

# At føde eller ikke at føde - hjemme?

Kvinder og mænds overvejelser  
i forbindelse med valg af hjemmefødsel



Bachelorprojekt modul 14

Udarbejdet af:

Mette Sarsgaard - Jm12V124  
Merete Holst Vind - Jm12V102  
Trine Søndergaard Knudsen - Jm12V110

Jordmoderuddannelsen  
University College  
Syddanmark

Hold: Jm12V

Vejleder: Kirsten Ilum  
Aflevering: 1. Juni 2015  
Antal anslag i alt: 105.480

Projektet må lånes ud.

## Resumé

**Titel:** At føde eller ikke at føde – hjemme?

**Baggrund:** Nyeste forskning viser, at det hverken er mere eller mindre risikofyldt for lavrisikogravide at føde hjemme. Til trods for dette føder kun omkring 1% af danske kvinder i hjemmet. I konsultationen har vi oplevet, at ikke alle par kender til muligheden for hjemmefødsel samt, at især fædre tager afstand, når denne mulighed præsenteres. Det er relevant for jordemoderen at vide, hvad der ligger til grund for både kvinder og mænds overvejelser i forbindelse med valg af hjemmefødsel, således at parret med et korrekt informationsgrundlag kan træffe det valg, der er rigtigt for dem.

**Problemformulering:** *Hvilke overvejelser ligger bag kvinder og mænds valg af hjemmefødsel, og hvorfor er disse overvejelser forskellige?*

*Hvordan kan jordemoderen målrette informationen om hjemmefødsel, således at både manden og kvinden kan træffe beslutningen på et informeret grundlag?*

**Fremgangsmåde:** I projektet anvendes en hermeneutisk og fænomenologisk tilgang. Til projektets empiriske fundament anvendes to kvalitative studier, henholdsvis “Being Safe: Making the Decision to Have a Planned Home Birth in the United States” (Lothian 2013) og “First-time expectant fathers and their influence on decision making regarding choice for place of birth” (Mottram 2008). Disse analyseres ud fra Ulrich Becks teori om *risikosamfundet*, suppleret med *tanker om risiko i graviditeten* af Grit Niklasson og hendes fortolkning af Wackerhausens *normalitetsbegreb*, samt teorier fra Svend Aage Madsen, Hanne Munck & Marianne Tolstrups bog ”Fædre og fødsler”.

**Konklusion:** Projektet konkluderer, at de overvejelser, der ligger bag kvinder og mænds valg af hjemmefødsel, er komplekse, opleves på forskellig vis og til dels er kønsrelaterede. Overvejelserne omhandler risiko, normalitet og omverdenens fremstilling af hjemmefødsler. Dertil spiller fagpersoners holdninger og information en central rolle i valget. Det er vigtigt, at jordemoderen er sin forforståelse bevidst, således at hun holder informationen neutral og evidensbaseret. Jordemoderen kan med viden om kønsforskellene rette fokus på både kvinden og manden, således at begge parter bliver i stand til at træffe beslutningen om hjemmefødsel på et informeret grundlag.

**Tekstidentifikation:** Knudsen, Trine Søndergaard, Sarsgaard, Mette og Vind, Merete Holst. Jordemoderuddannelsen, University College Syddanmark, Esbjerg, 2015.

**Søgeord:** Hjemmefødsel, beslutningsproces, fødested, kvalitativ, mand, kvinde.

## Abstract

**Title:** To give birth or not to give birth – at home?

**Background:** Newest research shows that it is neither more or less risky for low risk pregnant women to give birth at home. In spite of this, only about 1% of Danish women give birth at home. We have experienced, that not all couples are familiar with the option to have a home birth, and that especially the fathers are reluctant when this option is presented. It is of relevance to the midwife to know what underlies both women and men's considerations regarding the choice of a home birth, thus the couple with a proper information base can make the choice that is right for them.

**Problem statement:** *Which considerations are behind women and men's choice of a home birth, and why are these considerations different?*

*How can the midwife target the information about home births, thus the man and the woman can make the decision on an informed basis?*

**Method:** In this project a hermeneutic and phenomenological approach is used. The empirical foundation consists of two qualitative studies, respectively "Being Safe: Making the Decision to Have a Planned Home Birth in the United States" (Lothian 2013) and "First-time expectant fathers and their influence on decision making regarding choice for place of birth" (Mottram 2008). These are analysed based on Ulrich Beck's *risk society* theory, supplemented with *thoughts of risk in pregnancy* by Grit Niklasson and her interpretation of Wackerhausens *normality concept*, together with theories from Svend Aage Madsen, Hanne Munck and Marianne Tolstrups book "Fædre og fødsler".

**Conclusion:** The project concludes that the considerations regarding women and men's decision to have a home birth are complex, experienced in different ways and partly gender related. The considerations regards risk, normality and the surrounding's perception of home births. Furthermore, professional's opinions and information are important factors in the decision making. It is important that the midwife is aware of her preunderstanding, thus she can convey neutral and evidence-based information. The midwife can use knowledge about gender differences to focus on both women and men, thus they are able to make the decision to have a home birth on an informed basis.

**Text identification:** Knudsen, Trine Søndergaard, Sarsgaard, Mette and Vind, Merete Holst. Midwifery, University College South Denmark, Esbjerg, 2015.

**Keywords:** Home childbirth, decision making, birth place, qualitative, male, female.

# INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>1.0 INDLEDNING</b> .....	<b>5</b>
1.1 PROBLEMFOMULERING .....	8
1.2 PROBLEMAFGRÆNSNING.....	8
1.3 BEGREBSAFKLARING.....	9
1.3.1 Hjemmefødsel .....	9
1.3.2 Ukompliceret fødsel.....	9
1.3.3 Informeret grundlag .....	9
<b>2.0 METODE</b> .....	<b>9</b>
2.1 PROJEKTETS FREMGANGSMÅDE.....	9
2.2 SØGESTRATEGI OG SØGEKRITERIER .....	10
2.3 VIDENSKABSTEORI.....	11
2.4 VALG AF EMPIRI .....	13
2.5 VALG AF TEORI.....	14
<b>3.0 VURDERING AF EMPIRI</b> .....	<b>15</b>
3.1 METODEKRITISK GENNEMGANG AF PROJEKTETS FØRSTE STUDIE: .....	15
3.1.1 Baggrund og formål .....	16
3.1.2 Forforståelse.....	16
3.1.3 Metode .....	17
3.1.4 Dataanalyse.....	19
3.1.5 Resultater.....	20
3.1.6 Diskussion og konklusion .....	20
3.2 METODEKRITISK GENNEMGANG AF PROJEKTETS ANDET STUDIE: .....	23
3.2.1 Studiets interne validitet.....	23
3.2.2 Studiets eksterne validitet.....	24
<b>4.0 TEORI</b> .....	<b>24</b>
4.1 BECKS TEORI OM RISIKOSAMFUNDET OG NIKLASSONS FORTOLKNINGER AF RISIKO OG NORMALITET I GRAVIDITETEN .....	24
4.2 MADSEN, MUNCK OG TOLSTRUPS TEORIER OM FÆDRE OG FØDSLER.....	27
<b>5.0 ANALYSE</b> .....	<b>28</b>
5.1 HVILKE OVERVEJELSER LIGGER BAG KVINDER OG MÆNDS VALG AF HJEMMEFØDSEL? ..	28
5.1.1 Risiko og dét at undgå interventioner .....	29
5.1.2 Normalitet og påvirkning fra omverdenen .....	30
5.1.3 Øvrige overvejelser i valget af hjemmefødsel .....	32
5.2 HVORFOR ER DISSE OVERVEJELSER FORSKELLIGE?.....	33
5.2.1 Mænd og kvinders forskellige opfattelse af risiko og normalitet .....	33
5.2.2 Forskelle og ligheder i et kønsperspektiv.....	35
5.3 HVORDAN KAN JORDEMODEREN MÅLRETTE INFORMATIONEN OM HJEMMEFØDSEL, SÅLEDES AT BÅDE MANDEN OG KVINDEN KAN TRÆFFE BESLUTNINGEN PÅ ET INFORMERET GRUNDLAG? .....	37
5.3.1 Fagpersoners rolle .....	37
5.3.2 Information.....	38
5.3.3 Fødselsforberedelse.....	40
<b>6.0 DISKUSSION</b> .....	<b>42</b>
6.1 KRITISK REFLEKSION OVER EGET PROJEKT.....	47
<b>7.0 KONKLUSION</b> .....	<b>48</b>
<b>8.0 PERSPEKTIVERING</b> .....	<b>49</b>
<b>9.0 LITTERATURLISTE</b> .....	<b>51</b>
<b>10.0 BILAGSFORTEGNELSE</b> .....	<b>53</b>

## 1.0 Indledning

*Det er tidlig morgen. Over byens tætlagte brosten tegner sig et spor af tynde dæk i rimfrosten. Lyden fra en rusten ringklokke giver sagte genklang i de stille gader. Instrumenterne i den brune lædertaske bag på cyklen rasler imod trælytterøret. Jordmoderen skutter sig i sin frakke. Hun har bistået en fødende kvinde henover natten og hjulpet et nyt liv til verden. Dunsten fra den nervøse faders cerutter hænger stadig i hendes næsebor. Der havde trukket sig et spor efter hans rastløse skridt i tæppet udenfor soveværelset. Byen er ved at vågne, men for hende venter hjemme en lun seng og nogle timers søvn - hvis ikke der sendes bud efter hende inden da.*

Ovenstående er en beskrivelse af, hvordan vi forestiller os, at jordmoderens arbejde foregik i gamle dage. Længe før begreber som supersygehuse, lavrisikogravide og epiduralblokader blev en del af jordmoderfaget. Inden fædre blev en selvskreven del af fødslen. Dengang det var en selvfølge, at fødslen foregik i hjemmet.

Fødselskulturen i Danmark er igennem de seneste år ændret markant. [...] På ca. 20 år er antallet af fødesteder halveret. [...] Vi skal imidlertid ikke mange årtier længere tilbage for at finde en langt mere brat nedgang i antallet af fødesteder, nemlig da man fra at føde i de mange hjem gik over til institutionsfødsel (Brofeldt et al. 2003:7)

Ifølge Sundhedsstyrelsen føder 98-99% af de danske kvinder på obstetriske afdelinger, mens omkring 1% føder hjemme (SST 2013:18). Dette på trods af at nyeste forskning viser, at det hverken er mere eller mindre risikofyldt for lavrisikogravide at føde i hjemmet (Olsen 2013). For flergangsfødende tyder forskning endda på, at hjemmefødsel er sikrere end at føde på hospitalet (De Jonge et al. 2013:1). Hertil kommer de mange fordele ved at føde hjemme - både for parret, jordmoderen og samfundet. For parret ses fordele såsom kontinuitet i fødselsforløbet, at føde i vante og trygge omgivelser, at slippe for køreturen til og fra hospitalet samt for kvinden en minimal risiko for infektioner (Brofeldt et al. 2003:20). Samtidig er hjemmefødsler forbundet med markant færre indgreb end hospitalsfødsler (Palsøe, Roswal og Veilgaard 2010). Flere hjemmefødsler er ligeledes for jordmoderen en stor fordel, idet de normale fødsler og det selvstændige virksomhedsområde; "den spontane fødsel, som forløber uden komplikationer" (VEJ nr. 151 af 08/08/2001) bevares. På samfundsplan kan der ligeledes ses en markant økono-

misk gevinst i en forhøjet hjemmefødselsfrekvens, "hvilket synes højaktuelt på grund af de nuværende nedskæringer i sundhedsvæsenet" (Palsø, Roswal og Veilgaard 2010).

I Holland, som passende kan sammenlignes med Danmark inden for det obstetriske område (Ingversen 2008), ser tallene imidlertid anderledes ud. Her foregår over 20% af fødslerne i hjemmet, forudsat at graviditeten er forløbet uden komplikationer (Christiaens, Nieuwenhuijze & De Vries, 2013:e2). I Holland er der ydermere en brugerbetaling svarende til ca. 1500 kr. for gravide, der ønsker at føde på sygehus uden en medicinsk indikation (Brofeldt et al. 2003:38). Dette er langt fra, hvad vi kender fra den danske svangreomsorg, hvor de fleste offentlige ydelser forbundet med graviditet, fødsel og barsel er frit tilgængelige og omkostningsfrie. Danske kvinder har ligeledes adgang til vederlagsfri jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet (VEJ nr. 151 af 08/08/2001).

I jordemoderkonsultationen har vi oplevet, at langt fra alle kommende forældrepar kender til muligheden for hjemmefødsel. Flere er overraskede over, at det kan lade sig gøre at føde hjemme. De er simpelthen ikke klar over, at tilbuddet findes og forbavses således, når det præsenteres for dem i konsultationen. Hertil er det vores oplevelse, at nogle jordemødre ikke på noget tidspunkt kommer ind på emnet hjemmefødsel i kontakten med parret - hvilket underbygges i en engelsk undersøgelse med fokus på information omkring fødested (Crow & Madi 2003). At forældrene ikke informeres tilstrækkeligt om muligheden for at føde hjemme, anser vi som værende i strid med Sundhedsstyrelsens anbefalinger: "Den praktiserende læge og/eller jordemoderen oplyser om muligheden for at føde hjemme og vurderer sammen med kvinden fordele og ulemper ved dette valg" (SST 2013:33).

Formanden for Jordemoderforeningen Lillian Bondo skriver i en gruppe omhandlende hjemmefødsler på Facebook:

Et af de helt store problemer er jo, at mange ved første lægeundersøgelse får bemærkningen: "og så sender vi dine papirer til xkøbing sygehus, for det er jo der, du hører til" - underforstået, at der skal du føde. Så har de fleste allerede ubevidst valgt fødested, og der skal måske mere til at åbne diskussionen igen (Facebook 2015).

Ovenstående stemmer overens med vores praktiske erfaringer. Vi har oplevet, at både de gravide og deres mænd tager afstand fra idéen om at føde hjemme, når enkelte jordemødre præsenterer denne mulighed for dem. Mange par virker uinteresserede og afvisende og ønsker ikke uddybende information om emnet. Vi finder det interessant, at parrene fravælger hjemmefødsel på et uinformeret grundlag. I forlængelse heraf er vores erfaring, at det ofte er de kommende fædre, der virker afvisende overfor fødsel i hjemmet - selvom kvinden udviser interesse for denne mulighed. Dette ses ligeledes på de sociale medier, hvor tanker og følelser omkring hjemmefødsel udveksles: "Jeg vil jo gerne føde hjemme, men kæresten er bare ikke [...] vild med ideen. Han er naturligvis bange for at noget går galt og vi så ikke lige har en operationsstue og et lægehold inde ved siden af" (Baby.dk 2010).

Som kommende jordemødre er det for os interessant, hvorfor fædrene siger fra overfor hjemmefødsel. Hvad er årsagen hertil? Vi ved, at "10-15% af alle gravide kvinder i Danmark overvejer at føde hjemme, men mange opgiver tanken pga. modstand fra fædre, jordemødre og læger" (Brofeldt et al. 2003:11). Fædrene har altså en betydelig indflydelse på beslutningen om fravalg af hjemmefødsel. Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger skal jordemoderen netop rette "større opmærksomhed på fædre og deres selvstændige behov i erkendelse af, at flertallet af danske mænd og kvinder ønsker at være fælles om graviditet, fødsel og det at blive forældre" (SST 2013:9), idet graviditeten bør ses som en "udviklingsdynamisk periode for forældrene. Tidligere har man især undersøgt, hvordan de psykologiske processer forløber for moderen [...] Det er de senere år blevet vist, at fædre gennemgår lignende psykologiske processer" (ibid:187).

