



Det helsevitenskapelige fakultet

Jordmødres opplevelser av traumatiske hendelser i fødsel

En kvalitativ studie av Linda Jeanett Guldborg

Masteroppgave i Jordmorfag JMO 3008 mars 2021

Antall ord: 15400



Illustrasjon: Amy Sofie Guldberg Hansen, 13 år.

Forord

Med denne masteroppgaven avsluttes to flotte og lærerike år på Jordmorutdanningen i Tromsø. Det har vært en krevende, men også en veldig spennende tid. Jeg har møtt mange flotte mennesker på min vei, både på skolen og i praksis, og etablert gode relasjoner og vennskap for livet. Drømmen om å bli jordmor, som jeg har jobbet mot i snart 14 år, skal endelig bli en realitet.

Bak denne oppgaven ligger det en lang og krevende, men også en interessant og lærerik prosess. Informantenes erfaring har imponert og engasjert, samt gitt ny kunnskap og viktige perspektiver på hva jordmoryrket egentlig innebærer. Kunnskapen gjennom studien skal jeg ta med meg videre inn i yrket som jordmor.

Jeg ønsker å takke alle som har hjulpet til for å få denne oppgaven ferdig. Først og fremst ønsker jeg å rette en stor takk til alle de flotte jordmødrene som gjorde denne oppgaven mulig, dere har virkelig imponert med deres åpenhet, erfaring og refleksjon over et sårt tema.

En stor takk rettes til min fantastiske veileder, Ingela Lundgren. Tusen takk for din flotte veiledning, dine gode råd og innspill gjennom hele prosessen, samt din tilgjengelighet og tiden du har brukt på oppgaven.

Jeg ønsker også å takke alle lærere og medstudenter som har gitt tilbakemelding på arbeidet.

Til slutt ønsker jeg å sende en takk til samboer Bjørn Cato og barn Amy Sofie, Emily Savannah, og Novalie Amelia. Uten god hjelp og tålmodige barn hadde ikke dette vært mulig. Nå skal vi endelig få mer tid sammen igjen!

Tromsø, mars 2021.

Linda Jeanett Guldberg

Sammendrag

Tittel: Jordmødres opplevelser av traumatiske hendelser i fødsel.

Hensikt: Å studere jordmødres opplevelser av traumatiske hendelser i yrkesutøvingen, i forbindelse med fødsel, og hvilken støtte de har hatt behov for i ettertid.

Forskningsspørsmål: «Hvordan oppleves traumatiske hendelser for jordmødre?»

«Hvilken hjelp fikk jordmødrene etter hendelsen og hva må til for å komme seg videre etter en traumatisk opplevelse?»

Metode: Kvalitativ metode med semistrukturert dybdeintervju som design. Analysert i henhold til Malterud. Fem jordmødre som hadde erfaring med traumatiske hendelser, ble intervjuet.

Resultater: Resultatet presenteres med fire hovedkategorier; overveldende følelser som påvirker; behovet for å bli sett, bekreftet og ivaretatt; et ønske om omsorg og veiledning; erfaringens motgang og styrke. Jordmødrene opplevde hendelsene som følelsesmessig belastende. Følelser som redsel, angst, skyld, skam og bekymring kom fram i studien, samt lite støtte og oppfølging. Jordmødrene hadde behov for støtte fra kollegaer og ledelse for å komme seg videre. Det kom fram et ønske om og en mangel på oppfølging satt i system.

Konklusjon: Jordmødre kan oppleve hendelser som traumatiske, noe som gir utslag i følelsesmessige stressreaksjoner som påvirker dem både privat og hvordan de utøver yrket. Over tid kan problemene føre til at jordmor forlater yrket. Det ønskes derfor fokus på støtte og oppfølging satt i system, samt forebyggende tiltak både i utdanning og i praksis.

Nøkkelord: Jordmor, traume, opplevelser, stress, krise, mestring, støtte.

Summary

Title: Midwives` experiences of traumatic events in childbirth.

Purpose: To study midwives` experiences of traumatic events in their professional practice, in connection with childbirth, and what support they have needed in retrospect.

Research questions: “How do midwives experience traumatic events?”

“What help did the midwives receive after the incident and what is needed to recover from a traumatic experience?”

Method: Qualitative method with semi structured in- depth interview as design. Analyzed according to Malterud. Five midwives who had experience with traumatic events were interviewed.

Results: The result is presented with four main categories; overwhelming emotions that affect; the need to be seen, confirmed and looked after; a desire for care and guidance; the adversity and strength of the experience. The midwives experienced the events as emotionally distressing. Feelings such as fear, anxiety, guilt, shame and worry emerged in the study, as well as little support and follow-up. The midwives needed the support of colleagues and management to move forward. There was a desire and a lack of follow-up put into the system.

Conclusion: Midwives can experience events as traumatic, which is reflected in emotional stress reactions which affects them both privately and how they practice the profession. Over time, the problems can lead to the midwife leaving the profession. It is therefore desired to focus on support and follow- up put in place in the system, as well as preventive measures both in education and in practice.

Keywords: Midwife, trauma, experience, stress, crisis, coping, support.

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
2	BAKGRUNN	1
2.1	PROBLEMSTILLING.....	4
2.2	FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	4
2.3	BEGREPSAVKLARINGER	4
2.4	AVGRENSNING	5
3	HENSIKT	5
4	TEORETISK RAMMEVERK	5
4.1	STRESS OG MESTRING	5
4.2	KRISETEORI.....	7
5	METODE	9
5.1	KVALITATIV METODE OG DESIGN	9
5.1.1	<i>Utvalg og rekruttering av informanter</i>	10
5.1.2	<i>Intervjuene</i>	10
5.1.3	<i>Transkribering</i>	11
5.2	FORFORSTÅELSE.....	11
5.3	KVALITETSKRITERIER FOR KVALITATIV FORSKNING.....	11
5.4	DATA- ANALYSE	12
5.5	FORSKNINGSETISKE REFLEKSJONER	15
6	RESULTATER	16
6.1	OVERVELDENE FØLELSER SOM PÅVIRKER.....	16
6.2	BEHOVET FOR Å BLI SETT, BEKREFTET OG IVARETATT.....	17
6.3	ET ØNSKE OM OMSORG OG VEILEDNING	20
6.4	ERFARINGENS MOTGANG OG STYRKE	22
7	DISKUSJON	24
7.1	DISKUSJON AV RESULTATER	24
7.2	METODEDISKUSJON	35
7.2.1	<i>Troverdighet</i>	35
7.2.2	<i>Overførbarhet</i>	37
7.3	STUDIENS RELEVANS FOR PRAKSIS	39

7.4 FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING.....	39
8 KONKLUSJON OG AVSLUTNING	41
REFERANSELISTE	42
VEDLEGG 1 ANALYSETRINN	56
VEDLEGG 2 INFORMASJONSSKRIV	57
VEDLEGG 3 INTERVJUGUIDE	62
VEDLEGG 4 NSD VURDERING	64

1 Innledning

Fra egen praksis som jordmorstudent på en fødeavdeling opplevde jeg flere kritiske hendelser som kan oppleves som traumatisk. Det fantes retningslinjer som går ut på debrifing for de involverte, men disse ble ikke etterfulgt i tidsrommet hvor jeg var i praksis. Etter nærmere samtale med jordmødre, viser det seg at retningslinjene ikke blir etterfulgt i den grad de bør. Dette ble grunnlag for temaet for denne oppgaven, som er å studere jordmødres opplevelser av hendelser som for dem var traumatiske og behovet for støtte etterpå.

2 Bakgrunn

Jordmoryrket forbindes ofte med glede over å få være med på det største i livet, nemlig å hjelpe et barn til verden, men yrket er mye mer sammensatt enn det. Å være jordmor krever høy faglig kompetanse, de arbeider ofte under høyt press, tett innpå mennesker knyttet til sterke følelser, smerter og fare for liv og død. At uforutsette kritiske hendelser kan skje, er en del av hverdagen. Jordmødre har et stort selvstendig ansvar med å overvåke mor og barn i svangerskap, fødsel og barseltid. Jordmor skal ha god oversikt og kontroll over kritiske situasjoner hvor målet er en frisk mor og barn. Men det er ikke alltid ting blir som forventet og traumatiserende hendelser kan oppstå (Fylkesnes, 2017; Pezaro *et al*, 2016).

I 2013 mottok kunnskapssenterets meldeordning 692 meldinger fra spesialisthelsetjenesten om hendelser som hadde oppstått i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid. Hendelsene gjaldt mor i 431 meldinger, hvor 169 av dem var betydelig skade og ett maternelt dødsfall. 306 meldinger handlet om barn, hvor 94 barn fikk betydelig skade og 43 barn døde (Saastad *et al*, 2014). Det ble det ikke funnet nyere tall i senere årsrapporter fra meldeordningen. Ordningen ble avviklet i 2019 (Helsedirektoratet, 2019). Men i Norges nasjonale kvalitetsindikator finns en oversikt fra 2019 over antall alvorlige hendelser fra fødeavdelingene, hvor 31,5% av førstegangs fødende kvinner endte opp med større inngrep eller alvorlige komplikasjoner under fødsel (Helsedirektoratet, 2019). I en gjennomgang av 871 klagesaker fra 2016 kom det fram at i 90 % av fødselsskader skyldes det menneskelige feil, på bakgrunn av manglende overvåkning, feiltolkning eller mangel på kompetent personell (Aanerud, 2016; Andreasen, *et al*, 2012).

Et begrep som anvendes for å beskrive personal som er traumatiserte av en hendelse er «second wictim», etter «first wictim», som er den skadelidende pasienten (Wu, 2000; Edrees *et al*, 2011). At både pasient og pleier kan ta skade av en kritisk hendelse er gjennom forskning bevist (Wahlberg *et al*, 2019; Wu, 2000; Edrees *et al*, 2011). En studie fra Sverige viser at 84 % av obstetrikere og 71 % av jordmødre hadde erfart en eller flere traumatiske hendelser under sin yrkesutøvelse (Wahlberg *et al*, 2017), som indikerer at dette er et relativt vanlig fenomen i fødselsomsorgen.

Hva som oppleves som traumatisk er forskjellig mellom individer. Alle mennesker har forskjellig sårbarhet for stress, og hvor mye en tolererer før trygghet og kontroll over selvet blir truet. Dette har med arv, oppvekst og miljø å gjøre. Konsekvensene av et opplevd traume kan bli alvorlig for den enkelte og kan føre til psykiske stress reaksjoner, som igjen kan føre til kroppslige, følelsesmessige og kognitive endringer (Aanerud, 2016). Å oppleve kritiske hendelser kan over tid skape stressresponser i kroppen. Når opplevelsene blir vanskelige å håndtere trenger jordmødre oppfølging (Alexander *et al*, 2021; Cankaya og Dikmen, 2020).

Det er gjort mye forskning på leger, sykepleiere, og soldater mfl. i forbindelse med traumatiske opplevelser (Wu, 2000; Slade *et al*, 2020; Adriaenssens, 2012), men i mindre grad på jordmødre. Forskning fra Australia, USA, England, New Zealand og Danmark viser at jordmødre kan få det vanskelig følelsesmessig etter en traumatisk hendelse, og at de sliter med skyldfølelse, skam og at de klandrer seg selv. Forskningen viser videre at jordmødre har behov for hjelp for å komme seg videre. Det som avgjør hvor god hjelp og støtte jordmødrene får, avhenger av bl.a. miljø- messige årsaker på fødeavdelingene. Forskningen viser at jordmødre ønsker tettere oppfølging og mener de kommer seg fortere tilbake til yrket med oppfølging (Schrøder *et al*, 2017; Austin *et al*, 2019; Cramer og Hunter, 2019; McDaniel og Morris, 2020; Alexander *et al*, 2021).

Forskning fra Storbritannia, Australia, Tyrkia og Sverige viser at jordmødre som blir utsatt for traumatiske hendelser, kan utvikle psykiske vansker som angst, depresjon og PTSD.

Forskningen viser også at jordmødre opplever følelser som skyld, skam, angst, søvnløshet, tankeforstyrrelser og håpløshet. Ved manglende støtte fra familie, venner, kollegaer og ledelse, kan dette bidra til utvikling av PTSD. Påvirkningen av hendelsen kan føre til endret praksis hvor jordmødre ikke ser på fødselen som en naturlig prosess, men får et medisinsk blikk og tenker risiko tidligere og oftere i situasjoner, som igjen gjør at jordmødre unngår å ha

fødsler fordi de blir påminnet om hendelsen. Påvirkningen kan også føre til utbrenthet og at jordmor til slutt forlater yrket (Sheen *et al*, 2015; 2016a; Leinweber *et al*, 2017a; Minoee *et al*, 2019; Wahlberg *et al*, 2017; 2020; Cankaya og Dikmen, 2020).

Forskning viser videre at jordmødre er mer utsatt for traumatiske opplevelser på bakgrunn av den tette relasjonen mellom jordmor og fødekvinne, fordi jordmor kan relatere til fødekvinnes sorg (Sabo, 2006; Pezaro *et al*, 2016). Jordmødrenes omsorgsyttelse kan også bli endret etter en traumatisk hendelse, fordi opplevelsen kan skape avstand mellom fødekvinne og jordmor (Sabo, 2006; Sheen *et al*, 2016b; Javid *et al*, 2019). I en studie fra Storbritannia kom det fram at flere jordmødre lider i stillhet, hvor de ikke blir oppdaget fordi de holder problemene inni seg, og kan dermed ende med å forlate yrket. Om jordmødrenes potensielle konsekvenser etter en traumatisk hendelse blir ignorert risikerer deres evne til å gi jordmorsomsorg i de nivåene som kreves, og kan dermed true jordmor som yrke (Pezaro *et al*, 2016). En svensk studie viser også at obstetrikere og jordmødre som har vært utsatt for en traumatisk hendelse risikerer å forlate yrket (Wahlberg *et al*, 2016).

I Norge forsket Christoffersen og Teigen (2016) på hvordan det oppleves for jordmødre etter traumatiske hendelser. De fant at jordmødrene hadde kjent på skyldfølelse, depresjon, og noen hadde fått større problemer som PTSD i ettertid. Hendelsen gikk ut over hvordan de praktiserte yrket, at de tenkte økt risiko i situasjoner tidligere og oftere, opplevde mye mer stress og følte seg ikke like trygge som jordmødre lengre. Forfatterne mente det var for lite forskning på tema, og for lite fokus på både forebyggende tiltak og oppfølging i etterkant av en traumatisk hendelse.

Studier fra USA og Storbritannia viser at uerfarne jordmødre håndterer kritiske hendelser dårligere enn erfarne jordmødre, på bakgrunn av mindre erfaring og at de dermed oftere opplever hendelser som traumatisk (Sheen *et al*, 2016a; Beck og Gable, 2012). I 2018 ble det i England forsøkt en metode som fungerer som et forebyggende tiltak for nyutdannede jordmødre før de går ut i yrket, med gode resultater (Spiby *et al*, 2018). Metoden har også blitt brukt på jordmødre som har vært i yrket i flere år, som også har vist gode resultater. Metoden går ut på en workshop som inkluderer kunnskap, informasjon, støtte og en traumefokusert forebyggende plan (Slade, *et al*, 2018).

I Norge er det ikke prøvd lignende metoder og det bør derfor settes lys på tema. Det er viktig for jordmor og arbeidsgiver at jordmor klarer å yte god omsorg og profesjonell praksis samt

ha forutsetninger for god helse og et godt arbeidsmiljø for å holde fram i yrket. Det trenges derfor mer forskning på tema for å finne gode løsninger på problemet.

2.1 Problemstilling

Helsefagyrker i forhold til andre yrker opplever høyt press og stort ansvar, hvor liv og død er en faktor. Jordmoryrket er intet unntak, og kan utgjøre en forskjell på liv og død for mor og barn. Det er gjort en del forskning på helsefagyrker som leger, tannleger og sykepleiere, om hvilke opplevelser de har i forbindelse med traumatiske hendelser, hvor de har funnet psykiske vansker som bla. angst, depresjon og PTSD. Det er imidlertid gjort lite forskning på jordmødre og deres opplevelser. De få studier som er gjort viser lignende resultater, hvor traumatiske hendelser kan være belastende og påvirke yrkesutøvingen i ettertid. Det finnes få studier om forebyggende metoder og det trengs mer forskning på temaet for å finne fram til en god løsning for oppfølging i etterkant av en traumatisk opplevelse, samt fokus på en forebyggende plan.

