



Det helsevitenskapelige fakultet/ Institutt for helse- og omsorgsfag

Forebygge fødselsrifter - et samarbeid mellom jordmødrene

En kvalitativ studie om jordmødres erfaringer med å forebygge fødselsrifter sammen med en annen jordmor i utdrivningsfasen

Vilde Lundheim og Linn-Chanett Langmo

Masteroppgave i Jordmorfag. JMO-3008 21H. 03-2022

Veileder: Professor Ingela M. Lundgren

Antall ord: 16458



Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en spennende, lærerik og til tider utfordrende prosess for oss som jordmorstudenter. Vi har gjennom jordmorstudiet hatt praksis på de samme fødeavdelingene, og har sett hvordan jordmødrene arbeider ulikt under utdrivningsfasen. Vi har gode erfaringer fra begge praksisplassene. Det var spennende for oss som jordmorstudenter da vi fikk inntrykk av at fødselsrifter gikk ned etter at de gikk fra å være en enkel til to samarbeidende jordmødre under utdrivningsfasen. Det er lite empiri på området, og denne mangelen bidro til å motivere oss for dette forskningsprosjektet.

Vi ønsker å takke våre informanter for å ha delt deres erfaringer og kunnskap, uten dere hadde vi ikke kunne utført studien vår. Vi ønsker også å rette en stor takk til vår fantastiske veileder professor Ingela M. Lundgren for god veiledning, innspill og støtte under prosessen. Vi ønsker også å takke for gode tilbakemeldinger og innspill fra medstudenter, lærere og språkvaskere. Til sist, men ikke minst ønsker vi å takke hverandre for godt samarbeid, gode diskusjoner og mye latter underveis i prosessen.

Sammendrag

Tittel: «Forebygge fødselsrifter - et samarbeid mellom jordmødrene» - En kvalitativ studie om jordmødres erfaringer med å forebygge fødselsrifter sammen med en annen jordmor i utdrivningsfasen

Hensikt: Å undersøke hvordan jordmødre erfarer å forebygge fødselsrifter i samarbeid med en annen jordmor under utdrivningsfasen.

Problemstilling: Hvordan erfarer jordmødre å forebygge fødselsrifter i samarbeid med en annen jordmor i utdrivningsfasen?

Metode: Kvalitativt forskningsdesign med semistrukturert individualintervju ble anvendt. Analysen ble inspirert av Malterud's systematiske tekstkondensering.

Resultat: Analysen resulterte i fire hovedkategorier: «individuell skånsom forløsning»: det var ikke en standardisert rollefordeling og jordmødrene etterstrebet en individuell og situasjonsbetinget forløsning. «Balansegangen mellom å hjelpe og å overta»: det var ikke en tydelig grense mellom å gi hjelp og å overta på fødestuen, som kunne gi den assisterende jordmoren en vanskelig rolle. «Trygg kommunikasjon avhengig av situasjon»: forskjellige former for trygg kommunikasjon og ble tilpasset etter kollega og situasjon. «Viktig lærdom, men aldri utlært»: viser til at jordmødrene kunne lære av hverandre, og ble dermed aldri utlært.

Konklusjon: Det finnes fordeler med å forebygge fødselsrifter i samarbeid med en annen jordmor når det gjelder trygghet, ved uventede hendelser under fødselen og for egen kunnskapsutvikling. God kommunikasjon og rolleavklaring er nødvendig for å finne en balanse mellom å være en støtte eller et hinder for hverandre. Om modellen med å være to påvirker kvinnens kommunikasjon med jordmor eller andre aspekter må studeres nærmere.

Nøkkelord: Fødselsrifter, perinealrift, samarbeid, jordmor, kommunikasjon, utdrivningsfasen og fødsel.

Abstract

Title: «Preventing perineal tears - a collaboration between midwives» - A qualitative study of midwives' experiences of preventing perineal tears in collaboration with another midwife in the second stage of labor.

Purpose: To explore midwives' experiences of preventing perineal tears in collaboration with another midwife during the second stage of labor.

Research question: How do midwives experience preventing perineal tears in collaboration with another midwife in the second stage of labor?

Method: A qualitative research design with semi-structured interviews were used. Analysis was inspired by Malterud's systematic text condensation.

Result: The analysis resulted in four categories: «individual gentle birth»: there was no standardized model of care, and the midwives sought an individual and situational care in delivery. «The balancing act between helping and taking over»: there was no clear line between helping and taking over in the birth room, which could give the assisting midwife a difficult role. «Safe communication depending on the situation»: different forms of communication were used and adapted to the colleague and situation. «Important lesson, but never fully learned» refers to midwives learning from each other, and thus were never fully educated.

Conclusion: There are advantages to preventing perineal tears in collaboration with another midwife in terms of feeling secure, in case of unexpected events during birth and for one's own knowledge development. Adequate communication and role clarification are necessary to find a balance between being supportive or an obstacle for each other. Whether the model of being two affects the woman's communication with the midwife or other aspect must be studied further.

Keywords: Perineal tears, collaboration, midwife, communication, the second stage of labor and birth.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	12
1.1	Bakgrunn	13
1.1.1	Fødselsrifter – klassifisering, forekomst og risikofaktorer	14
1.1.2	Fødselsrifter – forebyggende tiltak og jordmors erfaringer.....	14
1.2	Hensikt og problemstilling	15
1.3	Oppgavens oppbygging.....	15
2	Teoretisk rammeverk.....	16
2.1	Kvinnesentrert fødselsomsorg.....	17
2.2	Teamskapende helsefaglig teori	18
3	Metode.....	19
3.1	Kvalitativt forskningsdesign med semistrukturert individualintervju.....	19
3.2	Vitenskapsteoretisk perspektiv.....	20
3.3	Forforståelse	22
3.4	Utvalg og rekruttering	23
3.5	Gjennomføring av intervju	25
3.6	Transkribering	25
3.7	Analyse.....	25
3.7.1	Få et helhetsinntrykk	27
3.7.2	Identifiserer meningsbærende enheter.....	31
3.7.3	Kondensering - fra kode til abstrahert meningsinnhold	33
3.7.4	Syntese - fra kondensering til beskrivelse, begreper og resultater	37
4	Etiske vurderinger	41
5	Resultat.....	42
5.1	Individuell skånsom forløsning.....	44

5.2	Balansegang mellom å hjelpe og å overta	48
5.3	Trygg kommunikasjon avhengig av situasjon	48
5.4	Viktig lærdom, men aldri utlært.....	54
6	Diskusjon.....	55
6.1	Resultatdiskusjon	58
6.1.1	Individuell skånsom forløsning.....	62
6.1.2	Balansegangen mellom å hjelpe og å overta	27
6.1.3	Trygg kommunikasjon avhengig av situasjon.....	31
6.1.4	Viktig lærdom, men aldri utlært.....	33
6.2	Metodediskusjon	37
7	Konklusjon	41
8	Implikasjon for praksis og videre forskning.....	42
	Referanseliste	44
	Vedlegg	48
	Vedlegg 1- Informasjonsskriv	48
	Vedlegg 2- Intervjuguide.....	54
	Vedlegg 3- Godkjenning fra NSD.....	55
	Vedlegg 4- Datahåndteringsplan	58
	Vedlegg 5– Analyseprosess.....	62

1 Innledning

Temaet for oppgaven er hvordan jordmødre erfarer å forebygge fødselsrifter i samarbeid med en annen jordmor under fødselens utdrivningsfase. Vi har valgt dette teamet da vi under vår praksis som jordmorstudenter har lagt merke til at fødselsrifter er i fokus på fødeavdelingene, og det følger med statistikk for ulike fødselsrifter som oppstår under fødslene.

Vi har begge hatt praksis på samme lokalsykehus og kvinneklinikk, hvor vi har sett at det er ulik håndtering og praktisering av utdrivningsfasen. På kvinneklinikken i Bodø har de hatt et forbedringsprosjekt som heter “Vi støtter deg” som går ut på at det er to jordmødre til stede under utdrivningsfasen, hvor en jordmor tar imot barnet (heretter jordmor I) og den andre jordmoren (heretter jordmor II) støtter perineum. Dette forbedringsprosjektet ble startet for å få nedgang i antall alvorlige fødselsrifter (grad 3 og 4, som også kalles analsfinkterskader), se videre angående begrepene perineum og fødselsrifter i bakgrunnskapitlet. Vi har i søk etter og i samtale med jordmødrene ikke funnet forskningsartikler som undersøker denne metoden, dog viser tall fra sykehuset at de på tre år reduserte antall rifter fra 3,5% til mindre enn 1%. Kvinneklinikken Bodø mottok Nordlandssykehusets pasientsikkerhetspris i 2019 for forbedringsprosjektet (Andreasen, 2020). På lokalsykehuset hvor vi hadde praksis, praktiserte jordmor forløsningen og støttingen alene, som etter vår forståelse er vanlig praksis både nasjonalt og internasjonalt. Bakgrunnen for denne studien er derfor at vi ønsker å undersøke hvilke erfaringer jordmødre har med å samarbeide med annen jordmor i utdrivningsfasen. Vi ønsker også å undersøke hvilke eventuelle ulemper og fordeler denne praksisen har for jordmødrene, men også hvordan de opplever det i forhold til fødekvinnen. Det er et spennende og aktuelt tema for oss som snart skal arbeide som selvstendige jordmødre og har erfaringer fra begge metodene.

1.1 Bakgrunn

Temaet for oppgaven er hvordan jordmødre erfarer å forebygge fødselsrifter i samarbeid med en annen jordmor under utdrivningsfasen, herunder kommer jordmødrenes rolle for å forebygge fødselsrifter til å beskrives. Utdrivningsfasen begynner når cervix er maksimalt åpen og varer til barnet er født. Denne fasen av fødselen deles inn i en latent og en aktiv fase, og den aktive fasen starter når fosterets ledende del er innstilt i bekkenutgangen (Brunstad, 2017b). Når begrepet utdrivningsfasen brukes i denne oppgaven er det den aktive fasen vi

sikter til. I utdrivningsfasen av fødselen har jordmor ansvar for å beskytte og bevare kvinnenes perineum, og ved å få ned antall fødselsrifter vil også andelen blødning, smerter og komplikasjoner for kvinnen etter fødselen minimeres (Brunstad, 2017b). Fødselsrifter kan få langvarig konsekvenser for kvinner (Lindqvist, Lindberg, Nilsson, Uustal & Persson, 2019). Det er derfor viktig å studere på hvilken måte jordmødre kan forebygge dette. En systematisk litteraturstudie har sett på åtte studier fra Sverige, Australia og Storbritannia, og undersøkt opplevelsen til kvinner som har fått fødselsrift som har affisert analsfinkteren under fødselen, og hvordan dette har påvirket livskvaliteten deres i ettertid (Darmody, Bradshaw & Atkinson, 2020). Resultatet presenterer tre temaer: psykologiske konsekvenser, rollen til helsepersonell, og følger for fremtidige svangerskap. De psykologiske konsekvensene inkluderte angst, ensomhet, isolasjon, skam og frykt. Mange av de psykologiske konsekvensene var assosiert med de fysiske konsekvensene av analsfinkterskade, og hvordan følelsene påvirket dagliglivets aktiviteter. I resultatet ble også viktigheten av tilgang til og støtte fra helsepersonell i etterkant av fødselen fremhevet. Beslutningen om fremtidige svangerskap ble tydelig påvirket av kvinnens opplevelse av analsfinkterskaden (Darmody et al., 2020).

Ved å selv søke etter forskningsartikler har vi ikke funnet noen som har undersøkt samarbeidet mellom to jordmødre i arbeidet om å forebygge fødselsrifter under utdrivningsfasen. Det er en pågående randomisert studie ved fem svenske sentralsykehus hvor formålet er å undersøke om håndteringen av utdrivningsfasen under fødselen påvirker forekomsten av alvorlige perinealrifter. Den tradisjonelle praksisen er at en jordmor forløser og tilkaller en annen jordmor for hjelp eller “second opinion” ved behov. Denne metoden sammenlignes med en intervensjon som innebærer at jordmor I tilkaller jordmor II ved den aktive delen av fødselens andre fase når fosterets presenterende del er synlig. Jordmor II sin rolle er beskrevet som å assistere jordmor I ved behov (Edqvist et al., 2020). Denne praksisen ligner det som utføres ved Nordlandssykehuset Bodø, selv om det ikke innebærer at jordmor II støtter perineum.

Ettersom vi ikke har funnet noen studier som har undersøkt om forebygging av rifter i samarbeid mellom to jordmødre i utdrivningsfasen, sett bort fra studien som pågår i Sverige (Edqvist et al., 2020), har forskning på samarbeid i forbindelse med fødsel blitt søkt mer generelt. Det fins studier der teamarbeid som begrep benyttes for å beskrive samarbeid. Cornthwaite, Alvarez og Siassakos (2015) har studert teamarbeid i form av teamtrening og

sikkerhet ved fødsel. Resultatet av studien viser at effektivt og koordinerende teamarbeid er nøkkelen til å oppnå trygge fødsler for mødre og barn. Resultatet av studien vil presenteres videre under punkt 3.3. “Kommunikasjon og samarbeid” (Cornthwaite et al., 2015).