Det er altså relevant for jordemoderen ikke blot at rette fokus mod kvinden men ligeligt inddrage den kommende far i vigtige beslutninger undervejs i graviditetsforløbet - således også i forbindelse med valg af fødested (ibid:188). Det er i denne sammenhæng hensigtsmæssigt for jordemoderen at vide, hvad der ligger til grund for begge parters tanker og holdninger for eller imod hjemmefødsel, således at parret støttes i at træffe det valg, der er rigtigt for dem.

På baggrund af ovenstående er vi nået frem til følgende;

## **1.1 Problemformulering**

*Hvilke overvejelser ligger bag kvinder og mænds valg af hjemmefødsel, og hvorfor er disse overvejelser forskellige?*

*Hvordan kan jordemoderen målrette informationen om hjemmefødsel, således at både manden og kvinden kan træffe beslutningen på et informeret grundlag?*

## **1.2 Problemafgrænsning**

I følgende afsnit søger vi at afgrænse området hjemmefødsel for at skabe indsigt i og overblik over, hvad vi i projektet afholder os fra at undersøge nærmere.

I projektet har vi valgt at afgrænse os fra hjemmefødsler, der er forestået mod givet råd (fra obstetriker eller jordemoder). Ligeledes inddrages uplanlagte hjemmefødsler ej heller. Dette vil sige fødsler, der foregår i hjemmet men uden assistance fra en jordemoder - eksempelvis grundet uventet hurtig fødsel, uerkendt graviditet eller ønske om at skjule, at fødslen har fundet sted.

Vi har valgt ikke at beskæftige os med flergangsfødende og deres mænd, idet vi forestiller os, at andre overvejelser, som har indflydelse på beslutningsprocessen i valget om at føde hjemme, gør sig gældende hos disse par. Dette kan eksempelvis være tidligere traumatiske fødsler eller dårlige erfaringer med sundhedspersonale i forbindelse med et tidligere fødselsforløb, etc.

Dette projekt har primært en humanistisk indfaldsvinkel, dog vil samfundsvidenskabelige aspekter blive inddraget. Vi har fravalgt at beskæftige os med de naturvidenskabelige og samfundsøkonomiske aspekter af fænomenet hjemmefødsel.



## **1.3 Begrebsafklaring**

### **1.3.1 Hjemmefødsel**

I projektet defineres begrebet hjemmefødsel som værende, at en gravid kvinde med forventet spontant forløbende, ukompliceret fødsel (ibid:33), planlagt og på et informeret grundlag føder sit barn i eget hjem med assistance fra en jordemoder.

### **1.3.2 Ukompliceret fødsel**

En ukompliceret fødsel forstås i projektet ud fra ”Vejledning om Jordemødres Virksomhedsområde” som værende en fødsel af ét barn i bagehovedpræsentation til termin (gestationsalder 37+0 til 41+6). Fødslen indsætter, forløber og afsluttes spontant uden brug af vefremmede medicin, hindsprængning, eller instrumentel forløsning (dvs. uden sugeskop, tang eller kejsersnit). Jordemoderen forestår fødslen, fremhjælper barnet samt yder jordemoderfaglig omsorg under og efter fødslen (VEJ nr. 151 af 08/08/2001).

### **1.3.3 Informeret grundlag**

Ved beslutning på et informeret grundlag forstås det ud fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger, at der fra parret er opnået samtykke baseret på et grundlag af fyldestgørende evidensbaseret information fra sundhedspersonens side. Informationen er givet på en hensynsfuld måde og tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger med hensyn til alder, modenhed, erfaring m.v. (SST 2013:204).

## **2.0 Metode**

### **2.1 Projektets fremgangsmåde**

Indledning, problemformulering, problemafgrænsning og begrebsdefinition er nu præsenteret. Dette metodeafsnit indeholder søgestrategi og søgekriterier samt et afsnit omhandlende videnskabsteori. Herefter begrundes valg af projektets anvendte empiri og teori. Således afsluttes afsnittet om projektets metode. Projektets valgte empiri vil efterfølgende blive valideret i en metodekritisk gennemgang. Herefter præsenteres projektets teori, som vil blive inddraget i analysen. I projektets analyseafsnit vil fundene fra empi-

rien blive analyseret op imod projektets problemformulering samt op imod den valgte teori. Dette afsnit er inddelt i tre, hvor hvert spørgsmål i problemformuleringen vil blive bearbejdet. Afsnittet bliver efterfulgt af en diskussion af fund fra analysen samt en kritisk stillingtagen til egen metode i projektet. Afslutningsvis vil projektets problemformulering besvares i en konklusion. Projektets sidste afsnit vil bestå af en perspektivering til anvendelse af projektets fund i klinisk praksis.

(Merete)

## **2.2 Søgestrategi og søgekriterier**

Empiri blev søgt igennem databaserne Cinahl og PubMed, som begge indeholder sundhedsfaglig empiri og derfor er vurderet valide til anvendelse i en sundhedsvidenskabelig sammenhæng.

Cinahl er en engelsksproget sygeplejefaglig database, som primært indeholder humanvidenskabelige, kvalitative studier. PubMed er ligeledes en engelsksproget medicinsk og lægevidenskabelig søgedatabase, som primært har et bredt udvalg af kvantitative studier. Yderligere blev der søgt i databasen SweMed+, som er en søgedatabase med Skandinaviske læge- og sygeplejefaglige studier. I denne database fandtes der dog intet for dette projekt relevant empiri.

En afgrænsning af søgningen var nødvendig for at finde den mest relevante empiri. Derfor blev der søgt efter kvalitative studier igennem Cinahl, idet projektet primært tager udgangspunkt i humanvidenskaben. I søgestrategien blev valgt søgeord, der er centrale i projektets problemformulering. Disse søgeord blev kombineret på forskellig vis for at variere resultaterne bedst muligt. Idet problemformuleringen omhandler både kvindens og mandens perspektiv, blev der i søgningen taget højde for dette. Det viste sig at være en udfordring, da kun få kvalitative undersøgelser omhandlede valg af hjemmet som fødested frem for oplevelsen af selve hjemmefødslen. Til anvendelse i projektet blev derfor udvalgt henholdsvis et amerikansk studie, hvori kvinders oplevelse af valget om at føde hjemme undersøges. Alle kvinderne i dette studie valgte hjemmefødsel. Yderligere blev udvalgt et engelsk studie, hvori fokus ligger på mænds overvejelser omkring til- eller fravalg af hjemmefødsel. I dette studie valgte en af de fem informanter hjemmefødsel. Mændene i det engelske studie var alle førstegangsfædre. Da det ikke var muligt at finde et brugbart studie, hvori alle kvinderne var førstegangsgravide, udvalgtes et

studie, hvori en stor del af de kvindelige informanter ventede første barn. Der vil i analysen tages udgangspunkt i disse kvinders oplevelser.

I søgningen udvalgte hovedtemaer i form af MeSH termer og Cinahl Headings, som skulle indgå i artiklernes indhold. Disse blev kombineret på forskellig vis for at differentiere udbyttet af søgningen. Til hovedtemaerne blev herefter tilføjet nogle undertemaer for at specificere resultaterne. Hoved- og undertemaer blev suppleret med fritekstsøgning i både Cinahl og PubMed. Studier, som var over 10 år gamle, blev frasorteret for at opnå nyeste empiri. Ligeledes blev engelsksprogede studier foretrukket i søgningen.

I søgningen efter litteratur omkring hjemmefødsler er der mange forskellige forskningsindfaldsvinkler, der er til emnet, fremkommet. Der har dog ikke vist sig at være anlagt et komparativt kønsperspektiv i de studier, der er fundet i søgningen. Samtidig viste det sig, at der var meget få studier omhandlende fædre. På baggrund heraf findes det interessant at anlægge sådanne perspektiver i dette projekt.

For uddybning af søgestrategien henvises til bilag 3, hvor denne fremgår i skematiseret form.

(Trine)

### **2.3 Videnskabsteori**

I følgende afsnit præsenteres teorien bag projektets videnskabelige udgangspunkt. Afsnittet indeholder en redegørelse, som danner basis for, hvordan videnskabsteorien kan anvendes i det senere analyse- og diskussionsarbejde. Til at understøtte den anvendte videnskabsteori inddrages litteraturen "Videnskabsteori" af Jakob Birkler (2007) og "Kvalitative Metoder i Medisinsk Forskning - en innføring" af Kirsti Malterud (2011).

Det videnskabelige udgangspunkt for dette projekt er primært humanvidenskaben. Med et humanistisk menneskesyn vil man traditionelt vægte mennesket som et bevidst subjekt med tanker og følelser relateret til den verden, de er en del af (Birkler 2007:93).

Til belysning af en problemformulering inden for det humanistiske videnskabsideal hvori resultaterne ikke umiddelbart kan måles og vejes, er det således fordelagtigt at benytte en kvalitativ synsvinkel. Den kvalitative videnskabsform anvender erfaringer,

oplevelser, tanker og forventninger (Malterud 2011:27) fra studiets informanter til at opnå en forståelse af dét, der ønskes undersøgt. Kvalitative metoder er eksempelvis feltarbejde, interviews og observation af mennesker. Det videnskabsteoretiske udgangspunkt for kvalitativ forskning er fænomenologien og hermeneutikken.

(Mette)

I fænomenologien søges at skabe viden om givne bevidsthedsfænomener ved at finde frem til den mening, de indgår i. En fænomenologisk tilgang kan dermed benyttes til at "indfange den menneskelige erfaring, som den viser sig i den konkrete livsverden" (Birkler 2007:108). Ved livsverden forstås ifølge Birkler den individuelle verden, som mennesket oplever i et personligt perspektiv, og som ofte tages for givet. Denne verden danner grundlag for al menneskelig aktivitet og kan ikke umiddelbart deles med andre (ibid:105). Tager man dette projekts fokus som eksempel, kan valget om at føde hjemme siges at være fænomenet, der ønskes undersøgt ud fra det enkelte individs - kvindernes og mændenes - livsverden; "Fænomenologi er et omfattende felt indenfor filosofisk teori, og repræsenterer en forståelsesform der menneskers erfaringer regnes som gyldig kunnskab" (Malterud 2011:45).

Denne forståelsesform kan med fordel ledsages af fænomenologiens søsterdisciplin, hermeneutikken (Birkler 2007:103). Hermeneutik betyder fortolkningskunst eller læren om forståelse (ibid:95). Den hermeneutiske grundtanke er, at individets forforståelse skal sættes i spil i forhold til dét, der undersøges (ibid:102). En måde at forklare begrebet forforståelse kan være ved anvendelse af den hermeneutiske cirkel; "det jeg forstår kan jeg kun forstå på baggrund af det jeg allerede forstår" (ibid:98). Der ses et cirkulært forhold mellem helhedsforståelse og delforståelse, altså at helheden kun kan forstås ud fra delene og omvendt. Forud for dette ligger forforståelsen.

(Merete)

Som eksempel har vi i dette projekt haft en forudindtaget formodning om, hvordan beslutningen om valg af hjemmefødsel tages af kommende forældre. Vores forforståelse er således, at valget om hjemmefødsel ofte tages på et uinformeret grundlag samt, at det for mange par vil være en god løsning at føde hjemme, men at de fravælger dette på grund af frygt for, at noget går galt. I tråd med dette er vores formodning, at mændene har indflydelse på, hvorvidt hjemmefødsel fra- eller tilvælges. Ved hjælp af den hermeneutiske cirkel vil der gennem arbejdet med projektet dannes en ny forståelse om valget

af hjemmefødsel som fænomen ud fra oplevelser, tanker og overvejelser beskrevet af kvinderne og mændene i den valgte empiri. Denne nye forståelse bliver hermed en del af helhedsforståelsen, og en ny forståelse af parrenes oplevelser i beslutningsprocessen om valget af hjemmefødsel vil dannes. Således er en hermeneutisk cirkel skabt.

Hermed har en redegørelse for den videnskabsteoretiske referenceramme i projektet bidraget med redskaber til det videre arbejde med besvarelse af problemformuleringen ud fra et fænomenologisk og hermeneutisk perspektiv. Vi vil søge at forstå kvindernes og mændenes oplevelse af fænomenet - valget af hjemmefødsel. Med en øget forståelse af de individuelle behov er vores forventning, at det i jordemoderarbejdet bliver muligt at målrette informationen om hjemmefødsel til parrene således, at begge parter føler sig velinformerede i deres valg.

(Trine)

## **2.4 Valg af empiri**

Følgende afsnit beskæftiger sig med begrundelse for projektets udvalgte empiri.

Efter endt søgning blev resuméerne i den fundne empiri gennemlæst, så en sortering i forhold til relevans kunne finde sted. I denne proces blev en del studier forkastet blandt andet på grund af deres kvantitative studiedesign, et fokus på parrenes oplevelse af selve fødslen frem for valg af fødested samt andre fokuspunkter, som syntes irrelevante for projektet.

Yderligere blev artiklen ”Vurdering af kvalitative artikler” (Lindahl & Juhl 2002) læst og anvendt til at vurdere validiteten af empirien. Herefter var det muligt at udvælge to kvalitative studier, som begge fandtes relevante for besvarelse af problemformuleringen; ”Being Safe: Making the Decision to Have a Planned Home Birth in the United States” (Lothian 2013) samt ”First-time expectant fathers and their influence on decision making regarding choice for place of birth” (Mottram 2008). Disse studier blev udvalgt, da de gennem en kvalitativ tilgang belyser henholdsvis kvinders og mænds overvejelser i forbindelse med valg af hjemmefødsel og fødested, og hermed bidrager til en øget forståelse af disse overvejelser.

Ovennævnte studier danner således grundlag for projektets empiri. Studierne vil senere blive gennemanalyseret metodekritisk med henblik på vurdering af validitet.

(Mette)

## **2.5 Valg af teori**

Følgende afsnit beskæftiger sig med begrundelse for projektets teoretiske fundament.

Den tyske sociolog og samfundsforsker Ulrich Beck er forfatter til bogen “Risikosamfundet: På vej mod en ny modernitet” (1997). Beck er især kendt for sin kritiske holdning til det postmoderne samfund og dets påvirkning af individet, hvilket udfoldes i bogen som en del af begrebet *risikosamfundet* - et begreb som har gjort Beck internationalt anerkendt. Beck har en lang række udgivelser og artikler bag sig, hvori han teoretiserer over den samtid, vi lever i - det andet moderne (Christiansen & Sørensen 2006:omslag; Ulrich Beck Online 2007).

Teorien om risikosamfundet findes relevant, idet projektet vil tage udgangspunkt i individets - nutidens gravide og deres partneres - oplevelser og tanker forbundet med valget af hjemmefødsel, som antages kan indeholde en række risikobetonede overvejelser. Disse oplevelser og tanker kan tænkes at være påvirket af de strukturer, individet lever under. Ulrich Beck teoretiserer netop over strukturerens indvirkning på individet.

Becks teorier om risici sættes i en jordemoderfaglig kontekst i Grit Niklassons bog “Graviditet og risiko - kvinders oplevelse af tilbud, valg og krav” fra 2015. Her udfoldes “den allestedsnærværende risikofokusering, de gravide møder i sundhedsvæsenet” (Niklasson 2015:11) med et særligt fokus på relationen mellem den sundhedsprofessionelle, den gravide og hendes partner. Grit Niklasson er uddannet jordemoder og har en ph.D. i sociologi. Hun har ligeledes udgivet en række videnskabelige lærebøger og populærvidenskabelige fagbøger (ibid:omslag). Niklasson fortolker Steen Wackerhausens begreb om normalitet og sætter dette i en jordemoderfaglig kontekst. *Normalitetsbegrebet* forventes at være brugbart i besvarelsen af projektets problemformulering, da det antages, at valget af hjemmefødsel kan indeholde overvejelser om, hvad der anses som værende normalt og naturligt for det enkelte individ. Steen Wackerhausen er professor ved Institut for Kultur og Samfund ved Aarhus Universitet med speciale i filosofi (Aarhus Universitets hjemmeside, u.å.).

