

Sykepleien

FAGUTVIKLING

Noen kvinner velger frifødsel for å unngå et helsevesen som vekker gamle traumer

Flere kvinner velger frifødsel når helsevesenet oppleves som utrygt. Helsepersonell kan styrke tryggheten ved å møte dem med respekt, forståelse og reell innflytelse.

[Rebecka Mikkelsen](#)

Privatpraktiserende psykolog
Jessheim kommune

[Traume](#)

[Fødsel](#)

[Helsevesen](#)

Sykepleien 2025;113(99771):e-99771

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2025.99771](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2025.99771)

Hovedbudskap

Frifødsel handler ikke bare om ønsket om en naturlig fødsel. For noen handler det om å unngå helsevesenet fordi det kan vekke gamle traumer. Kvinnens følelse av trygghet og samspill under fødselen er avgjørende for hvordan fødselen oppleves, og det er her vi som helsepersonell har et ansvar. Hvis vi vil at færre skal ønske frifødsel, må vi møte kvinner med forståelse, trygghet og gi dem reell innflytelse – spesielt når de bærer med seg en fødselshistorie preget av frykt og tap av kontroll.

Debatten om frifødsel har virkelig vist sine konturer i media den siste tiden. Mange forteller om vonde fødselsopplevelser, medisinske komplikasjoner og farer ved å føde uassistert (1). Noen mener at debatten reflekterer at fødselsomsorgen i Norge ikke er god nok (2).

Folkehelseinstituttet viser til en økning i antallet frifødsler – fra totalt 20 i perioden 2020–2023 til hele 21 bare i 2024 (3). Dette er en utvikling som også reiser etiske spørsmål. Barneleger er bekymret for at det ufødte barnet nesten ikke har noen rettigheter når foreldrene bestemmer hvordan fødselen skal forløpe (4).

Mange får psykiske plager etter fødselen

Å føde et barn er ikke uten risiko. Det kan oppstå uventede situasjoner under fødselen, der liv og helse står på spill for både mor og barn. I tillegg kan fødselen være psykisk krevende.

En oversiktsartikkel viser at mellom 9 og 50 prosent av mødre opplevde fødselen som traumatisk (5). Av disse utvikler opptil seks prosent så store plager at de får diagnosen posttraumatisk stresslidelse (PTSD) som følge av fødselen (6, 7).

På verdensbasis betyr det at rundt 6,6 millioner kvinner får fødselsrelatert PTSD hvert år (5). Hvis man også skal inkludere kvinnene som ikke fyller alle kriteriene for diagnosen PTSD, men som befinner seg i det subkliniske området, ligger forekomsten på 12–13 prosent.

Likevel ønsker flere å føde hjemme uten assistanse fra helsepersonell. Hvordan kan det ha seg?

Flere kvinner velger frifødsel

Det finnes mange grunner til at flere ønsker frifødsel. En undersøkelse fra Norstat viser at én av ti kvinner mellom 18 og 39 år tror det er trygt å føde uten kyndig helsepersonell (8).

For noen handler det om at de har vokst opp med tanker om at en fødsel ikke trenger å være en medisinsk begivenhet. Andre er misfornøyde med helsevesenets fødetilbud, har en sterk tillit til kroppens evne til å føde eller tror at et hektisk sykehusmiljø vil gjøre det vanskeligere å fokusere og lytte til kroppen under fødselen (9–11).

«For noen kvinner handler ønsket om frifødsel om at de har hatt traumatiske fødselsopplevelser tidligere.»

For noen kvinner handler ønsket om frifødsel om at de har hatt traumatiske fødselsopplevelser tidligere, der de følte at de mistet kontrollen. De vil ikke risikere å oppleve det igjen (12, 13). Det er dokumentert at tidligere traumatiske fødselsopplevelser er forbundet med ønske om frifødsel (9, 11).