Vi har funnet en studie som handler om samarbeid mellom samme profesjon i fødselsomsorgen som har fokus på jordmødrene, men denne studien handler om når samarbeid ikke fungerer i forbindelse med mobbing. Det er en systematisk oversiktsartikkel av Capper, Muurlink og Williamson (2020) hvor resultatet ble delt inn i maktens rolle i mobbing, utbredelse og påvirkninger, etterlevelseskulturen og offerets respons. Studien viser også at negativt arbeidsmiljø kan føre til lav moral, misnøye på arbeid, påfølgende mangel på personell, og ineffektivt teamarbeid. Dette kan igjen føre til redusert standard for omsorg til mor og barn på føde- og barselavdelingene (Capper et al., 2020).

1.1.1 Fødselsrifter – klassifisering, forekomst og risikofaktorer

I dette kapittelet presenteres klassifisering, forekomst og risikofaktorer for fødselsrifter. Fødselsrifter er det begrepet som anvendes i denne oppgaven inklusiv den empiriske delen. Med fødselsrifter menes skader i perineum som deles inn i ulike grader. Når vi refererer til annen forskning anvendes studiens begrep og inndeling. Fødselsrifter som affiserer perineum kalles også perinealrifter. Perineum, også kalt mellomkjøttet, er ca. 3,5-4 cm langt område mellom vagina og endetarmsåpningen. Dette området består av muskler og bindevev. I perineum møtes mange av bekkenbunnens muskler (m.bulbocavernosus, m.transversus perinei og m.pubococcygeus), og rifter som oppstår i dette området kan påvirke bekkenbunnens funksjon i ulik grad (Brunstad, 2017a).

Perinealskader graderes i fire grader ut fra hvilken type vev og muskulatur som affiseres:

Grad 1: Overflatisk skade av hud i perineum eller vaginalslimhinne.

Grad 2: Dyp perinealskade med affeksjon av muskulatur i perineum, men uten affeksjon av analsfinkter.

Grad 3: Skade av perineum som involverer analsfinkter.

-Grad 3A: ruptur av <50% av ekstern analsfinkter.

-Grad 3B: ruptur av >50% av ekstern analsfinkter.

-Grad 3C: ruptur av ekstern og intern analsfinkter.

Grad 4: Skade av perineum som involverer analsfinkter og anal/rektum slimhinne (Laine. et al., 2020).

Obstetrisk analsfinkterskade defineres som enhver grad av skade i analsfinkterermuskelen (Perinealrifter grad 3A, 3B, 3C og 4) (Laine. et al., 2020).

Forekomsten av analsfinkterskader ble undersøkt i en retrospektiv registerstudie hvor resultatet viste en signifikant økning i antall analsfinkterskader i alle nordiske land over tid. I Norge økte frekvensen fra 1,6% i 1968 til 4,2% i 2004 (Laine, Gissler & Pirhonen, 2009). Forekomsten av analsfinkterskade ved alle vaginale fødsler i Norge fra 2005-2012 var mellom 2,1-3,8%. Den har deretter vært stabil under 2% ved alle vaginale fødsler fra 2013-2020 (varierende fra 1,5-1,9%). I 2020 var forekomsten av analsfinkterskade 1,5% (Folkehelseinstituttet, 2020). Det kan ikke utelukkes at det er endret registreringspraksis, eller om det er endret praksis ved fødslene som utgjør endringene, og det er ingen studier som har sett på dette (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). I 2004 hadde Norge en forekomst av analsfinkterskader på 4,2% og Finland hadde en forekomst på 0,5% ved alle vaginale fødsler. Forekomsten i Finland var påfallende lav, men resultatet var stabilt og kvalitetssikret. En tanke var at resultatene sannsynligvis kom av bedre forløsnings- og støtteteknikk (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Risikofaktorer for perinealskader er undersøkt i to metaanalyser som har sett på 43 og 22 artikler hvor til sammen 37646 kvinner har fått perinealskader under fødselen. Artikkene viser at risikofaktorer for perinealskader inkluderer: førstegangsfødende, stort barn (inkluderer både høy fødselsvekt og hodeomkrets), langt andre stadium av fødselen, vedvarende occiput posterior innstilling eller annen feilinnstilling, episiotomi, operativ vaginal forløsning, asiatisk opprinnelse, induksjon, medisinsk riestimulering og epidural anestesi (Pergialiotis, Bellos, Fanaki, Vrachnis & Doumouchsis, 2020; Aasheim, Nilsen, Reinart & Lukasse, 2017).

1.1.2 Fødselserifter – forebyggende tiltak og jordmors erfaringer

På grunn av den økte forekomsten av analsfinkterskader i Norge fram til 2004 ble det laget en nasjonal handlingsplan med fokus på profylakse (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Det første punktet i handlingsplanen var å forbedre forløsningsteknikken ved å forbedre støtteteknikk, forbedre kommunikasjonen mellom fødende og fødselshjelper og gi bedre informasjon til kvinnen i svangerskapet om puste- og trykkteteknikk under fødselen (Sosial-

og helsedirektoratet, 2006). Det er utført studier som har undersøkt forebyggende tiltak for å redusere forekomsten av fødselsrifter. En metaanalyse av Aasheim et al. (2017) undersøkte effekten av forskjellige teknikker under utdrivningsfasen og forekomsten av perinealrifter. Resultat av studien viser at “hands on” eller “hands off”, altså å bruke manuell perineumbeskyttelse eller ikke under utdrivningsfasen, ikke utgjorde klar forskjell på forekomsten av intakt perineum eller perinealrifter, derimot var det høyere forekomst av episiotomier i “hands on”-gruppen. Bruk av varme kompresser mot perineum reduserer forekomst av tredje- og fjerdegradsrifter. Varme kompresser hadde derimot ikke betydelig effekt på forekomsten av intakt perineum, perinealrifter som krevde suturering eller episiotomier. Det er usikkert om varme kompresser øker eller reduserer forekomsten av førstegradsrifter. Å massere perineum økte forekomsten av intakt perineum og reduserte forekomsten av tredje- og fjerdegradsrifter. Studien har og sett på bruk av Ritgens manøver som er en teknikk hvor man forløser med to hender. En hånd bremser hodets hastighet ved kroning og den andre hånden støtter perineum ved at fingrene presser sammen fra sidene for å lette trykket i midtlinjen av perineum. Resultatet av Ritgens manøver var at det reduserte forekomsten av førstegradsrifter, men økte også forekomsten av andregradsrifter. Ritgens manøver hadde ingen betydelig effekt på forekomsten av intakt perineum, episiotomier eller tredje- og fjerdegradsrifter. Studien så også på andre tiltak som fødsel av fremre eller bakre skulder først, kalde kompresser, og forskjellige oljer uten vist effekt, men det er også få studier på dette (Aasheim et al., 2017).

Både bruk av varme kompresser og Ritgens manøver er måter å utøve «hands-on-forløsning». «Hands-on» innebærer å holde en hånd på barnets hode samtidig som man holder et trykk mot perineum med motsatt hånd (Pierce-Williams, Saccone & Berghella, 2021). «Hands off» forløsning innebærer å kun holde en hånd på barnets hode og utføre støttende håndgrep på fødselshjelperens subjektive bedømming (Laine. et al., 2020). I Norge anbefales ikke «hands-off» forløsningsteknikk og beskyttelse av perineum på indikasjon etter fødselshjelperens subjektive bedømming. Veileder i fødselshjelp utarbeidet av Norsk gynekologisk forening anbefaler forebyggende tiltak med perineumstøtte og hodestøtte med to hender brukes ved alle vaginale fødsler, både spontane og instrumentelle (Laine, Spydslaug, Norderval, Olsen & Fodstad, 2020). I en kohortstudie av Laine, Skjeldestad, Sandvik og Staff (2012) innførte de et treningsprogram for de ansatte med fokus på «finskemetoden» altså manuell

perineumbeskyttelse med modifisert Ritgens manøver under utdrivningsfasen ved universitetssykehuset i Oslo. Antallet analsfinkterskader ble redusert med 50% hos både førstegangs- og flergangsfødende og de med kjente risikofaktorer. Modifisert Ritgens manøver («finskemetoden»), går ut på at en bremses hastigheten på fødselen når barnets hode fødes ved at den ene hånden holder igjen på barnets hode, mens den andre hånden beskytter perineum, altså vevet mellom skjeden og endetarmsåpningen (Laine, Pirhonen, Rolland & Pirhonen, 2008).

En svensk rapport fra Statens beredning før medicinsk och social utvärdering (SBU, 2016), basert på systematisk litteraturstudie av forskningsartikler konkluderte med at det var lite forskning som kunne støtte at «hands-on-metoden» sammenlignet med «hands-off-metoden» forhindret skade i analsfinker. De få randomiserte studiene i rapporten viste ingen signifikant betydning, men flere av observasjonsstudier tydet på at beskyttelse av perineum hadde en effekt. Rapporten viste at det eneste forebyggende tiltaket som har vist seg å ha en vitenskapelig bevist effekt, er å holde varme kompresser mot perineum under utdrivningsfasen av fødselen. Resultatet viste også at episiotomi hos førstegangsfødende under instrumentell forløsning med få risikofaktorer forebygde analsfinkterskader. Varmen fra kompressen øker blodsirkulasjonen og motstandskraften i vevet. Å holde varme kompresser mot kan også være en måte å trene manuell beskyttelse av perineum og det er ikke klart hva som gir den beskyttende effekten. Det er derfor nå vanlig praksis i Sverige å utføre manuell beskyttelse av perineum under utdrivningsfasen, men metodene varierer (SBU, 2016).

Vi har kun funnet noen studier som undersøkte jordmors erfaringer med fødselsrifter. En studie gjennomført i form av dybdeintervju med jordmødre om deres erfaringer med å delta på en fødsel hvor fødekvinnen får en analsfinkterskade, viser at jordmødrene kjente på skam og skyldfølelse (Edqvist, Lindgren & Lundgren, 2014). Studien viser at de tenkte de ikke var faglig kompetente når de forårsaket kvinnen en skade. De fryktet å bli «avslørt» og dømt av sine kollegaer, samtidig som de dømte seg selv. Dette hindret jordmødrene i å dele sine erfaringer, og videre til at de aksepterte at skaden hadde oppstått og fortsatte sin praksis uten sikre svar (Edqvist et al., 2014). I en australsk studie undersøkte de risikofaktorer for alvorlige perinealskader, og jordmødre ble bedt om å kommentere deres opplevelse av hva som forårsaket alvorlige perinealskader (grad 3 og 4) (Dahlen, Ryan, Homer & Cooke, 2007). Jordmødrene identifiserte flere faktorer de mente bidro til alvorlige perinealskader. Faktorene

var mangel på effektiv kommunikasjon med kvinnen under fødselen, ulike fødestillinger, forløsningsmetode, etnisitet og obstetrisk påvirkning. En studie fra Israel undersøkte om jordmors erfaring påvirket forekomsten av alvorlige perinealskader (grad 3 og 4) (Mizrachi et al., 2017). Resultatet viste at erfarne jordmødrene hadde en lavere forekomst av alvorlige perinealrifter enn nyutdannede jordmødre. Hvert ekstra år med erfaring ga cirka 5% reduksjon i forekomsten av alvorlige perinealrifter.

1.2 Hensikt og problemstilling

Oppsummert viser studier at fødselsrifter i perineum, spesielt analsfinkterskader, kan få kvinnen til å lide både på kort og lang sikt etter fødsel. Det er forskjellige måter for jordmødre å forhindre fødselsskader og studier med høyeste evidensgrad viser at tiltak som varme kompresser mot perineum reduserte forekomsten av tredje- og fjerdegrads rifter. Å holde varme kompresser mot perineum kan også være en måte å tilføre manuell beskyttelse, men det er ikke klart hva som gir den beskyttende effekten. Flere land bruker «hands-on-teknikk» og støtter perineum, selv om det ikke er noen entydig evidens for hva som faktisk er mest hensiktsmessig. Noen studier har undersøkt jordmødrenes egne erfaringer. Disse studiene skildrer jordmødrenes opplevelse av skam og skyldfølelse etter at de ikke har lyktes i å forhindre analsfinkerskade hos fødekvinne. Vi har midlertidig ikke funnet noen studier som undersøker hvordan jordmødre opplever å forebygge fødselsrifter i samarbeid med en kollega. Problemstillingen for denne oppgaven er derfor:

«Hvordan erfarer jordmødre å forebygge fødselsrifter i samarbeid med en annen jordmor i utdrivningsfasen?»

Hensikten med studien er å undersøke hvordan jordmødre erfarer å forebygge fødselsrifter i samarbeid med en annen jordmor under utdrivningsfasen. Denne studien undersøker deres erfaringer både med å være den jordmoren som forløser, og den jordmoren som kommer inn og assisterer med støtting av perineum under forløsning. Videre undersøkes det om jordmødrene opplever at kommunikasjonen med fødekvinne blir påvirket når det kommer en annen jordmor inn i rommet under utdrivningsfasen.

På bakgrunn av manglende forskning rundt praksisen er denne studien både original og

aktuell. Ved å undersøke hvordan jordmødrene opplever denne praksisen kan denne oppgaven medvirke til ny kunnskap, og kanskje også føre til ytterligere forskning på området.

1.3 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er bygget opp mot IMRoD-modellen og inneholder åtte kapitler. Studien benytter seg av referansestilen APA 6th, og har fulgt UiTs retningslinjer for bruk av denne referansestilen

2 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet presenteres oppgavens teoretiske rammeverk. Det benyttes en jordmorfaglig teori, og en teamskapende helsefaglig teori. Disse teoriene er valgt med bakgrunn i problemstillingen, og vil brukes for å tolke studiens empiri, og hvordan den kan knyttes til jordmorfaget.