(Merete)

Yderligere vil teorier fra bogen "Fædre og fødsler" (1999) af Svend Aage Madsen, Hanne Munck og Marianne Tolstrup blive anvendt i projektet. Bogen er udvalgt, idet forfatterne gennem forskning i psykologiske kønsforskelle belyser fædres oplevelser af deltagelse i graviditet, fødsel og barsel, samt hvordan mødet med den sundhedsprofessionelle opleves af faderen. Svend Aage Madsen er ved bogens udgivelse Ph.D. og Chefpsykolog på Rigshospitalet. Madsen har arbejdet praktisk med og forsket i forældre-spædbarn-forhold. Hanne Munck er ved bogens udgivelse lektor og klinisk psykolog med speciale i forskning, forebyggelse og terapeutisk indsats i forbindelse med vanskeligheder omkring nybagte forældre og spædbørn. De to forfattere har derudover udgivet en lang række videnskabelige artikler og publikationer. Marianne Tolstrup er ved udgivelsen ledende jordemoder på Rigshospitalet og har igennem årene som jordemoder arbejdet for, at mor, far og barn forbliver sammen efter fødslen (Madsen, Munck & Tolstrup 1999:omslag).

Idet vi antager, at der er kønsforskelle i overvejelserne omkring dét at føde hjemme, og at der derved kan være en forskel i den måde, manden og kvinden bør informeres om dette på, findes teorierne brugbare i arbejdet med besvarelse af problemformuleringen.

Ovenstående teorier vil blive uddybet senere i projektet.

I følgende afsnit vil første del af den valgte empiri blive gennemgået metodekritisk.

(Trine)

## **3.0 Vurdering af empiri**

### **3.1 Metodekritisk gennemgang af projektets første studie:**

"Being Safe: Making the Decision to Have a Planned Home Birth in the United States" af Judith A. Lothian 2013.

Formålet med denne gennemgang er at vurdere både den interne og eksterne validitet af studiet med henblik på relevans og validitet i forhold til projektets problemformulering. Ved intern validitet forstås, om forskeren formår at svare på sit forskningsspørgsmål via en systematisk fremgangsmåde. Ved ekstern validitet forstås studiets overførbarehed til og sammenlignelighed med andre forhold, samfund og befolkningsgrupper.

### **3.1.1 Baggrund og formål**

Baggrunden for studiet var at undersøge, hvilke overvejelser kvinder gør sig i beslutningen om og planlægningen af en hjemmefødsel (Lothian 2013:266). Under 1% af amerikanske kvinder vælger at føde hjemme på trods af, at forskning viser, at det for raske kvinder er lige så sikkert at føde hjemme som på hospitalet (ibid). Forskeren understreger, at emnet er vigtigt for sundhedsprofessionelle, idet der sammenlignet med hospitalsfødsler ses færre interventioner, ingen sectio samt samme sikkerhed for mor og barn ved hjemmefødsler (ibid). Derudover beskriver forskeren debatten om hjemmefødsler som et aktuelt emne i forbindelse med en stigende sectio- og interventionsrate i den amerikanske svangreomsorg (ibid:267). Forskeren inddrager forskellig empiri og forholder sig relevant til denne. Den teoretiske og empiriske baggrund er altså velbeskrevet, hvilken højner studiets interne validitet (Lindahl & Juhl 2002:17). Yderligere gør forskeren opmærksom på, at der i USA er mangel på forskning, der undersøger, hvordan og med hvilke overvejelser kvinderne vælger fødested (Lothian 2013:267). Ifølge Lindahl & Juhl højnes den interne validitet, idet forskeren gør opmærksom på dette (Lindahl & Juhl 2002:17).

Der er i studiet anvendt en kvalitativ forskningsmetode, hvilket højner validiteten, idet forskningsmetoden netop retter fokus på kvindernes oplevelser og erfaringer i forhold til et givent fænomen (ibid) - valget af hjemmefødsel. Studiets overordnede formål er at beskrive de overvejelser, der ligger bag amerikanske kvinders valg af hjemmefødsel samt oplevelsen af beslutningsprocessen. Her indgår kvindernes tanker og følelser i forbindelse med valg, planlægning samt afholdelse af fødslen (Lothian 2013:267). Kvindernes livsverden udforskes, hvilket stemmer overens med Lindahl og Juhls udsagn om, at validiteten højnes, når forskningsspørgsmålet eksempelvis er et ønske om en dybere forståelse af menneskers livsverden eller, at der er en mangelfuld viden på forskningsområdet (Lindahl & Juhl 2002:17), hvilket ligeledes fremgår af studiet (Lothian 2013:267).

(Mette)

### **3.1.2 Forforståelse**

Forskeren er lektor på The College of Nursing på Seton Hall University i New Jersey, USA, redaktør på *The Journal of Perinatal Education* samt har en formandspost for The



Lamaze International Certification Council (ibid:266). Forskerens profession fremgår altså direkte af studiet. Studiet er publiceret i tidsskriftet *The Journal of Clinical Ethics* i efteråret 2013 (ibid). Ifølge Lindahl og Juhl skal læseren for at kunne bedømme baggrunden for forskerens tolkning af data kende forskerens faglige perspektiv (Lindahl & Juhl 2002:18). Forskeren viser ikke direkte sin forforståelse men uddyber i studiet sin interesse i den normale, fysiologiske fødsel. Forskeren viser altså, at hun gennem sit faglige perspektiv er kompetent til at udarbejde et studie om dette fænomen, hvilket højner den interne validitet.

Forskeren gør ligeledes læseren opmærksom på, at forforståelsen kan influere på studiets resultater og skabe fejlfortolkninger (Lothian 2013:267-268). Yderligere understreger hun det essentielle i at være synlig i processen samtidig med, at hun holder fokus på reduktion af egne formodninger og tolkninger for at undgå bias (ibid:267); "I constantly reminded myself to listen carefully, to not make judgements, and to keep my views, as much as possible, to myself" (ibid:268). At forskeren er opmærksom på sin egen forforståelses indflydelse på studiets resultater, højner validiteten af studiet (Lindahl & Juhl 2002:17).

(Merete)

### **3.1.3 Metode**

Dette afsnit beskæftiger sig med metoden, hvorpå studiet er opbygget. Afsnittet er ind delt i to; *Deltagerudvælgelse* og *Dataindsamling*.

#### ***Deltagerudvælgelse***

Følgende afsnit beskriver forskerens udvælgelse af deltagere til studiet og hendes begrundelser herfor.

Informanterne blev af deres hjemmefødselsjordemoder informeret om muligheden for at deltage i studiet, og de interesserede henvendte sig til forskeren (Lothian 2013:268). Dette kan skabe udvælgelsesbias, da det kan formodes, at det er særligt ressourcestærke kvinder, som melder sig til denne slags forskning. Dette svækker den interne validitet.

Udvælgelseskriteriet var, at kvinden planlagde at føde hjemme - derved mødte forskeren først kvinden, efter beslutningen om hjemmefødsel var taget (ibid). Altså repræsen-

terer deltagerne en relevant kvalitet i forhold til belysning af forskningsspørgsmålet (Lindahl & Juhl 2002:18), hvilket højner den interne validitet.

13 kvinder blev udvalgt til at deltage i studiet; 11 af kaukasisk afstamning og to af latin-amerikansk. Af disse var syv kvinder flergangsgravide, og havde henholdsvis født hjemme, på en klinik assisteret af en jordemoder og én ved sectio. De resterende seks kvinder var førstegangsggravide. Alle kvinderne var lavrisikoggravide og ved godt helbred (Lothian 2013:271). Alle kvinderne var gift eller i et fast forhold og bosiddende i en storby i det nordøstlige USA. I studiet redegøres for kvindernes uddannelsesbaggrund og beskæftigelse; alle var veluddannede og på arbejdsmarkedet indenfor et givent humanistisk felt (ibid:268-269). Den interne validitet kan svækkes, idet informanterne alle tilhører en bestemt samfundsgruppe, og herved kan der forekomme udvælgelsesbias. Muligheden for at belyse forskellige aspekter af genstandsfeltet indsnævres, hvis en gruppe har lignende kvalitative karakteristika (Lindahl & Juhl 2002:18). Forskeren gør dog opmærksom på, at hun tager højde for dette bias ved at belyse kvindernes opfattelse af dem selv som værende gennemsnitlige borgere; “usually pretty mainstream” og “not hippy dippy at all” (Lothian 2013:269). Afslutningsvis beskriver forskeren kvindernes motivation for deltagelse i studiet samt deres følelsesmæssige overvejelser forud for beslutningen om hjemmefødsel (ibid).

Overordnet er informanternes baggrund og deres relevans for studiet udførligt og overskueligt beskrevet, hvilket højner den interne validitet (Lindahl & Juhl 2002:18).

(Trine)

### ***Dataindsamling***

I følgende afsnit beskrives metoden for indsamling af data fra informanterne.

Dataindsamling foregik ud fra en kvalitativ fænomenologisk indfaldsvinkel; “to describe the lived experience of study participants, to understand the world from their point of view” (Lothian 2013:267). Forskeren interviewede alle 13 kvinder i løbet af graviditeten samt efter fødslen. Interviewene varede mellem to og tre timer, og hver kvinde blev individuelt interviewet mellem to og fire gange i eget hjem. Dette udbalancerer forskellen mellem forskeren og informant og højner herved validiteten, idet informanterne er

mere oprigtige i deres svar, når de føler sig trygge (Lindahl & Juhl 2002:19). Ligeledes højnes validiteten, idet læseren kender til omstændighederne for interviewet.

Alle interviews var dybdegående og blev båndoptagede samt transskriberede. På denne måde har forskeren mulighed for at gengive det sagte og kontrollere rådata, hvilket højner validiteten (ibid:18-19). Yderligere observerede forskeren de prænatale undersøgelser ved jordemoderen samt nogle af fødslerne. Observationerne blev grundigt nedskrevet herefter (Lothian 2013:268). Ifølge Lindahl og Juhl højnes validiteten, hvis det i studiet er beskrevet, hvorvidt der forekommer kildetriangulering. Dette er tilfældet i studiet, hvor forskeren anvender flere forskellige metoder til indsamling af empiri, idet der både observeres og interviewes. Metoden hvorpå data er indsamlet er således beskrevet fyldestgørende, hvilken sikrer validiteten af studiet.

Deltagerne blev i starten af hvert interview stillet følgende spørgsmål; “How did you decide to have a planned home birth?” (ibid). Spørgsmålet blev udfoldet af kvinderne over flere interviews. Det højner validiteten, at forskeren viser læseren sit spørgsmål (Lindahl & Juhl 2002:19).

Deltagerantallet blev fastlagt efterhånden, som datamætning blev opnået (Lothian 2013:268). At de samme temaer og mønstre fremkommer i materialet, og at datamængden samtidig er til at overskue og håndtere, højner studiets validitet (Lindahl & Juhl 2002:18).

Ved hjælp af aktiv lytning blev kvinderne opfordret til at uddybe deres udsagn under interviewene (Lothian 2013:268). Denne fortolkende måde at interviewe på sikrer validiteten af studiet (Lindahl & Juhl 2002:19). Forskeren anvender således semi-strukturerede interviews, hvilket er valgt til besvarelse af forskningsspørgsmålet. Ved denne interviewform har informanterne mulighed for at uddybe og forklare deres tanker, hvilket giver et godt indblik i deres livsverden. Dette højner den interne validitet.

(Mette)

### **3.1.4 Dataanalyse**

En del af studiets validitet afhænger af hvilke metoder, der er anvendt til dataanalysen i den kvalitative forskning, og om der er redegjort fyldestgørende for disse (ibid). I dette

studie blev alle interviews efter transskribering analyseret ud fra kvalitative teknikker ved at udvikle koder, kategorier og temaer (Lothian 2013:268) over meningsfulde ud-sagn. Forskeren interagerede med informanterne over flere måneder og brugte mange timer med hver informant. Efterfølgende blev data kondenseret og kategoriseret i over- og underkategorier (ibid:269-273). Denne form for systematisk dataanalyse er et absolut kvalitetskriterium, idet resultaterne ikke er fremkommet tilfældigt eller på baggrund af, hvad forskeren finder interessant (Lindahl & Juhl 2002:19). Den interne validitet hø-jnes, hvilket ligeledes fremstår som forskerens mål (Lothian 2013:268). I studiet beskri-ves ikke, hvorvidt der forekommer forskertrianglering. Dette svækker validiteten (Lin-dahl & Juhl 2002:19).

### **3.1.5 Resultater**

Forskeren indleder studiets resultatafsnit med tre overordnede temaer; *Setting the Stage*, *Making the Decision: A Multi-step Process* og *Being Safe*. Disse temaer er hver især inddelt i tre-fire underkategorier, hvori resultaterne bearbejdes. Kategorierne er frem-kommet gennem informanternes udtalelser om dét at træffe valget at føde hjemme og de tanker og følelser forbundet hermed. I studiet fremkommer således en relevant og klart beskrevet sammenhæng mellem kategorierne, hvilket højner den interne validitet (ibid:20). I analysen anvender forskeren teori fra lignende forskning. Teorien underbyg-ges af citater fra informanterne, hvilket højner den interne validitet. Temaerne og resul-taterne er ikke skematiseret i eksempelvis en figur, hvilket anbefales i litteraturen (ibid). Dog er studiets resultatafsnit opstillet struktureret og overskueligt for læseren. Denne sammenhæng mellem begreber og temaer samt gennemskelighed for læseren højner studiets interne validitet.

(Merete)

### **3.1.6 Diskussion og konklusion**

Diskussionen er studiets sidste afsnit, hvori resultaterne diskuteres ud fra den teoretiske referenceramme. Der inddrages lignende empiri til understøttelse af teori og analyse, hvilket ifølge Lindahl og Juhl danner grundlag for en god diskussion (ibid). Dette studie har ikke et decideret konklusionsafsnit, hvilket ligeledes beskrives som værende den mest hensigtsmæssige måde at afslutte et studie på (ibid:21). Dog ses løbende små kon-

klusioner gennem studiets diskussions- og resultat afsnit. Disse er præcise og sat i forhold til den teoretiske referenceramme.

Den interne validitet højnes, da det flere gange i diskussionen fremkommer, at tidligere undersøgelser har fundet samme resultater. Forskeren understreger, at dette studie giver en dybere forståelse af kvinders overvejelser i beslutningsprocessen omkring hjemmefødsel samt, at kvinderne vægter tryghed, sikkerhed og bevarelsen af den normale fødsel i dette valg højt (Lothian 2013:273). Ligeledes ses i diskussionsafsnittet en perspektivering til, at undersøgelsens resultater synliggør et behov for større fokus på den normale fysiologiske fødsel i den amerikanske fødselskultur. At perspektiveringen forholder sig til undersøgelsens anvendelse i praksis højner studiets validitet (Lindahl & Juhl 2002:21). Forskeren understreger, at der er behov for yderligere undersøgelser af området, hvilket ligeledes højner den interne validitet (ibid).