2.2 Forskningsspørsmål

Hendelser kan oppstå i forskjellige faser i løpet av et føde/barsel opphold. I denne studien ønskes det å se nærmere på hendelser i en fødsel som for jordmødrene opplevdes traumatiske. Forskningsspørsmålene til jordmødrene blir:

«Hvordan oppleves traumatiske hendelser for jordmødre?»

«Hvilken hjelp fikk jordmødrene etter hendelsen og hva må til for å komme seg videre etter en traumatisk opplevelse?»

2.3 Begrepsavklaringer

Med kritiske hendelser menes situasjoner hvor det er fare for liv hos mor eller barn. Begrepet traumatiske hendelser brukes om jordmors opplevelse av en hendelse, som jordmoren opplever som traumatisk.

2.4 Avgrensning

Det er valgt å fordype seg i hvordan jordmødre opplever traumatiske hendelser i fødsel og tiden etterpå, selv om hendelser som kan oppleves som traumatisk kan skje uavhengig av situasjon, og kan skje både før og etter fødsel.

3 Hensikt

Å studere jordmødres opplevelser av traumatiske hendelser i yrkesutøvingen, i forbindelse med fødsel, og hvilken støtte de har hatt behov for i ettertid.

4 Teoretisk rammeverk

Teori om stress og mestring, samt Cullberg`s (1989) kriseteori.

4.1 Stress og mestring

Stress er en normal kroppslig respons på belastninger som oppstår av fysiske eller psykiske påkjenninger. En stressrespons oppstår når det er en uoverensstemmelse mellom kravene og individets mulighet til å innfri disse (Lazarus og Folkman, 1984; Selye, 2013). Akutte hendelser gir høy stressrespons som er en normal reaksjon. Så lenge belastningen stresset gir er kortvarig er det ikke skadelig, men skulle reaksjonen vedvare over tid eller være av intens karakter, kalles det traumatisk stress (Dyregrov, 2018; Weisæth, 1995).

En traumatisk stressreaksjon kan komme av en katastrofe, akutte hendelser som omhandler liv og død, død i nære relasjoner eller av enkle hendelser som for individet virker overveldende. En hendelse trenger ikke gi samme reaksjon hos alle mennesker, og det som oppleves som traumatisk for ett individ trenger ikke oppleves traumatisk for et annet. Traumatiske opplevelser kan for noen føre til mellommenneskelige og psykiske lidelser. Den vanligste er

post- traumatisk stresslidelse (PTSD) (Dyregrov, 2018; Weisæth, 1995). Diagnosen PTSD innehar plager som søvnvansker, angst, spenning i kroppen, konsentrasjonsproblemer, irritasjon og flashback (Sheen *et al*, 2015). Traumatiske hendelser er også forbundet med dissosiative symptomer, depresjon, angstlidelser, personlighetsforstyrrelser og psykotiske lidelser (Dyregrov, 2018; Weisæth, 1995).

Mentale påkjenninger kan også føre til økt tåleevne og personlig vekst. Forskjellen ligger i bearbeidingen. Klarer individet å finne situasjonen begripelig, håndterbar og at den gir mening kan den på sikt føre til vekst. Men blir hendelsen liggende latent uten bearbeiding kan den føre til sykdom. Stressbegrepet er meget komplisert. For å forstå hvordan et menneske reagerer på belastningen som det stress er, må man se på den ytre påkjenningen, hvordan individet tolker påkjenningen og individets motstandskraft, som vil si individets mestringsressurser og sårbarhet (Weisæth, 1995; Samdal, 2017).

Mestring handler om individets opplevelse av kontroll over eget liv og utfordringene i det. En god mestring er når en har mulighet til å tilpasse seg en ny virkelighet og klarer å se forskjellen på det en kan gjøre noe med og ikke (Vifladd og Hopen, 2004). En kan også utvikle egen mestring ved å utfordre seg selv, og oppsøke stresserfaringer. Ved å ha en positiv holdning til hvordan en forventer å håndtere en stressende situasjon vil gi mestringsfølelse og på den måten utvikling av seg selv. Mestring kan utvikles hele livet, og er en viktig ressurs for alle mennesker, for å søke å utfordre og utvikle seg selv og til å håndtere krevende situasjoner (Csikszentmihalyi, 2002; Samdal, 2017).

Ved å håndtere traumer alene, er det personens mestringsstrategier en er avhengig av, og hvordan personen selv opplever egen mestring. Hvilken erfaring individet har i forbindelse med traumatiske hendelser fra før, kan være avgjørende for hvor avansert og vanskelig bearbeidingen blir (Lazarus og Folkmann, 1984). Har individet tidligere mestret en hendelse med positiv holdning og mestringsfølelse, er en mer tolerant for en ny hendelse. Opplevde individet derimot å ikke mestre hendelsen, er en mindre motstandsdyktig for en ny hendelse. Personer med mindre vellykket erfaring og lite nettverk vil ha mindre forutsetninger for at opplevelsen går problemfritt i en ny hendelse. Under stressfulle belastninger over tid, tappes ressursene til vedkommende og en følelse av å ikke makte stå imot påkjenningen kan oppstå. Kontrollen individet innehar brytes dermed ned etter hvert. Når en følelse av håpløshet og tap

av seg selv overtar, er en fanget inn i et traume man ofte må ha hjelp for å komme seg ut av. I slike situasjoner søker noen mennesker til selvdestruktive metoder som f.eks. rusmidler (Eid og Harris, 2018; Samdal, 2017).

Ved avtagende mestringsressurser og økende stress over tid, vil hjernen tilpasse seg ved å aktivere alarmsystemet. Amygdala som er det området i hjernen som bearbeider følelsesreaksjoner og står for flukt eller kjemp responsen, vil reagere fordi den vil tro personen er under angrep. Forandringer i denne delen av hjernen kan føre til b.la. sterkere følelser (Håkonsen, 2014). Kroppen er ikke konstruert for å håndtere stress over tid og kan etter hvert vise seg i form av negative helseeffekter, både fysiske og psykiske (Selye, 2014).

Lazarus og Folkman (1984) mener stresset som oppstår ved ytre krav, som individet ikke klarer håndtere, kan justeres gjennom bevisstgjøring av individets egne ressurser og nedjustering av de ytre kravene. Å ha tilgang på sosial støtte kan motvirke stress. Støtte er en del av mestringen som kan fås av andre og av arbeidsplassen. Individet med et godt sosialt nettverk er bedre rustet for å håndtere motgang i livet, enn personer med lite nettverk (Eid og Harris, 2018). Å ha et godt miljø på arbeidsplassen, som sikrer god støtte og kollegial omsorg, i tillegg til et godt nettverk på privaten er positivt for bearbeidelsen og egen mestring (Håkonsen, 2014, Skants, 2014). Støtteressurser kan være emosjonelle, materielle eller gjennom informasjon. Følelsesmessig støtte er den støtten andre mennesker kan gi i form av omsorg og nærhet. Sosial støtte kan styrke mestringsressursene og bidra til at stresset etter en traumatisk hendelse håndteres (Eid og Harris, 2018). Familie, venner eller kollegaer kan gi kriserammede mennesker støtte i form av følelsesmessig nærhet, forståelse og empati. Når individet føler seg bekreftet og opplever aksept for måten en reagerer på vil individet oppleve støtte (Håkonsen, 2014).

4.2 Kriseteori

Når tidligere opplevelser og erfaringer ikke er nok til å håndtere eller forstå en situasjon som har oppstått kalles det en krise (Cullberg, 1989) eller en post traumatisk fase (Weisæth, 1995). Cullberg's (1989) klassiske kriseteori skildrer krisen i fire faser. Den akutte fasen ansees som sjokkfasen og reaksjonsfasen til sammen. *Sjokkfasen* varer alt fra sekunder til døgn. Personen er i fornektelse, og klarer ikke ta inn over seg det som har hendt, og er ikke i stand til å

bearbeide situasjonen. Personen virker på overflaten velordnet, men på innsiden er alt kaos. Individet kan oppføre seg annerledes, med å bli stille, eller høylytt. *Reaksjonsfasen* som varer 1- 8 uker, starter når personen begynner å ta inn over seg den vanskelige virkeligheten. Fra dette øyeblikket aktiviseres individets forsvarsmekanismer, som er den psykiske reaksjonen underbevisstheten har, hvor den forsøker å minimere bevissthetens opplevelse av en fare eller trussel. Den hjelper individet til å trinnvis ta virkeligheten inn over seg.

Forsvarsmekanismene kan noen ganger forsinke overgangen til bearbeidelsen, slik at bearbeidelsen varer lengre og derfor bli vanskeligere å håndtere. Når situasjonen begynner å synke inn, forsøker den kriserammede å finne mening med det som har skjedd, og stille seg spørsmålet hvorfor? gang på gang. Den akutte fasen er over når *bearbeidingsfasen* starter, og varer fra et halvt til ett år. Mens personen tidligere nærmest var besatt av hendelsen og sjokket, har individet nå begynt å se framover. Symptomene og adferdsforstyrrelsene blir nå bearbeidet og er på tur til å forsvinne. Personen tar opp igjen tidligere interesser, slutter å fornekte hendelsen og blir åpen for nye erfaringer. I *nyorienteringsfasen* er vedkommende kommet ovenpå igjen, hendelsen er bearbeidet, selvtilliten er gjenopprettet og en føler seg som seg selv igjen. Opplevelsen av krisen er blitt som et arr, den skal ikke glemmes, men tas med som en del av livet og kan enda føles som en smerte når en tenker tilbake. Noen mennesker opplever hendelsen som en lærdom, mens andre kan sitte fast (Cullberg, 1989).

5 Metode

5.1 Kvalitativ metode og design

Det er valgt en kvalitativ metode med et fenomenologisk perspektiv og intervju som design, dette fordi en kvalitativ metode søker å beskrive, fortolke og analysere karaktertrekk og kvaliteter ved fenomenene som studeres. Materialet består av tekst som er innhentet gjennom intervju. Fordi en og samme virkelighet kan beskrives ut fra ulike perspektiver, bidrar metoden til mangfold og nyanser fra menneskelige erfaringer. En søker etter svar i tanker, opplevelser, motiver, forventninger og holdninger (Malterud, 2018). Denne metoden egner seg best for formålet fordi den gir innsikt i jordmødrenes erfaringer av opplevelser som for dem har vært traumatiske, hvilken hjelp de fikk og hva som må til for å komme seg videre.

I studien ble det valgt et dybdeintervju som design. Intervjuet søker å innhente nyanserte, åpne beskrivelser fra ulike sider av intervjupersonens livsverden som følelser, handlinger og opplevelser. Intervjupersonens beskrivelser av egne fortolkninger er et viktig grunnlag i fortolkning av intervjuet (Kvale og Brinkmann, 2015).

Strukturen er et semistrukturert dybdeintervju, hvor det ble brukt intervjuguide for å rettlede og minne om tema. At det er semistrukturert vil si at det er mer eller mindre en fri samtale med veiledende spørsmål. Med dybde i intervjuet åpner det for tema og problemstillinger forskeren ikke hadde tenkt ut på forhånd og går i dybden av informantens følelser og opplevelser (Malterud, 2018).

For metoden ble det benyttet et fenomenologisk perspektiv. Fenomenologi er læren om fenomenene (Thurèn, 2009). Den analyserer hvordan verden grunnlegges av vår bevissthet, og blir derfor også kalt bevissthetsfilosofien. Fenomenologien fremhever at menneskets bevissthet aldri er tom, og at det alltid er en bevissthet om noe, eller den er rettet mot noe eller fra noen, som kalles for en intensjonalitet (Thornquist, 2018). I fenomenologien er en ute etter menneskers bevissthet, persepsjon og subjektive erfaringer (Malterud, 2018). Hvordan verden oppleves for det enkelte subjektive individet, og ikke hvordan verden oppleves uavhengig av hvem som opplever den (Thornquist, 2018). Forskeren skal sette sin tidligere kunnskap (forforståelse) i parentes og rette sin kritiske oppmerksomhet på hver enkeltes subjektive erfaring, på bakgrunn av personens livsverden. Gjennom teksten og dialogen skapes det

definisjoner og forståelser som gir ny mening, hvor mangfoldet mellom subjektene og objektive fakta blir viktig (Malterud, 2018).

5.1.1 Utvalg og rekruttering av informanter

Kriteriet for å være med i studien var at informantene måtte ha opplevd en eller flere traumatiske hendelser i fødsel, som de selv hadde ansvaret for. Inklusjonskriteriet ble derfor jordmødre som har hatt ansvaret under traumatiske hendelser i fødsel.

For å oppnå kontakt med jordmødre ble tilfeldige jordmødre kontaktet gjennom en privat melding på en fødeavdelings lukkede Facebook gruppe. Ved interesse fikk jordmødrene et informasjonsskriv tilsendt på e-post, hvor studien ble presentert og dens formål. Etter noen uker var interessen liten gjennom denne rekrutteringen og sendte derfor også en privat melding til tilfeldige jordmødre på den lukkede Facebook gruppen «jordmødre i Norge». Fikk da tilbakemelding fra flere jordmødre og hadde fem informanter etter et par uker, hvor håpet var å få tilstrekkelig med empiriske data (Malterud, 2018).

5.1.2 Intervjuene

Datamaterialet er basert på individuelle intervjuer med forfatter som intervjuer. Tre av intervjuene var under fysisk tilstedeværelse og to intervjuer ble gjort over Facetime, som var av informantenes eget ønske. At informantene kunne velge møtested selv var et viktig ledd i å skape en trygg og fortrolig intervjusituasjon (Malterud, 2018).

Varigheten på intervjuene varierte mellom 24 og 47 minutter, med lydopptaker som hjelpemiddel. Muntlig samtykke ble innhentet både før og etter intervjuet. Det ble forsøkt å skape en god atmosfære, ved å presentere oss for hverandre og konversere om dagligdagse ikke verdiladede tema før intervjuet startet, for å legge til rette for at informantene skulle føle seg komfortable og trygge nok med å dele sine personlige opplevelser og erfaringer fra deres livsverden (Kvale og Brinkmann, 2015; Blåka, 2002).

Det ble i forkant av intervjuet utviklet en semistrukturert intervjuguide. Ved at intervjuguiden var semistrukturert ga det rom for at informantene fritt kunne fortelle om sine tanker og opplevelser uten mange og detaljerte spørsmål, samtidig som forfatteren enkelt kunne rettlede inn på rett tema ettersom samtalen skred frem (Malterud, 2018). Det var også viktig at

informantene fikk tid til å forberede seg på tema, og fikk derfor tilsendt informasjonsskrivet i god tid på forhånd av intervjuet.

5.1.3 Transkribering

Like etter intervjuene fant sted mens det enda lå friskt i minnet, lyttet forfatter ut lydopptakene og transkriberte alt materiale fra muntlig tale til skriftlig tekst. Ved å arbeide alene ble forfatter godt kjent med materialet, som på den måten ble forberedt til analysen. Forfatter var bevisst språk, dialekt og ordtak. Teksten ble omformulert til Norsk bokmåls form, hvor hvert ordtrykk på dialekt av sterk betydning fikk like relevant betydning på bokmålsform, samt ble framstilling gjort i beste hensikt for informanten (Malterud, 2018).

5.2 Forforståelse

Forforståelse er det tolkningsgrunnlaget en har med seg inn i et forskningsprosjekt. Det er en forståelse man har fått gjennom livet, som vil påvirke bevisst eller ubevisst hele veien fra innsamling til tolkning av data (Malterud, 2018). Gjennom erfaring som sykepleier på en medisinsk avdeling og som jordmorstudent i praksis på en fødeavdeling, har forfatter stått i flere alvorlige hendelser som gjorde inntrykk og som påvirket følelsesmessig, samt snakket med andre jordmødre om hendelser som påvirket dem emosjonelt. Disse opplevelsene vil påvirke forfatterens forforståelse. Det har derfor bevisst gjennom studien vært forsøkt å legge forforståelsen til sides, ved å ikke følge den, men fokusere på det som kom fram i studien.

5.3 Kvalitetskriterier for kvalitativ forskning

Kunnskap er ikke allmenngyldig i den forstand at den er gjeldende for alle formål eller omstendigheter (Malterud, 2018). Å undersøke validitet eller gyldighet er en kvalitetskontroll, som viser i hvilken grad valgene for studien er nøyaktige og etablerte (Polit og Beck, 2012). Og i hvilken grad det er trukket gyldige slutninger ut fra resultatene av en studie i forhold til det formålet som er satt til å undersøke (Dahlum, 2021). For at forskning skal ansees som gyldig, krever den troverdighet, relevans og overførbarhet (Malterud, 2018).

