Men sykehus fremsto likevel for dem som en institusjon der de kunne oppleve seg fremmed: et påtrengende og lite personlig sted. En informant beskrev det slik: «Jeg følte at sykehusfødselen var mye stress, jeg som fødende ble nærmest jaget ut av føderommet rett etter fødsel fordi det var så mange fødende og lite plass. Lite personlig kontakt med jordmor».

Vi ser i datamaterialet at informanter som både har født hjemme og på sykehus tenderer til å sammenlikne sine fødselsopplevelser. De konkluderer alle med at hjemmefødsel gir opplevelse av mestring, evne til å lytte til egen kropp, en alternativ tidsopplevelse og trygghet i et kjent sanselig univers. De forteller derimot at sykehusets rammer oppleves som stive, på forhold definerte av andre og lite fleksible med hensyn til kvinnenes egne behov. De forteller om opplevde forventninger om det de kaller den «normale» fødselen på sykehus og forventninger om den «naturlige» fødselen hjemme. Den naturlige fødselen er, ifølge informantene, preget av å få lov å følge egen rytme og egne hverdagslige rutiner utført i familiære omgivelser, der de selv rolig bestemmer hvem som får tilgang.

Å føde er å risikere

Å føde et barn innebærer risiko, og det snakket kvinnene om. Men deres beskrivelser uttrykte også en annen type risiko enn den man vanligvis forbinder med fødsel. De snakket om fenomenet 'å risikere stresset' ved å føde på sykehuset. En informant beskrev det slik:

Å risikere reisevei, ubehag, venting, unødvendige intervensjoner, stadige forstyrrelser, ukjente mennesker, andre lukter, andre pasienter, ubehagelig senger, autoriteter og maktmisbruk, sykehusmat, tomannsrom og å ikke kunne ha pappaen tilstede hele tiden – vel, det frister ikke.

Martinsen (2006) utlegger filosofisk både gode steder som slutter seg om og beskytter og fremmer livsmot, men hun skriver også (om) steder som krenker og der steder der menneskene kan miste fotfeste. Vi ser i datamaterialet vårt at på et sykehus kan de viktige medisinske behovene, men ikke nødvendigvis de personlige, sosiale og kulturelle behovene dekkes. En av informantene uttrykte det slik:

Det betydde derfor mye for meg at min førstefødte sønn ble født i mitt barndoms-hjem, gården hvor jeg har åtte generasjoner bak meg. Uttrykket «slekters gang» gir mening, og jeg føler at jeg er en del av en rekke generasjoner. Det gir mening, trygghet og ansvar. Selve plasseringen i huset for når babyen ble født var for meg mindre viktig. Første ble født mens jeg satt på gulvet i stua, andre ble født i senga på soverommet.

Det å være hjemme i vårt eget hjem, gjør noe med oss. Kroppen kan oppleves i harmoni med omgivelsene, og vi kan føle oss fri fra distraksjon og forstyrrelser som man kan oppleve på et fremmed sted. Kvinnene vi intervjuet snakket om harmoniske erfaringer under fødselen, og brukte uttrykk som å «være i en boble», «gå helt inn i seg selv» og «være konsentrert og til stede der og da». Vi tolker utsagnene som uttrykk for å være i «flow» hjemme i trygghetens favn (Csikszentmihalyi 2014). Flow inntreffer når man glemmer tid og sted for fullstendig hengivent å gi seg hen til opplevelses øyeblikk, der man ikke enser fortid eller fremtid, ei heller fokuserer på mål med reisen eller distraksjoner i horisonten.