Den interne validitet af studiet svækkes, idet forskeren i diskussionen ikke viser en kritisk refleksion over valg af egen metode og design (ibid:20).

Det fremgår, at kvinderne i studiet fremhæver vigtigheden i en kontinuerlig kontakt til jordemoderen samtidig med, at der ytres et ønske om et bedre tilbud om hjemmefødsler i USA (Lothian 2013:273-274). Ifølge Lindahl og Juhl er studiet validt, når resultaterne kan overføres til klinisk praksis (Lindahl & Juhl 2002:21).

(Trine)

### ***Konklusion på intern validitet***

I den metodekritiske gennemgang af studiet er der fremhævet eksempler på, hvad der henholdsvis højner og svækker den interne validitet. Disse vil nu blive sammenfattet for at konkludere, om studiet kan valideres internt.

Ved rekrutteringen af deltagerne ses udvælgelsesbias, idet kvinderne selv har meldt sig til studiet, hvorved forskellighed blandt informanterne kan begrænses. I studiet beskrives det ikke, hvorvidt der forekommer forskertrianglering (ibid:19), og forskeren forholder sig i diskussionen ikke kritisk til valg af egen metode og design (ibid:20). Disse tre faktorer svækker den interne validitet.

Samtidig fandtes elementer, som højner den interne validitet. Forskeren anvender semi-strukturerede interviews, hvilket er valgt til besvarelse af forskningsspørgsmålet, da denne interviewform giver et godt indblik i informanternes livsverden. Den interne validitet højnes ligeledes, da der i studiet er anvendt en systematisk dataanalyse. Herved tydeliggøres, at resultaterne ikke er fremkommet tilfældigt eller på baggrund af, hvad forskeren finder interessant. Derudover fremgår forskerens baggrund og beskæftigelse klart, og hun er meget opmærksom på sin forforståelse. Generelt er studiets metodeafsnit udførligt beskrevet, og det fremkommer, hvordan interviewene er foregået samt varigheden af disse. Dette højner den interne validitet.

Slutteligt viser studiet, at tidligere undersøgelser indenfor området har fundet samme resultater, hvilket ligeledes bidrager til at højne studiets samlede validitet. Overordnet undersøger forskeren dét, hun har sat sig for at undersøge, og samtidig er studiet stringent og systematisk opbygget. Vi kan hermed konkludere, at studiet findes validt og brugbart i besvarelsen af projektets problemformulering.

(Mette)

### ***Konklusion på ekstern validitet***

I kvalitative studier er det en forudsætning, at forskeren har overvejet generaliserbarheden af studiet. For at anskue denne er det nødvendigt, at deltagerne er en veldefineret og velbeskrevet gruppe (ibid:21). Dette er tilfældet i studiet, hvor informanterne har en del fællestræk, eksempelvis inden for uddannelse, beskæftigelse, civilstatus, oprindelse og sociodemografiske placering.

I studiet er beskrevet et omfattende arbejde fra kvindernes side i processen med at finde en hjemmefødselsjordemoder. Her ses, at omstændighederne for valg af hjemmefødsel afviger fra andre vestlige forhold, eksempelvis danske. Denne faktor kan give bias, og der kan indenfor dette område således argumenteres for og imod generaliserbarheden af studiet. Dog kan der ligeledes argumenteres for, at selve oplevelsen af dét at træffe valget om hjemmefødsel kan være den samme for kvinder i andre vestlige samfund.

Forskeren understreger i diskussionen, at kvinder fra USA, som er et vestligt samfund, ønsker et trygt og kontinuerligt forhold til jordemoderen i deres graviditet samt ønsker grundig information og velovervejet stillingtagen til interventioner og indgreb under

fødslens. Af denne grund findes studiet og dets resultater eksternt validt og overførbart (ibid) til den danske svangreomsorg, hvor kontinuitet og tryghed er nøgleord i en positiv graviditets- og fødselsoplevelse (SST 2013:190). Ligeledes anbefales det i Danmark, at kvinderne træffer valget om fødested på et informeret grundlag (ibid:33).

Følgende afsnit vil beskæftige sig med en kort metodekritisk gennemgang af anden del af projektets valgte empiri.

(Merete)

### **3.2 Metodekritisk gennemgang af projektets andet studie:**

”First-time expectant fathers and their influence on decision making regarding choice for place of birth” af Linda Mottram 2008.

Studiet beskriver førstegangsfædres tanker angående deres indflydelse på valg af fødested ud fra en kvalitativ fænomenologisk tilgang, hvori mændenes livsverden undersøges (Mottram 2008:583). Studiet blev udarbejdet af en distriktsjordemoder i det sydvestlige England. Informanterne var fem kommende fædre, hvoraf fire planlagde hospitalsfødsel og én hjemmefødsel med deres partner (ibid:582).

#### **3.2.1 Studiets interne validitet**

Forskerens profession og baggrund for at udføre studiet fremgår tydeligt, hvilket højner den interne validitet. Data til studiet blev indsamlet via båndoptagede interviews af 30-60 minutters varighed (ibid:584). Det er derudover beskrevet, hvor interviewene fandt sted. Samlet højner dette den interne validitet (Lindahl & Juhl 2002:18-19).

Forskeren anvendte semi-strukturerede interviews sammen med en interviewguide, og svarene blev herefter kondenseret, kategoriseret og analyseret ved supervision af en vejleder. Metoden anvendt til dette er udførligt beskrevet (Mottram 2008:584). Studiet indledes med en baggrund efterfulgt af metodeafsnit, temainddelte resultater inklusiv diskussion og afslutningsvis en konklusion, hvilket viser en stringent struktur, skaber overblik for læseren og højner validiteten. Citater fra interviewene inddrages løbende i analysen, og i bearbejdningen af resultaterne er der anvendt empiri fra lignende studier til underbyggelse af disse. Den interne validitet højnes herved. Dét at forskeren forhold-

der sig kritisk til det relativt lave antal informanter (ibid:588) højner ligeledes studiets interne validitet (Lindahl & Juhl 2002:20). Det kan på baggrund af denne gennemgang konkluderes, at studiet er internt validt.

### **3.2.2 Studiets eksterne validitet**

Samlet set er informanterne en veldefineret gruppe. Dette højner generaliserbarheden og dermed den eksterne validitet af studiet (ibid:21). Forskeren afslutter studiet med at konkludere på de fundne resultater og kommer med bud på, hvordan disse kan gøres anvendelige i klinisk praksis, samt at lignende resultater er fremkommet i tidligere studier. Samtidig understreges, at der fortsat mangler forskning i fædres indflydelse på beslutningen om valg af fødested, samt hvordan sundhedsprofessionelle kan anvende denne viden i praksis. Heraf kan det ifølge Lindahl og Juhl konkluderes, at studiet er eksternt validt (ibid).

Afslutningsvis kan det ud fra ovenstående korte metodekritiske gennemgang konkluderes, at studiet er validt og brugbart til besvarelse af dette projekts problemformulering.

(Trine)

## **4.0 Teori**

Følgende afsnit redegør for projektets teoretiske fundament.

### ***4.1 Becks teori om risikosamfundet og Niklassons fortolkninger af risiko og normalitet i graviditeten***

I bogen "Risikosamfundet" fra 1997 beskriver Ulrich Beck tanker og begreber omhandlende risiko i moderne samfund. Dette bearbejdes ligeledes i et graviditetsrelateret perspektiv i Grit Niklassons bog "Graviditet og risiko" fra 2015. Som tidligere beskrevet antages det netop, at valget af hjemmefødsel indebærer forskellige risikobetonede overvejelser både for kvinden og manden.

Nutidens samfund beskrives af Beck som værende et risikosamfund. Med dette skal forstås, at risikosamfundet er et produkt af moderniseringen - industrisamfundet (Beck 1997:37), hvori der er sket en stor teknologisk og videnskabelig udvikling. Farer, som i industrisamfundet var synlige i form af arbejdsløshed og sult, er i risikosamfundet svæ-



re at synliggøre, da disse eksempelvis kommer til udtryk som skadelige stoffer i legetøj og madvarer; “Farer, som hverken er synlige eller følelige for de berørte, bliver mere og mere centrale” (ibid). Herved ses noget uvirkeligt ved risici, da disse nu bunder i forestillingen om, at noget farligt muligvis vil ske. Beck mener yderligere, at vi befinder os i en ‘antropologisk choktilstand’ - en tilstand, hvor den største udfordring er at beskytte sig selv og sine nærmeste (ibid:10). Til dette påpeger Niklasson, at risikobevindstheden kan forstærke usikkerheden hos den gravide i henhold til, hvordan hun i familiedannelsen skal leve og planlægge sit liv (Niklasson 2015:23). Beck beskriver risikobegrebet således, at farer som tidligere var forårsaget af ‘eksterne faktorer’ såsom Gud eller naturen har ændret sig, således at risici nu består i, at “de på én gang konstitueres videnskabeligt og samfundsmæssigt” (Beck 1997:254). Altså er risiko i dag et produkt af det samfund og den viden, mennesket har bestræbt sig på at udvikle til det bedre. Hvad der er tiltænkt at fungere som tryghed kan for mennesket give en oplevelse af øget frygt og mistillid. Set i forhold til dette projekt kan frygten eksempelvis være til fødslen og de valg, der er forbundet hermed – herunder valget af hjemmefødsel.

Beck introducerer ligeledes begrebet *andenhånds ikke-erfaring*. Her problematiseres, at mennesket i risikosamfundet bliver præsenteret for så mange forskellige informationer, at det kan være svært at bedømme, hvad der reelt udgør en risiko for individet - hvad der anses som værende alvorligt det ene øjeblik bagatelliseres i det næste øjeblik (ibid:96). Der opstår herved en forvirring, idet mennesket ikke oplever disse risici på egen hånd men stadig retter fokus mod alt det, der kan gå galt; “Den almene viden, som er blottet for personlige erfaringer, bliver [...] en bestemmende faktor i de personlige erfaringer” (ibid:97).

(Mette)

Ifølge Niklasson opfattes risiko forskelligt af hvert enkelt individ, og opfattelsen påvirkes af den sociale og kulturelle kontekst, som den enkelte befinder sig i (Niklasson 2015:19). Det kan her antages, at den gravide og hendes mand tænker forskelligt om en række valg forbundet med graviditet og fødsel; “faderen til barnet [...] har overordentlig stor indflydelse på den gravide kvindes verden” (ibid:21). Samtidig påpeger Niklasson, at nutidens gravide lever i et individualiseret samfund, hvor det meste er muligt (ibid:23). Beck siger ligeledes, at i det individualiserede samfund overlades individet til

sig selv og dets skæbne (Beck 1997:118). Der stilles således krav til individet om selvstændigt at træffe valg i livet.

### ***Normalitetsbegrebet***

Wackerhausen teoretiserer over, hvad der af individet anses som det normale og naturlige. Niklasson fortolker disse teorier som værende et *normalitetsbegreb* og tager afsæt i Wackerhausens tanker om ovenstående. Mennesket vil typisk søge at vælge dét, der er mest rigtigt og normalt for den enkelte. Niklasson beskriver at alt, der opfattes som normalt, hænger sammen med, hvad der er naturligt - altså som det var oprindeligt før menneskets indgriben i naturen (Niklasson 2015:41). Hvad der opleves som normalt skifter gennem tid og sted og ses som en dynamisk størrelse; "opfattelsen af, hvad der er naturligt, eksisterer kun som en forestilling og ikke som en universel sandhed" (ibid). Niklasson påpeger hermed, at hvad der for nogle mennesker er naturligt kan af andre mennesker opfattes helt anderledes, eller ikke-naturligt (ibid). Altså skal *normalitetsbegrebet* ses som noget relativt. Således eksisterer der for individer forskellige forståelser af, hvad der er normalt, og dette kan ses som værende noget kulturbestemt; "Nogle påvirkes meget af samfundets normalitetsbilleder og idealer om, hvad der er ønskeligt, [...] andre fastholder, at de selv er i stand til at tage stilling til, hvad de vil acceptere, og at det er dem selv - ikke eksperterne - der definerer, hvad der er normalt" (ibid:46).

Niklasson fremhæver derudover resultater fra et studie omhandlende forskellige opfattelser af risiko hos henholdsvis en speciallæge og en gravid kvinde. "Speciallægerne registrerede risiko som en statistisk udregning af odds og ratio, kvinderne oplevede risiko som noget usædvanligt, der var forbundet med potentiel skade eller potentielt tab" (ibid:70). Overført til dette projekt kan jordemoderen opleve stor forskel i opfattelsen af risici - parrenes, lægernes og samfundets. Det er derfor vigtigt, at jordemoderen kender til og forstår denne forskel i tænkning samt forstår at formidle fagsprog således, at emnet bliver forståeligt for den gravide og hendes partner (ibid:102-103).

Således er der redegjort for første del af projektets udvalgte teori. Følgende afsnit vil tage udgangspunkt i anden del af det teoretiske fundament for projektet.

## **4.2 Madsen, Munck og Tolstrups teorier om fædre og fødsler**

Psykologisk ser det i vort samfund umiddelbart ud til, at det generelt er kvinder, der udvikler de sider ved personligheden, som orienterer dem imod at udøve den omsorg, som det spæde barn har brug for. Mænd synes derimod generelt at udvikle andre sider af deres personlighed - sider, som oftest ikke er så stærkt udviklede hos kvinden (Madsen, Munck & Tolstrup 1999:77).

Ud fra ovenstående kan det ses, at forfatterne til bogen "Fædre og fødsler" fra 1999 beskæftiger sig med forskellige perspektiver omhandlende forskelle på kvinder og mænd. I bogen inddrages jordemødres praksisnære erfaringer og udtalelser omhandlende især mænds men også kvinders tanker og ageren i graviditeten. Det påpeges, at man "kan betragte en stor del af det, der sker i forældredannelsesprocessen, som fælles for mænd og kvinder" (ibid:63). I forlængelse af dette understreger forfatterne dog, at mandens og kvindens oplevelse af graviditeten og fødslen ikke er ens, og at forskelligheden derfor er afgørende for parret i dette forløb (ibid:89). Det belyses, at nutidens fødsler grundlæggende ses som et familiefænomen samt, at "parrene opfatter fødslen som en begivenhed, de er fælles om" (ibid:43). I forhold til dette projekt kan valget om, hvorhenne fødslen skal foregå ligeledes ses som noget parret er fælles om.

(Merete)

Forfatterne understreger vigtigheden i, at faderen indgår i alle sådanne valg - "det kan være afgørende, hvordan faderens indstilling er" (ibid:54). Hvor der indtil videre særligt har været fokus på kvindens oplevelse i graviditeten, har der været mindre fokus på manden i denne henseende. Det er påvist, at fædrene psykologisk set gennemgår et forløb - en graviditet - på lige fod med kvinden samt ligeledes har mange af de samme overvejelser om egen barndom og egne forældre (ibid:65); "De erfaringer man har med sig i livet er de kilder man har at øse af i sit forældreskab" (ibid:66). Det anses ifølge forfatterne som nødvendigt for jordemoderen at opnå en forståelse for kvindens og mandens tanker, følelser og oplevelser i graviditeten, da disse kan være forskellige og derfor skal imødekommes på forskellig vis (ibid:82).