For kvalitativ forskning er gyldighet eller tolkning av teksten sentral. Gyldighet og overførbarhet må derfor kontinuerlig vurderes underveis. med gyldighet menes, om en har løftet fram det man ønsket svar på. Det er flere gyldige svar på kunnskap, og like svar kan ikke forventes å bli funnet hver gang i kvalitativ forskning. Men for at noe skal være ansett som gyldig må man ha gått systematisk til verks, som forsterker overførbarheten. Overførbarhet handler om at funnene i studien er anvendbare i andre sammenhenger. En må derfor gjennom prosessen vurdere om funnene gjelder utover den situasjonen de er funnet i. Materialet ble tolket gjennom en fenomenologisk tilnærming som inspirerte til en dypere forståelse. Gjennom analyseprosessen ble det teoretiske rammeverket studert parallelt. På den måten økte forståelsen og ny kunnskap vokste fram underveis (Malterud, 2018).

5.4 Data- analyse

For å analysere data etter intervjuene ble det benyttet Malterud`s (2018) fire trinns systematiske tekstkondensering. En skiller mellom de- kontekstualisering som tar ord, setninger eller begreper ut av sin opprinnelige sammenheng og re- kontekstualisering, hvor en setter de inn igjen, i en ny sammenheng.

Den systematiske tekstkondenseringen utføres i fire trinn:

1. Få et helhetsinntrykk, finne foreløpige tema
2. Finne meningsbærende enheter, de- kontekstualisere, lage kodegrupper
3. Dele inn i subgrupper, kondensere meningsinnholdet, finne «gullsitater»
4. Re- kontekstualisere, sammenfatte og syntetisere resultatene.

I *første trinn* ble lydfiler lyttet ut flere ganger for å bli godt kjent med datamaterialet. Det ble lagt vekt på tolkning av alle hm- er, pauser og toneleier. Materialet ble transkribert og gjennomlest grundig. Viktige sitater ble markert, uten å systematisere. Fokuset var på hva som ville besvare forskningsspørsmålene best og kom fram til forskjellige ordtrykk som ble grunnlag for de foreløpige temaene. Ordtrykkene ble sammenfattet og det ble utviklet åtte

foreløpige temaer som kunne si noe om forskningsspørsmålene. Disse var: 1.) kroppslige følelser, 2.) Ingen å snakke med, ingen som forstår, 3.) Jakten på trygghet og kontroll, 4.) Lite eller ingen støtte, 5.) Et ønske om veiledning, 6.) Plassering av skyld, 7.) Tilbake til start, en ny jordmor, 8.) Risiko- tenkende praksis.

I *andre trinn* ble datamaterialet samlet og sortert ved å gå gjennom teksten linje for linje, for å finne meningsbærende enheter, som er ord eller setninger som sier noe om innholdet (Malterud, 2018). Materialet uten betydning for forskningsspørsmålene, ble lagt til sides. De meningsbærende enhetene ble så sortert under de foreløpige temaene. Etter hvert ble det oppdaget at det manglet et tema som gikk ut på personlige følelser kontra kroppslige reaksjoner, og valgte å tillegge ett til tema, for å få bedre oversikt. Temaet ble 9.) følelser, vel vitende om at de kanskje kom til å høre sammen etter hvert. Deretter startet kodearbeidet, en de- kontekstualisering, hvor teksten tas ut av sammenhengen den står i og plukkes fra hverandre (Malterud, 2018). Flere av temaene handlet om det samme, og ble slått sammen under en kodegruppe. Med utgangspunkt i forskningsspørsmål og foreløpige tema, ble teksten delt opp i fire kodegrupper: 1.) Overveldende følelser, 2.) Et ønske om støtte, 3.) Et ønske om veiledning, 4.) Erfaringens motgang og styrke.

I *tredje trinn*, ble de meningsbærende enhetene i kodegruppene organisert videre inn i ti subgrupper som lå to og tre under hver kodegruppe. For å kunne gjenfortelle innholdet i hver subgruppe ble de mest innholdsrike sitatene valgt ut. Disse skulle utgjøre kondensatene, som er få setninger som sier mest om innholdet, et kunstig sitat (Malterud, 2018). Det ble valgt ut tre sitater fra hver subgruppe som ble satt inn i en tabell (vedlegg 1). Sitatene ble kondensert, som betyr at de ble sammenfattet til et sitat i jeg-form (Malterud, 2018). Deretter ble det valgt ut «gullsitater» som var mest dekkende for hver subgruppe og presenteres i kapittel 6. «Gullsitater» er innholdsrike sitater fra informantenes egne ord (Malterud, 2018). Etter hvert viste det seg at to av subgruppene var i et annet nivå, og måtte derfor gå tilbake til trinn to i analysen og sortere de to subgruppene på nytt. Kom da fram til to nye subgrupper som var på likt nivå med de andre. Subgruppene ble til slutt: 1.) Sterke følelser som påvirker, 2.) en samlet holdning i en kaotisk situasjon, 3.) mangel på støtte, 4.) En ensom bearbeiding, 5.)

Kollegastøtte, 6.) Behovet for profesjonell samtale, 7.) Behov for oppfølging, 8.) Behov for å snakke om det, 9.) Personlig styrket, 10.) Risikotenkende praksis, 11.) Blanke ark, en ny jordmor.

I *fjerde trinn* ble det gjort en re- kontekstualisering. All tekst fra subgruppene ble lagt under sine kodegrupper hvor det ble utarbeidet et kondensat, en analytisk tekst som ble resultatet og utgjorde informantenes stemme. Materialet ble syntetisert i flere omganger. Meningsløs tekst eller gjentakende tekst ble fjernet. Den ferdige teksten ble målt opp med kondensatene i tabellen for å se at innholdet kunne fortelle det samme. Den kondenserte teksten fikk så «gullsitater» som kunne illustrere og konkretisere hovedfunnene (Malterud, 2018). Det ble så utarbeidet et passende navn for hver kategori som kunne fortelle hva teksten handlet om. Til slutt ble teksten grundig analysert for å sikre at funnene stemte med det materialet forsøkte å formidle. Framgangsmåten i analysetrinnene vises i vedlegg 1.

5.5 Forskningsetiske refleksjoner

I all medisinsk forskning er man underlagt etiske standarder som skal beskytte og respektere alle menneskers rettigheter og helse, og det er krav om at all forskning skal gjøres under etiske overveielser (Malterud, 2018). For studien er disse prinsippene fulgt med utgangspunkt i Helsinkideklarasjonen som er etiske retningslinjer for medisinsk forskning hvor hensynet til forsknings subjektene står sentralt (WMA, 2013).

Studien var meldepliktig, og godkjenning ble innhentet fra Norsk Samfunnsvitenskapelig tjeneste, NSD (vedlegg 4). Alle deltagere fikk et informasjonsskriv, med informasjon om studien, hvordan data skulle samles inn, anonymiseres og lagres etter gjeldende forskrifter og regler (Malterud, 2018). Hva det innebar å være med, hva som ble gjort med resultatene og at forsker var underlagt taushetsplikt. Jordmødrene ga et muntlig samtykke både før og etter intervjuet. Det ble grundig formidlet at samtykkeerklæringen ikke var bundet, og at jordmødrene til enhver tid hadde mulighet til å trekke seg fra studien uten å oppgi grunn, og at alt av deres datamateriale ville blitt slettet (Halvorsen og Jerpset, 2016).

Fordi tema kunne være følsomt for informantene ble det vist stor ydmykhet overfor informantenes grenser. Fordi kvalitativt dybdeintervju går i dybden kan det være belastende for informanten og kan vekke følelser som har vært bearbeidet tidligere, det måtte derfor overveies om fordelene med studien overgikk belastningen den kunne gi. Informasjonen ble innhentet på en respektfull måte for å verne om integriteten til den enkelte og arbeidet ble utført på en ærlig og redelig måte. Gjengitt informasjon måtte være lik den informanten hadde gitt. Formulering av sitater ble gjort på en ydmyk måte og forsker var bevisst på å ikke krenke eller virke støtende i gjengivelsen. Det ble ikke oppgitt navn eller noe som kunne identifisere datamaterialet, og på den måten ble det sørget for anonymisering. Ord og uttrykk ble omskrevet til et ugjenkjennelige uttrykk for å beskytte informantenes anonymisering. All skrift ble også ført på bokmål (Malterud, 2018). Fokuset for studien var på jordmødres opplevelser og støtte i ettertid. Detaljer om hendelsesforløpet som kunne kjennes igjen, ble ikke brukt videre i forskningen. Etter intervjuet ble all data aidentifisert og oppbevart i en kryptert fil, inntil det blir slettet.

6 Resultater

Under analyseprosessen kom det fram fire kategorier: 1.) Overveldende følelser som påvirker, 2.) Behovet for å bli sett, bekreftet og ivaretatt, 3) Et ønske om omsorg og veiledning, 4.) Erfaringens motgang og styrke.

6.1 Overveldende følelser som påvirker

Å bli utsatt for en traumatisk opplevelse kan utløse overveldende følelser som påvirker. Jordmødrene beskrev at det under en fødsel oppsto et uventet skifte i negativ forstand. Jordmødrene opplevde et umiddelbart sjokk, høyt stress- nivå, men innvendig en følelse av tomhet. De beskrev at de klarte å holde seg samlet, til tross for det som skjedde rundt. Fokuset var på det akutte i situasjonen. Jordmødrene beskrev at de klarte å føre en samtale med pappaen, hvor det på utsiden virket som de hadde full kontroll, mens på innsiden var de midt i et traume, de tilsidesatte egne følelser for å møte deres.

«du vet at da får man ... vi snakker om hjertebank, angst, litt sånn panikk, altså det barnet kan bare ikke dø liksom, hva gjør jeg da?».

Reaksjoner som sjokk og tomhet var følelser som slo inn umiddelbart. Etter hvert som sjokket la seg kom overveldende følelser som fortvilelse, skyldfølelse, skam, redsel og angst, og ble følelser som vedvarte over tid. Jordmødrene beskrev en konstant bekymring, og var plaget med mye tankekjør, hvor hendelsen gikk om og om igjen. Et behov for å finne sin skyld i det ble også framstilt. Jordmødrene beskrev en form for leting etter mening, en urolig følelse på søken etter et meningsfylt svar. Én jordmor kunne uttrykke at det gikk så langt at hun begynte å tenke mindre rasjonelt, selv om hun visste at det hun tenkte ikke var mulig.

«Jeg drømte at jeg begynte å lete etter feilene mine ... det gikk så langt at jeg tenkte at den lille luftbobla i slangesettet, kunne den liksom passert morkaken? så det ble helt surrealistisk, jeg vet jo at det ikke går an, men veldig behov for å finne en grunn til at det her skjedde».

Overveldende følelser kunne også lede til kroppslige reaksjoner, spesielt når de nærmet seg fødeavdelingen eller sto i en fødsel som minnet om hendelsen. Følelser som panikk, angst, stress og flashback var noen av reaksjonene som ble beskrevet. De overveldende følelsene kunne vokse seg sterkere over tid, og ble beskrevet som grusom og helt forferdelig.

«Vi kan alle kjenne på redsel, men når du blir tørr i munnen og begynner å kaldsvette når du nærmer deg fødeavdelingen, eller står i situasjoner hvor du tenker at det her ... jeg kommer til å blokkere, nå ligner det på noen ting jeg har opplevd før».

Det å ikke kjenne seg god nok eller like flink som de andre var også en overveldende følelse, som ledet til at jordmødrene skammet seg og følte seg nedverdige som jordmor. Jordmødrene beskrev en redsel og bekymring for å gjøre noe galt når de var på jobb. For å bekjempe utryggheten de følte ledet det til en jakt på bekreftelse hos kollegaer på at de gjorde riktige vurderinger. De overveldende følelsene kunne gå ut over nattesøvnen, eller det kunne gå ut over alt, også familien, fordi det ble vanskelig å være seg selv. For én var selvbekreftelsen så stor at hun gruet seg til å gå på jobb, og var bekymret for hva hun kom til å møte, og for hva kollegaene kom til å si når hun ikke var til stede.

«Det har vært vanskelig fordi den skamfølelsen ... jeg har vært flau, redd, og følt skyld. Jeg husker første vaken etterpå når jeg skulle gå inn på vaktrommet, jeg måtte trekke pusten inn en ekstra gang og forberede meg på å møte alle slags kommentarer».

Jordmødrene beskrev at miljøet kunne være tøft, at det var lite aksept for å vise følelser. De uttrykte at miljøet hadde blitt bedre over tid, men at problemene fortsatt eksisterte. De overveldende følelsene kunne lede til at jordmødrene vurderte å slutte i yrket, fordi det var så vanskelig. For én var det vanskelig å forstå hvordan noe slikt kunne skje, fordi hun var en erfaren jordmor.

«Jeg skulle ha vært så flink at jeg ikke hadde gjort den feilvurderingen, og det er der skammen kommer, jeg har skammet meg fordi når det er kun jeg som ... hvordan kunne jeg misse noe sånt liksom, hvordan var det mulig?».

Noen jordmødre følte et behov for å møte kvinnen etter hendelsen, og opplevde det som en lettelse når de ikke ble klandret for det som hadde skjedd, og uttrykte at de ikke visste hva de hadde gjort om fødekvinnen klandret dem.

6.2 Behovet for å bli sett, bekreftet og ivaretatt

Jordmødre som blir utsatt for traumatiske opplevelser har behov for å bli sett, bekreftet og ivaretatt. Jordmødrene uttrykte at det var viktig å ha noen som brydde seg, og ønsket en ledelse som så deres behov. Jordmødrene fikk tilbud om debrifing like etter hendelsen, hvor alle profesjoner som var til stede ble samlet. Men jordmødrene var usikre på hvorvidt det

hjalp eller ikke, fordi debriefing gikk mer ut på kartlegging av situasjonen enn hva det gjorde med jordmødrene følelsesmessig. Jordmødrene ytret også kulturkræsje og beskrev andre profesjoner som mindre åpne følelsesmessig. Jordmødrene beskrev at det påvirket dem følelsesmessig når de ikke kunne forstå deres reaksjoner, noe som medførte skam.

«Jeg husker den ene gangen på debriefing, så begynte jeg å gråte, og da satt legen og så rart på meg. det var litt vanskelig».

Debriefing kunne beskrives som å bli satt på en pidestall med fokus på skyldfordeling i kontrast til forståelse og medfølelse. Det ble en plass for en stille fordeling av skyld og ansvar, hvor ingen av de involverte ønsket å stikke seg fram, eller snakke om det, fordi alle var redd for hva ansvaret og skylden kunne medføre.

«Jeg mangler at vi var åpne om det, satt ord på hva som skjedde, for vi gjorde ikke det, det var mer ansvarsfraskrivelse, ingen sa egentlig hvor forferdelig dette var».

Jordmødrene var klar på at det var behov for debriefing, men at det ofte ble en medisinsk tilnærming og at de hadde behov for mer. Jordmødrene ytret usikkerhet rundt hvordan dette kunne gjøres, men beskrev at det var noe som manglet og at de ønsket en form for tiltak.

«Kollegaene var fine å snakke med, men samtidig så fikk jeg ikke den ordentlige debriefingen jeg trengte, men samtidig så vet jeg ikke helt hva jeg var ute etter, hva trengte jeg å høre? jeg trengte jo ikke å høre at det ikke var min skyld for det vet jeg jo at det ikke var».

Jordmødrene opplevde ledelsen som lite tilstedeværende og ønsket å bli møtt med mer forståelse i stedet for å bli presentert med harde fakta om det som hadde skjedd. Jordmødrene beskrev en bedre støtte fra kollegaer som ikke var direkte involverte i hendelsen enn de som var. Behovet for å bli sett, bekreftet og ivaretatt ble bedre dekt fra familie og venner enn det de fikk fra ledelsen og kollegaer på tross av at venner og familie ikke forsto hva de gikk gjennom.

«Det var helt forferdelig, jeg følte at jeg hadde lite støtte ... jeg hadde ingen å lene meg til annet enn mine nærmeste. Det var virkelig kritikk verdig».

Jordmødrene beskrev at de ikke automatisk fikk hjelp, og kunne forklare at det ble en brå stopp etter debriefingen og at det var utenkelig å skulle gå til ledelsen å be om hjelp, fordi det kunne bli sett på eller føles som en svakhet.

«En del tenker kanskje at man blottlegger seg, at man viser at jeg er ikke god nok for den her jobben, og blir det for mange slike følelser tror jeg man kommer ut av yrket, da søker man til andre steder».