Jordmødrene vi intervjuet diskuterte forståelsen av en såkalt «ordinær fødsel», medisinsk sett. De kom frem til at det hjemmefødselsjordmødre betrakter som en «naturlig», og dermed «normal fødsel», fraviker fra en tradisjonell institusjonell forståelse av en «normal fødsel», noe Blåka også bekrefter (2002). Dermed kan vi konkludere med at termene *normal*, *ordinær* og *naturlig* er uhensiktsmessige begreper å bruke i forbindelse med fødsel, fordi mange med svært ulike fødsler vil

oppleve at de har hatt en normal fødsel på tross av små eller moderate medisinske inngrep. I dette kapitlet er vi mer opptatt av å belyse kvinnes 'sanselige opplevde' fødsel, og er dermed ikke så opptatt av å kategorisere fødsels erfaringene som sådan.

Fødselen som feiring og fellesskap

Hjemmet er ikke bare et fysisk sted, men også et sted ladet med symboler forankret i fortiden, nåtiden og fremtiden (Frank 1995). Når kvinnen føder hjemme, vet vi at ethvert øyeblikk, også fødselsøyeblikket, finner sted i en større historisk narrativ, og er en del av menneskets opplevelse av stedsforankring. Fødselen var tidligere et tydeligere familieanliggende, en helsefremmende opplevelse for hele familien, der ritualer, feiring og markeringer hadde en naturlig og selvfølgelig plass rundt fødekvinne og den nyfødte. Men også i vår tid kan man være vitne til en slik praksis. Flere av informantene fortalte at deres fødsler kulminerte i et fellesskap der mat, feiring og erfaringer av nærhet var helt essensielt viktige deler av hjemmefødselen:

For ungene er det trygt, de blir et produkt av foreldrene, det å kunne stole på at i dette hjemmet er det sunt og friskt. Vi er sterke folk, ikke sant. Vi trenger ikke, i tilfelle det verste skulle skje å ha ypperste kompetanse i nærheten.

En av informantene beskriver her hvordan fødselen nærmest blir et uttrykk for hele familiens identitet og styrke. En annen informant som har født fire barn i fire ulike hus, sier at: «Det tyder på at skallet-huset ikke betyr så mye. Det er oss som bor der og at alt er *vårt* og kjent som er viktigst». Hun sier videre at: «Alle fire fødslene opplevdes som store øyeblikk for 'vi-et' vårt». En informant forteller levende at:

Den holdningen du signaliserer: dette kan vi, eller som fødekvinne – dette håndterer jeg like godt som noen andre, det er sunnhet i det. Veldig ofte er det ikke hvordan du har det, men hvordan du tar det. Det er signalet du da sender videre til resten av familien. Det er mye trygghet i det.

Denne tryggheten fødselen representerer for informanten knytter hun til forståelsen av fødselen som feiring og fellesskap når hun levende forteller om mottakelsen den nyfødte får. Med mat på et høytidsdekket bord med lys, med besteforeldre og søsken som møter den nye, samme kveld han ankommer. Informantene minnes tilbake og sier: «Det var rikdom rundt bordet». Fødselen oppleves altså som kulturelt trygg. Informanten stoler på seg selv, på kroppens styrke og kulturens samhold, noe man vet at mange fødekvinne ikke opplever, fordi forskning viser at mange «... mister troen på egen kulturkunnskap og praksis på fødselens område» (Jordan 1993, Jordan 1997, Davis-Floyd 2000, Hanson mfl. 2011).

Medbestemmelse og ansvar

Informantene ønsket alle å være aktivt medvirkende med en reell medbestemmelse. Dette var viktig for alle kvinnene i studien. Vi vet at for enkelte kan møtet med helsevesenet oppleves som en krenkelse (Samuelsen 2012), men det er viktig å påpeke at dette kan gjelde også når fødselsomsorgen flyttes fra institusjonen til hjemmet. Et element som informantene trakk frem som særlig betydningsfullt for å unngå krenkelser og skape en god fødselsopplevelse, var «personlig kjemi». De fortalte at det var helt essensielt at kjemien stemte mellom fødekvinnen og jordmoren. Vi vet at makt kan knyttes til roller, titler og uniformer, men makt kan også knyttes til den enkelte personens atferd og personlighet (Frich 2015). Jordmødre må derfor være bevisst sin definisjonsmakt, påpekte jordmødrene vi intervjuet. Martinsen (2005) minner oss om at det sårbare utleverte liv nærmest roper om å bli tatt vare på. En informant uttrykte: «Jeg hadde ganske klare formeninge om hvordan jeg ønsket å ha det [med hensyn til] fødestillinger, sen navling, rolig musikk og levende lys». Mens en annen informant fortalte at:

Jeg tror at det er ekstremt viktig at kvinnen føler at det er hun som bestemmer. Jeg hadde iallfall ønsket det, at jeg hadde medbestemmelse. Det høres ut som en litt ovenfra og ned- holdning: pasienten kan få *være med* å bestemme. For meg er det viktig at det er kvinnen som skal bestemme, ingen andre. Har man medbestemmelse, går man fra å være passiv til aktiv. Man har selv kontroll. Derfor er det så viktig å opplyse gravide om at de har medbestemmelse, og [fortelle] hva de kan bestemme. Jeg tenker at førstegangsgravide altfor ofte bare gjør det helsepersonellet anbefaler, og tenker at det er de som er ekspertene og vet hvordan man skal gjøre ting. Men kvinnene er selv ekspert på sin egen kropp. Derfor er det også viktig, ikke bare med info mens man er gravid, men også under fødselen, at jordmor gir kontroll til fødekvinnen.

Informanten fortalte videre hvordan høy grad av selvbestemmelse også medfører et ansvar for den beslutningen man tar om å føde hjemme:

Jeg har ikke bare blitt frarådet av helsepersonell mot å føde hjemme. Jeg har følt meg skremt, stemplet som en uansvarlig «barnemorder», og *blitt utsatt for press mot å føde hjemme. Dette er ikke av helsepersonell jeg har møtt i forbindelse med fødselen som hadde en funksjon i forhold til graviditeten. Det er mer av annet helsepersonell som hadde hørt om at jeg ville føde hjemme.*

Informanten forteller her om hvordan hun føler seg ansvarlig for valget hun har tatt, og hun påpeker hvordan det sås tvil om etikken rundt hennes valg. Så med

aktiv medvirkning i avgjørelsene rundt en fødsel fra kvinnen, kan vi hevde at maktforholdet mellom kvinnen og jordmoren endres. Men høy grad av medbestemmelse betyr ikke nødvendigvis at den helseprofesjonelle har mindre makt (Beedholm og Fredriksen 2015). Makten kommer bare til uttrykk på nye måter. Jordmorens ansvar kan være å støtte kvinnen til å makte sin rolle og bære sin opplevelse av ansvar under en hjemmefødsel. En av informantene snakket nettopp om medbestemmelsens begrensninger:

Det er jo uansett en situasjon man ikke har full kontroll over, siden kroppen og omstendighetene tar kontroll over deg og din vilje, men desto viktigere at man kan få være med å bestemme hva som skal til for at man best skal takle en slik uvant situasjon.

Vi vet at dersom den faglige tilnærmingen til en helsetjeneste skal fungere helsefremmende, må tjenestemottaker få kontroll over de forhold som fremmer og ikke forringer deres sunnhet (Vallgård 2009). Kvinnen kan bestemme til en viss grad, forteller jordmødrene vi intervjuet. Men de påpeker at jordmoren alltid vil være i bakgrunnen klar til å tre frem og overta dersom mor eller barns liv og helse er i fare. Vi kan forstå dette forholdet mellom fødekvinnenes medbestemmelsesrett og jordmorens rett til å ha det avgjørende ordet gjennom Foucaults begrep *makteknologier*, som er en blanding av *dominanteknologier*, forstått som et ekspertstyre, og *selvteknologier*, forstått som en selvdisciplinerende atferd (Foucault 1995). Både jordmoren og moren har et fellesprosjekt å bevare liv og helse, og i det prosjektet må en balanse i maktforholdet finne sted. Todres og Galvin (2013) skriver om det de kaller «livsverdensomsorg» til forskjell fra «pasientfokusert omsorg». Tanken om en «livsverdenomsorg» bidrar altså til en filosofisk underbygging av helsevesenets medbestemmelsesdiskurs. Vi finner i vårt datamateriale at dialog og deltakelse er viktig, men ifølge Galvin og Todres (2013) kan en livsverdenstilnærming til helse og omsorg også hjelpe oss å unngå markedstenkningens fokus på selvbestemmelse, forstått som egenreving:

«Getting there quickly and getting more quickly» (Todres, Galvin og Dahlberg 2007). En livsverdentilnærming søker altså å holde fast ved grunnleggende menneskelige verdier i en høyteknologisk helsetjeneste, og ivaretar altså mer enn kvinnens rett til selvbestemmelse og helsevesenets fokus på måloppnåelse og effektivitet. Informantene beskrev sine erfaringer med en objektivisering i en lite personlig sykehusverden, og de viste oss at de trenger mer enn målrettethet og effektivitet når de føder. Kvinnenes erfaringer gir oss anekdotisk evidens på hva som er viktig i fødselsomsorgen, men deres fortellinger er verdt å lytte til når morgendagens omsorg

skal formes. Denne studien kan sies å være et steg i retning av en livsverdensfundert fødselsomsorg, der forhold som levd tid, rom, relasjon og sted rommes.

I datamaterialet studien bygger på finner vi én fortelling om uønsket hendelse ved hjemmefødsel med hensyn til medbestemmelse og ansvar. Fødekvinnen beskriver det slik:

Helse og livskvalitet er to ord som går hånd i hånd. ... Jeg tror blødningen min ville blitt håndtert bedre på et sykehus enn på hjemmefødsel. Jeg besvimte flere dager etter barnet var født, og det ble aldri tatt blodprosent. ... Først flere år etter fødselen tok en lege tak i min jernmangel. ... Jordmora sa jeg ikke måtte snakke høyt om blødningen min til gynekologene, kanskje det ble sagt i spøk, men jeg opplever at det i alle fall ble underbehandlet p.g.a. holdninger til at det er farlig å føde.

Vi ser her at fødekvinnen selv mener at den manglende oppfølgingen hun fikk handlet om redselen for å nærmest gi de kritiske røstene mot hjemmefødsel rett, dersom man satte inn tiltak for å hjelpe henne med en åpenbar blodmangel. Men det er jo nettopp ved åpenhet om hjemmefødselens utfordringer og ved respekt for at liv og helse går hånd i hånd, at man kan styrke hjemmefødselens posisjon i helsesektoren og i folkeopinionen.

Vert eller gjest

Under en hjemmefødsel trenger man ikke å spørre noen, forteller informantene, man er herre i eget hus og deler erfaringen med kjæresten sin. «Jordmoren blir da en gjest og fødekvinnen og barnefaren vertskap», presiserer en av informantene. Dette forskyver hele symmetrien i relasjonen. Relasjonen mellom pasient og den profesjonelle er ofte asymmetrisk i helsesektoren da helsepersonell har hegemoni som innehaver av medisinsk kunnskap, som i stor grad definerer konteksten de befinner seg i. Hjemme derimot kan far få frihet til selv å avgjøre egne handlinger. En av jordmødrene vi intervjuet fortalte om mannens rolle:

Han er mer aktiv rundt den fødende uten å ta styringa. Det er også hans fødsel ... mat, drikke, massasje, håndklær ... han er tilrettelegger ... Faren er hovedvinner. Han vinner på alle plan når det er hjemme. Mye mer delaktig og inkludert.