2.1 Kvinnesentrert fødselsomsorg

Et sentralt begrep i jordmorfaget er forholdet mellom fødekvinnen og jordmoren (Eri et al., 2020). Selv om relasjonen mellom jordmødre er i fokus i denne studien, så har de en relasjon samtidig som jordmor I har en relasjon til den fødende kvinnen. Vi har derfor valgt teorien «Midwifery model of women-centred childbirth care – in Swedish and Icelandic settings» forkortet til MiMo (Berg, Ólafsdóttir & Lundgren, 2012).

Teorien viser en jordmormodell for kvinnesentrert omsorg, som har forholdet mellom kvinnen og jordmor som et sentralt begrep (Berg et al., 2012). Et spørsmål fra vår studie er også om forholdet mellom kvinnen og jordmoren påvirkes dersom en annen jordmor kommer inn under utdrivningsfasen og assisterer. Da vi ikke har intervjuet fødekvinnene selv, vil dette være ut fra jordmødrenes perspektiv og hvordan de erfarer forholdet mellom kvinnen og jordmoren når en annen jordmor er til stede under utdrivningsfasen. MiMo er en kvinnesentrert fødselsomsorgsteori definert og utviklet av Berg et al. (2012). Teorien er evidensbasert på studier fra Sverige og Island. Teorien har fem hovedtemaer; *gjensidig relasjon, fødeatmosfære, etablert kunnskap, kulturell kontekst og balansegang*. Temaet *gjensidig relasjon* har fire undertema; *tilstedeværelse, bekreftelse, tilgjengelighet og deltakelse*. *Fødeatmosfære* har undertemaene; *ro, tillit, sikkerhet, forsterkning og støtte*

normalitet. Temaet etablert kunnskap har undertemaene; ulike typer kunnskap, inkarnert kunnskap og kunnskap knyttet til kvinnen.

I kvinnesentrert fødselsomsorg er det avgjørende at jordmors kunnskap er innehavende. Det vil si at det er forankret i seg selv, og har ressurser og ferdigheter til å bruke kunnskapen i møte med hver fødekvinne og deres individuelle behov. Jordmors kunnskap består av teoretisk, erfaringsbasert og sensitiv kunnskap. Det som er viktig for kunnskapsutvikling er refleksjon av jordmor, både alene og sammen med kollegaer (Berg et al., 2012). Derfor anser vi denne teorien som relevant, da vi ønsker å se på jordmors kunnskap, sett alene og i sammenheng med annen jordmor og deres samarbeid.

MiMo har blitt brukt i en svensk kohortstudie som en jordmorteoretisk bakgrunn for en intervensjon for å forebygge andregradsrifter hos førstegangsfødende (Edqvist, Hildingsson, Mollberg, Lundgren & Lindgren, 2017). I studien skulle jordmødrene i intervensjonsgruppen la kvinnene trykke spontant, bruke fødestillinger som gir fleksibilitet i iliosakralledd og en to-trinns hode-til-kropp forløsning ble sammenlignet med standardbehandling. Denne intervensjonen var hovedsakelig relatert til MiMos tema om gjensidig relasjon og deres beskrivelse av hvordan kvinnen er involvert og trykker spontant. Resultatene av studien viser at intervensjonen reduserte forekomsten av andregradsrifter hos førstegangsfødende og intervensjonene så ikke ut til å forårsake noen skader som alvorlige perinealrifter, uønskede episiotomier eller begrensning av fødestillinger (Edqvist et al., 2017).

Forkortelsen MiMo vil bli benyttet når denne teorien skal drøftes videre i oppgaven.

2.2 Teamskapende helsefaglig teori

Vi har ikke funnet en jordmorfaglig omsorgsteori som baseres på samarbeid eller teamwork mellom jordmødrene. Vi har derfor valgt å ta utgangspunkt i en teamskapende teori innenfor helsevesenet av Zajac, Holladay, Tannenbaum og Salas (2021). I helsevesenet er det å arbeide i team ifølge Zajac et al. (2021) en metode for å levere trygg og pålitelig pasientbehandling av høy kvalitet. Teorien er basert på evidensbasert rammeverk for teameffektivitet og ble utformet for å beskrive intervensjoner i bruk for konflikthåndtering og annen utfordrende atferd som oppstår i forskjellige team. Teorien presenterer forskjellige trinn for teameffektivitet. Første trinn inkluderer *organisatoriske forhold, teamledelse, teknisk kompetanse, klare roller og formål*, og et hvert avvik i dette trinnet kan påvirke teamet

negativt. Andre trinn inkluderer *holdninger, adferd og kognitivitet*, og identifiserer måten teammedlemmer føler, tenker og samhandler med hverandre. Det siste steget for teameffektivitet er en *ideell teamsammensetting*, og oppnås når de to første trinnene er på plass. Dette gir et sterkt team som er åpent for endringer og motstandsdyktige mot utfordringer og stressfaktorer. Selv om teorien handler om tverrprofesjonelt samarbeid, kan det evidensbasert rammeverket ifølge Zajac et al. (2021) generaliseres på tvers av teamtyper. Vi har valgt å inkludere teorien i denne studien, da de to jordmødrene utgjør et profesjonelt team. Teamskapende samarbeid i forbindelse med fødsels er ifølge Cornthwaite et al. (2015) en kombinert effektiv handling til en gruppe som arbeider mot et felles mål. Videre beskrives det at for å oppnå et vellykket resultat er det viktig at de ulike rollene samarbeider på en koordinerende og effektiv måte for å oppnå trygghet i fødsel for mødre og barn. Nøkkelegenskapene for et effektivt samarbeid i fødsel er beskrevet som kunnskap, ferdigheter, holdninger og kommunikasjon. Dialog er sentralt når det kommer til god kommunikasjon og en god relasjon bygges best gjennom dialog (Cornthwaite et al., 2015). Resultatet til Cornthwaite et al. (2015) viser også at trening på teamarbeid kan føre til bedre utfall for kvinner og barn under fødselen. Simuleringstrening i team forbedret både jordmors kunnskap, håndtering av obstetriske nødsituasjoner, selvtillit og kommunikasjonsevne. Teamarbeidet skal være en hyggelig, inkluderende og nyttig opplevelse for de ansatte (Cornthwaite et al., 2015).

3 Metode

I denne oppgaven støtter vi oss primært til kvalitativt forskningsdesign. Vi har brukt en metode utviklet av Malterud (2017) for å kunne gi en helhetlig beskrivelse av informantenes egne opplevelser og erfaringer.

3.1 Kvalitativt forskningsdesign med semistrukturert individualintervju

Kvalitativ metode tar sikte på å få frem sammenheng og helhet i innsamlet data og ønsker å formidle forståelse i fremstillingen. Ved semistrukturert intervju vil datasamlingen skje i direkte kontakt med feltet, som vil gi oss som forskere mulighet til å se fenomenet innenfra. Intervjuene vil i denne konteksten bli preget av fleksibilitet uten faste svaralternativer, i motsetning til standardiserte spørreskjema. Denne metoden gjør at vi kan gå i dybden og få

fram best mulig gjengivelse og det særegne ved fenomenet. Vi ønsket å innhente beskrivelse av informantenes erfaring og opplevelser, få frem sammenheng og helhet i det innsamlede dataen og å formidle forståelse i framstillingen, og kvalitativ metode med semistrukturert individualintervju er egnet for dette (Dalland, 2012; Kvale & Brinkmann, 2015).

Ved bruk av semistrukturert intervju ble det utarbeidet en intervjuguide på forhånd (vedlegg 2). Guiden inneholdt temaer som skulle bli avdekket i intervjuet med faste spørsmål. Det var likevel mulig for informantene å utdype seg innenfor gitt spørsmål, for å få en større forståelse. Guiden gjorde at alle informantene fikk de samme spørsmålene innen gitt tema, med mulighet for justering av guiden (Kvale & Brinkmann, 2015). For å kvalitetssikre intervjuguiden ble det gjort pilotintervju med medstudenter for å få et innblikk i hvordan spørsmålene vi hadde utarbeidet var formulert, om det var forståelig for andre og om de kunne besvare problemstillingen vår.

3.2 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Fenomenologi betyr “læren om fenomenene” og handler om å undersøke det som viser seg og det som kommer til syne. Her legges det vekt på fylldighet, erfaringsnære og kontekstualiserte beskrivelser med respekt for det konkrete. Fenomenologien som forskningsmetode ble utformet på 1800-tallet av flere filosofer hvorav Edmund Husserl er sett på som grunnleggeren (Thornquist, 2018).

Mennesker kan være vanskelig å studere. Skal man studere mennesker fenomenologisk, må de studeres som handlende, følende, menende, opplevende og forstående individer. Individets bakgrunn og interesser påvirker forståelsen og opplevelsen av fenomener, og fenomener kan derfor oppleves ulikt av forskjellige mennesker. Ved en fenomenologisk tilnærming studerer en mennesket ut fra det menneskets subjektive virkelighetsoppfatning slik det fremtrer for hver enkelt, og en vektlegger individets meninger bak sine opplevelser av et fenomen. Hovedmålet med fenomenologien er å få en presis kunnskap om menneskets erfaringer, følelser og en grundig beskrivelse av fenomenet (Thornquist, 2018). En forutsetning for forståelse innenfor fenomenologien er at en setter kunnskapen en hadde fra før, altså forforståelsen i bakhånd, slik at en kan rette oppmerksomheten sin mot individets subjektive erfaring av verdenen. Kjernen av et fenomen beskrives deretter så nøyaktig som mulig også med relasjoner til andre fenomener (Malterud, 2017). I denne studien undersøktes fenomenet

jordmors erfaringer av å forebygge fødselsrifter i samarbeide med en annen jordmor under utdrivningsfasen.

3.3 Forforståelse

Forforståelse omhandler de individuelle forutsetningene og erfaringer forskeren har til problemstillingen og hvilke oppfatninger forsker har om gitt tema før prosjektet starter (Malterud, 2017). Vår forforståelse av temaet for forskningsprosjektet er knyttet opp til erfaringer og opplevelser fra praksis. Vi har erfart at det blir praktisert annerledes på to av sykehusene vi har vært i praksis på, og forsøkte i studien å være nøytrale slik at vår forforståelse ikke skulle påvirke resultatet. Forskere er også bare mennesker, så det vil være naturlig at forsker også har sine egne tanker og oppfatninger. Det er derfor viktig at en som forsker tar stilling til sin egen forforståelse og posisjon gjennom hele forskningsprosessen. Forskningsprosessen ønsker å bringe frem noe annet enn det forskerne allerede vet eller tror, derfor er det viktig at en setter sin forforståelse til siden, for å kunne ha et mer åpent sinn om ny kunnskap (Malterud, 2017). Vi har også diskutert og reflektert over vår forforståelse med veileder.

3.4 Utvalg og rekruttering

Ifølge Malterud (2017) er det en god regel å ikke bestemme antall informanter på forhånd, men heller følge en strategi underveis som sikrer informasjonsstyrken gjennom trinnvis rekruttering og analyse. Det ble i denne studien gjort et strategisk utvalg for å finne deltakere som kunne gi god og interessant informasjon om temaet, i dette tilfellet jordmødre.

Inklusjonskriteriene for studien var at informantene måtte ha arbeidet som jordmor på fødeavdeling i minimum to år. Jordmødrene måtte også ha erfaring med å praktisere metoden med å være to jordmødre i utdrivningsfasen, hvor jordmor II hadde en aktiv rolle i forløsningen for å bli inkludert i studien.

For å rekruttere informantene ble det sendt e-post med informasjonsskriv til nærmeste leder på tre fødeavdelinger i Nord-Norge. For å sikre frivillig deltakelse ønsket vi at informantene tok kontakt innen et bestemt tidsrom hvis de var interesserte i å delta i studien. Vi fikk lite respons på dette og sendte derfor ut individuelle forespørsler og vedlagt informasjonsskriv til utvalgte jordmødre. De utvalgte jordmødrene var jordmødre vi visste hadde erfaring med fenomenet som skulle undersøkes og hadde mer enn to års arbeidserfaring. Informantene ble

informert om frivillig deltakelse og at de når som helst kunne trekke seg fra studien frem til oppgaven var levert, via informasjonsskrivet (vedlegg 1). Etter at informantene hadde lest informasjonsskrivet og takket ja til å delta i studien, ble det avtalt tid og sted for når intervjuene skulle foregå. Gjennomføring av intervjuene beskrives i neste underkapittel.

På denne måten ble syv jordmødre fra to sykehus i samme helseforetak, som praktiserer to jordmødre under forløsningen i utdrivningsfasen, rekruttert. Vi brukte deretter snøballrekruttering og spurte deltakerne om de visste om noen andre som var kjent med metoden og kunne tenke seg å delta. Slik ble én jordmor til rekruttert fra et annet sykehus som hadde erfaring fra denne metoden. Vi hadde da til sammen åtte informanter fra tre sykehus og to helseforetak. Informantene hadde mellom 10-35 års erfaring fra fødselsomsorgen. Dette er i tråd med Malterud (2017) hvor en utnytter seg av trinnvis rekruttering og analysering for å sikre informasjonsstyrken.

