

Mellom frihet og sikkerhet – fødselshjelpens unike dilemma

Michael 2025; 22: 212–218.

doi: 10.56175/Michael.12616

Those who would give up essential Liberty, to purchase a little temporary Safety, deserve neither Liberty nor Safety. Benjamin Franklin (1706–1790) (1)

Noen kvinner planlegger å føde hjemme uten fagpersonell til stede, slik det var vanlig for tre hundre år siden. Dette løftes nå frem som et folkehelseproblem. Hvilke årsaker kan ligge bak disse valgene?

Selv en helt normal fødsel inneholder de samme skremmende ingrediensene som vi ellers forbinder med akutte medisinske situasjoner: smerte, blod, skrik og angst. Selv om dette er måten vi mennesker forplanter oss på (og det er tross alt blitt åtte milliarder av oss), virker det som om denne prosessen nå er mer skremmende enn noensinne. Dette til tross for at en fødsel hverken er traume eller sykdom, *men en normal, fysiologisk prosess*.

Skremmende for hvem, kan man kanskje spørre. Helt siden tidenes morgen har fødselsprosessen tilsynelatende vekket en uimotståelig trang til å gripe inn, foreta seg noe, gjøre et eller annet – selv om det ofte har vært usikkert hvordan, når eller hva som faktisk burde gjøres. Så lenge denne virketrangen kun resulterte i folkløstiltak som bønner til jomfru Maria, å kaste stål over vuggen eller å løse alle knuter i den fødendes nærhet, var den i stor grad harmløs. Men i løpet av 1700-tallet begynte jordmødre og leger å gå over denne grensen, både ved bruk av farmaka og instrumenter.

Jordmor under Kongens øye

Allerede i starten av vår moderne tid forsøkte myndighetene å gripe inn mot tendensen til å blande seg inn i fødselsprosessen. Staten – på den tiden nærmest ensbetydende med Kongen – ønsket å la naturen gå sin gang.

I kirkeritualet fra 1685 beordret hans Majestet jordmødrene om at: «I skal intet andet bruge enten til Moderen eller Barnet, end Bønnen» (2). Man merker seg at den samme forordning samtidig truet med skarpe sanksjoner, hvis det tross alt skulle gå galt: «at hvis I enten af forsømmelse, uagtsomhed, drukkenskap, eller også på grund af en grov medfart tilføje nogen af dem nogen skade, da er I mordere, og Gud vil kræve det uskyldige blod af jeres hænder» (2).

Slik begynte den lange tradisjonen med offentlig styring av fødselshjelpen i Norge. Du skal følge den statlige instruksen, men hvis det likevel skulle gå galt, kan du ikke dekke deg bak at instruksen er fulgt.

I en forordning fra 1714 ble dette ytterligere innskjerpet. Jordmødrene «maae ei heller give Nogen udi Fødselen drivende Medicamenter» (3). I dette tilfellet tenkte man i hovedsak på ergotamin – man visste ikke om noe annet virksomt stoff som kunne få fødselen til å gå fortere.

Det var ikke mangel på forsøk. Helt fra de tidligste tider finnes det dokumentasjon fra hele Europa på at jordmødrene forsøkte det meste for å få fødselen til å gå fortere. De hadde betalt per fødsel, og jo før de kunne innkassere fra fødsel nr. 1, jo før kunne de gå videre til nr. 2. De fødende ble tvunget til å løpe opp og ned trapper, amniotomi ble utført så fort man kunne komme til, og aktiv trykking ble påbegynt lenge før mormunnen var utslettet (4).

Fødslene foregikk fortsatt hjemme hos folk, og på landsbygda var det som oftest ingen utdannet jordmor. I stedet var det legkvinner, nærkoner og hjelpekoner, som selv hadde født barn – og som derfor ble ansett å ha en viss innsikt i det de drev med. Disse kvinnene bodde som oftest i nabolaget, og de fødende kjente dem fra før. Dermed oppstod et personlig til-litsforhold, og ryktene gikk om hvem som var dyktig og hvem som var behagelig å ha med på fødselen. Det var slett ikke alltid de samme personene (5).

I 1810 kom et nytt reglement for jordmortjenesten. Både i byen og på landet ble jordmødrene satt på fast lønn, 50 daler i byen og 20 daler på landet per fødsel (6). Men samtidig beholdt man en viss innsatsstyrt finansiering: Jordmoren fikk mellom én og fire ort per fødsel, beløpet var avhengig av barnefarens sosiale forhold. Kvinner som sto fullstendig på bar bakke, understøttet av fattigvesenet, skulle derimot hjelpes uten vederlag. Bestemmelsen om at jordmoren ikke skulle gripe inn i fødselen med medisiner, ble fjernet.