Fødekvinnene minnes menn som går i garasjen, maler stua, steller i hagen, lager mat eller finner frem vaskefat, håndklær og varmt vann til jordmoren. En av fødekvinnene vi intervjuet forteller om mannens rolle under fødselen: «Han kjenner meg best og kan kroppsspråket mitt og kan videreformidle informasjon til jordmor dersom jeg selv ikke kan». Vi ser her at mannen, samlet sett, dermed får en rolle som

«vert», «tilrettelegger» og «oversetter». Han får en viktig rolle både for fødekvinnen, jordmoren og barnet som kommer. Vi vet at opplevelsen av å bli tildelt en verdifull sosial rolle i hverdagskonteksten er viktig for mennesker. Rolleforskyvingen vi her er vitne til, kan skape grobunn for en mer involverende farsrolle som det bør forskes mer på i lys av et emansipatorisk familie- og folkehelseperspektiv der mor og far sammen utøver en likeverdig omsorg for familien. For vi ser at hele familien påvirkes av situasjonen der jordmoren blir gjest og ikke vert. «Barnet får en roligere start. Mindre skarpe lyder, ammingen kommer raskere i gang. Ikke ammeproblem eller tillegg av vann eller melk», hevder en av jordmorinformantene. Videre utdyper han:

Søsken slipper å besøke mor på sykehus. Slipper traume med å forlate mor og nytt søsken. Får ofte være med besteforeldre og kommer hjem straks barnet er født. Det er en sterk følelse at dette er idyll og ikke stress.

Både fødekvinnene og jordmødrene er enige i at synergieffektene ved rolleforskyvingen for de nybakte foreldrene fra å være gjest på sykehus, til å heller å bli en vert i eget hjem, er betydelige både for mor, far, den nyfødte og for søskenflokken.

Naturen og daglige gjøremål som sanselige innganger til fødselen

Flere av informantene er opptatt av fortsatt å være del av naturen, også i fødselsprosessen. Fødselens tidlige stadier er forenlige med naturopplevelser når man slipper å oppholde seg på sykehuset, der det fysiske bygget ikke innbyr til kontakt med verden utenfor. Informantene forteller at hjemme kan man åpne et vindu, trekke frisk luft, gå ut på trappen og høre fuglekvitter, lytte til snøen som spraker eller se midnattssolen som skinner. Flere av informantene hadde sterke estetiske narrativer som var med på å forme fortellingen om deres liv som konstituerte den store familiefortellingen om barnets ankomst:

Jeg tenkte det var en veldig vakker natt å komme til verden på! ... I en tidlig fase av fødselen så jeg Kon-Tiki filmen. Den siste bøygen flåta skulle overvinne før de kom til Polynesia, var å komme over korallrevet til øya. De kastet anker og ventet på den 13. og største bølgen for å surfe over revet. Dette ble et slags mantra for meg etter hvert som riene ble sterkere. Jeg telte bølger og kastet meg over rien på den største bølgen – for så å drive inn i smult farvann på den andre siden.

Så fødselen er en estetisk erfaring. Kvinnene husker hvordan: «Sofaen er beige» eller «har et grovt stoff» etter minnet om å ha oppholdt seg på, ved og over nettopp sofaen i stuen. De møbler, bilder eller bruksgjenstander som du omgir deg med under fødselen, kan sette spor og således være minnetrigger senere i livet. Disse sanselige

opplevelsene gir informantene ro til å føde og trygghet til å ta riene naturlig når de kommer, sier de. 'Luft' og 'duft', 'lyder' og 'musikk', 'berøring' og 'bevegelse', nevnes av informantene som viktige opplevelser under selve fødselsforløpet. Særlig kan det hende bevegelsen er viktig for selve fødselens fremdrift og resultat, ifølge jordmorinformantene:

Bevegelse og ja, gjøremål som gjør at fødselen ruller av sted, jeg tror at det påvirker deg i disse fasene. Så når du kommer til det tidspunkt at du skal føde, så er det ikke tilfeldig. Jeg tror de kommer seg dit de vil være, uten nødvendigvis å ha et bevisst forhold til det. De lander der det er best å være.