3.5 Gjennomføring av intervju

Deltakerne valgte selv hvor intervjuene skulle bli gjennomført, slik at de ble gjennomført på et sted hvor jordmødrene var komfortable og kunne fortelle fritt. Intervjuene som ble utført ved fysisk oppmøte ble holdt i lukkede rom hvor vi var skjermet for forstyrrelser. I alt utførte vi fire intervju med fysisk oppmøte, informantene ønsket da at intervjuene ble holdt ved sykehuset. Intervjuene som ble gjennomført på arbeidsplassen ble gjennomført utenfor avdelingen for å bevare deltakernes anonymitet. De resterende informanter hadde ikke anledning til å møte fysisk og for andre ble avstanden mellom informant og intervjuer lang. For å gjennomføre de intervjuene benyttet vi oss av nettbasen Zoom med innlogging via feide hos UiT-Norges arktiske universitet eller via telefon. Ifølge Malterud (2017) vil intervjusituasjonens fortrolighet og ro kunne skape en god ramme for historier. Å skape en ramme av anonymitet for deltakerne var viktig, slik at de kunne føle seg trygge og ivarettatt under hele prosessen, og slik etablere relevante data.

Under intervjuene var begge studentene til stede. Den ene holdt intervjuet, mens den andre var observatør. Observatøren brukte feltdagbok for å kunne skrive ned stikkord underveis, og fikk også anledning til å stille spørsmål på slutten av intervjuet. Det ble satt av tid til en gjennomgang av informasjon om studien, anonymisering, taushetsplikt og eventuelle spørsmål informantene måtte ha før oppstart av intervjuene. Intervjuene varte i cirka 20-30

minutter, og vi hadde til sammen 195 minutter med intervju å transkribere, som resulterte i 62 dataskrevne sider. Intervjuene ble tatt opp via mobilappen Nettskjema-diktafon hvor opptaket umiddelbart krypteres (Universitet i Oslo, 2010). Intervjuguiden ble brukt aktivt underveis i intervjuet, for å sikre at en kom inn på relevante temaer som svarte på problemstillingen. Underveis i intervjuet ble det stilt oppfølgingsspørsmål og forutsetningsløs lytting for å få en enda dypere forståelse av hva informantene mente. Vi la vekt på å stille åpne spørsmål, slik at jordmødrene fritt kunne beskrive sine tanker og erfaringer. Målet var å utvikle en samtale der det kvalitative fikk en stemme, altså hvor informantenes ord formidler kunnskap om egenskaper og kjennetegn om temaet i tråd med Malterud (2017).

3.6 Transkribering

De empiriske dataene ble tatt opp via Nettskjema-diktafon, og deretter transkribert til tekst. Datamaterialet ble transkribert til bokmål for å unngå gjenkjennelse av informantene. Gjennom transkripsjonen ble deltakerens muntlige formidling av erfaringer og meninger omgjort til skriftlig datamateriale. Formålet var å omforme informantenes erfaringer og hendelser til tekst som skaper gjenkjennelse og gir mening for leseren. Transkripsjon kan bare gi et avgrenset og situert bilde av det en skal studerer, og slike oversettelsesledd vil alltid innebære ulike former for filtrering hvor meninger går tapt eller forvrenges (Malterud, 2017). Transkriberingen ble utført rett etter intervjuene mens vi enda hadde intervjuene frisk i minnet. Transkriberingen ble gjennomgått av begge studentene for å best sikre at detaljer ikke gikk tapt. På grunn av dette fikk begge nærkontakt med materialet både muntlig og skriftlig og ble godt kjent med materialet.

3.7 Analyse

Datamaterialet ble analysert etter inspirasjon fra Malteruds systematiske tekstkondensering (STC) (Malterud, 2017). STC er en analysemetode inspirert av Giorgis psykologiske fenomenologiske analysemetode. Både STC og fenomenologien deler oppfatning av at subjektive erfaringer fra livsverden er gyldig kunnskap. Ved å bruke STC som analysemetode legger forskeren egne erfaringer i parentes, og dette er nært beslektet fenomenologien. En annen likhet mellom STC og fenomenologisk analysemetode er at begge er opptatt av subjektivitetens kontekst, og beskriver de mest relevante sidene av fenomenet så nøyaktig som mulig. Ulikheten mellom STC og fenomenologisk analyse er at STC vektlegger erkjennelsen og betydningen av forskerens ståsted som viktig forutsetning for kunnskap. Ved

STC er det verken ønskelig eller oppnåelig å opprettholde slik analytisk distanse gjennom prosjektet. Ved fenomenologisk metode søker man objektets essens gjennom gradvis reduksjon, ved STC leter en ikke etter essenser. STC som analysemetode har en tanke om at fenomener kan fremtre i ulike versjoner avhengig av perspektiv (Malterud, 2017).

I dataanalysen fulgt vi Malteruds fire trinn for analyse. Tabell med fremgangsmåte vises i vedlegg 5.

- I. Få et helhetsinntrykk
- II. Identifiserer de meningsbærende enheter
- III. Kondensering - fra kode til abstrahert meningsinnhold
- IV. Syntese - fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater
(Malterud, 2017).

3.7.1 Få et helhetsinntrykk

I første trinn, som innebærer å få et helhetsinntrykk, hørte vi først gjennom intervjuene og leste gjennom de ferdigtranskriberte tekstene for å bli bedre kjent med materialet. Her var hensikten å se etter interessante og sentrale temaer og notere hovedtemaer som materialet så ut til å inneholde. Etter å ha både lyttet til og lest gjennom datamaterialet, ble vi kjent med materialet. Gjennom hele analysen forsøkte vi å legge forforståelsen og de teoretiske referanserammene til siden. Problemstillingen ble ikke lagt til siden, da den var forutsetningen for å kunne stille seg åpen for inntrykk fra datamaterialet (Malterud, 2017). Foreløpige temaer ble skrevet ned for å oppsummere vårt helhetsinntrykk av jordmødrenes erfaringer. De syv foreløpige temaene var «ha en kollega i bakhånd», «utfordrende rolle å være jordmor II», «konkrete oppgaver», «alltid en hånd på perineum», «kommunikasjon», «informasjon til kvinnen» og «erfaringskunnskap».

3.7.2 Identifiserer meningsbærende enheter

I det andre trinnet gikk vi grundig og systematisk gjennom linje for linje av datamaterialet for å få frem de meningsbærende enhetene som var relevante for å besvare problemstillingen vår. Vi identifiserte de meningsbærende enhetene ved å velge ut tekst og meninger som kunne gi oss ny kunnskap innenfor et eller flere temaer fra første trinn i analysen (Malterud, 2017). Vi reflekterte hele tiden over hvordan de foreløpige temaene kunne bidra til å besvare

problemstillingen vår, og disse dannet grunnlaget for kodegruppene. Denne delen av analysen kalles koding, hvor man setter en merkelapp på den delen av teksten som er felles. Kodingen brukes for å avdekke og organisere de meningsbærende enheter og bidrar til å redusere og ordne datamaterialet, slik at det blir lettere å analysere (Malterud, 2017). Den delen av teksten som var felles, dannet kodegruppene. De meningsbærende enhetene ble så systematisert ved hjelp av koding og dekontekstualisering, som vil si at teksten ble tatt ut av sammenhengen den sto i. De meningsbærende enhetene ble markert med fargekoder ut fra hvilken informasjon de ga, og deretter plassert under de ulike temaene valgt i forrige underkapittel. Irrelevant tekst som ikke bidro til problemstillingen, ble lagt til siden.

Underveis i kodingen viste det seg at flere av de meningsbærende enhetene ble satt dobbelt i forskjellige kodegrupper, ut fra det så vi at vi kunne slå sammen noen av kodegruppene og omformulere kodegruppene for å gi mer konkret betydning til dem. Det kom også frem ny tekst som gjorde at vi fikk dannet oss nye kodegrupper. Vi gikk da tilbake i teksten som vi allerede hadde gjennomgått, for å se om det var andre meningsbærende enheter som passet under de nye kodegruppene. En slik fleksibilitet i analysen er en forutsetning for å få øye på noe nytt (Malterud, 2017). De meningsbærende enhetene ble delt opp i seks kodegrupper som var «forløse på en skånsom måte», «tillit mellom kollegaene», «teamarbeid- fordeler og ulemper», «lære av hverandre», «fortsette å holde fokus» og «tilbakemeldinger».

3.7.3 Kondensering - fra kode til abstrahert meningsinnhold

I tredje trinn ble det empiriske materialet dekontekstualisert til et utvalg av meningsbærende enheter. Vi sorterte informasjonen og systematisk hentet ut meningene ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017). Vi la til side tekst som ikke var relevant for kodegruppene vi hadde landet på i forrige trinn, og arbeidet oss videre gjennom kodegruppe for kodegruppe. Vi utviklet to til tre subgrupper under hver kodegruppe, totalt 14 subgrupper. Kodegruppen «forløse på en skånsom måte» fikk tre subgrupper: «hands on perineum selv eller av kollega», «en risiko i seg selv å bytte hender» og «mange hender på et lite område». Kodegruppen «tillit mellom kollegaene» fikk subgruppene: «ha en kollega i bakhånd» og «tillit til kollegaens vurdering av situasjonen». Kodegruppen «teamarbeid- fordeler og ulemper» fikk subgruppene: «ordløs og trygg kommunikasjon mellom kjente kollegaer», «når kjemien ikke stemmer mellom kollegaene» og «“deg og meg”-forhold». Kodegruppen «lære av hverandre» fikk subgruppene: «utdanne seg selv» og

«lære av hverandre». Kodegruppen «fortsette å holde fokus» fikk subgruppene: «bevisstgjøre seg selv for å bli bedre» og «å holde seg oppdatert». Kodegruppen «tilbakemeldinger» fikk subgruppene: «oppmuntring» og «kunne motta kritikk».

De ulike meningsbærende enhetene ble sammenfattet for å få frem betydninger og meningene fra de ulike enhetene, og det ble laget et kondensat for hver subgruppe. Et kondensat er et kunstig sitat fra hver subgruppe som får frem det konkrete innholdet fra de meningsbærende enhetene ved å omsette de til mer generell form. Hver eneste gjenværende meningsbærende enhet ble inkludert i kondensatet, og det ble brukt jeg-form og deltakernes egne ord og uttrykk siden kondensatet skal presentere deltakernes stemmer. Kondensatet ble brukt som arbeidsnotat for resultatpresentasjonen i analysens fjerde trinn. Deretter valgte vi ut “gullsitat” som på best mulig måte illustrerte kondensatet og innhold fra de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017).

3.7.4 Syntese - fra kondensering til beskrivelse, begreper og resultater

I fjerde og siste trinn gikk vi fra subgrupper til hovedgrupper og fra kondensat til beskrivelse, begreper og resultat. De relevante tekstbitene ble satt sammen for å vurdere om resultatene fra de forrige trinnene ga en gyldig beskrivelse av den sammenhengen de opprinnelig var hentet fra (Malterud, 2017). Hvert kondensat ble laget om til en analytisk tekst for hver av subgruppene, med passende gullsiter som konkretiserte funnene våre. Vi vurderte om gullsitatene vi hadde valgt ut tidligere, fortsatt passet inn i de analytiske tekstene. Dette gjorde at vi måtte endre noen av gullsitatene og gå tilbake til det empiriske råmaterialet for å finne andre sitater som fikk meningen bedre frem. Vi slutførte analysen ved å gi nye og endelige navn til kategoriene som ble utviklet ved sammenfatning av det sentrale meningsinnholdet for hver kodegruppe, med utgangspunkt i kondensatene fra subgruppene. Navnene på resultatkategoriene har røttene sine i de tidligere temaene og kodene, men bærer også preg av mer innsikt etter analyse og syntese (Malterud, 2017). Vi utviklet fire kategorier som ble «individuell skånsom forløsning», «balansegangen mellom å hjelpe og å overta», «trygg kommunikasjon avhengig av situasjon» og «viktig lærdom, men aldri utlært».

4 Etiske vurderinger

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) kan etiske problemer i intervjuforskning oppstå på grunn av et komplekst forhold mellom å utforske menneskers egne erfaringer og tanker og legge deres beskrivelser ut i det offentlige. Det er derfor viktig at de om forsker tar hensyn til mulige etiske problemer fra man starter undersøkelsen til den er ferdig.

Vi har fulgt Helsinkideklarasjonen som et sett med etiske retningslinjer innenfor forskningsetikk, og den mest sentrale profesjonsnormen innenfor medisinsk forskning nasjonalt og internasjonalt (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014; Den norske legeforening, 2012). Det ble i denne studien gitt skriftlig informasjon om studien til informantene på forhånd, slik at de kunne ta et informert valg angående deltakelse (Malterud, 2017). Informantene ga muntlig samtykke før intervjuene i et eget lydopptak. Kvalitative studier har ofte en personlig karakter over datainnsamlingen og studiens oppbygging kan påføre informantene psykisk stress og gjenkjenning. Et lite utvalg kan true anonymiteten til deltakerne og gjøre de mer sårbare for gjenkjenning. Dette kan gjøre det etisk utfordrende å utføre studien (Malterud, 2017). For å forebygge dette har vi i god tid før intervjuene gitt deltakerne skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet, og gjentok dette kort før intervjuene. Alle informantene ble informert skriftlig og muntlig om personvern og at deltakelsen var frivillig og at de kunne trekke seg når som helst frem til oppgaven var levert. All informasjon har blitt anonymisert, som innebar at all data ble avidentifisert uten navn eller forhold som gjorde at informantene kunne identifiseres i ettertid. Sitatene som er brukt i oppgaven inneholder derfor ikke gjenkjennelige språklige formuleringer. Sitatene som er brukt i oppgaven er respektfull overfor informantenes fortellinger og skal formidle mangfoldighet i resultatet på en troverdig og oppriktig måte. Data som er innsamlet kan representere sterke inntrykk, og vi har derfor vært ansvarlig for å håndtere materialet på en måte som gir pålitelig og gyldig kunnskap (Malterud, 2017).