Forfatterne fremhæver, at der altid på givne områder vil være individuelle forskelle mellem mænd, men at der dog ofte kan ses en stereotyp grundmodel for mænds socialisering (ibid). Denne model dannes i den tidlige barndom på baggrund af en splittelse fra det kvindelige køn - moderen (ibid:81). Her opstår ifølge forfatterne en manglende

modning, idet man kan forestille sig, at drengen bliver bevidst om, at han fysisk - i kønnet - ligner sin far og derfor søger at efterligne ham. Resultatet af dette er en øget handlingsorientering hos mænd, hvilket også kommer til udtryk i vanskeligheder ved at udtrykke sig sprogligt om følelsesmæssige aspekter i tilværelsen, eksempelvis i parforholdet (ibid:82) - samt tanker forbundet med graviditeten og fødslen. I tråd med dette kommer forfatterne med forslag til og tanker omkring, hvordan fædres tilgang til mange af livets problemstillinger, heriblandt fødsler, kan forstås. Der ses et udpræget behov for at handle og gøre noget konkret, få viden og lære noget - fødslen vil ofte blive set som et stykke arbejde, der skal gøres (ibid:106-107). Som eksempel inddrages en jordemoders udtalelse om, at fædrene udviser stor interesse i CTG-apparatet, som netop må siges at være et konkret og håndgribeligt element i mange fødsler; "fænomenet kan [...] tolkes som den måde stærke følelser af kærlighed, bekymring, ansvarsfølelse og tilknytning kommer til udtryk hos en 'instrumentelt' orienteret person" (ibid:107).

Således er der nu redegjort for projektets teoretiske fundament, og dette er sat i en jordemoderfaglig kontekst. Samlet danner dette grundlag for det videre arbejde med empirien i analyseafsnittet.

(Trine)

## **5.0 Analyse**

Følgende afsnit beskæftiger sig med en analyse af projektets empiri op imod det teoretiske fundament. Afsnittet er inddelt i tre overordnede afsnit svarende til de tre spørgsmål i projektets problemformulering. Første spørgsmål vil tage udgangspunkt i en komparativ analyse af projektets to udvalgte studier. Disse fund vil herefter ligge til grund for besvarelsen af andet spørgsmål, hvori empirien analyseres op imod projektets teoretiske fundament. Afslutningsvist sættes empiri og teori i en jordemoderfaglig kontekst for at besvare tredje spørgsmål af projektets problemformulering. Idet analysen er temainddelt er der ikke konsekvens i rækkefølgen af henholdsvis kvindernes og mændenes udsagn. Disse behandles således i vilkårlig rækkefølge.

### **5.1 Hvilke overvejelser ligger bag kvinder og mænds valg af hjemmefødsel?**

På baggrund af analysen af studierne er tre kategorier fremkommet; *Risiko og dét at undgå interventioner, Normalitet og påvirkning fra omverdenen* samt *Øvrige overvejel-*

ser i valget af hjemmefødsel, som i det følgende vil blive brugt som overskrifter. Der tages således udgangspunkt i både det engelske og det amerikanske studie.

### **5.1.1 Risiko og dét at undgå interventioner**

Et centralt tema i begge studier var overvejelserne omkring risiko i forbindelse med hjemmefødsel hos både kvinder og mænd. I det engelske studie ses, at for mændene der fravalgte hjemmefødsel handlede de risikobetonede overvejelser om frygten for, at noget ville gå galt; "I couldn't imagine if anything was to go horribly wrong afterwards sitting there and thinking, well why didn't I have everything on hand" (Mottram 2008:586). Hos disse mænd ses en følelse af ansvar for at minimere risikoen for komplikationer. En kommende far udtrykte sig således; "if there's even a small risk you don't do it" (ibid). En anden mand bekymrede sig om, at hans partner skulle føde "with no medical resources on hand" (ibid). Den mand som sammen med sin partner valgte hjemmefødsel havde i starten af kvindens graviditet de samme overvejelser som de mænd, der fravalgte hjemmefødsel. Efter at have modtaget grundig information om omstændighederne ved at føde hjemme fremgår det, at han var tryk ved beslutningen samt følte tillid til jordemoderen (ibid:587). Han udtalte følgende; "if there's any chance of anything going wrong they will say, OK I think we need to go to the hospital, so having heard that, it makes us more comfortable" (ibid). Dette læner sig opad kvindernes opfattelse af, at jordemoderen var kompetent til at håndtere eventuelle komplikationer under hjemmefødslen; "If she says we need to go to the hospital I will trust her completely" (Lothian 2013:273).

(Mette)

I det amerikanske studie fremhæves det, at kvinderne - og i særdeleshed deres mænd - alle var bevidste om en mulig risiko for komplikationer (ibid:271). Det var således vigtigt for dem, at jordemoderen var erfaren, og at en eventuel overflytning var mulig. Risikoen for mulige komplikationer under fødslen blev af kvinderne dog overskygget af frygten for at føde på hospitalet. Det ses, at kvindernes tanker om risiko generelt blev rettet imod de interventioner, de selv og barnet kunne blive udsat for på hospitalet - medicinsk smertelindring, oxytocin som vestimulerende, instrumentel forløsning, sectio samt eventuel adskillelse af mor og barn (ibid:272). Kvinderne var således mere bekymrede for at føde på et hospital end hjemme; "I was horrified of the idea of being in a

hospital” (ibid:270) og “The risk factors are just less at home” (ibid:272). Der kan således argumenteres for, at der overordnet ses en forskel i, hvordan mænd og kvinder tænker om risiko forbundet med fødsler. Kvinderne opfattede risiko som værende knyttet til medicinske interventioner (ibid), og mændene opfattede risiko som noget, der kan opstå når medicinske ressourcer ikke er umiddelbart tilgængelige (Mottram 2008:586).

(Merete)

I forlængelse af risiko var tryghed og sikkerhed ligeledes vigtige elementer for kvinderne i det amerikanske studie. Kvinderne fandt en sikkerhed i, at jordemoderen var kompetent og i stand til at handle ved eventuelle komplikationer (Lothian 2013:271). Det fremgår, at kvindernes bekymringer rettede sig mod problemer under fødslen såsom at føde prætermt eller ikke at være i stand til at håndtere smerterne (ibid). Desuden havde en af kvindernes bekendte mistet et barn under sin hjemmefødsel (ibid), og det var for kvinden derfor essentielt, at jordemoderen havde erfaring og rutine i tilfælde af behov for overflytning (ibid). Et lignende tema ses i det engelske studie, hvori en mand giver udtryk for at blive påvirket af skræmmebilleder fra eksempelvis bekendtes beretninger og læsning på internettet (Mottram 2008:586-587) men ligeledes fra medierne, hvori fødsler ofte fremstilles som værende en meget risikofyldt begivenhed; “you look at them and you think, oh my God how can you have a baby without almost dying - you know, either you or the baby” (ibid:586). Dertil havde mange af kvinderne i det amerikanske studie set dokumentarfilmen *The Business of Being Born*, hvori sikkerheden i at føde hjemme frem for på hospitalet fremhæves (Lothian 2013:267, 270-271). Der kan således argumenteres for, at både bekendte og mediernes fremstilling af fødsler har indflydelse på mænds og kvinders opfattelse af risiko og dermed har betydning for deres valg af hjemmefødsel.

(Trine)

### **5.1.2 Normalitet og påvirkning fra omverdenen**

Udover overvejelser omkring risiko og sikkerhed forbundet med valg af hjemmefødsel ses et gennemgående tema i form af tanker om, hvad der opleves som værende normalt og naturligt for den enkelte, samt hvordan dette påvirkes af omgivelserne. Kvinderne i det amerikanske studie udtrykte troen på, at “Pregnancy is not an illness” (Lothian 2013:269). Det fremkommer, at kvinderne alle voksede op med mødre, som havde født naturligt - to af mødrene havde tilmed født i hjemmet (ibid). Kvinderne havde ligeledes

andre familiemedlemmer eller bekendte, som havde født hjemme (ibid:271). Således ses, at kvinderne så fødslen og dét at føde hjemme som værende noget helt normalt; "My body was created to give birth" (ibid:269). Et lignende aspekt er ikke fremhævet hos mændene i det engelske studie.

Et tema i det amerikanske studie omhandler, at kvinderne fravalgte hospitalsfødsel på grund af negative oplevelser med deres obstetrikere. Kvinderne udtrykte, at den generelle holdning hos obstetrikere var et øget fokus på at opfange eventuel patologi; "Every time I set foot in the doctor's office I worried about something being wrong" (ibid) samt en upersonlig kontakt i graviditeten; "The last visit she came in and sat at the desk and looked at the computer and she had her back to me" (ibid:270). Generelt efterlyste kvinderne fokus på det naturlige og personlige i svangreomsorgen.

(Mette)

En mand i det engelske studie så ligeledes fødslen som værende noget naturligt; "we've decided that we would like as natural a birth as possible" (Motttram 2008:584). Det ses, at dette par ønskede en naturlig fødsel, men af jordemoderen blev frarådet at føde hjemme, idet de ventede deres første barn (ibid). Et gennemgående tema i begge studier er således, at jordemoderen eller obstetrikere havde en indflydelse på mændenes og kvindernes overvejelser.

Fælles for begge studierne var derudover, at informanternes omgangskreds havde indflydelse på overvejelserne om at føde hjemme samt et fokus på samfundets normalitetsideal. Til sidstnævnte udtrykte mændene i det engelske studie; "it wasn't the norm and it wasn't what would normally happen for a first time pregnancy" (ibid:587). Samme tema om normer i samfundet udfoldes i det amerikanske studie (Lothian 2013:272).

I det engelske studie fortæller en mand om et vennepars reaktion på deres beslutning om at føde hjemme; "we said we were going to have a home birth to them and their jaws almost dropped" (Motttram 2008:587). Dertil fremhæves lignende negative reaktioner fra eksempelvis forældre; "She had been subjected to jokes from her parents regarding how she was 'out there'" (ibid). Dette skabte en ubehagelig følelse af at være en dårlig mor. Samme tema udtrykkes i det amerikanske studie, hvor kvinderne beskyttede sig selv mod omverdenens reaktioner ved at holde beslutningen om hjemmefødsel for dem selv; "We don't tell anyone who will give us a hard time about our decision" (Lothian

2013:272). Det ses altså i begge studier, at omverdenen har en væsentlig indvirkning på individets ageren og beslutningstagen således også i forbindelse med valg af hjemmefødsel.

(Merete)

### **5.1.3 Øvrige overvejelser i valget af hjemmefødsel**

I begge studier ses andre overvejelser i valget af hjemmefødsel; kendthed, at føle sig tryk i hjemmet, mændenes følelse af indflydelse på valget og følelsen af eksklusion, samt information om hjemmefødsler.

Det ses, at kvinderne i det amerikanske studie særligt efterlyste en følelse af kendthed og tryghed i graviditeten; "I want to know my midwife well enough to trust her" (ibid:270). Dette understøttes af en af kvindernes mænd; "It's easy to be vulnerable at home. To express concerns. To talk [...] With someone you know and who knows you" (ibid:273). Dette kommer ligeledes til udtryk i det engelske studie hos manden, som sammen med sin partner valgte hjemmefødsel (Mottram 2008:587). Således kan der argumenteres for, at det for mænd og kvinder er essentielt at have et trygt og kontinuerligt forhold til den samme jordemoder, når beslutningen om hjemmefødsel skal træffes.

Kvinderne så derudover frem til en fødsel i hjemmet, da dette blev forbundet med frihed, trygge rammer og opretholdelse af privatliv; "I can do what I want. I'm in charge at home" (Lothian 2013:273). Dette tema fremkommer kun i det amerikanske studie, hvorfor der her kan ses en forskel i mænds og kvinders overvejelser.

(Trine)

Derimod fremkom hos mændene i det engelske studie et fokus på at blive involveret i graviditeten; "I think from the medical profession's point of view I'm still on the periphery" (Mottram 2008:585). Heri ses en følelse af at være ekskluderet i jordemoderkonsultationen og ligefrem at føle sig uønsket (ibid). I studiet ses, at en del af mændene ikke havde mulighed for at deltage i konsultationerne, da disse foregik i dagtimerne (ibid). På trods af dette følte mændene, at de havde indflydelse på valget af fødested; "I definitely felt I did have an influence... but it wasn't based on any great information, it was based on prejudices" (ibid:587). Inklusion, information og mangel på samme er altså gennemgående temaer i begge studier. Dette vil blive udfoldet senere i analysen med henblik på besvarelse af sidste spørgsmål i projektets problemformulering.



Således er forskelle og ligheder i mænds og kvinders overvejelser forbundet med valg af hjemmefødsel analyseret. Resultaterne vil i det følgende blive analyseret op imod de udvalgte teorier med henblik på besvarelse af problemformuleringens andet spørgsmål;

(Mette)

## **5.2 Hvorfor er disse overvejelser forskellige?**

Som det fremgår af ovenstående analyse, er tanker om risiko og normalitet forskellige mellem de to køn. Mændene ser primært risiko som noget, der kan opstå, når medicinske ressourcer ikke er umiddelbart tilgængelige, og kvindernes risikoopfattelse omhandler overvejende at blive udsat for medicinske interventioner. Risikotænkning kan med fordel knyttes til Ulrich Becks teorier om risikosamfundet samt Grit Niklassons fortolkninger af disse. Ligeledes vil Niklassons fortolkning af Wackerhausens normalitetsbegreb knyttes til fundene.

### **5.2.1 Mænd og kvinders forskellige opfattelse af risiko og normalitet**

Ovenstående forskel kan ud fra Becks teorier om risici bunde i forskellige måder at opfatte "det ukendte" på - at noget farligt muligvis vil ske (Beck 1997:37). Mændene, som fravalgte hjemmefødsel, var fokuserede på, at noget muligvis kunne gå galt, hvorimod kvinderne, der alle valgte hjemmefødsel, var bevidste om en mulig risiko under fødslen men ikke lod denne influere på deres valg; "life involves risk that we try to reduce, but can never eliminate entirely" (Lothian 2013:272). Det fremgår af det engelske studie, at informanterne havde et behov for at beskytte deres partnere (Mottram 2008:586). Mændene rettede således opmærksomheden på dette i graviditeten; "Hvordan kan jeg beskytte mig selv og mine nærmeste?" (Beck 1997:10). Forskeren understreger; "Some participants voiced concerns regarding risk and their feeling of responsibility to limit this if possible" (Mottram 2008:586). Der kan således argumenteres for, at mændene følte et ansvar for at beskytte deres partner, og dermed påvirkes de mere af frygten for, at noget kan gå galt - således er risiko centralt hos dem i en anden form, end den er hos kvinderne. Dette kan ses som et eksempel på en *andenhånds ikke-erfaring* (Beck 1997:96), idet mændene ikke reelt oplevede risici men stadig lod disse influere på deres valg af fødested. Denne beskyttertrang over for partneren fremgår ikke hos kvinderne i det amerikanske studie, hvorfor der her kan ses en forskel i tankegang hos mænd og kvinder.

(Merete)

Modsat mændene havde kvinderne fokus på at holde fødslen risikofri ved at undgå indgreb og teknologiske interventioner. Dét at videnskaben spiller så central en rolle i samfundets strukturer i dag forpligter individet til at tage stilling - både til givne risici, samt til hvordan disse elimineres (ibid:254). Niklasson problematiserer, at nutidens mange teknologiske muligheder kan have en negativ indflydelse i graviditeten; "Samtidig kan følelsen af at miste kontrol være så meget mere angstprovokerende" (Niklasson 2015:23). I det amerikanske studie ses, at kvinderne følte dét at blive udsat for interventioner på hospitalet som værende lig med at miste kontrol; "I don't feel safe here [...] I'm not in control" (Lothian 2013:270). Manden som med sin partner valgte hjemmefødsel gav udtryk for en følelse af kontrol og sikkerhed ved en jordemoders omsorg (Mottram 2008:587), og en af kvindernes mænd udtrykte; "Our midwife has all the emergency equipment" (Lothian 2013:271).