En av jordmorinformantene sier at: «Den stemninga som fyller det hjemmet er helt unik i en hjemmefødsel». Hun reflekterer rundt roen, lyset, lydene og følelsene i rommet på de hjemmefødsleene hun har deltatt på og påpeker at helheten har en estetisk verdi. Dette kan knyttes til Dewey (1934) som er opptatt av hvordan nettopp hverdagens aktiviteter skaper estetiske erfaringer som gir mening for mennesket. Han hevder at estetikkenes mulige input ikke kun er forbeholdt kunsten, men kan knyttes til menneskets naturlige kroppslige og sanselige væren og tilstedeværelse her og nå. En av fødekvinne sier hun ville valgt hjemmefødsel igjen fordi hun minnes opplevelsen av å «hengi meg fullt og helt til kroppen min og følelsen av et privatliv i en intim del av livet». Fortellinger om å gå fra rom til rom, lage mat, tapetsere, vaske trappen eller høre på radio under fødselen trekkes av informantene frem som viktige minner om medvirkning i egen fødsel. Både fødekvinne og far får bruke tiden det tar å føde til hverdagen, fremfor å måtte forlate hjemmet og dra til sykehuset hvor de avstenges fra muligheten til å gjøre noe annet enn å vente på jordmorens beskjeder og barnets ankomst.

Oppsummering

Vi har nå sett hva hjemmefødende kvinner og jordmødre forteller om fødselsopplevelsen. Hjemmefødselen fremtrer som en stedlig estetisk erfaring preget av kropp, natur og kultur. Å leve og å føde er å risikere. Å føde hjemme innebærer at den profesjonelle må ha en bred forståelse for risiko og trygghet, ansvar og medbestemmelse. De må også forstå betydningen av hjemmet som en arena for feiring og fellesskap som vil leve videre mange tiår etter fødselen.

Litteratur

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Beedholm, K. og Fredriksen, K. (2015). Professioner og værdier i bevægelse – når målet er det aktive patientskab. *Michael*, (12): 153–166.
- Bernitz, Stine; Øian, Pål; Sandvik, Leiv; Blix, Ellen. (2016) Evaluation of satisfaction with care in a midwifery unit and an obstetric unit: A randomized controlled trial of low-risk women. *BMC Pregnancy and Childbirth*; Volum 16 (143).
- Blix, E. mfl. (2014). Transfer to hospital in planned home births: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2014(14): 179.
- Blix, E., Kumle, M., Kjærgaard, H., Øian, P. og Lindgren, H.E. (2014). «Transfer to hospital in planned home births: a systematic review». *BMC Pregnancy & Childbirth*, 2014(14): 179.
- Blix, Ellen; Brurberg, Kjetil Gundro; Reiherth, Eirik; Reinart, Liv Merete; Øian, Pål (2016). ST waveform analysis versus cardiotocography alone for intrapartum fetal monitoring: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*; Volum 95 (1). ISSN 0001-6349.s 16 - 27.s doi: 10.1111/aogs.12828.
- Bratli, A. (2011) Min kjæreste og jeg skal gjøre dette sammen. I: Hanson, T., Hermansen, N., Schmidt, N. og Csikszentmihalyi, M. (red.). *Applications of Flow in Human Development and Education: The Collected Works of Mihaly Csikszentmihalyi*. Dordrecht: Springer.
- Clancy, A. (2011). An embodied response: Ethics and the nurse researcher. *Nursing Ethics*, 18(1): 112–121. doi: 10.1177/0969733010385531
- Clancy, A. (2012). Dybden i et helsesøstermøte. I: Thorsen, R., Mæhre, K.S. og Martinsen, K. (red.). *Fortellinger om etikk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Claus I., Viken, B. (2004). Sykepleie og kulturell trygghet. *Sykepleien*, 92(7): 40–44.
- Dewey, J. (1934). *Art as experience*. New York: Perigree.
- Edqvist, Malin; Blix, Ellen; Hegaard, Hanne Kristine; Olafsdottir, Olof Asta; Hildingsson, Ingegerd; Ingversen, Karen; Mollberg, Margareta; Lindgren, Helena E. (2016). Perineal injuries and birth positions among 2992 women with a low risk pregnancy who opted for a homebirth. (fulltekst) (prosjekt) *BMC Pregnancy and Childbirth*; Volum 16 (196). ISSN 1471-2393.s doi: 10.1186/s12884-016-0990-0.
- Folkhelseeloven (2011) <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Foucault, M. (1995). *Seksualitetens historie 1 – Viljen til viten*. Halden: EXIL
- Frank, A.W. (1995). *The wounded storyteller: body, illness, and ethics*. Chicago: University of Chicago Press.
- Frich, J. (2015). Makten i helse- og omsorgstjenestene. *Michael*, 2015(12): 147–149.
- Galvin, K. og Todres, L. (2013). *Caring and well-being: a lifeworld approach*. London: Routledge.
- Glasdam, S., Axelsen, I. og Dansk, S. (2009). *Folkesundhed i et kritisk perspektiv*. København: Nyt Nordisk Forlag – Arnold Busck.
- Halfdansson, B. mfl. (2015). Outcome of planned Home and Hospital Births among Low-Risk Women in Iceland in 2005–2009: A Retrospective Cohort Study. *BIRTH*, 42(1).