Det å bli sett, bekreftet og ivaretatt var en mangel i systemet og jordmødrene ble aldri oppsøkt av ledelsen, men måtte selv ta kontakt ved behov. Jordmødrene uttrykte at det er dette man skriver under på ved å bli jordmor, det med å stå alene i egne følelser, det er et eget ansvar. Jordmødrene beskrev at det var lite rom for utløp eller for å reflektere rundt hendelsen. De uttrykte et behov for empati og støtte, noe som kunne lette på de vanskelige følelsene.

«Det var ikke noe fokus på hva som skjedde med meg som jordmor, den redselen og den angsten, når sluttordene er en klapp på skulderen og en beskjed om å gå opp på hesten igjen og ut å ri, kom igjen ... og så gikk hun».

Jordmødrene opplevde bearbeidingen som en langsom prosess uten tilbud og mente det hadde gått raskere med hjelp. Det var vanskelig for familie og venner å forstå hva de egentlig gikk gjennom fordi det å sette ord på følelsene var vanskelig.

«Man kan si at det var et barn som døde, men de forstår jo ikke, altså som mannen min sier, men du har jo ikke gjort noe galt, men det er jo alt det andre».

Jordmødrene kunne også oppleve at det ble vanskelig å snakke med familien, fordi mange synes det er vanskelig å høre om vonde historier fra føden, eller de har vansker for å møte jordmødrene på følelsene. Selv om jordmødrene hadde kollegaer å snakke med opplevdes bearbeidingen som en ensom tilværelse, fordi følelser som skyld og skam er en personlig opplevelse, hvor det ikke er lett å skille ut hva som føles greit å dele og ikke. Jordmødrene beskrev kollegastøtte i forskjellig grad, men også som noe positivt. Jordmødrene var glad for å ha gode og trygge relasjoner, kollegaer de kunne kalle venner, og mente de var avhengige av den støtten de fikk fra kollegaene.

«Jeg er superheldig for at jeg har så mange gode kollegaer som er nære venninner, så jeg har ikke følt meg alene om det, støtten fra dem har vært veldig bra».

Jordmødrene kunne ikke snakke med alle kollegaene, og for å få støtte måtte de selv være åpne om egne følelser. Noen knyttet sterke bånd etter hendelsen og fant trygghet i å utveksle erfaringer. Etter hendelsen ønsket jordmødrene å være en ressurs for andre som hadde opplevd lignende, spesielt nyutdannede.

«Man er spesielt sårbar når man er nyutdannet, så jeg har tatt kontakt med flere som har stått i vanskelige situasjoner, og kan fortelle at det går bra, at du kan få det bra på jobb igjen, at det er normalt å kjenne på skam og skyld».

6.3 Et ønske om omsorg og veiledning

Jordmødrene beskrev et ønske om omsorg og veiledning etter hendelsen, en samtale med fokus på å sortere tankene etter det de hadde opplevd, gjerne noe som var satt i system. De beskrev et ønske om et profesjonelt møte hvor alle jordmødre ble innkalt for veiledning. Dette skulle foregå en gang i måneden, eller hver andre, tredje måned. Samtalen skulle være noe alle måtte møte på og ikke en forespørsel. Ledelsen skulle ikke bestemme hva som var vondt nok til å få en veiledningssamtale. Det skulle ikke være skille på hvem og når en skulle få veiledning, og det skulle ikke eksistere inklusjon eller eksklusjonskrav.

«ett eller annet, bare et fast opplegg at ja, men da har vi en time, så kan vi snakke, men da må det gjerne være noen som kan snakke, ha en profesjonell tilnærming».

Personen som skulle lede samtalen måtte gjerne være jordmor selv, da de ville ha en felles plattform hvor det er likesinnet forståelse for hva de går gjennom. De uttrykte at en psykolog aldri ville forstå på lik linje som en jordmor, men jordmoren måtte være en person jordmødrene kunne stole på og som hadde et inderlig ønske og interesse for veiledning og gjerne ha kursing eller videreutdanning innenfor fagfeltet. I utgangspunktet var det ikke nøye hvem som veiledet, bare det ble en samtale. Jordmødrene beskrev at man bør bli oppsøkt etter en ukes tid, selv om det ikke er behov for veiledning på det tidspunktet, fordi en kan merke ting etter hvert.

Det å ha en samtale eller få bearbeide ting og få lagt det bak seg, kunne vært veldig nyttig. Hvis vi hadde hatt det en gang i mnd., eller hver tredje mnd., som går ut på vår erfaring, opplevelser, og får plassert det i forhold til seg selv ... reflektere litt, hva har det gjort med meg, hvordan vil det endre meg, eller i praksis f.eks. hvordan møter du neste, og hva har du behov for.

Jordmødrene fikk ikke oppfølging etter hendelsen og beskrev det som mangelfullt og direkte avvikende, og mener tiden de brukte på bearbeidingen kunne blitt kortere. Jordmødrene uttrykte et ønske om at ledelsen fulgte opp med spørsmål om hvordan de hadde det og at ledelsen kunne kartlegge, identifisere og organisere faste tiltak for oppfølging.

«Det er klart at hvis jeg hadde fått en bedre oppfølging, at det hadde endret det jeg tenkte i ettertid, også tror jeg det hadde vært med på å ufarliggjøre det, altså det å sette ord på de tingene tidlig, for nå er det ganske lang tid siden det skjedde».

Jordmødrene beskrev at de ikke ba om hjelp selv, fordi det hadde blitt for skamfullt og at det er få som ønsker å skille seg ut. Én jordmor måtte organisere egen oppfølging fordi behovet ble så sterkt, og uttrykte at hun ikke kunne være foruten, men at det medførte skam.

Jordmødrene mente at oppfølging er et ledelsesansvar og at det er feil å legge ansvaret på jordmødrene. Jordmødrene beskrev oppfølging som en kjent mangel i systemet og mente det ikke kan fortsette slik, at det er viktig å se hvem man har rundt seg og hvilke behov de har og at det er et ansvar ledelsen har for sine ansatte.

Innen man skilles etter debriefingen, så må man ha lagt et løp for veien videre, og det er for at ingen skal falle ut, ingen skal bare føle at dem forsvinner i intet. Det er i den akutte situasjonen samme dag, samme vakt, så er det kanskje ikke plass for å uttømme for det, men avdelingsjordmor som sitter med den situasjonen skal kjenne sine medarbeidere såpass godt at de ser at ja, hun trenger at jeg treffer henne, jeg ringer henne i morgen.

Jordmødrene beskrev at det er viktig å snakke om følelser rundt hendelser og identifisere hvilke behov de har. Ved en vanskelig fødsel, bør jordmoren fritas for risiko fødsler en stund. Én jordmor beskrev at hun møtte lederen sin i gangen etter hendelsen, og fikk spørsmål om hvordan hun hadde det, men at det på gangen ikke var rom for å erklære hvor vondt det var. Jordmødrene beskrev en ledelse som var lite til stede, og som derfor kanskje ikke så behovet.

Vi har det som heter debriefing etter en hendelse, og det får man tilbud om ganske kjapt. men det som har vært tilfelle i min situasjon, er at jeg har savnet en oppfølging, ikke bare som debriefing, for da er ting veldig ferskt, men det er ofte når det går en stund, så begynner du å merke at du har diverse ubehag som man kaller for post traumatisk stress etter noe sånt. Også er det ofte at man kan kjenne på en del ting i etterkant, og det tror jeg er noe som gjør at man slutter i yrket.

Jordmødrene hadde behov for omsorg og veiledning gjennom at noen viste hensyn og tok seg tid til å lytte. De presiserte at en fødsel fort kan bli kritisk og at yrket derfor er sårbart.

Jordmødrene mente det er viktig med åpenhet i miljøet, for å kunne lette på tanker og følelser rundt situasjoner. De påpekte at det er viktig å ufarliggjøre det å snakke og tror mer åpenhet kan bidra til mer aksept for å snakke om følelser. Jordmødrene opplevde det å snakke som en lettelse, og presiserte at situasjoner kan balle på seg og gi uheldige konsekvenser for psyken om en ikke gjør det. Jordmødrene mente stillhet utvikler stillhet som igjen utvikler vonde

følelser. At det er viktig med samhold og forståelse, og ikke beskyldning av hverandre, fordi det gjør til at en ikke tørr åpne seg. Én jordmor beskrev at hun ikke hadde satt ord på følelsene sine og dermed ikke bearbeidet det tilstrekkelig.

«jeg kjenner nå når jeg snakker om det at jeg får klump i brystet fordi følelsene kommer opp siden jeg ikke har bearbeidet det som skjedde der og da, og ikke har snakket så mye om det, da jeg har mer tenkt på det og sånt, men ikke liksom satt ord på hva jeg har tenkt der og da».

6.4 Erfaringens motgang og styrke

Erfaringens motgang og styrke betyr at selv om jordmødrene opplevde hendelsen og ettervirkningene som forferdelig og svært utfordrende, hadde de også blitt styrket av den, men at veien dit hadde vært lang og tøff. Jordmødrene beskrev at selv om de var redde for å oppleve en vanskelig fødsel igjen, var de tryggere nå enn før hendelsen, fordi de nå var mer forberedt, visste hva de skulle se etter og dermed kunne reagere tidligere.

Det er noe negativt på en måte, men samtidig noe positivt. Jeg har jobbet meg gjennom noen kriser, jeg har vokst som menneske, Jeg har fått erfaringer i forhold til det å stå sammen med mennesker i krise som har f. eks mistet barnet sitt eller mannen som har mistet kona si for at hun døde under fødselen.

Jordmødrene ble mer bevisst på å stole på seg selv og ikke la andre overkjøre dem i deres avgjørelser. De hadde jobbet seg gjennom en krise, og satt dermed med erfaring de kunne bruke til å veilede andre jordmødre med. Jordmødrene beskrev at selv om hendelsen påførte dem mye negativt, hadde den også noe positivt, de hadde blitt en bedre jordmor. Selv om de mistet tryggheten, gjorde bearbeidingen dem tryggere på sikt.

«Jeg vet hva jeg skal gjøre når jeg kommer i en sånn situasjon igjen, jeg har lært veldig mye av det, jeg har ikke bare vært redd, den har også styrket meg faktisk. Så den traumatiske hendelsen jeg opplevde, har styrket meg med at den har endret meg mer til det positive».

Jordmødrene beskrev at de måtte bruke tid etter hendelsen på å bli trygge igjen, og opplevde tiden på jobb som utfordrende fordi de tenkte økt risiko med alle, også normalfødende og var i konstant beredskap, som kan forstås som en motgang. Jordmødrene brukte CTG-overvåkning oftere og beskrev at alle måtte gjennom innkomst- CTG, selv om de var bevisste på at CTG er et øyeblikksbilde og at det egentlig ikke var nødvendig. Jordmødrene måtte lytte ofte med doppler og så oftere i prosedyrer, for å forsikre seg om at ting var greit..

«Det jeg gjorde var å gå med krum hals og begynte å kjøre registreringer på alle normalfødende en stund, også så jeg etter hvert at det var det ingen grunn til å gjøre, men det vedvarte nok en stund».

Jordmødrene beskrev at de ble en i verstefalls tenker, tenkte patologi, og at de mistet tilliten til den naturlige fødselen, som kan forstås som en motgang. Jordmødrene reagerte også tidligere enn de vanligvis ville ha gjort, og likte å ha en jordmor to med seg gjennom vurderinger, spesielt på slutten av fødselen. Jordmødrene beskrev at behovet for å ha kontroll og være i beredskap varte over lengre tid.

«Jeg husker ikke hvor lenge etterpå, men jeg tok alltid innkomst CTG på alle. Det måtte jeg faktisk gjøre for å føle meg trygg, så sånn preget det meg».

Jordmødrene følte seg til bry og var skamfulle overfor andre kollegaer. De ønsket aksept for handlingene, og forståelse for at de følte seg utrygge. Jordmødrene mistet tillit til teknisk utstyr og hadde behov for at ledelsen kjørte gjennomgang. Jordmødrene ble opptatt av å følge med på CTG- overvåkingen, så etter tegn som minnet om hendelsen. Ved deselerasjoner ble de bekymret for å måtte gjennomgå det igjen.

«Hvis jeg ikke fant fosterlyden sånn som det er noen ganger, så sto jeg aldri og lette etter den, må liksom trygge seg ... lenge, forsikre seg om at ting er greit, og kjøre noen strimler med CTG bare for å forsikre seg om at det er normalt, at det går greit».

Jordmødrene beskrev at hendelsen endret dem som jordmor, at de opplevde både motgang og styrke. De innså hvor sårbar en fødsel kan være og hvor vanskelig det er å være jordmor. Jordmødrene mistet tryggheten de hadde som jordmor og opplevde det å praktisere yrket igjen som at de var tilbake til start.

«Så jeg har nok blitt, jeg er ikke redd, men jeg er nok mer usikker, for jeg er jo egentlig en jordmor som er veldig trygg, jeg er jo rask til å spørre om hjelp, eller sier ifra om det er noe jeg lurer på, så det er veldig ja ... jeg er spent på hvordan det blir i natt».

Jordmødrene beskrev at hendelsen preget dem både som person og jordmor i lang tid. For å finne seg selv igjen, finne tryggheten, var en av løsningene å stå i fødsler selv om de var engstelige. Jordmødrene beskrev at menneskene og hendelsene var noe de berte med seg videre. Én jordmor forklarte at hendelsen merket henne og at hun tenker på hendelsen hver dag enda det er over 20 år siden, at den ikke påvirker henne i like høy grad, men at hun tenker på at det er trist.

«altså dem er jo der, man blir jo aldri å gløkke de menneskene og blir aldri å gløkke hendelsene. Altså i en sånn yrkes- jordmor liv, så tenker jeg det er noen mennesker og hendelser vi alltid har med oss. det vil farge oss på en måte sikkert».

7 Diskusjon

7.1 Diskusjon av resultater

Resultatet fra denne studien viser at traumatiske opplevelser *gir overveldende følelser som påvirker*. Tidligere forskning styrker dette funnet og viser at det å oppleve traumatiske hendelser påvirker jordmødre emosjonelt, og kan føre til både psykiske og fysiske reaksjoner. De psykiske reaksjonene kan være angst, depresjon, søvnløshet eller PTSD. De fysiske kan være smerter i muskler og ledd (Sheen *et al*, 2015; 2016; Leinweber *et al*, 2017b; Wahlberg *et al*, 2017; 2020; Minooee *et al*, 2019). Resultatet fra denne studien viser at belastningen stresset medførte kan tolkes som slike symptomer, hvor jordmødrene opplevde selvbredelse, skyld, skam, angst, søvnløshet, tankeforstyrrelser, flashback, i konstant beredskap, som gikk ut over nattesøvnen og hvordan de praktiserte yrket i ettertid, noe annen forskning også viser (Wahlberg *et al*, 2016; Ehlers og Clark, 2000; Schrøder *et al*, 2021; Cohen *et al*, 2017; Cankaya og Dikmen, 2020). Funnene fra denne studien kan representere varierende grad av PTSD (Leinweber *et al*, 2017a; Cohen *et al*, 2017; Wahlberg *et al*, 2016; Sheen *et al*, 2015; 2016a).

I denne studien kan de overveldende følelsene som stressbelastningen representerte, relateres til teorien om stress og mestring av Lazarus og Folkmann (1984), som betyr at de overveldende følelsene som varte over tid, medførte betydelig stress, som dermed utfordret mestringsforutsetningene. Stressbelastningen jordmødrene i denne studien opplevde kan forstås som et traumatisk stress, som kjennetegner seg ved stor stressbelastning over tid som etter hvert gir kroppslige reaksjoner og kognitive endringer (Weisæth, 1995; Dyregrov, 2018). En slik belastning kan også forstås som en krise, hvor stressbelastningen er så enorm at det er

vanskelig å ta situasjonen inn over seg. Dermed slår forsvarsmekanismen inn hvor den beskytter personen ved å moderere virkeligheten gradvis (Cullberg, 1989; Dyregrov, 2018).

Resultatene viser at overveldende følelser som påvirker innebærer at jordmødrene fikk problemer med tankeforstyrrelser, hvor de grublet over det som hadde skjedd. En biologisk forklaring på dette kan være at under enormt stress og en sterkt aktivert Amygdala, vil hjernen forsøke å lete etter årsak til hvorfor kroppen opplever belastningen, og forsøke å finne en mening med det som skjer, noe jordmødrene beskrev at de gjorde under bearbeidingsfasen (Cullberg, 1989; Weisæth, 1995). Fordi hjernen leter etter årsaken, lar den seg ikke falle til ro, og jobber på overtid med tanker som forstyrrer. Under denne fasen, kan en bli plaget av bilder og minner om hendelsen og andre vanskelige hendelser eller minner en har hatt i livet, noe som også kan forårsake en følelse av håpløshet og tap av kontroll, som setter trygghetsfølelsen på spill (Håkonsen, 2014; Ehlers og Clark, 2000). Noe jordmødrene i denne studien uttrykte.