Tidligere traumer under fødsel kan også føre til sterk fødefrykt, at kvinner dropper svangerskapskontroller, og at de blir retraumatisert under neste fødsel (14).

Omfanget av hvor mange kvinner som strever med fødselsrelaterte traumer, er imidlertid noe uklart. Hittil har helsetjenesten manglet måleinstrumenter for å oppdage slike traumer. Derfor blir mange kvinner med traumer etter fødsel ikke fanget opp (15). Men hva betyr det egentlig å ha en traumatisk fødsel?

Hva er en traumatisk fødsel?

En fødsel regnes som traumatisk når mor og/eller barn er i fare (5). Ifølge diagnosemanualen DSM-5 (diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition) kan en traumatisk

hendelse under fødsel være at kvinnen selv opplever, eller er vitne til (i dette tilfellet barnet), noe som truer livet eller helsen – for eksempel fare for død, alvorlig skade eller seksuell vold (16).

For å fylle kriteriene for diagnosen PTSD må man i tillegg til «hendelseskriteriet», altså fødselen, ha flere symptomer. Dette kan være at hun gjenopplever traumet, unngår det som minner om fødselen, føler seg nedstemt eller endret i tankesettet og har kroppslige stressreaksjoner.

Dette standardiserte klassifikasjonssystemet har man i utstrakt grad benyttet seg av i forskningssammenheng for å identifisere kvinner med traumatiske fødselsopplevelser.

Forskere utvider definisjonen av traumatisk fødsel

Men hva med kvinnene som sitter igjen med traumesymptomer etter en fødsel, som ikke regnes som traumatisk i medisinsk forstand?

Leinweber og medarbeidere har foreslått å bruke en litt annen definisjon av et traume i fødselssammenheng, der man vektlegger kvinnens subjektive opplevelse av fødselen i større grad enn hva som faktisk skjedde under fødselen (16).

«Med en slik definisjon får kvinnen selv større mulighet til å bestemme hvordan hun vil beskrive fødselen – også når det ikke var fare for liv og helse.»

Definisjonen er nå tatt i bruk i flere studier. Den beskriver en traumatisk fødselsopplevelse som kvinnens subjektive opplevelse av hendelser og samspill knyttet til fødselen, som fører til overveldende og ubehagelige følelser og reaksjoner, og som kan påvirke kvinnens helse og velvære negativt, enten på kort eller lang sikt (5, 14).

Med en slik definisjon får kvinnen selv større mulighet til å bestemme hvordan hun vil beskrive fødselen – også når det ikke var fare for liv og helse. Definisjonen anerkjenner også i større grad det faktum at relasjonelle traumer har en dobbelt så stor sannsynlighet for å forårsake PTSD-symptomer enn traumer knyttet til hendelser (16).

Opplevelsen avgjør om fødselen blir et traume

Det er ikke alltid sammenheng mellom om en fødsel var traumatisk i medisinsk forstand og om den fødende kvinnen sitter igjen med et psykologisk traume. Kvinnens subjektive opplevelse av fødselen har vist seg å være mer avgjørende for hvorvidt hun vil streve med traumer i etterkant, enn obstetriske komplikasjoner (6).

Selv om det er en viss sammenheng mellom obstetriske komplikasjoner og utvikling av et psykologisk traume, er det mange kvinner som går gjennom kompliserte fødsler med fysiske

skader, som ikke utvikler psykiske plager.

På samme måte kan kvinner med ukompliserte fødsler, som man ikke vil benevne som særlig traumatiske, få psykiske reaksjoner i etterkant (14).

Møtet med helsepersonellet preger opplevelsen

Hvordan kvinnen blir møtt og behandlet av helsepersonellet under fødselen, har mye å si for om hun opplever fødselen som traumatisk (16, 17). Kvinner som har hatt vonde opplevelser, har beskrevet at de følte seg som «nederst på rangstigen i føderommet», «maktesløse», «undertrykte» og til og med «voldtatte» under fødselen (16).