I 1818 ble Fødselsstiftelsen i Christiania opprettet, primært som et tilbud til fattige kvinner som ikke hadde noe annet sted å føde. Prisen de måtte betale for denne offentlige omsorgen, var å bli brukt som prøvekluter og

øvelsesobjekter av medisinstudenter og jordmorelever; noe som var helt nytt i Norge. Før dette var alle våre leger og jordmødre utdannet i København eller i andre land. I begynnelsen hadde ikke Fødselstiftelsen noen høy prestisje blant kvinnene. Av de 47 barna som ble født der i 1823, var hele 40 «uægte», og ni av disse barna forlot institusjonen i kiste. Hundre år senere var fødselstallet steget til 1379.

Retningslinjer og veiledere

I 2023 ble det født 51 980 barn i Norge. De aller fleste ble født på sykehus, men mellom 100–200 fødsler fant sted i hjemmet, assistert av jordmor. I 2024 var det 20 barn som ble planlagt født hjemme, uten helsepersonell til stede.

Den kongelige forordning av 1810 er nå erstattet av Helsedirektoratets *retningslinjer*, Norsk gynekologisk forenings *veileder* og Helsetilsynets *tilsynsmeldinger*. Selv om ingen av disse dokumentene formelt sett har den samme ruvende autoritet som en forordning fra en eneveldig konge av Guds nåde, er det slett ikke langt unna. Det kan vel alle som en gang har vært utsatt for vurdering fra Helsetilsynet, kunne skrive under på.

For den uinformerte kan det virke paradoksalt at samfunnet plukker ut de antatt klokeste unge hodene, spanderer en seksårig medisinsk utdanning og ytterligere flere år med spesialisering i fødselshjelp og kvinnesykdommer, for så å tvinge dem til å følge prosedyrer slavisk, til punkt og prikke. Prosedyrer har den store fordel at mottageren slipper å tenke. Ulempen er at mottageren heller ikke behøver å tenke. Da jeg begynte som lege for en drøy mannsalder siden, hadde myndighetene tillit til at jeg gjorde mitt beste for pasientene ut fra min eksamen og de kunnskapene jeg hadde tilegnet meg i løpet av et seksårig studium og halvannet års turnustjeneste. I løpet av mitt yrkesaktive liv har jeg sett prosedyrer og veiledende dokumenter komme litt etter litt – først i form av uforpliktende gode råd, skrevet av erfarne leger med god innflytelse. Etter hvert ble denne innflytelsen erstattet av makt. Mange klinikere opplevde at det som het *veileder*, i praksis var et *direktiv*. Prosedyrene var heller ikke alltid begrunnet i det som ble hetende evidensbasert medisin, men av og til i tradisjoner og overleveringer som ingen lenger våget å stille spørsmål ved, eller teste ut på en vitenskapelig måte.

Et eksempel: Da jeg begynte på en fødeavdeling i midten av 1980-årene, fikk over 80 % av de fødende utført episiotomi. Da jeg spurte hvorfor det var så mange, var svaret at det var retningslinjene som var slik. Det var bare to grupper kvinner som skulle klippes i mellomkjøttet – de førstegangs-fødende og de som tidligere hadde fått utført episiotomi.

For aktiv fødselshjelp

Moderne sykehusjordmødre er nå på fastlønn – de er ikke akkordarbeidere slik deres forgjengere på 1800-tallet var. Det samme gjelder gynekologene. Imidlertid er tidspresset rundt fødsler minst like sterkt, blant annet fordi innsatsstyrt finansiering har dukket opp igjen etter mange års fravær. Nå skal det raskt ryddes plass til neste pasient med rier, så hvorfor ikke trykke på gasspedalen, gjøre amniotomi og henge opp et oxytocin-drypp? Og i det øyeblikket et oxytocin-drypp er etablert, forsvinner følger selvsagt også fosterovervåkingen. Mor får en nål i armen, og fosteret får en skrue i skallen. Med oxytocin-dryppet følger mer smertefulle rier, og epiduralbedøvelse blir en naturlig følge. Vi får tross alt betalt per prosedyre, uansett hvor unødvendig den måtte fortone seg. De som betaler – i siste instans Stortinget som bevilgende myndighet – har jo svært begrenset innsikt i det som skjer på norske sykehus.

En undersøkelse fra Tønsberg viste at halvparten av alle friske fødende fikk oxytocin-drypp for å få fødselen til å gå raskere (7). I 2024 ble 30 % av fødsler i Norge kunstig igangsatt, mens 15 % av dem endte opp i et keisersnitt, ifølge Folkehelseinstituttets statistikk (8).