Denne studiens resultat viser videre at sterke overveldende følelser forstyrret nattesøvnen og gikk ut over alt. I forhold til Cullberg`s (1989) teori om krise, kan en bli stående fast ved overgangen mellom reaksjonsfasen og bearbeidingsfasen, grunnet forsvarsmekanismen som forsøker å beskytte individet ved å gradvis ta inn over seg det som har skjedd. Det kan tenkes at jordmødrene ble stående fast her, fordi de beskrev at de brukte lang tid på bearbeidingen og opplevde sterkere følelser etter hvert. Jordmødrene beskrev en skyldfølelse hvor gjentagende spørsmål gikk igjen. Ifølge teorien kan en bli stående fast om en ikke kommer forbi tanker som: hvorfor skjedde dette? var det min skyld? eller om man fortsetter jakten på en mening, tanker jordmødrene beskrev at de hadde. Jo lengre man er i denne fasen av bearbeiding jo vanskeligere oppleves situasjonen, fordi kroppen opplever økende stress etter hvert som bearbeidingen vedvarer (Cullberg, 1989), samt at mestringsressursene avtar over tid (Lazarus og Folkmann, 1984).

Resultatene fra denne studien viser at det emosjonelle spekteret kunne vokse over tid, og ble for flere etter hvert vanskelig å håndtere. Dette funnet kan forstås som at følelser som skam og skyld, hvor en konstant føler at det er deres feil, trenger hjelp til å plasseres. Jo mer avstand en har til en spesifikk hendelse, jo mer rom kan det gi for rasjonell tenking, og en kan etter hvert se at en selv ikke står ansvarlig for det som har skjedd. Men noen mennesker klarer

ikke dette på egenhånd, og har behov for hjelp til å sortere tankene (Ehlers og Clark, 2000; Selye, 2013; Samdal *et al*, 2017). Hovedproblemet blir når man er under mye stress og kjenner angsten bli sterkere, vil det sette i gang uhensiktsmessige tankemønstre som foringer opplevelsen, hvor hjernen vil fokusere på faresignaler, som gjør det vanskelig å komme ut av det (Berge og Repål, 2012). Noe jordmødrene i denne studien beskrev at de opplevde. De brukte mye tid på å gruble over hendelsen, og klarte ikke å finne svar, og følelsene vokste derfor over tid, noe som forverret opplevelsen.

Overveldende følelser kan også tenkes å oppstå på bakgrunn av tilknytning og en følelse av ansvar overfor fødekvinne. Jordmødrene i denne studien fant trøst i at fødeparet ville møte dem etter hendelsen, og forklarte dette som en lettelse, eller en bekreftelse på at de ikke ble klandret. Det nære forholdet til fødeparet kan også være medvirkende årsak til stress, fordi den nære relasjon kan øke sårbarheten og minske toleransen for stress i forhold til en profesjonell distanse (Rice *et al*, 2013).

Jordmødrene som oppsøkte fødekvinne etter hendelsen, beskrev et behov for tilgivelse, og visste ikke hva de ville ha gjort om fødekvinne hadde klandret dem. Jordmoryrket er spesielt på den måten at det er mye fokus på nærhet, at en skal ha en nær og god relasjon til fødeparet, hvor jordmor opplever et personlig ansvar for fødekvinne. Dette kan resultere i en sterkere tilknytning til fødekvinne, og dermed også sterkere følelser tilknyttet situasjonen, noe forskning også viser (Coughlan *et al*, 2017; McDaniel og Morris, 2020). Det er også vist at jordmødre som følger opp kvinnen i svangerskapet i tillegg til fødselen, blir enda sterkere tilknyttet og dermed også mer utsatt for traumatiske opplevelser. Forskningen viser også at jordmødre som blir klandret av fødekvinne er mer utsatt for psykiske vansker (Sheen *et al*, 2016).

Jordmødrene i denne studien beskrev at ikke bare hendelsen, men også menneskene i den ble med dem over mange år, og at de fortsatt tenker på dem. Dette kan være fordi jordmor relaterer til kvinnens sorg, siden tilknytningen er sterk mellom jordmor og fødekvinne (Rice *et al*, 2013). Her kan man også knytte til begrepet «second wictim» som ble beskrevet av Wu (2000), hvor jordmor blir den andre skadelidende etter en traumatisk hendelse og at jordmødre opplever å bli traumatiserte uavhengig om de er til skyld eller ikke. Jordmødrene i denne studien kan også beskrives som «second wictims», fordi jordmødrene hadde påfallende

symptomer som det «second wictims» har, med at de opplevde hendelsen som vanskelig, her under sjokk, skyldfølelse, tankeforstyrrelser og at situasjonen preget dem følelsesmessig og gikk ut over alt, både på jobb og privat (Coughlan *et al*, 2017; McDaniel og Morris, 2020).

Etter å ha vært gjennom en traumatisk opplevelse, fikk jordmødrene *behovet for å bli sett, bekreftet og ivaretatt*. Tidligere forskning viser at jordmødre får for lite støtte etter traumatiske hendelser (Christoffersen *et al*, 2020; Schrøder, 2021). Forskningen viser til at årsaken kan forklares med at det ikke er miljø for optimal støtte mellom jordmødre, på bakgrunn av bl.a. for mye ansvar på for lite jordmødre og generell lite kollegial omsorg og dårlig oversikt av behov fra ledelsen (Cramer & Hunter, 2019; Austin *et al*, 2019; Christoffersen *et al*, 2020). For å oppnå en mer hensiktsmessig bearbeiding etter traumatiske opplevelser, og en bedre håndtering av et traume, er det viktig med sosial støtte (Skants, 2014; Eid & Harris, 2018; Cramer og Hunter, 2019; Christoffersen *et al*, 2020). Det må i dette tilfellet skilles på støtte under fødsel som har fokus på fødekvinnen og støtte etter fødselen med hensyn til jordmor, da forskning viser at jordmødre får god kollegial støtte under forløsning med hensyn til kvinnen (Bäckström *et al*, 2016; Bäckström, 2018). Men når det kommer til emosjonell støtte for jordmor i ettertid, viser forskningen at den er dårligere (Lynch, 2002).

Denne studien viser at jordmødrene fikk for lite støtte i form av å bli sett, bekreftet og ivaretatt, som kan sees på som en fordypning av dimensjonene rundt støtte (Schrøder *et al*, 2021; Christoffersen *et al*, 2020). Jordmødrene følte ikke at de kunne snakke med alle kollegaene, fordi alle var ikke like åpne følelsesmessig og at det ikke var miljø for det. Dette sammenfaller med tidligere forskning, som viser at det ikke er rom for støtte, på bakgrunn av for lite tid, for mye ansvar, eller for dårlig miljø, her under skamfullt, å vise følelser (Schrøder *et al*, 2017; Austin *et al*, 2019; Cramer og Hunter, 2019; McDaniel og Morris, 2020; Alexander *et al*, 2021). Jordmødrene beskrev en ledelse som ikke var til stede og dermed ikke så behovet, noe som også sammenfaller med tidligere forskning på temaet (Cramer og Hunter, 2019; Austin *et al*, 2019). Det er bevist av forskning at jordmødre trenger støtte og at bearbeidingen med støtte kan bli lettere, og at dette bør implementeres i tjenesten samt i utdanning av jordmødre (Calvert, 2014; Schrøder *et al*, 2017; McDaniel og Morris, 2020;

Laing *et al*, 2020). Forskning viser også at jordmødre får en bedre og mer vellykket bearbeiding om de får støtte fra kollegaer (Christoffersen *et al*, 2020; Schrøder *et al*, 2021). I psykologien er det også vist at mestringsstrategiene styrkes ved tilgang på sosial støtte (Håkonsen, 2014; Skants, 2014; Eid og Harris, 2018). I denne studien beskriver jordmødrene hvordan de ble sett, bekreftet og ivaretatt mest fra venner og familie.

Resultatene fra denne studien viser at støtten fra familie og venner var bra, men at det ikke oppfylte behovet, fordi de ikke kunne forstå hva jordmødrene gikk gjennom på lik linje med det en jordmor kunne, noe resultater fra annen forskning også viser (Laing *et al*, 2020; Minooe *et al*, 2021; Alexander *et al*, 2021). Jordmødrene i denne studien beskrev at de var avhengige av kollegastøtten de fikk for å komme seg videre. Studien viste også at kollegastøtte kan skape sterke bånd mellom jordmødre. Annen forskning viser også at kollegastøtte er av stor betydning (Schrøder *et al*, 2021; Cramer og Hunter, 2019). Det denne studien har vist er at støtte behøver å inneholde dimensjoner av å bli sett, bekreftet og ivaretatt. Videre forskning kan gå i dybden av disse dimensjonene gjennom intervjuer og undersøkelser av jordmødre og ledere.

Denne studien viser at debrifing var noe jordmødrene fikk like etter hendelsen, og som de mente var viktig for å kartlegge hva som egentlig hadde skjedd. Jordmødrene opplevde debrifing som en skyldfordeling framfor en gjennomgang som kunne føre til bedring av prosedyrer. Debrifing kunne også bli for medisinsk framfor å se mennesket bak, det å bli møtt på sine følelser. Debrifing kunne dermed forsterke skyldfølelse og skam, noe som er lite hensiktsmessig. I en forskningsstudie av Schrøder *et al*, (2021) kom det fram at fordi helsepersonell i en debrifing- setting ikke kjenner hverandre like godt, vil de ta på seg en maske utad, hvor en forsiktig går gjennom situasjonen uten å nødvendigvis vise hvor sterk av en påkjenning hendelsen egentlig var, noe som sammenfaller med funn i denne studien, hvor jordmødrene mente det ikke var rom for å vise følelser, og hvor de lurte på om andre profesjoner ikke var like emosjonelt berørte som det de var. I en annen forsknings studie av Schrøder (2016) hvor en sammenlignet obstetrikere og jordmødre viser den at obstetrikere kommer bedre ut av en traumatisk hendelse enn jordmødre, som kan ha med tilknytningen til føde paret å gjøre. En obstetriker som blir tilringt under akutte hendelser, har oftest ingen kjennskap til kvinnen fra før, noe som kan skape en avstand emosjonelt (Schrøder *et al*, 2016; 2017). Imidlertid viser en forskningsstudie av Wahlberg (2017), at obstetrikere er mer utsatte

for traumatiske hendelser enn jordmødre, på bakgrunn av flere anmeldelser av pasienter og sykehus etter alvorlige hendelser.

Å bli sett, bekreftet og ivaretatt av kollegaer, og et ønske om mer aksept og åpenhet for følelser ble et tydelig ønske i denne studien. Forskning viser at jordmødre har behov for et godt og støttende miljø på arbeidsplassen (Christoffersen *et al*, 2020; Schrøder *et al*, 2021). Det at det var skambelagt å erklære at en hadde det vanskelig, ble vanskelig for jordmødrene i denne studien. Hadde miljøet vært mer åpent og aksepterende, og vært mer rom for å vise følelser, kunne jordmødrene sluppet å kjenne på skammen de berte med seg, noe forskning også viser (Cramer og Hunter, 2019; Austin *et al*, 2019; Laing *et al*, 2020). Det er påfallende at jordmødrene kjente på at miljøet var tøft jordmødrene imellom, enda de kjenner på en stor omsorg og en sterk tilknytning til fødekvinnene. Hvorfor har ikke jordmødrene like stor omsorg for hverandre? kan det tenkes at det er en form for konkurranse jordmødrene imellom? at ingen skal vise seg som den svake? eller en dårligere jordmor enn noen andre? eller kan det være at jordmødrene følger normer som har eksistert over lang tid? eller er det rett og slett mangel på tid?

Relevant for diskusjon rundt støtte er også jordmor teori rundt barmhjertighet og empowerment, hvor det er stort fokus på å vise omsorg, empati og det å styrke den andre. Som jordmorstudent lærer man at en skal sette den andre først og sørge for at den andre får en god opplevelse. Dette fokuset står sterkt i både sykepleiefaget så vel som i jordmorfaget (Blåka, 2002; NSF, 2021). Hvorfor jordmødre ikke har fokus på å utøve like god omsorg og behandling av hverandre, kan forskes videre på, men kan det tenkes at dette har noe med den grunnleggende utdanningen å gjøre? Hvor fokuset er på den andre og ikke hverandre? i utdanningen har vi terminologien salutogenese, som innehar empowerment, men den har også fokus på god helse (Walseth og Malterud, 2004). I utdanningen er salutogenesen fokusert på pasienten, men i teorien er den ment for enhver. Kan denne også brukes i utdanningen med fokus på styrking av en selv og hverandre? Dette bør det forskes videre på og evt. innføre modeller for egenmestring og omsorg for hverandre i utdanning av både sykepleiere og jordmødre.

Jordmødrene i denne studien uttrykte at de sto alene med følelsene og at ingen så deres behov. De mente at rollen som jordmor innehar et grunnleggende ansvar om å ta vare på seg selv.

Allerede i 2002 skrev Lynch (2002) en artikkel hvor hun utrykte at jordmødre som omsorgsgivere ikke får omsorg selv. Hun mente at dette er et globalt problem som kan sees i sammenheng med politikk, som skaper dårlige arbeidsforhold. At et dårlig arbeidsmiljø er en stor faktor for utbrenthet og hvor en grunnleggende holdning om å bry seg med seg selv regjerer i profesjonen. Hun mente at problemet ikke er enkelt å løse, men det jordmødre som enhet må starte med er å respektere jordmødrenes arv, som er det arbeidet jordmødre har gjort gjennom generasjoner. At å gi omsorg til omsorgspersonen er å gi omsorg for hverandre. Og at selve forestillingen om omsorg må erkjennes at kommer fra hjertet.

Denne studien viser at jordmødrene utrykte bekymring overfor nyutdannede jordmødre, og brukte seg selv som en støtte etter traumatiske hendelser. Flere studier vektlegger viktigheten med oppfølging for nyutdannede jordmødre (Coldridge og Davies, 2017; Oates *et al*, 2019; McDaniel og Morris, 2020). Fordi forskning viser at nyutdannede jordmødre kan være mer sårbare, bør det vurderes å implementere forberedelse for traumatiske hendelser i utdanningen så vel som i praksis, noe forskningen også foreslår (Hood *et al*, 2010; Davies *et al*, 2015; Sheen *et al*, 2016a; Schrøder *et al*, 2017; Ahmadi *et al*, 2018; McDaniel og Morris, 2020; Minoee *et al*, 2021; Wahlberg *et al*, 2019). Forebyggende metoder i form av et forberedende kurs før de begynner å praktisere yrket, som går ut på å trene opp mestringsressursene er et godt forslag (McDaniel og Morris, 2020). Hensikten er å forberede studentene, slik at de blir bedre rustet for å håndtere kritiske hendelser (Oates *et al*, 2020; Schrøder *et al*, 2017; Minoee *et al*, 2021; Davies *et al*, 2015).

Jordmødrene i denne studien fikk ikke oppfølging, men utrykte *et ønske om omsorg og veiledning*. En oppfølging satt i system, og mente bearbeidingen hadde blitt kortere om de hadde fått omsorg, som kan vises i form av oppfølging gjennom veiledning.

Tidligere forskning viser at jordmødre ikke får oppfølging, og at det er for lite fokus på det i praksis (Cramer og Hunter, 2019; Austin *et al*, 2019; Christoffersen *et al*, 2020; Schrøder *et al*, 2021). Forskning viser også at det fins noen få sykehus i Norge med retningslinjer for hvordan en skal følge opp jordmødre etter kritiske hendelser, men det er usikkert hvorvidt disse etterfølges i praksis (Christoffersen og Teigen, 2016). Fordi jordmødre opplever det å be om hjelp som skambelagt, ber de heller ikke om hjelp selv om de har behov for det, viser en

studie fra Danmark (Schrøder *et al*, 2016). Studier fra flere andre land viser at flere jordmødre slutter i yrket fordi det blir for vanskelig (Leinweber og Rowe, 2010; 2017a). Forskning viser også at omsorg og veiledning fra ledelsen viser seg å være forebyggende for å oppleve hendelser som traumatiske (Kerkman *et al*, 2019; Javid *et al*, 2019). Resultatet fra denne studien viser et behov for omsorg og veiledning, og mangel når det gjelder oppfølging relatert til ledelse og systematisk oppfølging.