Utfordringen er at det kan skje prosesser under den assisterte fødselen som traumatiserer eller retraumatiserer kvinnen, som helsepersonellet ikke nødvendigvis får med seg.

«Hvis samspillet ikke fungerer godt, kan det føre til at kvinnen føler seg hjelpeløs og mister kontroll.»

Det er altså ikke bare fødselen som en fysiologisk, risikofylt hendelse som kan være traumatisk. Også måten kvinnen blir møtt av helsevesenet på, kan skape sår som ikke gror. Noen av de traumatiserte kvinnene beskriver at de opplevde en skjev maktbalanse, der kvinnen var underlegen.

På sykehuset spiller helsepersonellet på hjemmebane, mens kvinnen spiller på bortebane. Hvis samspillet ikke fungerer godt, kan det føre til at kvinnen føler seg hjelpeløs og mister kontroll.

Sårbarhet påvirker risikoen for fødselstraumer

Hva som skal til for at samspill og hendelser i fødselssituasjonen oppleves som et psykologisk traume, varierer fra kvinne til kvinne. Fødende kvinner er en heterogen gruppe. Noen vil kjenne på kontrolltap og utrygghet raskere enn andre.

Dette vises i en stress-sårbarhetsmodell, der man ser på hvordan en kombinasjon av individuelle sårbarhetsfaktorer og en traumatisk fødsel kan øke risikoen for å utvikle PTSD (5).

Kvinner som har opplevd traumer før, har vært deprimerte, hatt problemer i svangerskapet, eller er redde for å føde, har høyere risiko for å utvikle PTSD.

Også ting som skjer under selve fødselen – som at kvinnen har negative opplevelser av fødselen, får lite støtte, må gjennom en operativ fødsel og dissosierer – øker sannsynligheten for PTSD. Obstetrisk vold under fødselen er også en risikofaktor (17).

Tidligere traumer får kvinner til å velge frifødsel

For en del kvinner handler ønsket om frifødsel om tidligere vonde fødselsopplevelser. Ønsket kan i en slik sammenheng tolkes som unngåelse av noe som kan vekke gamle traumer. For noen av disse kvinnene gir ikke tilstedeværelsen av helsepersonell under fødselen økt trygghet, men heller utrygghet (10).

Selv om fødsel uten assistanse anses som mer risikofylt enn fødsel med tilgang til helsehjelp, er det flere kvinner som føler at det tryggeste for dem er å føde alene. For disse kvinnene kan frifødsel være den eneste måten å beholde følelsen av trygghet og autonomi i fødselssituasjonen.

«Når kvinner ikke stoler på at de blir godt ivaretatt under en assistert fødsel, trekker de seg unna viktig helsehjelp i stedet for å oppsøke den.»

Når kvinner ikke stoler på at de blir godt ivaretatt under en assistert fødsel, trekker de seg unna viktig helsehjelp i stedet for å oppsøke den. Det beste er naturligvis å forebygge traumatiske fødselsopplevelser i utgangspunktet, slik at kvinner opplever helsevesenet som trygt. Men for noen er tryggheten allerede borte. Hva skal til for å gi dem tryggheten tilbake?

Dette undersøkte Pidd og medarbeidere (14) i en kunnskapsoppsummering om hvordan man kan optimalisere svangerskapsomsorgen for kvinner som blir gravide igjen etter en traumatisk fødselsopplevelse. De fant blant annet at det er spesielt viktig at kvinnene får kontroll og muligheter til å ta egne valg.

Det å lage en fødselsplan og få bestemme hvordan og under hvilke omstendigheter de skal føde, ga mange kvinner en følelse av kontroll og trygghet.

Trygg oppfølging reduserer fødselsfrykt

Mange kvinner følte seg tryggere før neste fødsel når de fikk fleksibel, individspesifikk og behovsbasert oppfølging. Det var viktig med god informasjon, god kommunikasjon og at helsepersonellet forsto og anerkjente kvinnens tidligere traumatiske fødselserfaring.