Fra mitt ståsted som obstetiker er det vanskelig å se at alle disse intervensjonene er godt, vitenskapelig dokumentert. Fødsel i norske sykehus er ikke lenger en normal fysiologisk prosess, men betraktes som en av naturens store feilgrep som jordmødre og gynekologer må rydde opp i, ved å intervenere der de kan. Mange av inngrepene har sikkert et vitenskapelig grunnlag, men flere intervensjoner er også begrunnet i andre forhold – som utålmodighet, enten hos den fødende, hos fødselshjelperen eller fra sykehusets ledelse. Ikke så helt få intervensjoner er begrunnet i angst, og ikke så helt få er nedfelt i et diktat fra veiledere og prosedyrer.

Det er vanskelig å nekte for at det foregår mye overbehandling innen norsk fødselshjelp. Enkelte kvinner foretrekker derfor å føde hjemme med hjelp av en jordmor.

Tidspresset på en vanlig norsk fødeavdeling er en annen faktor som kan gjøre at noen ønsker å føde hjemme. En enkelt jordmor kan godt ende opp med å ha ansvar for flere fødsler samtidig. Av den grunn vil hun måtte stole mer på mekanisk overvåking av fødslene der hun flytter seg fra fødestue til fødestue. Dette er en billig løsning for samfunnet, men billigst er ikke alltid best. En maskin som registrerer fosterlyd og rier, mangler et par vesentlige egenskaper som en tilstedeværende, stabil jordmor kan bidra med.

Ønske om hjemmefødsel

Valg av hjemmefødsel er i utgangspunktet i overensstemmelse med myndighetenes syn på pasientautonomi: Kvinnen er et voksent menneske, og har full råderett over sin egen kropp. Imidlertid har ikke Helsetilsynet et helt avklart syn på jordmorens rolle i dette – eksemplifisert i setningen «for eksempel kan jordmødre velge å inngå avtale om hjemmefødsel i strid med anbefalingene, ut fra en tanke om at det er bedre enn om kvinnen velger å føde hjemme uten bistand» (9). En tanke som etisk sett er – i alle fall for meg – helt selvsagt. Man forlater ikke en kvinne i barnsnød, selv om hun ikke vil følge Helsedirektoratets skriftlige prosedyrer.

Med andre ord er de jordmødrene som bistår ved hjemmefødsel, bundet av de statlige retningslinjene, mens den fødende overhodet ikke er det. Noen løsning på det dilemmaet har ikke Helsetilsynet, ut over at jordmor må «informere», og at hun har «plikt til å innhente bistand eller henvise pasienten videre der dette er nødvendig». Hvis pasienten fremdeles nekter, har ikke myndighetene noen løsning å komme med, ut over å reise tilsynssak mot jordmoren.

Dette kan være noe av bakgrunnen for at en håndfull kvinner i Norge i 2025 foretrekker å føde hjemme – slik som man gjorde i 1725 – uten jordmor, kun med en klok kone eller velvillig nabo som assistent. Kvinnen ønsker å ha kontrollen selv, hun ønsker å bli behandlet som et selvstendig, autonomt individ, ikke som et objekt som må lystre direktiver utferdiget av et direktorat eller et departement, og definitivt ikke som et hjelpeløst menneske som ikke er i stand til å utøve en normal fysiologisk funksjon, uten at en fagperson tar over kontrollen og styringen.

Hjemmefødsel uten faglig assistanse er imidlertid ikke helt uten risiko. Det er ikke dokumentert med sikkerhet at nyfødtdødeligheten er høyere hos hjemmefødende i Norge, forutsatt at de har en jordmor (10). Når det gjelder hjemmefødsler uten jordmor, er tallene så små at avvikene ikke kan vurderes statistisk. Det er gjort studier på en sekt i USA, *The order of the old Amish*, som praktiserer hjemmefødsler uten jordmor, samtidig som de ikke bor i land med dårlig ernæring eller mangelfull hygiene. De har en noe høyere nyfødtdødelighet enn resten av landet (5,4 per 1000 fødsler versus 4,5 i den generelle populasjonen i USA), men det er ingen påvisbar økt mødredødelighet. Med andre ord kan man ane en viss disproporsjonalitet mellom de tallrike intervensjonene på en moderne fødeavdeling og det faktiske resultat for folkehelsen, i alle fall når det gjelder mortalitet.