Vi har benyttet oss av Nettskjema, et verktøy utviklet ved USIT ved Universitet i Oslo, som er en sikker løsning for dataoppbevaring over nett. Lydopptakene ble gjort via mobilappen Nettskjema-diktafon hvor opptaket umiddelbart blir kryptert og levert til Nettskjema etter at opptakene var gjennomført (UiO, 2020). Lydfilene og det transkriberte datamaterialet var tilgjengelig for oss to studentene og veileder, og ble oppbevart i studentens One-drive-område tilknyttet UiT. Vi har fulgt datahåndteringsplanen som ligger vedlagt som vedlegg 4. Vi har

sendt en søknad om tillatelse til å gjennomføre prosjektet, og gjort rede for hvilke tiltak vi har gjort for å sørge for at studiet er etisk forsvarlig å gjennomføre. Godkjenningen fra NSD med referansenummer 765443, forelå før vi gikk i gang med prosjektet, og er vedlagt oppgaven som vedlegg 3.

5 Resultat

I dette kapittelet blir de fire kategoriene fra analyseprosessen presentert sammen med illustrerende sitat fra informantene. Sitatene presenteres med innrykk i teksten. De fire resultatkategoriene er: *individuell skånsom forløsning, balansegangen mellom å hjelpe og å overta, trygg kommunikasjon avhengig av situasjon og viktig lærdom, men aldri utlært.*

5.1 Individuell skånsom forløsning

I intervjuene kom det frem jordmødrene var opptatt av å forløse barnet på en mest mulig skånsom måte, og var opptatt av å ivareta og beskytte perineum. Jordmødrene var positive til å bruke «hands-on-forløsning» og mente dette kunne utføres på ulike måter, enten av dem selv eller en annen jordmor. Jordmødrene benyttet som oftest også varme kompresser mot perineum når hodet kronet. Som en ekstra beskyttelse for vevet. Hvem som støttet perineum og hvem som forløste barnet var både en individuell og situasjonsbetinget avgjørelse. Faktorer som kunne virke inn på dette var blant annet hvordan fødselsforløpet var, om det var ukomplisert eller komplisert, fødestillinger, og om fødekvinnen hadde kjente risikofaktorer for fødselsrifter. Ved at jordmor II overtok støttingen, ble det enklere for jordmor I å kontrollere farten og fokusere på en skånsom skulderforløsning. På den måten trengte de ikke å potensielt slippe perineum om det oppsto komplikasjoner. Slik fikk de likevel beskyttet perineum. En jordmor sa:

Det er på en måte ikke min fødsel ... det er kvinnen sin fødsel. Så jeg tenker at om det er jeg eller en annen jordmor som fysisk tar imot det barnet eller støtter perineum, det er jo egentlig likegyldig.

En individuell skånsom forløsning kunne også oppnås av en jordmor alene. Noen jordmødre erfarte å ha bedre kontroll på både fart og perineum ved at de selv beholdt det støttende håndgrepet på perineum, under hele forløsningen. Det vil si at de ikke byttet hender

når hodet var født. De forklarte videre at det kunne være vanskelig for jordmor II og komme til med sine hender og overta støttingen da skuldrene ble forløst, særlig i enkelte fødestillinger. Det kunne også være en mulig risiko i seg selv å bytte hender underveis, da perineum ble ubeskyttet i noen sekunder som kunne føre til en fødselsrift. Jordmor II var likevel til stede under utdrivningsfasen og sto i bakhånd, og var klar til å hjelpe til ved behov. En individuell skånsom forløsning var derfor avhengig av hva som passet den enkelte jordmoren og fødselen. En jordmor beskrev det slik:

Noen ganger har man god kontroll, og andre ganger kan det være fornuftig å kanskje ta støttingen selv og la noen andre ta imot, eller motsatt.

En dimensjon av en individuell skånsom forløsning var å redusere risikoen for at det ble for mange hender på et lite område. Ved for mange hender, kunne det være vanskeligere for jordmor å oppnå en skånsom forløsning. I tilfeller der jordmor II støtter litt for godt, må de kunne samarbeide slik at jordmor I kan si ifra og korrigere støtten, slik at de får barnet ut. Disse beskrivelsene var knyttet til starten av prosjektet, men det gikk over etter hvert som de ble vant til å samarbeide for å forebygge fødselsskader i utdrivningsfasen. En jordmor fortalte:

I starten så var det uvant og jeg følte det var mye hender på en liten plass. Men det gikk, en måtte liksom ... ja jordmor I måtte få det privilegiet å kunne si ifra at «nå kan du støtte» slik at jordmor II ikke kom for tidlig inn eller at du ble hindret i å forløse hodet.

5.2 Balansegang mellom å hjelpe og å overta

En balansegang mellom å hjelpe og å overta betyr at jordmødre med rollen som jordmor II hadde en vanskelig rolle. De skulle både assistere og hjelpe til å vurdere fødselssituasjonen, men samtidig skulle de ikke overta fødselen eller oppgavene til jordmor I. Dette kunne oppleves vanskelig da det ikke var noen tydelige grenser mellom å gi god hjelp og å overta hele situasjonen.

Å hjelpe til var en viktig dimensjon i balansegangen mellom å hjelpe og å overta. Informantene i studien fortalte om tryggheten de følte ved å ha jordmor II sammen med seg på fødestuen under utdrivningsfasen. Jordmødre følte de hadde god kontroll alene, men ønsket likevel å ha jordmor II sammen med seg på fødestuen hvis det skulle oppstå noe

akutt, som for eksempel en vanskelig skulderforløsning, blødning, uventet dårlig barn eller noe annet de ikke kunne forutsi. Da trakk de frem at det var trygt å ha en faglig kompetent hjelper - en annen jordmor. I en slik situasjon visste jordmor II hva de skulle gjøre, og det gikk på automatikk hva de trengte å bidra med for å hjelpe til. I de fødslene hvor de har stått alene, vet de at hjelpen ikke er langt unna når de trykker på assistanse knappen, men hjelpen var likevel nærmere når de var to jordmødre på fødestuen. Det ble også beskrevet som en trygghet å være to jordmødre i etterkant av fødselen, hvis de trengte hjelp til å vurdere og suturere fødselsrift. En jordmor beskrev:

Jeg synes det er veldig trygt for meg som jordmor å ha en annen kompetent jordmor ved siden av meg hvis det oppstår komplikasjoner under fødselen. Altså at man er to som har erfaring med fødsel, det synes jeg er veldig bra. Det er en trygghet.

Å overta i stedet for å hjelpe kunne innebære at jordmor II kom inn og stilte spørsmål til vurderingene til jordmor I. Eller om jordmor II overtok instruksjonene til fødekvinnen, slik at jordmor I ikke fikk gjort sine oppgaver, noe som opplevdes forstyrrende. Jordmødrene fortalte at det opplevdes som respektløst ovenfor jordmor I om jordmor II ikke hadde tillit til jordmor I. Dette kom frem ved at jordmor II ikke stolte på vurderingen av situasjonen, eller på noen måte overtok inne på fødestuen. Det følte som respektløst da det var jordmor I som hadde stått i fødselen og kjente fødekvinnen og hennes situasjon og forløp. Jordmødrene fortalte at for å skape et godt samarbeid inne på fødestuen var det viktig å ha tillit til kollegaene sine og stole på deres vurderinger. Dette var også viktig for å unngå å skape uro inne på fødestuen. Jordmødrene fortalte at det skapte unødvendig uro på fødestuen om jordmødrene ikke klarte å få til et godt samarbeid og overtok i stedet for å hjelpe. For å bedre samarbeidet måtte jordmor II lese situasjonen, være bevisst på sin rolle og godta å ikke være den jordmoren som hadde hovedansvaret i den særskilte fødselen. På den andre siden var det noen jordmødre som fortalte at om de hadde stått mange timer i en fødsel, så kunne de selv være mentalt sliten. Da kunne det være godt om jordmor II kunne komme tidligere inn på fødestuen med ny giv og energi. Da kunne jordmor I be jordmor II overta instruksjonen og oppmuntring, og det kunne være godt både for jordmor I og fødekvinnen. En jordmor sa:

Det handler jo om samhandling mellom jordmødre, og jeg vet jo som jordmor II så må jeg ofte ta meg i det og tenke «nå må du være stille». Du er tilstedeværende og skal hjelpe til, du skal på en måte ikke overta noe.

5.3 Trygg kommunikasjon avhengig av situasjon

Trygg kommunikasjon var viktig og opplevdes som person- og situasjonsavhengig, som vil si at det hadde stor betydning for hvilken jordmor de samarbeidet med i den enkelte fødselen. Situasjonsavhengig vil si at det var variasjon av hvor mye og hvilken type kommunikasjon de trengte i de særskilte fødslene. Jordmødrene fortalte at det var en fordel om kollegaene kjente hverandre godt og begrunnet dette med at samarbeidet og kommunikasjonen gikk lettere mellom kjente kollegaer. De visste da hverandres sterke og svake sider, og kunne dermed utnytte styrkene til hverandre best mulig. Hos kjente kollegaer som hadde arbeidet mye sammen kunne kommunikasjonen inne på fødestuen bli mer nonverbal, og de kunne kommunisere gjennom utveksling av blikk. Jordmødrene beskrev at de oppfattet hva den andre ønsket og mente uten at de nødvendigvis måtte si så mye. Dette opplevdes som positivt for å unngå å skape uro og forstyrrelser inne på fødestuen, og styrket samholdet mellom kollegaene. En jordmor forklarte det slik:

Jeg tenker det er viktig at en blir trygg på de en arbeider sammen med, som et team og når man samarbeider med noen en kjenner godt, så trenger man ikke å si så mye.

Ifølge noen jordmødre kunne trygg kommunikasjon og godt samarbeid oppnås med de fleste jordmødre, også de en ikke hadde arbeidet sammen med tidligere. De begrunnet dette med at de stolte på sine kollegaer og at den jordmoren som kom inn visste hva som skulle gjøres, og at roller og arbeidsoppgaver var avklart på forhånd. Noen jordmødre beskrev at det ikke var et stort behov for kommunikasjon mellom jordmødrene i denne settingen, de var blitt så vant til oppgavene sine og visste hva de skulle gjøre og når. Noen av informantene fortalte at det var utfordrende å få til et godt samarbeid om jordmor II var en kollega de ikke kjente godt eller hadde dårlig kjemi med. Dette gjorde at det ble mye spørsmål frem og tilbake for å avklare hvem som skulle gjør hva, noe som kunne skape uro og forvirring på fødestuen. Samarbeidet ble derfor avhengig av hvem de arbeidet sammen med. En jordmor beskrev det slik:

Det kan være utfordrende hvis man får inn en kollega man ikke kjenner så godt eller ikke har god kjemi med. Da kan det bli vanskeligere å samarbeide godt.

Ifølge jordmødre ble ikke kommunikasjon mellom kvinnen og jordmor I påvirket av at det kom inn en ekstra jordmor under utdrivningsfasen. De var opptatt av å informere og forberede fødekvinnen tidlig i forløpet hvordan utdrivningsfasen ville bli, hvem som skulle være til stede og hvilke oppgaver jordmor II hadde. De var også opptatt av at det kunne oppleves som skremmende og ubehagelig om det kom inn noen under utdrivningsfasen om kvinnen ikke var informert på forhånd. Hvis det var tid på forhånd var det ønskelig at jordmor II kunne komme inn å presentere seg og hilse på fødekvinnen og partner tidligere i forløpet, slik at de visste hvem som kom inn under utdrivningsfasen. Om jordmor II skulle overta og begynne å instruere fødekvinnen selv, forklarte noen jordmødre at de (som jordmor I) brukte å si til kvinnen at “nå er det deg og meg” for at de skulle lytte til hennes instruksjoner. En jordmor sa:

I utdrivningsfasen er det veldig viktig at den som står og har fødselen og kjenner forløpet ... Hvis noen prøver å si noe da, så bruker jeg å si til kvinnen at nå er det «deg og meg».

5.4 Viktig lærdom, men aldri utlært

Det ble beskrevet som en viktig lærdom for jordmødrene da de var to jordmødre inne på fødestuen, særlig for å se hvordan andre jordmødre praktiserte utdrivningsfasen. Jordmødrene erfarte at utdrivningsfasen ble praktisert forskjellig ut ifra hvilken jordmor de samarbeidet med. Det var ifølge jordmødrene en viktig lærdom å se hvordan andre kollegaer arbeidet og noe alle kunne ta med seg videre. De tok også med seg ord og uttrykk som de andre jordmødrene brukte under utdrivingen. En jordmor sa:

Du lærer hele tiden noe nytt og det er det som er så morsomt med det, at du får se hvordan andre arbeider. Før gikk vi jo ikke inn på fødestuene til de andre.

Å aldri bli utlært betyr at jordmødrene hele tiden lærte nye arbeidsmetoder som de kunne bruke til å korrigere sitt eget arbeid. Dette gjaldt for både støtteteknikk og forløsningen, men også hvordan den enkelte jordmoren kommuniserte med fødekvinnen. De kunne lære seg nye teknikker for å få et godt samarbeid med fødekvinnen og dermed forebygge fødselsruff ved at hodet ble født kontrollert og sakte. Informantene fortalte at det var viktig at erfarne jordmødrene husket at de også hadde vært nyutdannet og det var viktig for å få til et godt samarbeid sammen. Slik kunne ny og gammel kunnskap og erfaringer bidra til å gjøre fødselsopplevelsen for kvinnen og paret enda bedre. En jordmor fortalte:

Jeg tror vi alle husker at vi har vært kalver selv, så det er en sånn holdning at vi må også videreføre erfaringene våre.