Mændene i det engelske studie som fravalgte hjemmefødsel oplevede derimod en følelse af kontrol ved at overlade ansvaret til hospitalet og dets personale; "I want to go somewhere [...] with the more people around us that know what to do if something goes wrong" (Mottram 2008:586). Disse mænd følte sig ikke velinformerede i graviditetsforløbet (ibid:584). Af empirien fremgår således, at information kan have en afgørende betydning i forhold til forskelligheder i overvejelserne om at føde hjemme; "We've been given lots of information [...], that's why we're still going with the home birth" (ibid:587). Dette aspekt vil blive udfoldet senere i analysen.

Ud fra ovenstående fremgår altså, at måden risiko opfattes på kan have en betydning for de overvejelser, man gør sig i valget af hjemmefødsel. Niklasson siger netop, at "risiko opfattes forskelligt [...] af hvert enkelt individ, afhængigt af den sociale og kulturelle kontekst, individet er en del af" (Niklasson 2015:19).

(Trine)

I forlængelse heraf opfattes dét, der er normalt ligeledes forskelligt fra individ til individ. Niklasson understreger i den forbindelse, at fænomener der for nogle mennesker anses som naturlige af andre mennesker kan opfattes som anderledes og unaturlige (ibid:41). Dette fremgår ligeledes af det amerikanske studie; "A friend told me I must be so brave to have a home birth. I told her it's going to the hospital that requires brave-

ry” (Lothian 2013:272). Ud fra dette ses, at det naturlige for denne kvinde er at føde hjemme - væk fra hospitalet. I det engelske studie ses at de mænd, der ikke ønskede hjemmefødsel opfattede dét, at fødslen foregik på et hospital som værende “the norm” (Mottram 2008:587). Der kan således argumenteres for, at mændene er påvirket af samfundets normalitetsidealer, hvor det mest normale er at føde på et hospital - selvom de fleste anser fødsler som noget naturligt (Niklasson 2015:41). Som tidligere nævnt fremgår det ikke direkte af det engelske studie, hvorvidt mændene forbandt fødsler med det naturlige. Derimod så en af informanterne en hjemmefødsel som værende nærmest “for” naturlig; “people saying, oh I had a home birth and you think, oh you hippie!!” (Mottram 2008:587). Her ses en forskel i den måde normalitet opfattes af det enkelte individ. Kvinderne opfatter det normale og naturlige, som det skal forstås i ordenes oprindelige forstand - altså at fødslen foregår spontant og uden brug af medicinske indgreb (Lothian 2013:269). Mændene opfatter derimod ikke det normale og naturlige som noget bestræbelsesværdigt men nærmere som tenderende til det flippede. Niklasson siger netop, at individer påvirkes af ydre omstændigheder i forskellig grad (Niklasson 2015:46). I det engelske studie fremgår det i forlængelse heraf, at mændene alle blev påvirket af jordemoderens subjektive holdning til det normale samt dét at føde hjemme (Mottram 2008:588).

Det ses derudover, at graden af information om den normale fødsel, som mændene modtog igennem graviditetsforløbet, var meget lav (ibid) - med undtagelse af den mand som sammen med sin partner valgte hjemmefødsel (ibid:587). Informationen påvirkede deres overvejelser. Dette aspekt vil blive udfoldet i besvarelsen af problemformuleringens sidste spørgsmål.

(Mette)

### **5.2.2 Forskelle og ligheder i et kønsperspektiv**

Ud fra ovenstående analyse ses forslag til, hvorfor der hos mænd og kvinder kan findes forskelle og ligheder, som kan have en betydning i valget af hjemmefødsel. Disse sættes i følgende afsnit i et kønspsykologisk perspektiv.

Der ses i samfundet en tendens til, at kvinder og mænd udvikler forskellige kønsdefinerede sider af personligheden (Madsen, Munck & Tolstrup 1999:77). Kvinder er typisk mere omsorgsudøvende (ibid:77, 80), hvor mænd er mere handlingsorienterede

(ibid:106). Eksempler fra empirien understøtter dette, hvor en kvinde udtrykte; “I feel safe and protected at home” (Lothian 2013:273). Samtidig fandt en af de amerikanske mænd en håndgribelig tryghed ved beslutningen om hjemmefødsel; “We have a backup plan” (ibid). Her kan grundmodellen for den måde, mænd socialiseres på, inddrages (Madsen, Munck og Tolstrup 1999:81). Ud fra denne kan en årsag til, at drenge og piger får forskellige relationelle erfaringer og dermed forskellige forhold til forældreskab være, at de i den tidlige barndom identificerer sig med deres forælder af samme køn (ibid:80). Dette kan ses ud fra empirien, hvori kvinderne lagde stor vægt på at tale om følelser, forberede sig psykisk og at skabe tillid til jordemoderen. Mændene havde derimod et større fokus på, hvad der kunne gå galt, og med hvilke metoder risici kunne elimineres. Manden og kvinden præges altså på forskellig vis - i barndommen men også gennem den sociale og kulturelle kontekst, de lever i (Niklasson 2015:19). Dette kommer til udtryk i forskellige oplevelser af graviditeten - disse er altså ikke ens (Madsen, Munck & Tolstrup 1999:89; Niklasson 2015:46). Der kan således argumenteres for, at mænds og kvinders overvejelser i forbindelse med valget af hjemmefødsel ej heller vil være ens. Dette ses ligeledes ud fra ovenstående analyseafsnit.

(Merete)

I litteraturen fremgår dog, at mændene ikke kun er handlingsorienterede men også har mange forskellige følelser forbundet med graviditeten; “den overgangsfase faderskabet i det hele taget befinder sig i [...] gør ham sårbar” (Madsen, Munck & Tolstrup 1999:149). Manden oplever graviditeten på lige fod med kvinden (ibid:65) men vil ofte have svært ved at udtrykke sig følelsesmæssigt (ibid:82). Det ses dog ud fra empirien, at mændene i begge studier udtrykte følelser og bekymringer i henhold til deres partner og deres ufødte barn - en særlig trang til at beskytte deres partner blotlagdes gennem samtaler med forskerne (Lothian 2013:271; Mottram 2008:586-587). Ud fra litteraturen fremgår netop, at “Rollen som støtte og beskytter er [...] tæt forbundet med manden som partner for kvinden” (Madsen, Munck & Tolstrup 1999:89). Hertil påpeges, at mændene konkretiserer dette følelsesmæssige aspekt ved at påtage sig opgaver; “De ser det som deres opgave at sikre, at det som kvinden vil, bliver formidlet til og efterkommet af personalet” (ibid:102). Det kan således være essentielt, at parret ses som værende fælles om graviditeten men stadig behandles som to forskellige individer - en mand og en

kvinde - som skal have et barn sammen; "Der bliver født et barn og i selvsamme øjeblik er der også skabt to forældre" (ibid:46).

Således er årsager til forskelle og ligheder i mænds og kvinders overvejelser forbundet med valg af hjemmefødsel analyseret op imod projektets udvalgte teori. I studierne fremtræder hos både mænd og kvinder en mangel på tilgængelig information om hjemmefødsel samt en tydelig påvirkning fra omverdenen - heriblandt fra fagpersoner. Resultaterne fra ovenstående analyse vil i det følgende blive sat i en jordemoderfaglig kontekst med henblik på besvarelse af problemformuleringens sidste spørgsmål;

(Trine)

### **5.3 Hvordan kan jordemoderen målrette informationen om hjemmefødsel, således at både manden og kvinden kan træffe beslutningen på et informeret grundlag?**

Følgende afsnit beskæftiger sig med, hvorledes informationen til de kommende forældre kan tilpasses og målrettes det enkelte individ - kvinden såvel som manden. Der tages udgangspunkt i teorier om *fædre og fødsler* og suppleres med *tanker om jordemoderen og den gravide* af Grit Niklasson. Afsnittet er inddelt i tre; *Fagpersoners rolle, Information og Fødselsforberedelse*.

#### **5.3.1 Fagpersoners rolle**

Af det engelske studie fremgår, at mændene, der sammen med deres partner fravalgte at føde hjemme, oplevede, at jordemoderen omtalte hjemmefødsel negativt (Mottram 2008:584). En jordemoder frarådede det direkte, da kvinden var førstegangsgavid - dette på trods af parrets eksplicite ønske om en så naturlig fødsel som muligt (ibid). Parret fravalgte således hjemmefødsel på trods af, at jordemoderen vejledte dem på et ukorrekt grundlag (ibid). Der ses en form for modsat tendens i det amerikanske studie, hvor kvinderne oplevede en stor fokusering på medikalisering i mødet med fagpersonale. En obstetiker udtalte eksempelvis; "You'd have novocaine for a root canal wouldn't you?" (Lothian 2013:269). På baggrund af lignende oplevelser valgte samtlige kvinder i studiet at opsøge en privat jordemoder med henblik på at føde hjemme, idet de fandt den naturlige tilgang til fødsler appellerende; "We've been programmed to be fearful and scared, but I say bring it on. Since when do I have to be afraid of pain?" (ibid)

(Mette)

Der kan altså ses en vigtighed i, at fagpersoner holder informationen neutral og saglig idet “den tillid, de gravide møder de professionelle med, forpligter disse til at leve op til tilliden og sikre sig, at de gravide får fyldestgørende information og vejledning om valg, de skal træffe i forbindelse med graviditeten” (Niklasson 2015:99). Med viden fra tidligere analyseafsnit kan der argumenteres for, at dette ligeledes gælder for den gravides partner. I forlængelse af dette problematiserer Niklasson fagpersoners individuelle opfattelse af forskellige emner i graviditeten samt inddragelsen af subjektive holdninger og et værdiladet ordvalg i dialogen med den gravide og hendes partner (ibid:70, 102). Ud fra ovenstående eksempler ses netop, at hjemmefødsel blandt andet til- og fravalgtes på baggrund af den information, parrene modtog og måden, hvorpå denne blev overleveret.

Det fremgår af det engelske studie, at jordemoderen i nogle tilfælde helt undlod at tale med parret om muligheden for hjemmefødsel (Mottram 2008:584). Mændene oplevede, at jordemoderen havde dårlig tid til at komme ind på emnet (ibid:585). Af studiet fremkom, at årsagen til, at jordemoderen undlod at tale om emnet, ligeledes kunne være ’protective gatekeeping’ - at jordemoderen var nervøs for, hvordan lægerne i klinikken ville reagere, hvis hun fremlagde muligheden for hjemmefødsel for parrene (ibid). Forskeren understreger denne problematik som værende meget compromitterende set i forhold til jordemoderens ansvar for at informere fyldestgørende og evidensbaseret (ibid). Der kan således argumenteres for, at idet fagprofessionelle undlader at informere om hjemmefødsel mindskes muligheden for, at kvinden og manden kan træffe en beslutning på et informeret grundlag.

(Merete)

### **5.3.2 Information**

Det fremkommer således af empirien at mængden af information og måden, hvorpå den rettes til den gravide og hendes partner har en væsentlig betydning i valget af hjemmefødsel. Dertil kommer, at mængden og kvaliteten af informationen opleves forskelligt i de respektive studier.

Det ses i det amerikanske studie, at kvindernes mænd ofte deltog i samtalerne med jordemoderen, samt at der var afsat god tid til samtalerne (Lothian 2013:268). Disse par havde alle valgt hjemmefødsel. I det engelske studie fremgår derimod, at mændene ofte ikke deltog i jordemoderkonsultationerne (Mottram 2008:585). Her valgte kun én mand hjemmefødsel sammen med sin partner - dette par havde fået fyldestgørende information i graviditeten (ibid:587). Ud fra dette kan siges, at et centralt emne i valget af hjemmefødsel er selve inddragelsen af faderen i graviditetsforløbet. Dette understøttes i litteraturen, hvor vigtigheden i at der “tales med og til faderen, og at der [...] tages emner op, som også eksplicit vedrører ham som far og partner og støtteperson ved fødslen” (Madsen, Munck & Tolstrup 1999:148) understreges. I det engelske studie følte en del af mændene sig ikke velkomne i konsultationen, og de havde samtidig svært ved at få fri fra arbejde til at deltage (Mottram 2008:585). Derudover beskrives, at mændene oplevede, at jordemoderen havde dårlig tid til at informere; “she sat down and explained sort of briefly things, not too much detail, what it was that was on offer” (ibid:584). Informationen blev leveret i komprimeret form, uden mulighed for dialog med parret (ibid).

(Trine)

Dette kan ses som modstridende i forhold til teorien, hvori det af en jordemoder pointeres, at “Hvis man tog sig tid og tog det som et punkt ved konsultationen - hvis man nu prioriterede meget at tale med fædre, så tror jeg der ville være flere mænd der ville være med [...] med større lyst” (Madsen, Munck & Tolstrup 1999:129). Afsættes mere tid til inklusion af mændene samt målrettes informationen til både dem og deres gravide partnere, vil lysten til at deltage og tage stilling til de forskellige valg i graviditeten højnes (Mottram 2008:588). Ligeledes kan viden om mænds og kvinders forskellige socialisering og udviklingstendenser ses nyttige i denne forbindelse (Madsen, Munck & Tolstrup 1999:80-82). Ud fra disse kan der med fordel opstilles forskellige tilgange til, hvordan informationen målrettes til henholdsvis kvinder og mænd; således, at information til kvinderne eksempelvis rettes mod de mere følelses- og omsorgsmæssige, psykologiske aspekter (ibid:80-81) af graviditeten, hvorimod der til mændene overleveres information på en håndgribelig, handlingsorienteret, (ibid:81) “inclusive, men-focused way” (Mottram 2008:582). Dette vil blive udfoldet i projektets diskussionsafsnit.

(Mette)

I det amerikanske studie udtrykkes, at kvinderne oplevede en meget stor tilfredshed med den information, de fik af jordemoderen; “She answered our questions in language we could understand, very straightforward” (Lothian 2013:271). Til dette kommer, at alle kvinderne på eget initiativ opsøgte information om hjemmefødsel og fødsler generelt gennem bøger, internetsider, dokumentarfilm og erfaringer fra andre, der havde født hjemme (ibid:270-271). En kvinde udtalte; “I feel more prepared for birthing than I ever felt for anything” (ibid:270). I det engelske studie udtalte enkelte mænd, at de selvstændigt opsøgte information om hjemmefødsel, samt at de følte sig velinformerede herom (Mottram 2008:585-586). Der ses altså på nogle områder en overensstemmelse mellem informanternes udsagn i empirien og det teoretiske udgangspunkt, hvori det fastslås, at nutidens mænd er fædre “der kommer af egen lyst, som er velforberedte, og som har udnyttet mange af de tilbud, sundhedsvæsenet stiller til rådighed - primært for kvinderne” (Madsen, Munck & Tolstrup 1999:98).

(Merete)

### **5.3.3 Fødselsforberedelse**

Ud fra ovenstående afsnit ses, at kvinderne i det amerikanske studie generelt var mere opsøgende end mændene i det engelske studie. Samtidig påpeges det af litteraturen, at de informationstilbud der findes i sundhedsvæsenet primært retter sig imod kvinder (ibid).