Jordmødrene i denne studien opplevde det å be om hjelp som skambelagt og ønsket derfor at oppfølging ble noe alle ble innkalt til, noe som er unikt for denne studien, og som derfor tilsier at oppfølgingen bør tilrettelegges etter å ha vært på et første møte som alle jordmødre bør innkalles til. Et resultat fra denne studien er at jordmødrene ønsket mer veiledning over tid på et mer strukturert vis og over en lengre periode etter hendelsen. Et forslag basert på studien er derfor, for å sikre at jordmødre som ikke ber om hjelp får det, bør alle jordmødrene bli innkalt for veiledning, for så å få tilrettelagt oppfølging etter behov. Unikt for denne studien kom det fram at innkalling til veiledning bør inkludere alle, og ikke bare være en forespørsel, for å unngå skam eller at en skal føle seg dårligere enn de andre. I denne studien ble ikke retningslinjer for oppfølging fulgt, kan det tenkes at dette skjer fordi det er for mye arbeid på for få jordmødre? eller kan det være for liten tilstedeværelse av ledelsen, som gjør at de ikke har oversikt over jordmødrenes behov? Eller er det rett og slett mangel på ressurser?

Når jordmødrene var i overgangen til bearbeidingsfasen, kan det tenkes at de ble de stående fast grunnet forsvarsmekanismene og en sviktende mestringsfølelse (Cullberg, 1989; Lazarus og Folkmann, 1984). Hadde jordmødrene fått oppfølging på dette stadiet, kan det tenkes at mestringsfølelsen hadde blitt styrket. Det å få sortert tanker, kan hjelpe jordmoren å forstå at skyldfølelsen ikke fortjener like stor plass (Eid og Harris, 2018). Samt at veiledning hjelper med sortering og leting etter en mening som jordmødrene beskrev at de hadde behov for å finne (Eid og Harris, 2018 Sheen *et al*. 2016a; Wahlberg *et al*, 2019; Christoffersen og Teigen, 2016).

Flere studier viser også at det er behov for mer forskning på hvordan oppfølgingen skal organiseres og gjennomføres i praksis (Whittaker, 2020; Wahlberg *et al*, 2019). I denne studien kom det fram at jordmødre tilrettelegger for seg selv, som kan være et avvik, fordi det er ansett som et ledelsesansvar. Det er viktig med god lederadferd, som forsøker å se etter

systemfeil som avdelingen kan lære av framfor skyldfordeling av jordmødre (Alexander *et al*, 2021), noe jordmødrene i denne studien opplevde. Samt bør det være fokus på et godt arbeidsmiljø som fokuserer på trivsel, samhold og vekst, og ikke sydebukk stemping av den ansvarlige jordmoren, noe forskning viser at skjer (Christoffersen og Teigen, 2016; Alexander *et al*, 2021). En slik holdning skaper fortielse, og redsel for å skille seg ut, samt gir det ikke rom for å snakke om hendelsen eller feil som blir begått (Whittaker, 2020; Austin *et al*, 2019). I tillegg kan det tenkes at en risikerer å utøve dårligere behandling av fødende kvinner (Whittaker, 2020). Samt at bearbeidelsen for den enkelte jordmor blir vanskeligere, noe jordmødrene i denne studien utrykte. Med en tilstedeværende ledelse som ser sine ansatte og har fokus på et godt arbeids miljø, samt omsorg og veiledning for jordmødre, kan dette legge til rette for å skape positive holdninger og mer åpenhet, som igjen øker trivsel. Et godt arbeidsmiljø kan utgjøre en større forskjell og ved å jobbe i felleskap kan dette også øke mestringsvinduet til hver enkelt jordmor (Lazarus og Folkmann, 1984; Minooe *et al*, 2021).

Erfaringens motgang og styrke var et av hovedfunnene i denne studien. En motgang var at det ble vanskelig for jordmødrene å praktisere yrket etter hendelsen, likevel ble de styrket av opplevelsen på sikt, noe som tilsa at en traumatisk opplevelse kunne medføre både motgang og styrke. Det kan tenkes at jordmødre som ikke klarte å bearbeide hendelsen på en god måte, har forlatt yrket. Disse jordmødrene har ikke blitt funnet i denne studien.

Erfaringens motgang og styrke styrkes av forskning som viser at jordmødre blir påvirket av traumatiske hendelser i den grad at det går ut over yrkespraktiseringen, hvor de blir mer fokusert på det medisinske i en fødsel kontra å se på fødselen som en naturlig prosess. Dette resulterer i tidligere og flere intervensjoner i tillegg til hyppigere bruk av medisinsk teknisk utstyr (Sheen *et al*, 2016a; Russel, 2007). Forskningen viser også at jordmødre som håndterer motgangen, her under traumet på en god måte vil komme styrket ut av den, med en opplevelse av økt kunnskap og erfaring (Wahlberg *et al*, 2019; Reich *et al*, 2010). Lignende resultater om erfaringens styrke viser også denne studien.

Denne studien samsvarer med tidligere forskning på temaet hvor jordmødrene ble mer utrygge i sin rolle. De endret synet på fødselen og så på fødselen som en prosess hvor det var stor fare for at noe kunne gå galt (Bryar og Sinclair, 2011; Sheen *et al*, 2016a; Laing *et al*,

2020). Jordmødrene i denne studien opplevde en endring i hvordan de praktiserte yrket med at de ble utrygge, gjorde tidligere intervensjoner, og gikk oftere gjennom prosedyrer. De ble mer risikotenkende og fikk et mer medisinsk blikk, hvor fødselen ikke blir sett på som en naturlig prosess, noe forskningen støtter (Hood *et al*, 2010; Sheen *et al*, 2016a; Russel, 2007).

Når en endrer synet ved å se på fødselen som noe farlig og ikke som en naturlig prosess, endres blikket mot en mer medisinsk modell, som kommer fra naturvitenskapen. I en slik fødselsomsorg blir det overordnede blikket på risiko og symptomer på sykdom, og fokuset blir på hva som potensielt kan gå galt. Med et slikt blikk på fødselen blir det oftere tatt i bruk teknologisk utstyr som CTG og det blir derfor også gjort flere intervensjoner i form av f.eks. sectio. Det motsatte av det medisinske paradigmet er det humanvitenskapelige perspektivet, her blir fødselen sett på som en naturlig prosess, hvor fødselsomsorgen bærer preg av en tilstedeværende og nær samhandling mellom jordmor, fødekvinne og partner, hvor hensynet til fødekvinnes behov og ønsker blir etterfulgt etter beste evne (Bryar og Sinclair, 2011; Blaaka og Eri, 2008). Resultatene fra denne studien indikerer at jordmødre etter en traumatisk opplevelse kan bli mer risiko tenkende, som påvirker behandlingen rundt forløsningen. Dette er et spørsmål som bør studeres videre.

Det unike og spesielle ved jordmoryrket er nettopp det nære og empatiske forholdet jordmor har til fødekvinne (Hunter, *et al*, 2008; Sheen *et al*, 2016b; Rice *et al*, 2013). Med tittelen «jordmor» som innehar betydningen «med kvinnen» er det kanskje ikke så rart? (Hunter *et al*, 2008). I følge Sabo (2006) kommer medfølelsen med en pris. At å være nær og empatisk med fødekvinne kan gjøre jordmødre mer utsatt for å oppleve traumatisk stress. Samtidig er det viktig med nærhet til fødekvinne for å fremme en positiv opplevelse av fødselen (Leinweber og Rowe, 2010; Sheen *et al*, 2016b; Javid, *et al*, 2019). Forskning viser at i det medisinske paradigmet vil den nære relasjonen få en mindre betydning (Aune, 2014). Ved et stadig fokus på risiko og på hva som kan gå galt, vil dette føre til økt stress, som kan gjøre jordmor utrygg i situasjonen og tvile på egen rolle som jordmor (Rice *et al*, 2013). Samtidig skaper det en avstand til fødekvinne som igjen kan føre til at jordmor ikke klarer å imøtekomme fødekvinnes behov tilstrekkelig (Aune, 2014).

Studier viser at det er vanskelig å jobbe mellom to forskjellige modeller for omsorg, det medisinske og det humanvitenskapelige (Rice *et al*, 2013; Blaaka og Eri, 2008). Rice (2013)

foreslår mer forskning for hvordan en kan benytte begge modeller for en tryggere arbeidstilværelse for jordmødre. Annen forskning poengterer også viktigheten med en profesjonell avstand så vel som nærhet, men for å beskytte seg selv mot traumatisk stress må en inneha grenser (Rice *et al*, 2013; Russel, 2007). Spørsmålet her er hvordan dette kan gjøres uten at det går ut over effektiviteten, medfølelsen og tilfredsheten til fødekvinne og hennes partner (Rice *et al*, 2013). Uansett er det påfallende at jordmødre som følger opp sin fødekvinne og har en nærmere relasjon, er mer fornøyd med sin arbeidstilværelse enn jordmødre som ikke har samme kontakt eller ikke har møtt fødekvinne på forhånd av fødselen (Rice *et. al*, 2013).

Etter den traumatiske hendelsen kom jordmødrene i denne studien seg videre ved bl.a. å snakke med kollegaer, venner og familie. Forskning viser at om en klarer å se på hendelsen som en læring til tross for en vond opplevelse, framfor en ødeleggende prosess, kan man også legge hendelsen bak seg og vokse som menneske både privat og profesjonelt, og til og med erfare å bli en bedre jordmor (Rice *et al*. 2013; Toohill *et al*, 2019; Reich *et al*, 2010; Wahlberg *et al*, 2019), med verdifull kunnskap og erfaring, profesjonell vekst, økt personlig styrke og bedre ferdigheter (Reich *et al*, 2010). I Toohill's (2019) studie klarte ikke forskerne å finne en sammenheng mellom traumatiske opplevelser og dårligere behandling av fødekvinne, det de i stedet fant var at jordmødrene ble engstelige for å ha en fødsel, noe som også kom fram i denne studien. Men det er nærliggende å tro at frykt kan gå ut over støtten en jordmor klarer å levere under fødselen. I en annen studie av Wahlberg (2016) fant de at deprimerte jordmødre gjorde opp til seks ganger flere medisinske feil enn sine ikke deprimerte jordmødre- kollegaer. Her trengs det mer forskning på hva som mer konkret kan utløse større risiko for å begå feil i praktiseringen.

Lenge etter hendelsen, kunne jordmødrene i denne studien se tilbake og huske hendelsen som en tung opplevelse, men til tross for det de gikk gjennom, opplevde de å komme styrket ut av den. Det at de kjente seg styrket etter hendelsen, kan bygge på teorien om mestring, hvor utfordringer kan gjøre deg sterkere (Reich *et al*, 2010; Lazarus og Folkman, 1984; Weisæth, 1995).

7.2 Metodediskusjon

7.2.1 Troverdighet

For å besvare forskningsspørsmålene på en god måte, ble det valgt en kvalitativ metode med intervju som design. Dette fordi ønsket var å få innsikt i og forståelse av opplevelser og erfaringer. Målet var å rekruttere jordmødre med forskjellig erfaring fra én fødeavdeling. Der ble det imidlertid for få informanter, noe som resulterte i at informantene kom fra forskjellige fødeavdelinger med ulik ansiennitet og erfaring, noe som styrket validiteten, relevans og troverdighet for studien ved at det angikk flere jordmødre over flere steder i Norge (Malterud, 2018). I utgangspunktet var ønsket å rekruttere mellom fem og åtte jordmødre, hvor det endte med fem. Å ha få informanter kan i noen tilfeller være en svakhet, men kvaliteten på datamaterialet avgjør hvorvidt informasjonsstyrken er god eller ikke (Malterud, 2018). I dette tilfellet var datamaterialet godt og innholdsrikt, noe som ansees som en styrke.

En styrke for studien kan være at det ble benyttet et semistrukturert forskningsintervju med få spørsmål, som la grunnlag for et rikt datamateriale og rom for fri samtale uten avbrytelser. Validiteten kan være styrket ved at jordmødrene fritt fikk fortelle om sine opplevelser, noe som skapte avstand til forforståelsen (Malterud, 2018). Det kan imidlertid også være en svakhet med semistrukturerte spørsmål, fordi intervjuene ikke er tilstrekkelig åpen, som det blir ved å ha et åpent spørsmål, noe som også er vanlig i fenomenologiske studier (Malterud, 2018). Validiteten kan være styrket fordi intervjuene ble utført på et skjermet sted uten andre til stede, noe som gir rom for å prate fritt, uten å bli observert eller overhørt av andre, samt at hensynet til temaets karakter ble ivaretatt (Malterud, 2018). Det er også til fordel å forske i eget fagfelt, fordi informantene slipper å forklare medisinske begrep eller forløp. På den andre siden kan viktig informasjon ha gått tapt, på bakgrunn av at innlysende perspektiv ikke ble ansett som viktig å gå inn på, men som egentlig ville vært uvurderlig for resultatene (Malterud, 2018).

Et intervju kan også farges av relasjonen til informanten (Kvale og Brinkmann, 2015). I denne studien var informantene spredt ut over landet og flere hadde derfor ingen relasjon til forsker. Noen informanter kjente til forsker eller omvendt fra arbeidsplassen, men hadde ingen relasjon på forhånd av intervjuet, noe som tilsier at det har svekket materialet i liten grad. På

den andre siden kan validiteten være svekket ved at man ikke kjente hverandre fra før og dermed ikke opplevde trygghet nok til å åpne seg om sine innerste tanker og følelser. På den andre siden igjen kan validiteten være styrket ved å ikke kjenne hverandre fra før og derfor tørre å åpne seg mer til noen man ikke er redd for å bli dømt av.

Et intervju blir påvirket av bl.a. egen forforståelse og om en klarer å skape fortrolighet og trygghet i intervjusituasjonen. Kvaliteten på materialet kan dermed enten styrkes eller svekkes (Kvale og Brinkmann, 2015). Å la forforståelsen ta for stor plass, kan ifølge Malterud (2020) hindre den nye kunnskapen fra empiriske data å komme fram. Ved å bevisst legge til sides forforståelsen og ikke ha mange spørsmål i intervjuguiden, ble det lettere å ikke følge forforståelsen, noe som ga et innholdsrikt materiale utover det forsker hadde forestilt seg.

I følge Malterud (2018) har man lykket i å få ny kunnskap fra empirien jo flere nye funn datamaterialet ga, noe det gjorde i denne studien. Forsker hadde ikke gjort intervju tidligere, noe som kan ha påvirket datamaterialet ved at det kan ha blitt begrenset i forhold til hva det kunne ha blitt (Dalen, 2011). Det at forsker var uerfaren i intervjusituasjonen kan ha gjort at det første intervjuet var av dårligere kvalitet enn de andre, selv om materialet var innholdsrikt, fordi forsker ikke hadde like god kontroll på oppfølgingsspørsmål (Malterud, 2018). Ved senere refleksjon ser forsker at en kan ha vært påvirket av forforståelsen, fordi forsker hadde en forventning til hva som kom fram under intervjusituasjonen. Det ble uansett forsøkt å ikke la forforståelsen påvirke, noe som også ble diskutert med veileder.

Etter innledende spørsmål ble det forsøkt å innta en lytterposisjon for å gi informanten rom til å prate fritt uten avbrytelser (Malterud, 2018; Dalen, 2011). Noen informanter snakket fritt rundt tema, mens andre måtte hentes inn. Ved å ha en lytterposisjon i forhold til å følge en intervjuguide konsekvent, gjorde det lettere å innhente informant med enkle spørsmål etter hvert som informanten fortalte, selv om forsker bemerket at det var vanskelig å henge med på alt som ble sagt. Lytterposisjonen bidro til et rikholdig datamateriale (Malterud, 2018). Et annet alternativ hadde vært å kontakte informantene etter intervjuet for å stille konkrete spørsmål forsker lurte på, noe som ville ha styrket materialet (Malterud, 2018). Malterud (2018) påpeker at en ulempe med intervjuguide er at den kan begrense intervjuet slik at datamaterialet blir farget av forforståelsen. Et annet alternativ ville ha vært å bare ha et åpent

spørsmål som ville gjøre det mindre kontrollerende, men samtidig er det vanskelig for en uvant forsker.

Gyldigheten kan være svekket fordi det ikke har vært flere forskere som er kommet til enighet om funnene. På den andre siden sier Malterud (2018) at er slik konsensusvurdering ikke vil være relevant i kvalitativ forskning, fordi kvaliteten av studien ikke nødvendigvis blir bedre selv om det er flere forskere involvert. Fordi funnene i denne studien samsvarer med mye av det annen forskning viser, har validiteten ikke nødvendigvis blitt svekket selv om den er vurdert fra bare ett synspunkt.