Innenfor viktig lærdom kommer fagdager og simuleringstrening inn. Jordmødrene mente dette var viktig få å holde seg oppdatert og få trene i lag. Dette slik at de ble drillet på forebygging av fødselsrifter under utdrivningsfasen og samarbeidet rundt dette. De mente samtidig at det var viktig at de ikke bare trente på å være to jordmødre under forløsningen, men at de også trente på å være alene. Dette fordi det ikke alltid var tid eller kapasitet til at jordmor II kunne komme inn å forløse barnet sammen med jordmor I. Samtidig trakk de frem viktigheten av å øve på kommunikasjon, fødestillinger og vite hvilke risikofaktorer som kunne gi fødselsrifter, slik at det ble en helhet. En jordmor forklarte det slik:

Og så synes jeg at man bør ha fokus på det regelmessig og ikke bare en gang i året på sykehuset. Men at man blir drillet på det, for det skal jo ligge i fingrene sant?

Informantene reflekterte over at lærdommen kunne bli hindret om det opplevdes vanskelig å bli observert mens de arbeidet. Et annet hinder for lærdommen var om det var vanskelig å gi og motta tilbakemeldinger og konstruktiv kritikk fra hverandre. Noen informanter fortalte at det tidvis kunne være utfordrende å gi tilbakemeldinger, og begrunnet dette med at som jordmor så skulle de være selvstendige og ikke kritisere hverandre. En informant fortalte at hun i starten følte på en prestasjonsangst da andre kollegaer skulle komme inn på fødestuen og «observere henne». Etter hvert som det ble rutine med å ha jordmor II, gikk det seg til og det opplevdes hyggelig å kunne samarbeide med andre kollegaer. En annen informant tok frem dette med å kunne motta tilbakemeldinger og konstruktiv kritikk på en god måte, uten å føle at de ble dømt. For de kunne jobben sin, men det var alltid noe som kunne gjøres bedre. Det handlet ikke om jordmødrene, det handlet om konsekvensen det kunne få for fødekvinnen om de mislyktes, og det var det fokuset de måtte ha. En jordmor sa:

Jeg liker jordmødre som er ydmyke og spør. «kan du komme og vurdere med meg?» Det er ikke skam, det betyr ikke at man ikke kan.

En viktig lærdom var ifølge jordmødrene en gjennomgang av hendelsesforløp med refleksjon sammen med kollegaene etter akutte situasjoner. Dette var også viktig om de opplevde at fødekvinnen fikk en alvorlig fødselsrift. De forklarte også at det var viktig å ivareta kollegaer som hadde opplevd dette, da det kunne oppleves som vondt og vanskelig for jordmoren. De

forklarte videre at ofte var det ingen sin feil eller noe de hadde gjort galt, og at fødselsriften ville oppstått uansett. Noen informanter trakk frem at det var viktig å gi tilbakemeldinger etter en normal fødsel også, med for eksempel en klapp på skulderen eller oppmuntrende ord for godt samarbeid. En jordmor sa:

Det er heller ikke alle som er mottakelige for kritikk, selv på en konstruktiv måte. Jeg synes likevel det er viktig å ha en samtale om hendelsesforløp i etterkant av akutsituasjoner eller store rifter, og ivareta og oppmuntre kollegaene sine etter alvorlige rifter.

6 Diskusjon

6.1 Resultatdiskusjon

I dette kapittelet kommer vi til å reflektere og drøfte våre funn opp mot relevant forskning, samt det teoretiske rammeverket for oppgaven. Diskusjon av resultatet vil foregå med utgangspunkt for studiens problemstilling: *«Hvordan erfarer jordmødre å forebygge fødselsrifter i samarbeid med en annen jordmor i utdrivningsfasen?»*

6.1.1 Individuell skånsom forløsning

Resultatene fra studien viser at for å forebygge fødselsrifter tilstrebet jordmødrene en skånsom forløsning, og at metoden de brukte var avhengig av den individuelle situasjonen. De hadde dermed ikke en standardmetode som var lik for alle fødsler. Jordmødrene varierte mellom å få støtte fra jordmor II og å forløse selv, og mellom ulike metoder for perineumstøtte. I en studie fra Storbritannia (Hunter, 2004) ble sykehusjordmødre drevet av institusjonens behov for effektivitet, en ideologi kalt «med institusjonen». Dette førte til universell og standardisert omsorg til alle, der det individuelle forsvant. Kontinuitetsmodeller på sin side gjør det lettere for jordmødre å arbeide med en individtilpasset ideologi, kalt «med kvinnen». Disse modellene innebærer at jordmor er ansvarlig for svangerskapet også utenfor sykehuset, og at kvinnen føder med samme jordmor eller et team av jordmødre på sykehus eller hjemme (Hunter, 2004). Funnet i vår studie viser at det er rom for at jordmødrene kan arbeide individuelt og tilpasse seg den enkeltes situasjon. Disse funnene tyder på at jordmødrene arbeider «med kvinnen» og ikke bare primært følger standardiserte protokoller. Å gjøre endringer i måten man arbeider på og justere etter behov støttes også av teamteorien til Zajac et al. (2021). Teorien forklarer videre at i en ideell teamsammensetning kan

teammedlemmenes roller og tilnærming til arbeidet endres underveis, noe som også kan sees i vårt resultat hvor rollen som jordmor I og jordmor II kan endres avhengig av den individuelle situasjonen.

Å ha en individuell tilnærming til forløsningen som jordmødrene i vår studie hadde, kan beskrives som å arbeide kvinnesentrert (Bradfield, Hauck, Kelly & Duggan, 2019; Hunter, 2004). Begrepet kvinnesentrert omsorg og individtilpasset fødselsomsorg kan relateres videre til MiMo, siden det er hovedfokuset for den teoretiske modellen (Berg et al., 2012). Studien til Lundgren og Berg (2007) viser at jordmødre bør formidle at det ikke finnes noen standard eller norm for fødsel. Jordmødre burde i stedet støtte og veilede den enkelte fødekvinne i hennes egen unike prosess. Dette inkluderer måter å føde på, som også er i tråd med resultatene fra studien vår. Å støtte det unike og arbeide mot standardisering, åpner for individuelle ønsker og valg for kvinnen (Lundgren & Berg, 2007). Å gi plass til den individuelle kvinnen var også et fokus for studien til Edqvist et al. (2017) for å redusere forekomsten av fødselsrifter med MiMo som teoretisk grunnlag. Jordmødrene arbeidet i den studien med utgangspunkt i den enkelte kvinnens fødselsprosess, og fulgte ikke en standardisert måte å forebygge rifter på. For å undersøke om jordmødrene arbeider kvinnesentrert i forbindelse med forebygging av fødselsrifter er det behov for mer forskning og flere studier som undersøker fødekvinnes egne erfaringer og behov.

Et aspekt av en individuell skånsom forløsning var at jordmødrene brukte «hands on-teknikk», men de utøvde ulike metoder for dette. Dette til tross for at metaanalysen av Aasheim et al. (2017) viste at det ikke er noen betydelig forskjell på forekomsten av fødselsrifter i perineum ved å benytte «hands on» eller «hands off» under utdrivningsfasen. Til tross for at det foreløpig finnes lite forskningsmessig evidens for at «hands on» forebygger analsfinkterskader, er det likevel anbefalt i fødselsomsorgen i Norge ifølge veileder for fødselshjelp (Laine et al., 2020). Ved et prosjekt ved universitetssykehuset i Oslo trente de ansatte på bruk av manuell beskyttelse av perineum. De reduserte da forekomsten med 50% av perinealrifter hos førstegangsfødende, flergangsfødende og fødekvinne med kjente risikofaktorer (Laine et al., 2012). Et resultat fra vår studie viste en annen måte for «hands on» som skapte en individuell skånsom forløsning, var ved å bruke varme kompresser mot perineum når hodet kronet. Dette som en ekstra beskyttelse for vevet. Bruk av varme kompresser vil også fungere som en form for «hands on-teknikk». Dette støttes av andre

studier som viser at varme kompresser har en forebyggende effekt mot analsfinkterskade (SBU, 2016; Aasheim et al., 2017). Det er derfor ikke klart hva som gir den beskyttende effekten, om det er de varme kompressene eller det støttende håndgrepet mot perineum (SBU, 2016; Aasheim et al., 2017).

En dimensjon av en individuell skånsom forløsning ifølge denne studien var at i enkelte situasjoner opplevde jordmødrene at det ble for mange hender på et lite område. For mange hender kunne oppstå dersom jordmor II var «hands on», og jordmor I kunne da ønske å forløse og støtte perineum selv. Jordmødrene mente det var viktig at noen var «hands on» for å forebygge fødselsrifter under utdrivningsfasen. Resultatet viste og at jordmor II kunne støtte for hardt, slik at det ble vanskelig å få ut barnet. Resultatet her kan relateres til teamteorien til Zajac et al. (2021) hvor klare roller og formål sikrer at teammedlemmene har forståelse av hverandres ansvar og hvordan de skal nå målet sammen. En rolleavklaring om hvem som skal forløse og hvem som skal støtte kan dermed gi jordmødrene en forståelse av hverandres ansvar. Slik kan de legge en plan for hvordan de sammen kan oppnå en skånsom forløsning. Hansson et al. (2021) har beskrevet i sin studie at klarhet i roller var viktig for å unngå konflikter. Ifølge resultatene fra vår studie var det i begynnelsen av forbedringsprosjektet jordmødrene følte på dette, noe som kan tyde på at de har avklart rollene og forventningene til hverandre samt bedret kommunikasjon, noe som har lettet og bedret samarbeidet inne på fødestuen.

6.1.2 Balansegangen mellom å hjelpe og å overta

En balansegang mellom å hjelpe og å overta var et hovedresultat fra studien. Å balansere er en del av jordmors arbeid og i MiMo står *balansegangen* sentralt i teorien (Berg et al., 2012). Teorien beskriver hvordan jordmor balanserer mellom forholdet til kvinnen, ulike former for kunnskap og hindrende og fremmende faktorer for en god omsorg (Berg et al., 2012). Balansegangen i vår studie innebærer at samtidig som jordmor II ikke skal ta over fødselen eller oppgavene til jordmor I, skal de hjelpe til dersom situasjonen tilsier det, noe som kan være en vanskelig rolle.

En dimensjon av å hjelpe var tryggheten som jordmødrene beskrev ved å være to jordmødre til stede under utdrivningsfasen. Ikke bare for å forebygge fødselsrifter, men også for å være to som vurderte progresjon, fosterlyd og den generelle fødselssituasjonen. Vi har ikke funnet

noen studier som har undersøkt hvordan jordmødrene erfarte å forebygge fødselsrifter i samarbeid under utdrivningsfasen. Samarbeid mellom jordmødrene er studert i studien til Blix-Lindström, Johansson og Christensson (2008) som undersøkte jordmødrenes opplevelse av makt i beslutningen om bruk av riestimulering under fødselen. Resultatet av studien kan relateres til vår studie da den viste at samarbeid mellom jordmødrene var viktig, og at jordmødre foretrakk å konferere med sine jordmorkolleger. Dette kan også relateres til den teamskapende teorien for helsevesenet av Zajac et al. (2021) hvor en gjennom teamarbeid kan kombinere individuell kunnskap og ferdigheter som kan gi en trygghet for teammedlemmene. Det kunne vært interessant å undersøke videre hvilket syn andre profesjoner som gynekologer eller barnepleiere i teamet rundt den fødende har på dette samarbeidet for å forebygge fødselsrifter, og videre om et slikt samarbeid vil ha en påvirkning på deres rolle på fødestuen.

Jordmødrene i vår studie følte på en trygghet med å være to jordmødre under utdrivningsfasen, men de var likevel opptatt av at jordmor II ikke skulle overta fødselen når de kom inn på fødestuen. Etter teamteorien til Zajac et al. (2021) vil avklarte roller og formål for teammedlemmene gi en forståelse av hverandres ansvar, noe som trolig kan bidra til at jordmor II ikke overtar inne på fødestuen. Ifølge Zajac et al. (2021) kan teammedlemmene i en ideell teamsammensetning utnytte hverandres styrker og la hverandre lede når deres kunnskap og ferdigheter er best egnet. Det kan dermed tenkes at en rolleavklaring mellom jordmødrene vil gi de en forståelse for hverandres ansvar, slik at jordmor I kan lede fødselen videre. På den andre siden viste funn i vår studie at om jordmor I var sliten, så kunne det oppleves avlastende at jordmor II kom inn på fødestuen med ny energi. Da kunne jordmor I be jordmor II ta over instruksene og det kunne være godt for jordmor I og trolig også for fødekvinnen. Dette er også i tråd med teamteorien hvor en lar et annet teammedlem lede når deres kunnskap og ferdigheter er best egnet (Zajac et al., 2021), eller i denne situasjonen hvor den som er mest opplagt leder. Videre kan det tenkes at rolleavklaring kan være vanskelig å få til på en fødestue hvor ingen fødsler er like og situasjonen raskt kan snu fra et normalt forløp til en akutt situasjon. I en akutt og uoversiktlig situasjon kan det trolig være vanskelig å få tid til å fordele og avklare roller.