I det engelske studie ses, at samtlige mænd havde fået direkte tilbud om fødselsforberedelse, men at flere mænd ikke deltog i denne og ej heller i konsultationerne. Dette medførte, at mændene modtog andenhåndsinformation fra deres partner; “I haven’t had anything directly to me” og “I’ve not actually received anything” (Mottram 2008:584). Herved følte de sig uinformerede. Dertil kom, at jordemødre og undervisere i nogle tilfælde ikke kom ind på emnet hjemmefødsel under konsultation og fødselsforberedelse (ibid:587). Manden, som med sin partner valgte hjemmefødsel, udtalte derimod; “The home birth stuff, the information the NCT gave out every week was brilliant” (ibid). Altså ses en sammenhæng mellem, at mænd der deltager i fødselsforberedelse og føler sig velinformerede forud for fødslen vil være mere tilbøjelige til at vælge hjemmefødsel (ibid).



(Trine)

I litteraturen efterspørger en jordemoder netop et øget fokus på inddragelse af mændene i denne sammenhæng; “Det skulle være rene mandekurser, mænd snakker ikke på samme måde, hvis der er kvinder med, det skal også være mænd der underviste, så de kan snakke helt frit fra leveren” (Madsen, Munck & Tolstrup 1999:143). En mand i det engelske studie havde deltaget i og viste stor tilfredshed med fødselsforberedelsen - han følte sig inkluderet og set; “there is definitely two of you being considered all the time” (Mottram 2008:585). Dette er i overensstemmelse med teorien, hvori det understreges som værende essentielt, “at faderen oplever sig som velkommen og som en så vigtig og nødvendig person, som familien selv opfatter ham” (Madsen, Munck & Tolstrup 1999:147). Dertil skal nævnes, at kvinderne i det amerikanske studie selv opsøgte fødselsforberedelse, hvor der var mulighed for at møde andre kvinder, der havde født hjemme (Lothian 2013:271). Kvinderne oplevede derudover de fødselsforberedende samtaler, de havde med deres jordemoder som værende positive (ibid). Således kan det ud fra empirien ses, at fødselsforberedelse for både mænd og kvinder kan være et vigtigt element i dét at vælge hjemmefødsel på et informeret grundlag. I det engelske studie understreges det afslutningsvist, at mænd kan have en betydelig indflydelse på kvinders valg gennem graviditeten trods et hos mange mangelfuldt informationsgrundlag - således også i forhold til valget af hjemmefødsel (Mottram 2008:588-589). Således kan jordemoderen med fordel anvende denne viden til at inkludere manden på lige fod med den gravide kvinde, således at beslutningen om hjemmefødsel for begge køn tages på et informeret grundlag.

(Mette)

Ovenstående analyse belyser, hvordan jordemoderen kan informere parret i forbindelse med valg af hjemmefødsel. Dertil understreges vigtigheden i, at parrene modtager korrekt, saglig og neutral information i den rigtige mængde og samtidig målrettet de forskellige køn. Afslutningsvist ses, hvordan inkluderende og grundig fødselsforberedelse ligeledes kan være et redskab til at få denne information formidlet på en relevant og tilgængelig måde.

Følgende diskussionsafsnit vil tage udgangspunkt i projektets analyse.

## 6.0 Diskussion

Med udgangspunkt i pointer der er fremkommet af projektets analyse vil aspekter af betydning for valget af hjemmefødsel i følgende afsnit diskuteres og sættes i en jordemoderfaglig og lovmæssig kontekst.

Som fremkommet af projektets analyse er information eller mangel på samme betydningsfuld i forhold til valget af hjemmefødsel; “many of these men were basing their views upon such little knowledge” (ibid:589). Det kan her være interessant at diskutere den indflydelse, manden har på sin gravide partner i valget af hjemmefødsel. Det fremgår i projektets indledning, at 10-15% af danske kvinder overvejer at føde hjemme men påvirkes af blandt andre deres mænd til at skifte mening. Dette understøttes i empirien, hvor det fremgår, at manden har en indflydelse på kvindens beslutning (Lothian 2013:271; Mottram 2008:587-588). Ifølge teorien ses netop, at faderens indstilling kan have en afgørende betydning for kvindens valg (Madsen, Munck & Tolstrup 1999:54). Hvis denne indstilling er farvet af gisninger, personlige holdninger og skræmmende historier fra medier, internet eller omgangskreds - kan det da tænkes, at manden har taget stilling på forhånd? I tråd hermed kan man stille spørgsmålet; Kan vi som jordemødre forvente, at gravide kvinder og deres partnere med det informationsgrundlag, der bliver givet dem i den danske svangreomsorg, kan træffe den beslutning, der er rigtig for dem?

(Merete)

Det er vores pligt som jordemødre med respekt for det enkelte menneske at sørge for, at parret har valgfrihed, let adgang til information og selvbestemmelse (Sundhedsloven 2008), når der træffes beslutninger i graviditeten. Dette understøttes af Sundhedsstyrelsen (SST 2013:11). Ud fra analysen findes det interessant, at de mænd der havde en stor viden om forholdene og omstændighederne omkring en hjemmefødsel havde større tendens til at vælge dette sammen med deres partner. Kunne man forestille sig, at en øget viden om hjemmefødsler og fødsler generelt ville få flere danske par til at vælge at føde hjemme? Ser man på danske forhold, er den typiske tidsramme for en jordemoderkonsultation omkring 15-20 minutter, og der er ofte blot afsat lidt længere tid til kvindens første konsultation. På denne korte tid skal jordemoderen nå at formidle en lang række mundtligt og skriftligt information samt foretage de fysiske undersøgelser, der er påkrævet (ibid:48-57).

Det er hertil vores oplevelse, at kvinderne ofte møder op i konsultationerne alene, samt at undervisningen til fødselsforberedelse ofte er rettet særligt mod kvinden. Dette understøttes ligeledes i litteraturen, hvori det fremgår, at mændene ikke følte, at det var relevant for dem at deltage, idet undervisningen ikke inkluderede dem tilstrækkeligt (Madsen, Munck & Tolstrup 1999:117). I empirien fremgår det dertil i nogle tilfælde, at tilbuddet om at føde hjemme ikke på noget tidspunkt blev fremlagt hverken til fødselsforberedelsen eller i konsultationen (Mottram 2008:588). Altså kan det tænkes, at der ikke altid er de optimale rammer for, at både kvinden og manden får en fyldestgørende information om tilbud og muligheder i graviditeten. Man kan forestille sig, at den sparsomme tid kan være en årsag hertil. Det er vores erfaring, at tidsfaktoren netop danner rammer for, hvad der prioriteres, uddybes og undlades at informere om i konsultationen. Det ses i empirien, at netop dette ligeledes havde indflydelse på et pars beslutning om at fravælge hjemmefødsel; "The issue surrounding time constraints had quite an impact upon the couple" (ibid:585). Tidspreset bliver således et problem, idet jordemoderen ikke har mulighed for til fulde at overholde sit virksomhedsområde ved at lade parret få valgfrihed. Samtidig kan det, at jordemoderen på grund af tidspres nedprioriterer at uddybe information om hjemmefødsel, medføre, at parret tilegner sig information andetsteds fra, hvorved beslutningen baseres på et ufagligt grundlag.

(Trine)

I forlængelse af tidligere overvejelser er det relevant at forholde sig til, hvordan manden på bedre vis inddrages i graviditeten og de valg, der er forbundet hermed. Af empirien fremgår flere forskellige grunde til, at mændene udebliver fra konsultationen - de kan ikke få fri fra arbejde, og når de deltager, føler de sig som gæster, idet omdrejningspunktet for konsultationen ofte er kvinden og hendes behov. Altså føler mændene sig ofte ekskluderede (ibid). Ifølge litteraturen fremgår det, at der hele vejen igennem graviditeten bør fokuseres både på mandens og kvindens samlede ressourcer, idet de fleste beslutninger i hele forløbet tages af forældrene sammen (Madsen, Munck & Tolstrup 1999:54). Det er i denne forbindelse interessant, hvorvidt det har betydning, at langt de fleste jordemødre er kvinder; "de generelle forskelle mellem kønnene [...] udspiller sig i kontakten mellem fædre og kvindelige jordemødre" (ibid:130). Kan det tænkes, at der idet vi selv - jordemødrene - er kvinder kan opstå en naturlig kønsrelateret identifikation med den gravide kvinde, og at vi derfor ubevidst ekskluderer manden? Det er en selv-

følge, at der skal tages dette særlige hensyn til kvinden, da det er hende, der både fysisk og psykisk gennemgår graviditeten. Derimod må manden siges at have en mere udenforstående rolle i denne proces. En jordemoder understreger dette i litteraturen og påpeger, at mænd netop er tilbageholdende og ikke siger det samme til kvinder som til andre mænd (ibid:143). Derfor kan det tænkes, at selve kønsforskellen kan skabe en barriere i forhold til, om mændene føler sig tilstrækkeligt inkluderede i graviditeten. Sundhedsstyrelsen påpeger netop, at der i svangreomsorgen er behov for at udvikle tilbud, der tager højde for mænds særlige behov herunder forståelse for mænds kommunikationsmåde (SST 2013:193). Man kan forestille sig et gunstigt element i, at flere mænd varetog jordemoderfaglige opgaver såsom fødselsforberedelse for netop at skabe et øget fokus på mændene i forløbet; "Der er ting kvinder kun siger når de er alene, måske det samme gælder for mænd" (Madsen, Munck & Tolstrup 1999:143). En mulig konsekvens af flere mænd indenfor jordemoderfaget kan dog tænkes at være, at de gravide kvinder ville holde sig mere tilbage - og dermed kan det tænkes, at der ville opstå en omvendt problematik.

(Mette)

Det øgede behov for information og oplysning om hjemmefødsler kan ligeledes overføres til den fagprofessionelle. Hos denne opstår tankerne om risiko på lige fod som hos lægmand - de gravide kvinder og deres partnere. Ud fra litteraturen ses det, at risiko netop opfattes forskelligt fra individ til individ (Niklasson 2015:60). Dette må siges ligeledes at gælde for praktiserende læger, obstetrikere og jordemødre;

risikobegrebet [er] for hvert enkelt individ en forskellig størrelse. Trods dette ses der alligevel nogle mønstre for opfattelser af, hvad risiko er, samt hvordan det forstås, mønstre, som for sundhedsprofessionelle og for mennesker uden medicinsk indsigt er forskellige" (ibid).

I empirien ses eksempler på, at nogle jordemødre og læger, der varetog svangreomsorgen, havde en negativ opfattelse af dét at føde hjemme, hvorfor de vejledte parrene på et subjektivt, ikke-evidensbaseret grundlag. Hvis alle læger og jordemødre var opdaterede omkring og anerkendte evidensen bag hjemmefødsler - at det ikke er mere risikofyldt at føde hjemme for en ukompliceret gravid - ville måden de informerer på så ændres? Eller overskygger de personlige holdninger i mange tilfælde anbefalingerne, retningslinjerne og evidensen?

Vi ved, at alle mennesker har en forforståelse om et givent fænomen. I tråd med ovenstående kan det tænkes, at denne forforståelse ikke konsekvent holdes udenfor, når der informeres og vejledes i lægens eller jordemoderens konsultation. Man kan forestille sig, at hvis jordemoderen ud fra egne erfaringer, personlige holdninger eller overbevisninger har dannet sig en forforståelse af hjemmefødsel som værende risikofyldt, har hun muligvis en større tendens til at vejlede parret herefter. Der er dermed sandsynlighed for, at denne forforståelse bliver inddraget i en information, der optimalt set burde være evidensbaseret (SST 2013:16). Altså er det vigtigt at være sin forforståelse bevidst, når man som jordemoder informerer parret - uanset hvilken kontekst der er tale om. Det er i tråd med dette ej heller uvæsentligt, hvordan jordemoderen eller lægen formulerer sig, idet selve spørgsmålet om, hvorvidt parret ønsker hjemmefødsel, kan formuleres på forskellige måder. Sætningen; "Ud fra hvad du fortæller mig, du ønsker i din fødsel, lyder det som om, du kunne overveje en planlagt hjemmefødsel" (Lothian 2013:271) kan med fordel anvendes frem for følgende spørgsmål, vi ofte har hørt i praksis; "Du har ikke overvejet at føde hjemme, vel?" Der ses altså stor forskel på, hvorvidt spørgsmålet er åbent eller lukket, neutralt, imødekommende, risikobetonet - eller helt udeladt. Jordemoderen bør altså vejlede på et objektivt og evidensbaseret grundlag samt på en neutral måde - men vi kan samtidig se ud fra empirien og vores egne praktiske erfaringer, at dette ikke altid er tilfældet.

(Merete)

Det fremgår af litteraturen, at der bør informeres ud fra anbefalinger, der retter sig imod aktuel forskning (Niklasson 2015:103). Samtidig har jordemoderen "pligt til at holde sin uddannelse ved lige, følge udviklingen indenfor jordemoderfaget og gøre sig fortrolig med ny viden af betydning for erhvervsudøvelsen" (VEJ nr. 151 af 08/08/2001). Dette indgår ligeledes i de Ethiske Retningslinjer for Jordemødre (Jordemoderforeningen 2010). Vi ved, at forskning er en dynamisk størrelse, der hele tiden opdateres og ændres; "anbefalingerne er under konstant forandring, [...] det svækker troværdigheden" (Niklasson 2015:103). Vi kender til dette fra konsultationen; en kvinde informeres på et givent tidspunkt i sin graviditet omkring tilbuddet om igangsættelse i gestationsalder 41+3. Senere i graviditeten er anbefalingerne lavet om, så kvinden nu informeres om og tilbydes igangsættelse i gestationsalder 41+5. Her kan man forestille sig, at jordemoderens troværdighed svækkes, samt at det kan være svært for kvinden at navigere i den

omskiftelige information. Dét, at jordemoderen skal ændre sin forklaring, kan ligeledes tænkes at være vanskeligt, idet hun fagligt skal argumentere for og være tro mod en videnskab, der konstant er i forandring.

Det kan altså diskuteres, om fagpersoner ligeledes bliver påvirkede af de skiftende anbefalinger og de reviderede studier, der ligger til grund herfor. Beck siger netop, at den videnskabelige og teknologiske udvikling bliver modsigelsesfuld, idet der opstår et dilemma mellem de risici som videnskaben selv opstiller, og hvordan offentligheden - menneskene i samfundet - modtager denne; "Videnskaben bliver hhv. en medvirkende årsag til, et redskab til at definere, samt et middel til at afhjælpe risici - hvorved den skaber nye markeder for videnskabeliggørelse" (Beck 1997:254). Man kan forestille sig, at det for mennesket - fagpersonen - bliver for uoverskueligt at skulle forholde sig til denne konstant skiftende viden, samt at denne på baggrund heraf tillader sine egne erfaringer, sin egen forforståelse at fylde for meget i måden vedkommende informerer på. Dette må siges at være problematisk set i forhold til jordemoderens pligt til at overholde sit virksomhedsområde over for den gravide kvinde og hendes partner. Samtidig påvirkes disse på samme vis; "når videnskaben og fagfolkene ikke er enige, hvad skal man så som lægperson tro?" (Niklasson 2015:103).