Under transkribering ble det brukt Malterud's (2018) anbefaling om å utføre transkriberingen like etter intervjuet når det enda lå friskt i minnet. At det ble gjort like etter intervjuet, gjorde det enklere å huske og reflektere rundt intervjusituasjonen og sette seg dypere inn i materialet (Malterud, 2018). Andre metoder enn Malterud kunne også vært anvendt, og jordmødre som har forlatt yrket kunne også vært intervjuet.

7.2.2 Overførbarhet

Ekstern validitet sier noe om hvordan kunnskapen fra studien kan overføres til andre kontekster enn den konteksten studien har blitt utarbeidet i (Malterud, 2018). For at det skal være overførbarhet må studien være relevant, og funnene må ha en overførbarhet ut over seg selv (Malterud, 2018).

Det som er nytt med denne studien er kunnskap om oppfølging etter en traumatisk opplevelse. Kunnskapen kan overføres til andre jordmødre med lignende arbeidsforhold f.eks. de nordiske landene, eller andre høy-inntektsland. På tross av at jordmødres fokus er mest på det friske mens andre helseyrker har fokus på det syke, kan det uansett ha en viss overførbarhet fordi dette handler om jordmødre og traumatiske opplevelser, og ikke om pasientene, noe som tilsier at andre helseyrker også kan ha traumatiske opplevelser, og reaksjonene i etterkant er en normal respons uavhengig av yrke. Endring i arbeidssituasjonen til jordmødrenes fordel i praksis, kan derfor også være til fordel for andre helseyrker med lignende problemer.

Gjennom forskningsprosessen har det også vært fokus på å være refleksiv, som innebærer å vurdere betydning av eget ståsted underveis (Malterud, 2018). På forhånd ble forforståelsen klargjort, og forsøkt lagt til sides underveis, for å unngå å påvirke resultatene. Å være refleksiv vil si å hele tiden reflektere med en kritisk holdning underveis, fordi tolkning kan være ulik alt etter hvem som tolker. Det er derfor forsøkt å vurdere materialet fra flere ståsteder. Fordi en utvikler nærhet til materialet har det vært utfordrende å reflektere over funn (Malterud, 2018). Ifølge Malterud (2018) kan det være vanskelig å se andre alternativer når en har identifisert seg med en løsning. Det gjorde til at en måtte forsøke å se på det som påvirket tolkningen av datamaterialet og bevisst styre mot resultatene og ikke forforståelsen.

I forhold til pragmatisk validitet, Som betyr om studien er relevant, og om kunnskapen som er kommet fram kan brukes til noe, vil det påpekes at lignende forskningsspørsmål allerede er besvart flere steder i verden, men i Norge er det gjort lite forskning på temaet. Kunnskapen fra studien vil dermed være både relevant og anvendbar for alle fødeavdelinger og utdanningsinstitusjoner både lokalt og sentralt. Den pragmatiske validiteten kan dermed antas å være høy (Malterud, 2018). I denne studien er det også forsøkt å få fram en kommunikativ validitet, som betyr formidling. Med det menes, om en har klart å fortelle andre det som er gjort på en forståelig måte. Om en ikke klarer det, forblir kunnskapen privat (Malterud, 2018). Studien er lagt opp slik at leseren skal kunne følge fra begynnelse til slutt, og få et tydelig og detaljert bilde av framgangsmåten. Det er forsøkt å skape interesse gjennom en presentasjon som kan fange leserens oppmerksomhet og gå veien som er gått for å komme fram til resultatene på en enkel og oversiktlig måte uten å måtte tolke det som er skrevet. Ved å ha en detaljert framgangsmåte vil det også styrke studiens validitet (Malterud, 2018). Det at medstudent og spesielt veileder har lest gjennom og påpekt uforståelige momenter i studien har gjort til at det som var dårlig formidlet ble korrigert og framstilt på en mer forståelig måte, som kan øke validiteten

7.3 Studiens relevans for praksis

Forskning på temaet kan klargjøre momenter som konkretiserer behovet, samt skape refleksjon som øker bevissthet i organisasjonen. Dette kan bidra til fokus på hva man kan gjøre som enhet. Økt refleksjon og bevissthet rundt seg selv og kollegaer, kan skape et bedre arbeidsmiljø. Diskusjoner kan bidra til endring eller tilføyning av retningslinjer etter traumatiske hendelser. Studien påpeker en likhet i Norge og internasjonalt på tross av ulike rutiner, som indikerer at tema er høyst aktuelt, fordi «second victims» finns uavhengig av nasjonalitet. Fokus på støtte og oppfølging bør prioriteres, for å øke trivsel og sjansen for at jordmødre blir i yrket etter traumatiske hendelser. Studien viser at jordmødrene bør innkalles rutinemessig for samtale med leder eller annet kvalifisert personell, for å fange opp de som ikke tar kontakt og de som sitter med en traumatisk opplevelse, uavhengig situasjon. Videre bør det tilrettelegges for oppfølging etter behov. Det bør vurderes nøye hvem den ansvarlige for oppfølging bør være, da tillit er en avgjørende faktor for åpenhet. Individet bør være likestilt i gradene, og ikke ha kontroll over stilling eller autonomi, men bør ha videreutdanning eller kurs innenfor oppfølging, gjerne en jordmor. En arbeidsplass med fokus på omsorg og støtte for hverandre, øker åpenhet for opplevelser, og skaper trygge rammer og et godt arbeidsmiljø. Ved bedre trivsel kan sykefravær tenkes å synke, og at jordmødre forblir i yrket.

7.4 Forslag til videre forskning

Denne studien synliggjør behovet for mer forskning på temaet, spesielt på hvordan oppfølging bør tilrettelegges. Temaet er forsket en del på internasjonalt og i noen tilfeller startet utprøving av modeller som tar sikte på å redusere forekomsten av traumatiske opplevelser for jordmødre, gjennom forebyggende og mestringsstyrkende metoder (Spiby, 2018; Slade, 2018). I Norge er det gjort lite forskning på temaet, men bør prioriteres slik at jordmødre holder ut i yrket. At jordmødre opplever traumatiske hendelser, mangel på støtte og oppfølging og at dette er et problem behøver å anerkjennes. Videre forskning på hvilken oppfølging og støtte jordmødre har behov for kan danne grunnlag for videre utvikling av metoder for oppfølging og hvordan utprøving av dem i praksis kan utføres. Det er gjort noen få studier i Norge på hvordan jordmødre opplever traumatiske hendelser, som viser lignende resultater (Christoffersen og Teigen, 2016; 2020), videre hadde det vært interessant å forske

på hva det er i miljøet som bidrar til traumatiske opplevelser. Ledelsen kan også sende ut spørreskjema til sine ansatte for å få fram konkrete problem for å øke trivsel. Samt kan det gjøres en studie om lederes opplevelser. Det hadde også vært interessant å gjøre en kvalitativ studie av jordmødre som forlater yrket, samt en kvantitativ studie om jordmødre i Norge for å se hvor mange som slutter i yrket pga. traumatiske opplevelser, og om dette har med mangel på støtte og oppfølging å gjøre. Videre bør det innføres forebyggende og mestrings økende strategier i utdanning av jordmødre.

8 Konklusjon og avslutning

I denne studien ble det forsket på hvordan jordmødre opplever traumatiske hendelser i yrkesutøvingen, i forbindelse med fødsel og hvilken støtte de har ønsket i ettertid. Det kom fram at jordmødre etter en traumatisk hendelse kan få følelsesmessige reaksjoner som påvirker dem og hvordan de praktiserer yrket etterpå. Det kom også fram at arbeidsmiljøet er av stor betydning når det gjelder hvordan jordmødrene opplever tiden i etterkant.

Jordmødrene opplevde liten støtte fra ledelsen og kollegaer, og fikk bedre støtte fra familie og venner. Den støtten de fikk fra kollegaer hadde en positiv innvirkning på opplevelsen av traumet. Jordmødrene hadde behov for mer støtte fra kollegaer og de hadde behov for oppfølging satt i system, og mente at bearbeidingen hadde blitt kortere og lettere med støtte. Som følge av redsel for å oppleve traumatiske hendelser igjen, gikk det ut over hvordan de praktiserte yrket i ettertid. Jordmødrene følte seg utrygge på jobb, og ble mer risikotenkende og mistet troen på en naturlig fødsel. De brukte mer medisinsk teknisk utstyr og stolte mindre på egne vurderinger, og hadde behov for bekreftelse fra kollegaer. Over tid hadde hendelsen styrket dem, selv om det var tøft. De visste hva de skulle se etter, og var mer forberedt på å stå i kritiske situasjoner. Denne studien bidrar til å sette lys på temaet om hvordan traumatiske hendelser kan oppleves av jordmødre og at de har behov for oppfølging for å unngå at de står fast i bearbeidingen og for å minimere risiko for at det går ut over jordmødrenes psykiske helse. Det er også viktig at jordmødre klarer å stå i eventuelle etterfølger av en kritisk hendelse, og at det derfor bør settes fokus på oppfølging av personalet når det blir begått feil. Funnene viser at både kollegastøtte og formell støtte fra ledelsen kan bidra til at jordmødre kommer styrket ut av en traumatisk hendelse. For å unngå at negative følger som kan påvirke den normale fødselsprosessen og pasientsikkerheten, er det derfor viktig å være klar over at kritiske hendelser i fødsler kan oppleves som traumatiske, og at videre er det viktig å finne gode og hensiktsmessige modeller for oppfølging. Det anbefales også til føde/barselavdelinger å gjennomgå rutiner og retningslinjer for å oppdage mangler og evt. utarbeide nye retningslinjer i forhold til ivaretagelse og oppfølging av ansatte etter kritiske hendelser der mer strukturert oppfølging inngår.

Referanseliste

Aanerud, H. (2016) - Umulig å unngå menneskelige feil. *Sykepleien*, 18. Januar. Tilgjengelig fra: – [Umulig å unngå menneskelige feil \(sykepleien.no\)](https://www.sykepleien.no) (Lest 14. august 2020).

Adriaenssens, J. Guch, V. D. og Maes, S. (2012) The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey, *International Journal of Nursing Studies*, 49 (11), 1411- 1422. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.003>

Ahmadi, G. et al. (2018) Fear, an unpleasant experience among undergraduate midwifery students: A qualitative study, *Nurse Education in Practice*, 29, 110-115. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.12.004>

Alexander, C. Bogossian, F. og New, K. (2021) Australian midwives and clinical investigation: Exploration of the personal and professional impact, *Women and Birth*, 34 (1), 38 - 47. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.002>

Andreasen, S. *et al.* (2012) A nationwide descriptive study of obstetric claims for compensation in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand.* <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01409.x>

Aune, I. (2014). How could different perspectives Affect the Development of Midwifery as a Discipline and the Services Provided to Women during Childbirth?, *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 34 (4), 15-20. <https://doi.org/10.1177/010740831403400404>

- Austin, D. M. *et al.* (2019) Being “nice”: A complex activity among health professionals following a critical incident, *Faculty of Health, and environmental Sciences*, 37 (2), 199- 210. <https://doi.org/10.1002/sres.2614>
- Beck, C. T. og Gable, R. K. (2012) A Mixed Methods Study of Secondary Traumatic Stress in Labor and Delivery Nurses, *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41 (6), 747-760. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01386>
- Berge, t. og Repål, A. (2012). *Trange rom og åpne plasser- hjelp til mestring av angst, panikk og fobier*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Blaaka, G. og Eri, T. S. (2008) Doing midwifery between different belief systems, *Midwifery*, 24 (3), 344-352. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.10.005>
- Blåka, G. (2002). *Grunnlagstenkning i et kvinnefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Bryar, R. og Sinclair, M. (2011) *Theory for midwifery practice*, 2. utg. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Bäckström, C. A *et al.* (2016) “It's like a puzzle”: Pregnant women's perceptions of professional support in midwifery care, *Women and Birth*, 29 (6), 110-118. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.04.011>

Bäckström, C. (2018) *Professional and Social Support for First-time Mothers and Partners During Childbearing*. Doctoral Thesis. School of Health and Welfare, Jönköping University.

Calvert, I. (2014) Support for midwives – A model of professional supervision based on the recertification programme for midwives in New Zealand, *Women and Birth*, 27 (2), 145-150. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2014.01.002>

Cankaya, S. og Dikmen, H. A. (2020) The relationship between posttraumatic stress symptoms of maternity professionals and quality of work life, cognitive status, and traumatic perinatal experiences, *Archives of Psychiatric Nursing*, 34 (4), 251-260. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.04.002>

Christoffersen, L. og Teigen, J. (2016) Når noe går galt. Jordmødre som har stått i kritiske hendelser i fødsel, trenger bedre oppfølging, *Jordmora: Tidsskrift for jordmorforbundet NSF*, 14 (1), 26 - 27. Tilgjengelig fra: [jordmora_016.pdf](http://jordmora.016.pdf) (sykepleien.no) (Lest: 14. august 2020).

Christoffersen, L. Teigen, J. og Rønningstad, C. (2020) Following-up midwives after adverse incidents: How front-line management practices help second victims, *Midwifery*, 85. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102669>

Cohen, R *et al.* (2017) Exposure to traumatic events at work, posttraumatic symptoms and professional quality of life among midwives, *Midwifery*, 50, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.009>

Coldridge, L. og Davies, S. (2017) “Am I too emotional for this job?” An exploration of student midwives' experiences of coping with traumatic events in the labour ward, *Midwifery*, 45, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.11.008>

Coughlan, B. Powell, D. og Higgins, M. F. (2017) The Second Victim: a Review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 213, 11-16. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.04.002>

Cramer, E. og Hunter, B. (2019) Relationships between working conditions and emotional wellbeing in midwives, *Women and Birth*, 32 (6), 521-532.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.11.010>

Csikszentmihalyi, M. (2002) *Flow: The classic work on how to achieve happiness*. Rider

Cullberg, J (1989) *Mennesker i krise og utvikling*. 2. utg. 6. opplag. Oslo:
Universitetsforlaget.

Dahlum, S. (2021) Validitet, i *Store norske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/validitet>
(Lest: 17. mars 2021).

Dalen, M. (2011) *Intervju som forskningsmetode – En kvalitativ tilnærming*. 2. utg. Oslo:
Universitetsforlaget.

Davies, S. *et al.* (2015) 'No Man's Land': An exploration of the traumatic experiences of student midwives in practice, *Midwifery*, 31 (9), 858-864.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.05.001>

Dyregrov, A. (2018). *Katastrofe- psykologi*. 3. utg. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.

Edrees, H. H. *et al.* (2011). Health care workers as second victims of medical errors. *Pol Arch Med Wewn*, 121 (4), 101-107.

Ehlers, A. og Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder, *Behaviour Research and Therapy*, 38 (4), 319-345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)

Eid, J. og Harris, A. (2018). Emosjoner, stress og mestring, i Johnsen, H. (red.) *Operativ psykologi*. 3. utg. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS, s. 137-169.

Fylkesnes, A. M (2017). Internasjonale føringer for jordmorvirksomhet. i Brunstad, A. og Tegnander, E. (red.) *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde*, Oslo: Cappelen Damm AS, s. 23-29.

Halvorsen, K og Jerpset, H. (2016) Forskningsetiske utfordringer ved kvalitative studier, *Sykepleien, Forskning*, 19. april. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.57440>

Helsedirektoratet (2018). Fødsel - fødsler uten større inngrep og komplikasjoner [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 03. desember 2020, lest 1. mars 2021). Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/graviditet-og-fodsel/f%C3%B8dsler-uten-st%C3%B8rre-inngrep-og-komplikasjoner>

Helsedirektoratet (2019). Meldeordningen etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven avvikles [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 14. mai 2019, lest 1. mars 2021). Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/meldeordningen-etter-3-3-i-spesialisthelsetjenesteloven-avvikles>

Hood, L. *et al.* (2010) A story of scrutiny and fear: Australian midwives' experiences of an external review of obstetric services, being involved with litigation and the impact on clinical practice, *Midwifery*, 26 (3), 268-285.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.07.008>

Hunter, *et al.* (2008) Relationships: The hidden threads in the tapestry of maternity care, *Midwifery*, 24 (2), 132-7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.02.003>

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Javid, N. Hyett, J. A. og Homer, C. S. E. (2019) The experience of vasa praevia for Australian midwives: A qualitative study, *Women and Birth*, 32 (2), 185-192.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.020>

- Kerkman, T *et al.* (2019) Traumatic Experiences and the Midwifery Profession: A Cross-Sectional Study Among Dutch Midwives, *J Midwifery Womens Health*. 64 (4), 435-442. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12946>
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laing, R. E. Fetherston, C. M. & Morrison, P. (2020) Responding to catastrophe: A case study of learning from perinatal death in midwifery practice, *Women Birth*, 33 (6), 556-565. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.02.016>
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leinweber, J. & Rowe, H. J. (2010) The costs of 'being with the woman': secondary traumatic stress in midwifery, *Midwifery*, 26 (1), 76-87. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.04.003>
- Leinweber, J. *et al.* (2017a) A socioecological model of posttraumatic stress among Australian midwives, *Midwifery*, 45, 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.12.001>
- Leinweber, J. *et al.* (2017b) Responses to birth trauma and prevalence of posttraumatic stress among Australian midwives, *Women and Birth*, 30 (1), 40-45. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.06.006>

Lynch, B. (2002) Care for the caregiver, *Midwifery*, 18 (3), 178-187.