At jordmor II balanserte mot å overta var for eksempel ved å tvile på jordmor I sine vurderinger eller overta instruksene til fødekvinnen. Dette kan føre til unødvendig uro på fødestuen og være et hinder for å få til et godt samarbeid dem imellom. Dette er i tråd med

teamteorien til Zajac et al. (2021) som forklarer at teammedlemmene kan miste tilliten til hverandre om de tviler på hverandres kompetanse. Hansson et al. (2021) har beskrevet tillit og kommunikasjon mellom kollegaer som en nødvendighet for å at jordmødrenes arbeid skulle være helsefremmende. Det er derfor viktig at jordmødrene kjenner hverandres kompetanse og sterke sider, dette kan skape gjensidig tillit, og lette samarbeidet på fødestuen.

Funnene viser at jordmødre mente at jordmødre i rollen som jordmor II må kunne lese situasjonen på fødestuen og være bevisst på sin rolle for å få et best mulig samarbeid med jordmor I. Dette kan forstås etter teamteorien til Zajac et al. (2021) som beskriver at situasjonsbevissthet og teammedlemsroller kan ha innvirkning på hvordan teamet arbeider. Hvordan jordmor II leser situasjonen på fødestuen kan her relateres til situasjonsbevissthet. Teorien viser også til at refleksjon kan føre til bedre situasjonsbevissthet og ferdighetsutvikling (Zajac et al., 2021). Å kunne lese den enkeltes situasjon og kunne balansere riktig mellom å hjelpe og overta er nok noe som kommer med refleksjon og erfaring. En studie fra Israel bekrefter dette, og viser at erfarne jordmødre kunne ha bedre kommunikasjon med fødekvinnen, kunne kontrollere farten til barnet under utdrivingen bedre og var bedre til å vurdere behovet for episiotomi (Mizrachi et al., 2017). Å lese situasjonen på fødestuen og bruke intuitive ferdigheter blir også beskrevet i MiMo (Berg et al., 2012).

En del av det å hjelpe var å være to for å vurdere fosterlyden. Dette til tross for at det ikke fins forskning som viser at det er noe statistisk signifikant forskjell om fosterlyden ble tolket via kardiokografi enkeltvis eller parvis (Åmark et al., 2014). Et annet aspekt av å hjelpe var i de tilfellene det kunne oppstå uventede komplikasjoner, som for eksempel vanskelig skulderforløsning, postpartum blødning eller uventet dårlig barn. Da opplevdes det som en fordel med en ekstra jordmor til stede. Dette kan støttes av studien til Dahlen og Caplice (2014) som har undersøkt hva jordmødre frykter i sin yrkesutøvelse. Resultatet viser at jordmødre frykter at barnet eller kvinnen dør under fødselen, at de overser noe som forårsaker skade, obstetriske akutsituasjoner, overvåking og kritisering, å være årsaken til kvinnens negative fødselsopplevelse, å håndtere det ukjente uten å være forberedt og å miste selvtilliten rundt normal fødsel (Dahlen & Caplice, 2014). En fødsel kan raskt gå fra normal til unormal, og det er ifølge MiMo en kontinuerlig balansegang mellom det normale og det unormale (Berg et al., 2012). På den andre siden viser studien til Halldorsdottir og Karlsdottir (2011) at jordmødre kan arbeide selvstendig uten å ha en annen jordmor ved sin side i et samspill

mellom erfaring og kunnskap. Dette blir kalt profesjonell visdom. Denne visdommen og profesjonelle kompetansen gjør jordmødre i stand til å se an situasjonen og tilkalle hjelp til rett tid om situasjonen skulle tilsi det (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Ifølge dette vil jordmor I være i stand til å jobbe trygt selvstendig og ikke ha behov for en assisterende jordmor ved en normal fødsel.

En annen dimensjon av det å hjelpe kollegaen var ifølge resultat fra studien vår at jordmødrene ønsket å være to når de skulle vurdere og klassifisere fødselsrifter, og diskutere sutureringsteknikk. Dette kan ses i sammenheng med en metaanalyse av Morris, Berg og Dencker (2013) hvor funnene indikerte at både jordmødre og leger manglet tilstrekkelig kunnskap om perineums anatomi. De manglet og trening i klinisk vurdering og klassifisering av fødselsrifter i perineum (Morris et al., 2013). Dette kan trolig føre til feilvurderinger og klassifiseringer av fødselsrifter. En studie av Bick et al. (2012) viste at bare et fåtall av jordmødrene i studien følte seg trygge på å vurdere fødselsrifter, og enda færre følte seg trygg på å suturere fødselsrifter. Studien til Andrews, Sultan, Thakar og Jones (2006) viser at forekomsten av analsfinkterskade økte betydelig når fødselsriften ble vurderte på nytt av noen andre. Dette belyser hvordan jordmødrene i vår studie arbeidet sammen i vurderingen og klassifisering av fødselsrifter, og viktigheten av det. Jordmødrene i vår studie mente at samarbeid mellom jordmødrene var viktig og de følte på en trygghet, da de kunne utnytte styrkene til hverandre i ulike situasjoner. Studien til Halldorsdottir og Karlsdottir (2011) viser at en god jordmor vet hvor hennes kunnskap og kompetanser slutter, kjenner sine egne styrker og svakheter, og grensene for sine egne evner og læringsbehov - og kan innrømme disse for andre. Det er naturlig å gå ut fra, basert på våre resultater, at jo mer jordmødrene samarbeider med hverandre jo bedre kjent blir de med hverandres sterke og svake sider. Dette vil igjen kunne gi et bedre samarbeid, og en opplevelse av økt tillit til kjente kollegaer.

En strategi for å finne en balanse mellom det å overta og å hjelpe er ifølge resultatene av studien at jordmor II er stille og stoler på vurderingene jordmor I gjør, med mindre jordmor I ber om hjelp. Dette støttes av studien til Reiger og Lane (2009) hvor et godt samarbeid krevde gjensidig tillit, respekt og ansvarsfølelse. Dette kan også relateres til MiMO (Berg et al., 2012) der et fødselsfremmende miljø er sentralt og består av tillit, fred og ro. Ved at jordmor II har tillit til jordmor I's vurderinger og ikke stiller mye spørsmål, kan også dette bidra til en rolig atmosfære på fødestuen. Dette støttes og av yrkesetiske retningslinjer for jordmødre,

som beskriver at jordmødre støtter og hjelper hverandre i sin profesjonelle rolle og gir aktiv mening til egen og andres følelse av egenverd (International Confederation of Midwives, 2016). Jordmødre skal også erkjenne menneskers gjensidige avhengighet og aktivt søke å løse konflikter som kan oppstå (International Confederation of Midwives, 2016). På den andre siden kan det være at jordmor II oppdager noe som jordmor I ikke har sett før, da vil det være riktig at jordmor II tar opp dette, for sikkerheten til mor og barn. Dette støttes også av Reiger og Lane (2009) hvor et godt samarbeid handlet om å være hjelpsom, gi faglig støtte, ta ansvar og kunne gjenkjenne svakheter og feil. Cornthwaite et al. (2015) beskriver også at det er behov for en avklaring angående roller og ansvar for koordinerende jordmor, og at dette bidrar til å forhindre panikk i forbindelse med organisering eller håndtering av komplikasjoner. Dette resultatet kan relateres til vår studie der jordmor I har ansvaret og en koordinerende rolle, som også ut fra studiens resultat kan hjelpe med å forhindre panikk ved håndtering av komplikasjoner. Siden jordmor II allerede er inne på fødestuen har de også et medansvar. Og tar derfor naturlig del i organisering og håndtering av komplikasjoner. Dette kan trolig resultere i at de kan komme tidligere i gang med tiltak enn om de må tilkalle hjelp, men bør studeres nærmere.

6.1.3 Trygg kommunikasjon avhengig av situasjon

I studien vår kom det frem at trygg kommunikasjon var viktig for at samarbeidet skulle fungere best mulig. Fordelen med at jordmødrene kjente hverandre godt var at det ble mindre spørsmål og beskjeder mellom jordmødrene inne på fødestuen. Arbeidsoppgavene gikk lettere, og det ble mindre forstyrrelser på fødestuen. Dette kan også ses i sammenheng med studiet til Cornthwaite et al. (2015) hvor en av nøkkelegenskapene for effektivt samarbeidet var klar og presis kommunikasjon. Viktigheten av klar og presis kommunikasjon samt tydelig formidling av forventningene til hverandre kan videre relateres til samarbeidet om å forebygge fødselsrifter under utdrivningsfasen. Det kan tenkes at dette er relevant i situasjoner hvor for eksempel jordmor II støtter perineum for hardt slik at det blir vanskelig å få ut barnet. Klar og presis kommunikasjon er viktig i teorien til Zajac et al. (2021) og slik kan jordmor I korrigere støttingen til jordmor II. Sånn at de kunne oppnå sitt felles mål sammen.

Vår studie viser at jordmødrene erfarte at de gradvis opparbeidet seg en nonverbal trygg kommunikasjon på fødestuen, med kolleger de kjente godt, som opplevdes som en trygghet.

Vi har ikke funnet studier som viser at team fungerer bedre mellom kjente kollegaer. I teorien til Zajac et al. (2021) vil teammedlemmene i et ideelt team føle seg komfortable med å si ifra og bidra fullt ut, og graden av trygghet vil naturlig øke når man kjenner hverandre godt. Resultatet i vår studie viser at jordmødre opplevde det positivt med nonverbal kommunikasjon på fødestuen, dette for å unngå å skape forvirring eller uro. Jordmødrene ønsket å opprettholde tryggheten og roen inne på fødestuen når jordmor II kom inn for å assistere, og opplevde at nonverbal kommunikasjon bidro til dette. Non-verbal trygg kommunikasjon mellom kollegaer kan relateres til den inkarnert kunnskapen i MiMo (Berg et al., 2012). Inkarnert kunnskap er en erfaringsbasert kunnskap som utvikles innenfor profesjonen, og kalles også intuisjon.

Funn i vår studie viste derimot også at jordmødrene mente at trygg kommunikasjon og godt samarbeid kunne oppnås med de fleste jordmødrene, også kollegaene de ikke hadde arbeidet mye sammen med tidligere. Dette er i tråd med teorien til Zajac et al. (2021) som beskriver at teammedlemmene kan jobbe effektivt sammen så lenge de har avklarte roller og god kommunikasjon, og er dermed ikke avhengig av å kjenne hverandre godt. Funn i vår studie viser også at det ikke var så stort behov for kommunikasjon inne på fødestuen da de var så innarbeidet i sine oppgaver. Dette kan relateres til Berg et al. (2012) og MiMo, hvor viktigheten av at jordmor har tilstrekkelige kunnskaper, ferdigheter og ressurser i møte med fødekvinne og deres individuelle behov. Jordmødrene vil møte kollegaer som arbeider annerledes enn dem selv, og må dermed kunne tilpasse seg og sammen finne en metode hvor de arbeidet mot å oppnå et felles mål som her er å forebygge fødselsrifter. Et annet resultat fra vår studie var at jordmødrene mente det kunne være utfordrende å få til et godt samarbeid med kollegaer de hadde dårlig kjemi med. Dette kan forstås etter teorien til Zajac et al. (2021) som forklarer at relasjonskonflikt kan ha negativ innflytelse på teammedlemmenes holdninger og teameffektiviteten. Dette vises også i studien til Capper et al. (2020) hvor samarbeidet ikke fungerte på grunn av mobbing.

Et av våre spørsmål i studien var om jordmødrene opplevde at kommunikasjon med fødekvinne ble påvirket av at jordmor II kom inn på fødestuen under utdrivningsfasen. Ut fra våre resultater kom det ikke frem at kommunikasjon ble påvirket mellom jordmor og fødekvinne. Det kan likevel tenkes at kommunikasjon kan bli påvirket hvis jordmor II tar over for mye av instruksene til jordmor I som har stått i fødselen og kjenner fødekvinne. For

å finne mer ut av dette, vil det være hensiktsmessig å studere dette videre, og da henvende seg til fødekvinnen selv for å finne ut om deres erfaringer og opplevelse av kommunikasjonen når det kommer flere inn i rommet. Studien til Dahlen et al. (2007) viser at kommunikasjon med fødekvinnen er en av de viktigste måtene å forebygge alvorlige fødselsskader, derfor kan man se dette som noe som man ville studert videre. Hvis jordmor ikke var i stand til å snakke med kvinnen eller var uforberedt til fødselen, kunne dette påvirke både relasjonen og støtten kvinnen fikk under fødselen (Dahlen et al., 2007). Resultatet i vår studie viser at det var viktig for jordmødrene å informere og forberede fødekvinnen og hennes partner tidlig i forløpet for hvordan utdrivningsfasen ble og at det ville komme inn noen ekstra hender på slutten. Ifølge MiMo er det viktig at kvinnen er involvert i prosessen, og dette innebærer at jordmor informerer henne underveis i fødselen (Berg et al., 2012). Lundgren og Berg (2007) påpekte viktigheten av at kvinnen blir sett på som et unikt individ og føler seg involvert i sin egen fødselsprosess. Jordmødrene i studien vår var opptatt av at det skulle være et «deg og meg-forhold» for å unngå å skape forvirring for fødekvinnen når det kom inn flere på fødestuen. Dette ses i sammenheng med Berg et al. (2012) og MiMo hvor gjensidig relasjon står sentralt, og for å oppnå dette er det viktig at jordmor er tilstedeværende og har et tillitsfullt forhold til kvinnen. Relasjon og kommunikasjon beskrives av Jensen, Ulleberg og Keeping (2019) som to nære begrep som går sammen i hverandre, da kommunikasjon er med på å skape en relasjon. Måten en kommuniserer på er avgjørende for hvordan arbeidet blir utført og kvaliteten en leverer.