(Trine)

Igennem projektet er der fremkommet forskellige tematikker og overvejelser, der kan forklare, hvorfor mænd og kvinder til- eller fravælger hjemmefødsel. Et gennemgående og afgørende element er den information parrene modtager. Idet jordemoderen målretter sin information til parret, vil flere kommende forældre have mulighed for at træffe det valg, der er det rette for dem. Herved kan det håbes, at der på sigt dannes grundlag for en mere inkluderende tilgang i den danske svangreomsorg, hvor både kvinder og mænd mødes med den rette forståelse, samt at dette vil føre til flere gode graviditets- og fødselsoplevelser - på hospitaler såvel som i hjemmene;

Tanken om hjemmefødsel tiltalte mig fra begyndelsen, fordi jeg ikke kunne se nogen grund til, at Nanna ikke skulle kunne føde helt normalt [...] Der er mange ting ved vores hjemmefødsler, jeg kunne fremhæve som gode og dejlige, [...] Men det vigtigste er bare det at være hjemme. Fødslerne er en del af vores hjem og familiens historie. (Brofeldt et al. 2003:144)

## **6.1 Kritisk refleksion over eget projekt**

I følgende afsnit reflekteres over den anvendte metode i projektet samt, hvordan besvarelsen af projektets problemformulering kunne være grebet anderledes an. Til projektets er valgt en kvalitativ tilgang, hvilket var relevant og brugbart i forhold til besvarelse af projektets problemformulering. Den udvalgte teori og empiri supplerede hinanden godt på mange områder og muliggjorde besvarelsen af problemformuleringen på fordelagtig vis. De udvalgte studier blev vurderet valide og har været anvendelige til besvarelsen.

Dog kunne en højere grad af overførbare til danske forhold have været fordelagtig særligt i det amerikanske studie, da der i USA ikke foreligger noget offentligt tilgængeligt tilbud om fødsel i hjemmet samt jordemoderhjælp herunder (Lothian 2013:266-267). Der ses tilmed i USA en stor modstand over for hjemmefødsler (ibid:267). Ligeledes ses i det engelske studie en anderledes opbygning af hjemmefødselsordningen, hvor kun én hjemmefødsel ad gangen er tilladt indenfor et givent geografisk område grundet lav bemanning blandt jordemødrene (Mottram 2008:586). Et studie med forhold i højere grad lig danske ville have været optimalt i besvarelsen af projektets problemformulering, da det kan tænkes, at der her ville fremkomme andre svar, som lettere kunne overføres til den danske svangreomsorg. Dette var dog ikke muligt, idet der kun forefandt få studier inden for projektets specifikke område.

Yderligere kunne det have været interessant at generere egen empiri og herved opnå en dybere forståelse af danske kvinder og mænds tanker omkring det at føde hjemme. Dette blev dog fravalgt grundet projektets begrænsede omfang og tidsrum.

(Mette)

I projektet er anvendt et teoretisk fundament, der på nogle områder kan ses som forældet i forhold til, at bogen "Fædre og fødsler" (1999) primært omhandler fædrenes indtog på de danske fødestuer. Dog var det ikke muligt at finde nyere litteratur omhandlende de psykologiske aspekter af faderens tanker, følelser og behov i relation til graviditet, fødsel og barsel. Dette findes tankevækkende, idet emnet netop må siges at være relevant i nutidens svangreomsorg, hvor det er en realitet, at langt de fleste fædre deltager i graviditeten og under fødslen (SST 2013:9).

Der kunne med fordel være anvendt en kommunikationsteori til besvarelse af projektets tredje spørgsmål om, hvordan jordemoderen på bedste vis kan målrette informationen til

både kvinder og mænd. Ved anvendelse af en sådan teori ville det være muligt at udvikle håndgribelige redskaber til, hvordan jordemoderen kan varetage samtaler om valg af fødested, så disse bliver tilpasset det enkelte individ. Dette kunne passende kombineres med et yderligere fokus på kønsforskelle. Teorien om *fædre og fødsler* har været anvendelig til besvarelsen af projektets problemformulering, idet forskelle og ligheder mellem mænd og kvinder er blevet belyst, og mulige forklaringer på disse er udfoldet. Der har dertil ikke tidligere været et stort fokus på mændenes overvejelser i forhold til valg af hjemmefødsel.

Sammenfattende vurderes det, at valget af metode samt anvendt empiri og teori har været brugbar til besvarelsen af projektets problemformulering, som vil fremgå af følgende konklusion.

## **7.0 Konklusion**

På baggrund af ovenstående analyse og diskussion kan det konkluderes, at de overvejelser, der ligger bag kvinder og mænds valg af hjemmefødsel, er komplekse og opleves på forskellig vis.

Gennemgående overvejelser for både kvinder og mænd omhandlede risiko, normalitet, samt mediernes og omverdenens fremstilling af hjemmefødsler og fødsler generelt. Disse kom dog til udtryk på forskellig vis. Kvindernes overvejelser omkring risiko omhandlede frygten for at blive udsat for medicinske interventioner. Kvinderne så fødslen som en naturlig proces, som de var skabt til at håndtere i eget hjem uden brug af hospitalets faciliteter. Mændenes overvejelser omkring risiko omhandlede frygten for, at en farlig situation kunne opstå, når medicinske ressourcer ikke umiddelbart var tilgængelige. Mændene blev påvirket af samfundets normalitetsidealer, hvor det normale er, at fødsler foregår på hospitalet. Nogle mænd så hjemmefødsler som noget "for" naturligt - noget flippet. Den private omgangskreds samt fagprofessionelles holdninger havde ligeledes en indflydelse på overvejelserne om at føde hjemme hos både kvinder og mænd. I begge studier ses yderligere overvejelser omkring kendthed og tryghed, dét at føle sig tryk i hjemmet samt information om hjemmefødsler, eller mangel på samme.



Overvejelserne var i nogle tilfælde kønsrelaterede, idet kvinder og mænd socialiseres forskelligt i deres opvækst og danner forskellige relationelle erfaringer – således har den sociale kontekst en betydning i kvindernes og mændenes overvejelser. Det fremkom, at kvinder primært er følelsesorienterede, og mænd generelt er handlingsorienterede. Kvinderne i studiet var trygge ved at føde hjemme, da de anså fødsler som noget normalt og naturligt. De følte sig derfor i kontrol i hjemmet. Mændene i studiet havde en stor ansvarsfølelse overfor deres partner og så hjemmefødsler som noget risikofyldt. De følte sig derfor i kontrol på hospitalet. Kvinderne og mændene modtog og opsøgte forskellig information om hjemmefødsler, hvilket påvirkede deres overvejelser. Mændene havde generelt en begrænset viden om hjemmefødsler.

Det kan konkluderes, at jordemoderen skal rette fokus på både kvinden og manden, idet begge parter skal kunne træffe beslutningen om hjemmefødsel på et informeret grundlag. Det ses dertil, at fagprofessionelle har en stor betydning for kvinder og mænds valg af hjemmefødsel. Det er derfor vigtigt, at jordemoderen er sin forforståelse bevidst, således at hun holder informationen neutral, saglig og evidensbaseret. Jordemoderen kan med fordel være opmærksom på kønsforskelle og målrette sin information derefter. Til kvinder kan der rettes fokus på de mere følelses- og omsorgsmæssige, psykologiske aspekter af graviditeten, og til mændene kan information overleveres på en håndgribelig, handlingsorienteret og inkluderende måde. Konsultationens varighed kan spille en afgørende rolle for, om der bliver informeret grundigt nok. Det kan slutteligt konkluderes, at der ses en mangel på tilbud rettet mod mænd, da partneren har en stor indflydelse på den gravide kvinde og dermed på parrets valg af hjemmefødsel.

## 8.0 Perspektivering

Ud fra konklusionen ses, at der er et behov for øget inklusion af de gravide kvinders mænd i den danske svangreomsorg. Det er vores kliniske erfaring, at mændene deltager i fødselsforberedelsen, men at det ofte er kvinden, der er mest aktiv og spørgende. Ud fra dette kan der ses en fordel i at skabe fora forbeholdt mænd, eksempelvis *Fædreforberedelse - Kun for mænd*, hvor undervisningen eventuelt varetages af en mandlig underviser i samarbejde med en jordemoder. Undervisningen skulle tilrettelægges med viden om mænds tanker om risici, og der skulle ligeledes indgå information om og om-

stændighederne for de respektive fødesteder. Undervisningen skulle omhandle både følelsesmæssige men primært praktiske emner, såsom hvordan fødslen fysiologisk fungerer, hvad faderens rolle kan være under denne samt praktiske forberedelser til graviditet, fødsel og barsel. Således skulle undervisningen primært være handlingsorienteret og dermed målrettet mænd.

Derudover kunne det være relevant at ændre den skriftligt udleverede information, således at partneren ikke blot bydes velkommen til at deltage, men at det fremgår tydeligt, at partneren forventes at deltage. Dertil kunne svangrejournalen udarbejdes anderledes, således at jordemødre og læger ved kvindens første konsultation ikke overser, at parret skal adspørges, hvorvidt de har overvejet hjemmefødsel. God information forudsætter ligeledes, at jordemoderen ved, hvad en hjemmefødsel indebærer. Hvis ikke hun har oplevet og deltaget i en hjemmefødsel, har hun sværere ved at informere herom, idet hun mangler en praktisk erfaring at relatere til. En mulighed kunne være, at det indgik i EU-kravene for jordemoderuddannelsen, at alle jordemoderstuderende skulle have deltaget i minimum én hjemmefødsel i løbet af deres studietid. Således ville hjemmefødsler potentielt afmystificeres, idet der ville skabes grundlag for en bedre forståelse af omstændighederne ved hjemmefødsler både for fagpersoner og de kommende forældre.

Man kunne forestille sig, at antallet af hjemmefødsler ville stige på baggrund heraf, og et eventuelt fremtidsscenario kunne således være;

*Klokken blinker 23:16 på jordemoderens smartphone, og hun kaster et blik på GPS'en for at sikre sig, at hun er på rette vej ud til den fødsel, hun skal forestå i nat. Det er tredje gang, hun er kaldt ud til hjemmefødsel i denne uge. Hun har været forbi hospitalet efter den tunge hjemmefødselskuffert samt nødudstyret med ilt og sug. Bag i bilen ligger en bærbar computer til journaloptag. Bilen svinger ind ad den flisebelagte indkørsel, og jordemoderen parkerer foran det gule murstenshus. Duften af sommernat fylder hendes næsebor. I entréen bydes hun velkommen af den vordende far, der spændt viser sin ve-app frem og fortæller, at der nu kun er to minutter imellem veerne. Han har derfor gjort det lejede fødekar klar. Inde fra soveværelset høres tydelige lyde fra kvinden, der puster med på vetoppen. Jordemoderen smiler. Hun har en stærk fornemmelse af, at inden solen står op, er parret blevet forældre for første gang.*

## 9.0 Litteraturliste

- **Aarhus Universitets hjemmeside**, u.å. Institut for Kultur og Samfund. Tilgængelig på: (<http://pure.au.dk/portal/da/filsw@cas.au.dk>). Aflæst: [120415]
- **Baby.dk**. 2010. Brugeren "DK" 10/06/2010. "Manden nervøs for hjemmefødsel?" Tilgængelig på: <http://www.baby.dk/debat/52288pi1/hjemmefoedsel/manden-nervoes-for-hjemmefoedsel.aspx>. Aflæst: [260315]
- **Beck, U.** 1997. *Risikosamfundet - På vej mod en ny modernitet*, Hans Reitzels forlag, København, side 10, 37, 96, 97, 118, 254
- **Birkler, J.** 2007. *Videnskabsteori - En grundbog*. Munksgaard Danmark, København, side 93, 95, 98, 102, 103, 105, 108
- **Brofeldt, K. A., Dalland, S. M., Petræus, M., Roldgaard, S. og Solow, N.** 2003. *Bogen om hjemmefødsel*. Lindhardt og Ringhof, København, side 7, 11, 20, 38, 144
- **Christiaens, W., De Vries, R. og Nieuwenhuijze, M. J.** 2013. "Trends in the medicalisation of childbirth in Flanders and the Netherlands". *Midwifery*, side e1-e8
- **Christiansen, A. og Sørensen, M.P.** 2006, *Ulrich Beck - Risikosamfundet og det andet moderne*, Aarhus Universitetsforlag, omslag
- **De Jonge, A., Manniën, J., Mesman, J. A. J. M., Van Dillen, J., Van Roosmalen, J., Zwart, J. J.** 2013. "Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study". *BMJ*, side 1-10
- **Facebook**, Lilian Bondo 24/03/15, Facebookgruppe "Hjemmefødsel". Tilgængelig på: <https://www.facebook.com/groups/486197718158178/>. Aflæst: [270315]
- **Ingversen, K.** 2008. "Flere hjemmefødsler giver færre indgreb". *Tidsskrift for Jordemødre*, Årgang 2008, nr. 7
- **Jordemoderforeningen**. 2010. *Etiske Retningslinjer for Jordemødre*. Tilgængelig på: [http://www.jordemoderforeningen.dk/fileadmin/Fag\\_Forskning/Etiske\\_retningslinjer/Etiske\\_Retningslinjer\\_2010.pdf](http://www.jordemoderforeningen.dk/fileadmin/Fag_Forskning/Etiske_retningslinjer/Etiske_Retningslinjer_2010.pdf). Aflæst: [060515]
- **Juhl, M. og Lindahl, C. B.** 2002. Vurdering af kvalitative artikler. *Nyt om Forskning*, nr. 1, side 17-21
- **Lothian, J. A.** 2013. "Being Safe: Making the Decision to have a planned home birth in the United States". *The Journal of Clinical Ethics*, Årgang 24, nr. 3, side 266-275

- **Madi, B. C. og Crow, R.** 2003. "A qualitative study of information about available options for childbirth venue and pregnant women's preference for a place of delivery". *Midwifery*, Årgang 19, side 328-336
- **Madsen, S. A., Munck, H. og Tolstrup, M.** 1999. *Fædre og fødsler*. Frydenlund, omslag og side 43, 46, 54, 63, 65, 66, 77, 80, 81, 82, 89, 102, 106, 107, 117, 129, 130, 143, 147, 148, 149
- **Malterud, K.** 2011. *Kvalitative Metoder i Medisinsk Forskning - en indføring*. Universitetsforlaget, 3. udgave, side 27, 45
- **Mottram, L.** 2008. "First-time expectant fathers and their influence on decision making regarding choice for place of birth". *Midwifery Digest*, Årgang 18, nr. 4, side 582-589
- **Niklasson, G.** 2015. *Graviditet og risiko - Kvinders oplevelse af tilbud, valg og krav*. Samfundslitteratur, omslag og side 11, 19, 21, 23, 41, 46, 60, 70, 99, 102, 103
- **Olsen, O.** 2013. "Fagligt indstik: Hjemmefødsel - ny evidens". *Tidsskrift for Jordemødre*, Årgang 2013, Nr. 1
- **Palsøe, L. L., Roswal, S. W., og Veilgaard, R. P.** 2010. "Hjemmefødsler er både bedre og billigere". *Tidsskrift for Jordemødre*, årgang 2010, nr. 9
- **Sundhedsloven.** 2008. LBK nr. 95 af 07/02/2008 Historisk, § 2.
- **Sundhedsstyrelsen (SST).** 2013. *Anbefalinger for Svangreomsorgen*, Komiteen for Sundhedsoplysning, 2. udgave, 1. oplag, Center for Forebyggelse, København S., side 9, 11, 16, 18, 33, 48-57, 187, 188, 190, 193, 204
- **Ulrich Beck Online.** 2007. Tilgængelig på: <http://www.ulrichbeck.net-build.net/>. Aflæst: [110415]
- **VEJ nr. 151 af 08/08/2001.** *Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv.*, stk. 2.5 "Hjemmefødsler".

## 10.0 Bilagsfortegnelse

### Bilag 1:

s. 1-10

Lothian, J. A. 2013. "Being Safe: Making the Decision to have a planned home birth in the United States". *The Journal of Clinical Ethics*, Årgang 24, nr. 3, side 266-275

### Bilag 2:

s. 11-18

Mottram, L. 2008. "First-time expectant fathers and their influence on decision making regarding choice for place of birth". *Midwifery Digest*, Årgang 18, nr. 4, side 582-589

### Bilag 3:

s. 19-24

Søgeprotokol