- Hanson, T., Hermansen, N., Schmidt, N. og Henriksen, A. (red.) (2011). *Øyemor: fødselsfortellinger fra Sápmi*. Tromsø: SaraNord DA.
- Johannessen, N. (2009). Graviditet som et prosjekt som skal ledes. I: Glasdam, S. (red.). *Folkesundhed: i et kritisk perspektiv*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Levinas, E. (1969). *Totality and infinity / an essay on exteriority*. Pittsburgh, Pa.: Duquesne University Press.
- Lloyd, L. (2012). *Health and care in ageing societies: a new international approach*. Bristol: The Policy Press.
- Mahler, M. mfl. (2014). Home as a health promotion setting for older adults. *Scandinavian Journal of Public Health*, 15): 36–40. doi: 10.1177/1403494814556648
- Martinsen, K. (2005). *Sårbarheten og omveiene: Løgstrup og sykepleien*. København: Anis.
- Martinsen, K. (2006). *Care and vulnerability*. Oslo: Akribe.
- Nasjonale retningslinjer for hjemmefødsler* (2012) <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonale-retningslinje-for-hjemmefodselsvangerskap-fodselsog-barseltid-i-trygge-hender>
- Rosa, H. (2010). *Alienation and acceleration: towards a critical theory of late-modern temporality*. Malmö: NSU press.
- Samuelsen, E. (2012). Krenkelsens mange ansikter – en vei til kjærlighetens etikk. I: Thorsen, R., Mæhre, K.S. og Martinsen, K. (red.). *Fortellinger om etikk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Slettdland, N. og Donovan, R.M. (2014). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Gyldendal Akademisk.
- Todres, L., Galvin, K. og Dahlberg, K. (2007). Lifeworld-led Healthcare: Revisiting a Humanising Philosophy that Integrates Emerging Trends. *A European Journal*, 10(1): 53–63. doi: 10.1007/s11019-006-9012-8
- Tones, K. og Tilford, S. (2001). *Health promotion: Effectiveness, Efficiency, and Equity*. Cheltenham, UK: Nelson Thornes.
- Vallgård, S. (2009). Forebyggelse og sundhedsfremme- definitioner, historie og magtudøvelse. I: Glasdam, S. (red.). *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Van Manen, M. (1997). *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*. London, Ont.: Althouse Press.
- Whitehead, D. (2011). Before the cradle and beyond the grave: a lifespan/settings-based framework for health promotion. *Journal of Clinical Nursing*, 20(15/16): 2183–2194. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03674.x
- WHO (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf [lokalisert 20.7.2009].
- Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.