<https://doi.org/10.1054/midw.2002.0319>

Malterud, K. (2018) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

McDaniel, L. R. og Morris, C. (2020) The Second Victim Phenomenon: How Are Midwives Affected? *J Midwifery Womens Health*, 65 (4), 503-511.

<https://doi.org/10.1111/jmwh.13092>

Minoee, S. *et al.* (2019) Scoping review of the impact of birth trauma on clinical decisions of midwives. *J Eval Clin Pract.* 26 (4). <https://doi.org/10.1111/jep.13335>

Minoee, S. *et al.* (2021) Catastrophic thinking: Is it the legacy of traumatic births? Midwives' experiences of shoulder dystocia complicated births, *Women and Birth*, 34 (1), 38-46. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.08.008>

Norsk sykepleierforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [nettdokument] Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer> (Lest: 25. februar 2021).

Oates, J. *et al.* (2019) The mental health and wellbeing of midwifery students: An integrative review, *Midwifery*, 72, 80-89. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.02.007>

- Oates, J. *et al.* (2020) 'The rollercoaster': A qualitative study of midwifery students' experiences affecting their mental wellbeing, *Midwifery*, 88.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102735>
- Pezaro, S. *et al.* (2016). 'Midwives Overboard!' Inside their hearts are breaking, their makeup may be flaking but their smile still stays on. *Women and birth*, 29 (3), 59-66.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.10.006>
- Polit, D. F. og Beck, C. T. (2012) *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for nursing practice* (9th edition). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Reich, J. W. Autra, A. J. & Hall, J. S. (2010) *Handbook of Adult Resilience*. The Guilford Press, New York.
- Rice, H. *et al.* (2013) Bearing witness: Midwives experiences of witnessing traumatic birth, *Midwifery*, 29 (9), 1056-1063. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.003>
- Russell, K. E. (2007). Mad, bad or different? Midwives and normal birth in obstetric led units. *British Journal of Midwifery*, 15 (3), 128-131.
<https://doi.org/10.12968/bjom.2007.15.3.23032>
- Saastad, E., Kirschner, R., og Flesland, Ø. (2014). *Uønskede hendelser under svangerskap, fødsel og barseltid. Læringsnotat fra meldeordningen*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Sabo (2006) Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work? *International journal of nursing practice*, 12 (3).
<https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00562.x>

Samdal, O. *et al.* (2017) *Stress og mestring*. Rapport, 2017: 8. [Stress og mestring.pdf](#)
(helsedirektoratet.no) (Lest: 26. januar 2021).

Schrøder, K. *et al.* (2016) Healthcare professionals 'perspectives on traumatic childbirth- interpreting-interpreting the data. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 95 (9), 1079-1080.
<https://doi.org/10.1111/aogs.12935>

Schrøder, K. *et al.* (2016) Psychosocial health and well-being among obstetricians and midwives involved in traumatic childbirth, *Midwifery*, 41, 45-53.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.013>

Schrøder, K. *et al.* (2017) Guilt without fault: A qualitative study into the ethics of forgiveness after traumatic childbirth, *Social Science & Medicine*, 176, 14-20.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.017>

Schrøder, K. Janssens, A. og Hvidt, E. A. (2021) Adverse events as transitional markers - Using liminality to understand experiences of second victims, *Social Science & Medicine*, 268. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113598>

Selye, H. (2013). *Stress in health and disease*. Boston: Butterworth Heinemann.

Sheen, K. Spiby, H. & Slade, P. (2015) Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: Prevalence and association with burnout, *International Journal of Nursing Studies*, 52 (2), 578-587.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.006>

Sheen, K. Spiby, H. og Slade, P. (2016a) The experience and impact of traumatic perinatal event experiences in midwives: A qualitative investigation, *International Journal of Nursing Studies*, 53, 61-72. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.003>

Sheen, K. Spiby, H. og Slade, P. (2016b) What are the characteristics of perinatal events perceived to be traumatic by midwives?, *Midwifery*, 40, 55-61.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.06.007>

Skants, P. (2014) *Omsorg I kriser- handbook I psykososialt støttearbeid*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Slade, P *et al.* (2018) A programme for the prevention of post-traumatic stress disorder in midwifery (POPPY): indications of effectiveness from a feasibility study, *European Journal of Psychotraumatology*, 9 (1). <http://doi.org/10.1080/20008198.2018.1518069>

Slade *et al* (2020) Work-related post-traumatic stress symptoms in obstetricians and gynecologists: findings from INDIGO, a mixed-methods study with a cross-sectional survey and in-depth interviews, *BJOG*, 127 (5), 600-608.

<https://doi.org/10.1111/1471-0528.16076>

Spiby, H. *et al.* (2018) Preparing midwifery students for traumatic workplace events: Findings from the POPPY (programme for the prevention of posttraumatic stress disorder in midwifery) feasibility study, *Nurse Education Today*, 71, 226-232.

<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.024>

Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. 2. utg. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.

Thurèn, T. (2009). *Vitenskapsteori for nybegynnere*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Toohill, J. *et al.* (2019) Trauma and fear in Australian midwives, *Women and Birth*, 32 (1), 64-71. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.003>

Vifladt, E. og Hopen, L. (2004) *Helsepedagogikk. Samhandling om læring og mestring*. Oslo: NKLMS.

Wahlberg, Å. *et al.* (2016) Post-traumatic stress symptoms in Swedish obstetricians and midwives after severe obstetric events: a cross-sectional retrospective survey, *BJOG*, 124 (8). <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14259>

Wahlberg, Å. *et al.* (2017) Self-reported exposure to severe events on the labour ward among Swedish midwives and obstetricians: A cross-sectional retrospective study, *International Journal of Nursing Studies*, 65, 8-16.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.10.009>

- Wahlberg, Å. Høgberg, U. & Emmelin, M. (2019) The erratic pathway to regaining a professional self-image after an obstetric work-related trauma: A grounded theory study, *International Journal of Nursing Studies*, 89, 53-61.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.016>
- Wahlberg, Å. *et al.* (2020) Left alone with the emotional surge – A qualitative study of midwives' and obstetricians' experiences of severe events on the labour ward, *Sexual & Reproductive Healthcare*, 29. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2019.100483>
- Walseth, L. T. og Malterud, K. (2004) Salutogenese og empowerment i allmenntmedisinsk perspektiv, *Tidsskr Nor lægeforen*, 124, 65-6. Tilgjengelig fra: [Salutogenese og empowerment i allmenntmedisinsk perspektiv | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](https://tidsskriftet.no) (Lest 9. mars 2021).
- Weisæth, L. (1995). Det psykiske traumet, i Mehlum, L. (red.) *Mennesker, traumer og kriser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Whittaker, D. (2020) Midwives experiences of providing midwifery care following their involvement in an obstetric emergency, *Midwifery*, 83.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102620>
- WMA. (2013) Declaration of Helsinki, i *Medical Research Involving Human Subjects*. Tilgjengelig fra: [Declaration of Helsinki – WMA – The World Medical Association](https://www.wma-net.org/declaration) (Lest: 17. februar 2021).

Wu, A. W. (2000) Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too, *BMJ*, 18 (320), 726-7. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>

Vedlegg 1 Analysetrinn

Tabell 1

Meningsbærende enhet	Kodegruppe	Subgruppe	Kondensat	Kategori
<p>det er veldig belastende når du står oppi traumatiske ting, du er redd for at du skal oppleve det igjen for det preger deg i lang tid etterpå. kanskje finner du ut at du skal slutte i yrket, eh.. du er redd for hva andre sier i miljøet.</p> <p>du kan kjenne på angst når du går på jobb for at du får flashback, spesielt når du står i situasjoner som ligner på det du har vært oppi før, så får du flashback, og kanskje du ikke føler deg like flink som de andre, når du har den følelsen at jeg gjorde ikke nok.</p>	Overveldende følelser	Sterke følelser som påvirker	Belastende opplevelse, redd for å oppleve det igjen, for det preger deg over lang tid. kan ønske å slutte i yrket, redd for hva andre synes, urolig på jobb for å måtte gjennomgå det igjen, flashback, redd for hva andre sier og det å være dårligere enn de andre og å ikke ha gjort nok.	Overveldende følelser som påvirker



UIT NORGES ARKTISKE UNIVERSITET

DET HELSEVITENSKAPELIGE
FAKULTET
INSTITUTT FOR HELSE- OG
OMSORGSFAG

Vedlegg 2 Informasjonsskriv

Forespørsel til jordmor om deltakelse i intervju i forbindelse med masteroppgave i jordmorfag

«Jordmødre og traumatiske opplevelser»

Dette er et spørsmål til deg, som er jordmor om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke jordmors opplevelser av hendelser i yrkesutøvingen som for dem har vært traumatiske og hvilken støtte de har ønsket i ettertid. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg er student ved master i jordmorfag, Institutt for helse- og omsorgsfag ved det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet. I forbindelse med studiet skal jeg skrive en masteroppgave. Masteroppgaven er et selvstendig og veiledet prosjekt med vekt på forskning – og fagutvikling innenfor jordmorfaget. Datainnsamling til oppgaven vil gjøres ved intervju av jordmødre.

Temaet for oppgaven er jordmødres opplevelser av hendelser i yrkesutøvingen som for dem har vært traumatiske og hvilken støtte de har ønsket i ettertid. Det blir stilt spørsmål fra en intervjuguide som skal benyttes som et hjelpemiddel gjennom intervjuet, men du kan også fritt fortelle om dine opplevelser. Målet er å få svar på hvordan det har vært for deg som jordmor å stå i traumatiske hendelser og deler dine tanker rundt det og hvilken støtte du har ønsket i ettertid.



UIT NORGES ARKTISKE UNIVERSITET

DET HELSEVITENSKAPELIGE
FAKULTET
INSTITUTT FOR HELSE- OG
OMSORGSFAG

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

De ansvarlige for prosjektet er UIT- Norges arktiske universitet, jordmor og professor Ingela Marie Lundgren og jordmorstudent Linda Jeanett Guldborg.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg retter en forespørsel til deg for å høre om du er villig til å delta i studien og dermed la deg intervjuet. Fokus for intervjuet er dine erfaringer med det valgte jordmorfaglige temaet. Kriteriet er at du har hatt ansvaret under en fødsel og som har opplevdes traumatisk for deg. Deltagelse innebærer at du deltar i et intervju med én jordmorstudent. Samtalen vil vare rundt 45- 90 minutter, men tid og sted for intervjuet får du velge fritt.

Hva innebærer det for deg å delta?

Metoden som skal benyttes i undersøkelsen er kvalitative individuelle intervju, hvor det benyttes en intervjuguide. Opplysningene som samles inn, vil være informantens egne erfaringer fra en traumatisk opplevelse hvor alt materiale vil være anonymisert. Intervjuene vil bli tatt opp og lagret kryptert på en sikker database som vil bli slettet etter avsluttet masterprosjekt.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.



UIT NORGES ARKTISKE UNIVERSITET

DET HELSEVITENSKAPELIGE
FAKULTET
INSTITUTT FOR HELSE- OG
OMSORGSFAG

- Studenten/forskergruppen og deres veileder vil ha tilgang til innsamlet datamateriale som blir lagret i kryptert form.
- Datamateriale i form av lydfil lagres i kryptert form på en sikker plattform (nettskjema diktafon), hvor kun studenten og hennes veileder vil ha tilgang. Transkribert datamateriale vil anonymiseres under transkriberingsprosessen, slik at det ikke vil være mulig å gjenkjenne informantens identitet. Filene lagres alltid på studentens OneDrive område ved UiT og vil slettes etter fullført studie.

I ferdigstilt masteroppgave vil det kun presenteres enkelte utdrag av intervjuene, det vil si korte sitat. Ellers vil det være sammenfattet informasjon angående funn fra intervju-analysen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er Planlagt prosjektslutt er mars /april 2021.

Opptakene gjort under intervjuene vil slettes etter avsluttet prosjekt, under tilsyn av veileder, samt alle datafiler med gjenkjennelig informasjon.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,



UIT NORGES ARKTISKE UNIVERSITET

DET HELSEVITENSKAPELIGE
FAKULTET
INSTITUTT FOR HELSE- OG
OMSORGSFAG

- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiT – Norges arktiske Universitet, det helsevitenskapelige fakultet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- UiT – Norges arktiske Universitet, Campus Tromsø, helsefak ved Linda Jeanett Guldborg, lgu036@uit.no (Ingela Marie Lundgren, veileder, ingela.m.lungren@uit.no)
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold, telefon 776 46 322 eller 976 915 78, e-post: personvernombud@uit.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.



UIT NORGES ARKTISKE UNIVERSITET

DET HELSEVITENSKAPELIGE
FAKULTET
INSTITUTT FOR HELSE- OG
OMSORGSFAG

Med vennlig hilsen

Ingela Marie Lundgren

Linda Jeanett Guldborg

(Veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «jordmødre og traumatiske opplevelser», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i individuelt intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3 Intervjuguide

Intervjuguide

Dato:

Informantnr:

Uteksaminert:

Introduksjon til studie:

Takke for deltagelsen!

Formål med deltagelsen:

Temaet for oppgaven er jordmødres opplevelser av hendelser i yrkesutøvingen som for dem har vært traumatiske og hvilken støtte de har ønsket i ettertid. Det blir stilt spørsmål fra en intervjuguide som skal benyttes som et hjelpemiddel gjennom intervjuet, men du kan også fritt fortelle om dine opplevelser. Målet er å få svar på hvordan det har vært for deg som jordmor å stå i traumatiske hendelser og deler dine tanker rundt det og hvilken støtte du har ønsket i ettertid.

Informasjon om studien og anslagsvis ca. varighet på 45- 90 min.

Samtykkeerklæring før og etter intervju

Lydtest før intervju

Bakgrunn/ oppvarming:

Hvilket år er du født?

Hvor lenge har du jobbet som jordmor?

Spørsmål:

- Hva er din erfaring som jordmor av å ha hatt ansvaret for hendelser i samband med forløsning som har vært traumatisk for deg?
- Hvordan opplevdes hendelsen/ hendelsene for deg?
- Fikk du noen støtte etter hendelsen på din arbeidsplass?
- Var det noe du savnet når det gjelder støtte i ettertid?
- Har hendelsen påvirket deg som jordmor?
- Ønsker du å tilføye noe?

Vedlegg 4 NSD vurdering



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Jordmødre og traumatiske opplevelser

Referansenummer

139233

Registrert

13.09.2020 av Linda Jeanett Guldborg - lgu036@post.uit.no

Behandlingsansvarlig institusjon

UIT – Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ingela Marie Lundgren, ingela.m.lundgren@uit.no, tlf: 46768672657

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Linda Jeanett Guldborg, lgu036@uit.no, tlf: 41358106

Prosjektperiode

02.11.2020 - 19.03.2021

Status

14.10.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

14.10.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjema med vedlegg 14.10.2020, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TAUSHETSPLIKT

Vi minner om at deltakerne har taushetsplikt, og at de dermed ikke kan omtale sine erfaringer på arbeidsplassen på en måte som gjør pasienter identifiserbare. Vi anbefaler at du i forkant av intervjuene minner deltakerne om at de har taushetsplikt, og oppfordrer dem til å beskrive situasjonene på en måte som ikke kan knyttes til enkeltpasienter, hverken direkte (ved bruk av navn) eller indirekte (ved bruk av bakgrunnsopplysninger). Dette kan med fordel også nevnes i informasjonsskrivet samt under selve intervjuene, i forbindelse med de spørsmålene der det er relevant, slik som der de bes om å beskrive den aktuelle hendelsen.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold, i tillegg til alminnelige kategorier av personopplysninger, frem til 19.3.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra deltakerne til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen av personopplysninger om utvalg 1 vil være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at deltakerne får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke videre behandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge deltakerne kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som deltakerne vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art.

12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lasse Raa

Tlf. personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)