Når denne forståelsen preget omsorgen både før og under fødsel, ble frykten mindre. Kontinuitet i svangerskapsomsorgen, der kvinnen fikk anledning til å bygge en stabil og trygg relasjon til en og samme jordmor under graviditeten, ga for mange trygghet.

De som hadde mulighet å ha denne jordmoren med under fødsel, opplevde det som ekstra betryggende.

Rådgivning med jordmor for kvinner med fødselsangst var et annet tiltak som viste seg å ha en positiv virkning på kvinnenes frykt. Kvinnene som fikk en positiv opplevelse ved neste fødsel

etter den traumatiske, beskrev det som viktig for å føle mestring. Det hjalp dem med å dempe symptomene på de tidligere traumene.

Tidlig identifisering gir tryggere oppfølging

For å kunne sette inn trygghetsskapende tiltak for disse kvinnene er det viktig med tidlig identifikasjon av gravide med traumer fra tidligere fødsler. I en debatt der tidligere fødselstraumer er én av årsakene til kvinners ønske om frifødsel, er nysgjerrighet på hva som vil gi dem trygghet og tillit, en forutsetning for en fruktbar dialog.

Vi må huske at noen kvinners manglende tillit til helsevesenet kan være en måte å beskytte seg selv på – så de ikke havner i samme hjelpeløse situasjon som sist.

«Nettopp fordi riktig helsehjelp er viktig for både mor og barn, må vi lytte til kvinnene og ta deres historier på alvor.»

Nettopp fordi riktig helsehjelp er viktig for både mor og barn, må vi lytte til kvinnene og ta deres historier på alvor. Også de fortellingene som vekker sterke motreaksjoner i oss.

Siden kvinnenenes opplevelse av samspillet med helsepersonellet er så viktig for om en fødsel oppleves som traumatisk, må vi forstå at det er selve møtet med helsevesenet noen av dem er redde for. Derfor må oppfølgingen etter tidligere fødselstraumer legge like stor vekt på å bygge trygghet i relasjonen mellom kvinnen og helsepersonellet som på de praktiske delene av fødselen.

Forfatteren oppgir ingen interessekonflikter.



NÅR OPPLEVELSEN SETTER SPOR: Selv en medisinsk ukomplisert fødsel kan oppleves som traumatisk. Kvinnens subjektive opplevelse ser ut til å ha større betydning for traumer i etterkant enn selve hendelsen. *Illustrasjon: Sissel Hagen Vetter*

1. Rydning E. Ut mot fødselstrend: – Kan gå alvorlig galt [internett]. Oslo: VG; 9. januar 2025 [hentet 12. mai 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.vg.no/nyheter/i/RzlxP8/barnelegeforeningen-ut-mot-foedselstrend-kan-gaa-alvorlig-galt>
2. Birkeland M, Rydning E, Myrvang SE, Vågenes H. Hjemmefødsler: – Må forstå hva dette handler om. Oslo: VG; 8. april 2025 [hentet 12. mai 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.vg.no/nyheter/i/nyKkPx/hjemmefoedsler-maa-forstaa-hva-dette-handler-om>
3. Folkehelseinstituttet (FHI). Planlagte hjemmefødsler uten helsepersonell øker. Oslo: FHI; 10. april 2025 [hentet 3. mai 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2025/planlagte-hjemmefodsler-uten-helsepersonell-oket/>
4. Benterud T, Miltenburg AS, Rummelhoff TW. «Fri fødsel» er en unødvendig risiko som må frarådes på det sterkeste. Oslo: Aftenposten; 14. januar 2025 [hentet 12. mai 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/lwb7re/fri-foedsel-er-en-unoedvendig-risiko-som-maa-fraraades-paa-det-sterkeste>
5. Horsch A, Garthus-Niegel S, Ayers S, Chandra P, Hartmann K, Vaisbuch E, et al. Childbirth-related posttraumatic stress disorder: definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. Am J Obstet Gynecol. 2024;230(3S):1116–27. DOI: [10.1016/j.ajog.2023.09.089](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.09.089)
6. Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S. Posttraumatisk stress etter fødsel. Tidsskr Nor Legeforen. 2014;134(11):1135. DOI: [10.4045/tidsskr.14.0631](https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.0631)