Når det går galt

Mot statistiske fakta står sykehuslegenes anekdotiske erfaringer. Spesielt obstetrikere, pедиатere og anestesiloger kommer med jevne mellomrom opp i katastrofale situasjoner, der hvert sekund teller. Det er i slike situasjoner man er takknemlig for at man befinner seg i et sykehus med de fleste ressurser i nærheten, om ikke umiddelbart tilgjengelig. Flere fødselshjelpere enn jeg vil nok reflektere over i hvilken grad den katastrofale situasjonen skyldtes iatrogene forhold. Atonisk blødning etter en altfor langvarig og hardhendt pitocinstimulering? Navlesnorsprolaps ved for tidlig amniotomi? Uterusruptur etter et tidligere keisersnitt med diskutabel indikasjon? Ristorm etter for mange prostaglandintabletter? Invasiv placenta som et resultat av forrige keisersnitt? Feiltolkning av en CTG-registrering, som er beryktet for lav reliabilitet? (11).

Jeg har i alle fall vært der selv. Når jeg som obstetriker sto overfor en situasjon som endte galt, var den bitreste refleksjonen alltid: «Dette ville ikke ha hendt hvis kvinnen hadde holdt seg hjemme.»

Så ja, det kan tenkes at de kvinnene som nå føder hjemme uten faglig assistanse, utøver en risikosport, og at det er en adferd vi kanskje ikke kan akseptere moralsk, så lenge den det går ut over, er et nyfødt individ som kan bli berøvet muligheten til å leve et fullverdig og rikt liv. På den annen side kan det muligens være nyttig å vende blikket innover av og til, eventuelt se seg i speilet og undres: Kan noe av problemet ligge hos oss?

Litteratur

1. Franklin B. *Pennsylvania Assembly: Reply to the Governor 11.11.1755*. Trykt i: Votes and Proceedings of the House of Representatives, 1755–1756 (Philadelphia, 1756), s. 19–21. <https://founders.archives.gov/documents/Franklin/01-06-02-0107> (22.6.2025)
2. *Kirkeritualet av 1685*. 3. kapitel: om at føde børn og blive mor: og jordemoderens opgave. lutherdansk.dk/Web-Kirke-ritualet_1685/Web-Kirke-ritualet_1685/index.htm (22.6.2025)
3. Frd. ang. Gjordemødres Examen, Antagelse og Forhold, saavel i Kjøbenhavn, som overalt i Danmark. Forordning av 30. november 1714. I: Thurmann L. Samling af Love, Forordninger, kongelige Rescripter og Resolutioner, Placater, Reglementer, Instruxer, Fundatser og andre offentlige Aktstykker vedkommende Læger, Apothekere, Dyrslæger og Gjordemødre i Kongeriget Norge. Christiania: Feilberg & Landmarks Forlag, 1851: 14.
4. Shorter E. *The history of women's bodies*. London: Allen Lane, 1983.
5. Sørnes T. *Dr. Gisleson og hans pasienter*. Sandnes: Commentum forlag, 2021.
6. Reglem. for Gjordemodervæsenets Indretning og Bestyrelse i begge Riger, Kjøbenhavn undtagen. Reglement av 21. november 1810. I: Thurmann L. Samling af Love, Forordninger, kongelige Rescripter og Resolutioner, Placater, Reglementer, Instruxer, Fundatser og andre offentlige Aktstykker vedkommende Læger, Apothekere, Dyrslæger og

- Gjordemødre i Kongeriget Norge. Christiania: Feilberg & Landmarks Forlag, 1851: 124–129.
7. Kulseng APB, Jensen I, Vinding UB. Oxytocin brukt som ristimulerende middel under fødsel til friske gravide ved termin. *Vård i Norden* 2003; 23: 22–25. <https://doi.org/10.1177/010740830302300205> (22.6.2025)
 8. P2a: Fødselsstart per måned og mors bosted. *FHI statistikk*. https://statistikk.fhi.no/mfr/cL2SqQAViYrqEAfAJlgX4HHkOTb6MLNA_xl5YKdDa2U (22.6.2025)
 9. Hjemmefødsel – kvinners medvirkning, krav til jordmors forsvarlighet og helseforetakenes ansvar for samarbeid. *Helsetilsynets publikasjoner* 17.8.2021. (22.6.2025)
 10. Blix E, Huitfeldt AS, Øian P et al. Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007: a retrospective cohort study. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2012; 3: 147–153. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.10.001>
 11. Engelhart CH, Brurberg KG, Aanstad KJ et al. Reliability and agreement in intrapartum fetal heart rate monitoring interpretation: a systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2023; 102: 970–985. <https://doi.org/10.1111/aogs.14591>

Torgrim Sørnes
torgrim.sornes@gmail.com
Sørli terrasse 13
1473 Lørenskog

Torgrim Sørnes er gynekolog og tidligere overlege ved en norsk fødeavdeling.