7. Heyne CS, Kazmierczak M, Souday R, Horesh D, Lambregtse-van den Berg M, Weigl T. Prevalence and risk factors of birth-related posttraumatic stress among parents: A comparative systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2022;94:102157. DOI: [10.1016/j.cpr.2022.102157](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102157)
8. Ytre-Eide M. Helsetilsynet: Flere utrykninger til hjemmefødsler uten jordmor. Oslo: NRK; 17. mars 2025 [hentet 3. mai 2025]. Tilgjengelig fra: https://www.nrk.no/norge/helsetilsynet_-flere-utrykninger-til-hjemmefodsler-uten-jordmor-1.17329022
9. Henriksen L, Nordström M, Nordheim I, Lundgren I, Blix E. Norwegian women's motivations and preparations for freebirth – A qualitative study. Sex Reprod Healthc. 2020;25:100511. DOI: [10.1016/j.srhc.2020.100511](https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100511)
10. Feeley C, Thomson G. Why do some women choose to freebirth in the UK? An interpretative phenomenological study. BMC Pregnancy Childbirth. 2016;16:59. DOI: [10.1186/s12884-016-0847-6](https://doi.org/10.1186/s12884-016-0847-6)
11. Johansson M, Jansson O, Lilja F, Ekéus C, Volgsten H. Freebirth, the only option for women who do not fit into common practice – A Swedish national interview study. Sex Reprod Healthc. 2023;37:100866. DOI: [10.1016/j.srhc.2023.100866](https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100866)
12. Haapaniemi E, Ingulstad C. Forebygging og behandling av fødselstraumer vil gi færre frifødsler. Oslo: Dagens Medisin; 27. januar 2025 [hentet 12. mai 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/fodselsomsorg-fodselsestraumer-kvinnehelse/forebygging-og-behandling-av-fodselsestraumer-vil-gi-faerre-frifodsler/670655>
13. Opdam F, Van Dillen J, De Vries M, Hollander M. How to make the hospital an option again: midwives' and obstetricians' experiences with a designated clinic for women who request different care than recommended in the guidelines. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(21):11627. DOI: [10.3390/ijerph182111627](https://doi.org/10.3390/ijerph182111627)
14. Pidd D, Newton D, Wilson I, East C. Optimising maternity care for subsequent pregnancy after a psychologically traumatic birth: A scoping review. Women Birth. 2023;36(5):e471–80. DOI: [10.1016/j.wombi.2023.03.006](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.03.006)
15. Løndal T. Forskere vil fange opp både mødre og fedre som opplever fødselen som traumatisk. Oslo: Forskning.no; 16. mai 2023 [hentet 2. mai 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.forskning.no/fodselse-helsetjenester-partner/forskere-vil-fange-opp-bade-modre-og-fedre-som-opplever-fodselen-som-traumatisk/2191610>
16. Leinweber J, Fontein-Kuipers Y, Thomson G, Karlsdóttir SI, Nilsson C, Ekström-Bergström A, et al. Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper. Birth. 2022;49(4):687–96. DOI: [10.1111/birt.12634](https://doi.org/10.1111/birt.12634)

17. Ayers S, Horsch A, Garthus-Niegel S, Nieuwenhuijze M, Bogaerts A, Hartmann K, et al. Traumatic birth and childbirth-related post-traumatic stress disorder: international expert consensus recommendations for practice, policy, and research. *Women Birth*. 2024;37(2):362–7. DOI: [10.1016/j.wombi.2023.11.006](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.11.006)