6.1.4 Viktig lærdom, men aldri utlært

Funnene i vår studie viser at jordmødrene erfarte det som en viktig lærdom å være to jordmødre inne på fødestuen i utdrivningsfasen. De fikk da muligheten til å se hvordan kollegaene deres arbeidet. Dette kan relateres til studien til Lindgren, Brink og Klinberg-Allvin (2011) hvor uerfarne jordmødre fikk viktig lærdom av eldre kolleger. De viste da til kunnskap om ulike strategier for å redusere risikoen for fødselsrifter, som de hadde fått fra diskusjon med eldre kollegaer (Lindgren et al., 2011). Funn fra vår studie viste at jordmødrene var opptatt av å videreføre sine kunnskaper og erfaringer til nyutdannede jordmødre. Ifølge MiMo er det viktig for kunnskapsutviklingen at jordmor reflekterer, både alene og sammen med kollegaer (Berg et al., 2012). På denne måten kan alle former for kunnskap og erfaringer bidra til en bedre fødselsopplevelse for fødekvinnen og hennes partner, ifølge jordmødre i vår studie. Ifølge Zajac et al. (2021) utnytter og lærer

teammedlemmer av hverandres individuelle kunnskap. Dette er også i tråd med de yrkesetiske retningslinjene for jordmødre som beskriver at de skal gjennom forskjellige prosesser utvikle og dele kunnskap i jordmorfaget (International Confederation of Midwives, 2016). I studien vår kom det frem at ikke var så vanlig tidligere å gå inn på fødestuen til sine kollegaer med mindre det oppsto komplikasjoner. Dette støttes også av studien til Hansson, Lundgren, Hensing og Carlsson (2019) som viser at mye av det jordmødrene gjorde skjedde bak lukkede dører. Dermed så andre profesjoner bare fragmenter av hva som foregikk. Hvorvidt kunnskapsoverføring mellom jordmødre påvirker kvinnen og hennes partners fødselsopplevelse og utfallet i fødsel er nødvendig å studere nærmere.

En del av en viktig lærdom var at det ble mer åpenhet og lettere å reflektere sammen med kollegaene da de samarbeidet under fødslene. Betydning av samarbeid vises i studien til Brunstad, Nilsen og Aasheim (2007) hvor jordmødrene arbeidet mye alene inne på fødestuen, og ofte tok de ikke med seg sine erfaringer og vanskelige opplevelser ut fra fødestuen for kollegial refleksjon. Ved nye roller eller en ny tilnærming til en rolle i et team er refleksjon avgjørende for å fange opp erfaringer og unngå gjentatte feil (Zajac et al., 2021). Ifølge teorien til Zajac et al. (2021) kan refleksjon gi teammedlemmene bedre situasjonsbevissthet og lærings- og ferdighetsutvikling. Funn fra studien vår viste at det ble mer åpenhet og lettere å reflektere sammen med kollegaene sine nå som de gikk inn på fødestuen til hverandre. Dette kan ses i sammenheng med studien til Hansson et al. (2021) hvor erfarne jordmødre hadde en viktig rolle i å bygge et reflekterende læremiljø på arbeidsplassen ved å formidle deres oppnådde jordmorkunnskap til nyutdannede kollegaer. Dette kan ses i tråd med funn fra studien vår, hvor nå som jordmødrene praktiserer to jordmødre kunne de ta til seg nye arbeidsmetoder for å korrigere sitt eget arbeid. Det kunne være alt fra støtteteknikk til forløsningen, men også ord og uttrykk den enkelte jordmoren brukte i kommunikasjon med fødekvinnen under utdrivningsfasen. Kunnskapen utvikles dermed kontinuerlig, og jordmødrene blir aldri utlært. Dette kan relateres til MiMo (Berg et al., 2012) hvor etablert kunnskap er et sentralt tema. Den etablerte kunnskapen er hele tiden i utvikling og består av teoretisk og erfaringsbasert kunnskap, samt kunnskap i forhold til den individuelle fødekvinnen.

Funnene i vår studie viser at da de begynte å være to jordmødre under utdrivningen så var det ubehagelig at andre kollegaer «observerte» hvordan de arbeidet. En studie av Capper et al.

(2020) viste at det var et sterkt hierarki innenfor jordmorfaget, som førte til en «de og oss» kultur på arbeidsplassen. Negativt arbeidsmiljø kan føre til lav moral, misnøye på arbeid, påfølgende mangel på personal og ineffektivt teamarbeid. Dette kan igjen føre til redusert standard for omsorg til mor og barn på fødsel- og barselavdelingene (Capper et al., 2020). Dette støttes også av Capper, Muurlink og Williamson (2021) som undersøkte mobbing av jordmorstudenter og hvilke konsekvenser det hadde for mor og barn. Funnene i studien viste at det kunne sette fødekvinnen i fare eller i ubehagelige situasjoner og tilliten til studenter og profesjonen ble påvirket. En «de og oss-kultur» og sterkt hierarki innenfor jordmorfaget kan trolig forsterke følelsen av ubehag når kollegaene observerte hvordan de arbeidet. Dette støttes også av studien til Dahlen og Caplice (2014) hvor det viste seg at en av de tingene jordmødre fryktet var å bli overvåket og kritisert i sin yrkesutøvelse. Dette er noe vi ikke har fått frem som et resultat i vår studie og noe som kan være relevant å undersøke videre. Dette kan relateres til studier som har undersøkt sammenhengen mellom arbeidsmiljø og emosjonelt velbehag hos jordmødre som viser at yngre jordmødre og de med mindre enn ti-års arbeidserfaring rapporterte høyere nivåer av utbrenthet, depressive symptomer, angst og stress (Båtsman, Fahlbeck & Hildingsson, 2020; Creedy, Sidebotham, Gamble, Pallant & Fenwick, 2017; Henriksen & Lukasse, 2016; Hunter, Fenwick, Sidebotham & Henley, 2019). Det kunne være interessant å studere videre hvordan det oppleves for jordmødre å bli observert i sin yrkesutøvelse av sin egen profesjon i motsetning til andre profesjoner. Det hadde vært interessant å videre se om hierarkiet innenfor jordmorfaget har en sammenheng med utbrenthet, depressive symptomer, angst og stress hos jordmødrene med minst erfaring.

Funnene i studien vår viser også at det var viktig å ivareta kollegaene sine og gi tilbakemeldinger etter enhver fødsel og godt samarbeid. Det kunne og være vanskelig å gi og motta konstruktive tilbakemeldinger, men det ble lettere da de ble vant til å samarbeide med hverandre. Både å gi og motta tilbakemeldinger er viktig i teamarbeid ifølge Zajac et al. (2021) og kan bidra til teamutvikling og lærdom. Dette kan relateres til Edqvist et al. (2014) som undersøkte hvordan jordmødrene erfarte å delta på en fødsel hvor fødekvinnen fikk en analsfinkterskade. I studien kom det frem at jordmødrene ikke delte erfaringene med kollegaene, aksepterte at skaden hadde skjedd, og gikk videre uten sikre svar (Edqvist et al., 2014). Funnene i vår studie viser at informantene hadde behov for å snakke med sine kollegaer etter akutte situasjoner eller om det oppsto analsfinkterskader. Dette tyder på at jordmødrene hadde et trygt miljø hvor det var åpenhet for refleksjon og viktige lærdommer.

Dette støttes av studien til Hunter (2004) hvor sykehusjordmødrenes kollegaer var en sentral kilde for støtte og bekreftelse. Ifølge Zajac et al. (2021) kan en type reflekterende team brukes etter uønskede hendelser slik at temaet sammen kan reflektere rundt situasjonen og hvordan lignende situasjoner kan håndteres i fremtiden. En slik intervensjon kan forbedre ytelsen til teamet og tilliten mellom teammedlemmene. I studien vår forklarte jordmødrene at i noen situasjoner ville fødselsriften oppstått uansett hvilken jordmor som var til stede. Dette ses også i studien til Edqvist et al. (2014) hvor jordmødrene i ettertid reflekterte over situasjonen, og mente likevel at en annen håndtering av fødselen ikke nødvendigvis ville forhindre skaden. Et trygt arbeidsmiljø er vesentlig for at jordmødrene skal kunne reflektere og dele sine erfaringer for å kunne utvikle seg profesjonelt og skape en tryggere omsorg for kvinner og barn (Edqvist et al., 2014).

Studien vår viser at samarbeid med en annen jordmor var en viktig lærdom for jordmødrene, men samtidig gir de uttrykk for at de aldri ble ferdig utlærte. Dette er i tråd med studien til Halldorsdottir og Karlsdottir (2011) som beskriver at en dyktig jordmor er åpen for ny kunnskap og livslang læring. Livslang læring beskrives også av yrkesetiske retningslinjer for jordmødre hvor jordmødre søker aktivt personlig, intellektuell og profesjonell vekst gjennom hele sin jordmorkarriere, og integrerer denne veksten i sin fagutøvelse (International Confederation of Midwives, 2016). Å øve sammen på nye oppgaver er avgjørende for å sikre kompetanse i teamarbeid, og kan heller ikke forvente et godt team om teammedlemmene ikke er oppdatert på sine roller og ansvar (Zajac et al., 2021). Funn fra vår studie viser at jordmødrene var opptatt av å holde seg oppdatert og øve sammen, slik at de utviklet seg sammen. Simuleringstrening og fagdager var et viktig verktøy for stadig kunnskapsutvikling ifølge jordmødrene i studien vår. Dette bekreftes av Cornthwaite et al. (2015) som viser at simuleringstrening og teamarbeid kan føre til et bedre klinisk resultat og en bedre fødselsopplevelse for kvinnen. Simuleringstrening forbedret også kunnskap og håndtering av akutt situasjoner, samt selvtilliten og kommunikasjonsevnene til jordmødrene (Cornthwaite et al., 2015). Jordmødrene i studien la vekt på viktigheten av å øve på både forløsning og støtteteknikk, men også kommunikasjon, fødestilling og å gjøre risikovurderinger i forhold til analsfinkterskader. Det trengs derfor mer forskning for å undersøke hvordan kunnskapsutvikling for jordmødre kan skje på best mulig måte.

6.2 Metodediskusjon

I dette kapitlet vil vi reflektere rundt og diskutere metoden brukt i studien og studiens kvalitet. Malterud (2017) trekker frem begrepene *refleksivitet*, *relevans* og *validitet* som sentral i vurderingen av studiens kvalitet, og disse vil bli brukt i diskusjonen. Ifølge Malterud (2017) bør hele forskningsprosessen være grundig, systematisk, pålitelig, gjort rede for og etisk utført for at studien skal være troverdig. Vi har gjennom metodekapitlet beskrevet trinn for trinn hvordan vi har gått frem i studien slik at leseren kan følge og vurdere disse. Metodekapitlet er skrevet mens vi arbeidet med analysen, slik at vi ikke skulle glemme viktige detaljer.

Begrepet refleksivitet beskrives av Malterud (2017) som en aktiv holdning som forskeren må oppsøke og vedlikeholde gjennom forskningsprosessen og vise i produktet. Refleksivitet er også essensielt for at forskningsprosessen skal bringe frem noe nytt ved at forskeren har et åpent sinn og er åpen for nye ettertanker og konklusjoner om fenomenet en undersøker og unngå at forståelsen kommer tydelig frem (Malterud, 2017). Vi har gjennom forskningsprosessen oppsøkt og etter beste evne forsøkt å vedlikeholde refleksivitet ved å stille spørsmål til egen fremgangsmåte og tolkninger underveis i forskningsprosessen. Vi har også utfordret våre tolkninger og forståelse av materialet underveis i diskusjon med veileder og opponentskap med en annen faglærer og medstudenter. Dette har gitt oss mulighet til å se materialet fra flere ulike sider og kritisk reflektere over egen fremgangsmåte, empiri og diskusjonsdel. Ved å bruke STC utviklet av Malterud (2017) ble analysen gjennomført på en systematisk og overkommelig måte. Ifølge Malterud (2017) er det hensiktsmessig å gjøre analysen sammen med noen for å fange opp mest mulig relevant data og nyanser.

Analyseprosessen foretok vi begge og vi gikk mye frem og tilbake gjennom analysen.

Prosessen har krevd refleksivitet, det vil si at vi som forskere har stilt spørsmål med vår fremgangsmåte og konklusjon. Det kan være en styrke for studiens troverdighet at vi under analyseprosessen har vært to som har arbeidet oss gjennom hele analysen. På den andre siden kan det være en svakhet at vi ikke har erfaring med intervju og analyse av tekst fra tidligere.

Refleksivitet handler også om forskerens forutsetninger og tolkningsrammer, altså hva vi som forskere har brakt med oss inn i prosjektet (Malterud, 2017). Vi har derfor beskrevet vår forforståelse i metodekapitlet slik at dette skal være tilgjengelig for leseren. Vi har og reflektert over vår forforståelse av å ha vært jordmorstudenter der de praktiserte metoden med

å være to jordmødre, men også der de ikke praktiserte det. Vi har forsøkt å legge denne kunnskapen så mye som mulig til siden. Om forforståelsen får for stor plass i studien kan det hindre at ny kunnskap fra det empiriske materialets kommer frem (Malterud, 2017). Vi har under hele forskningsprosessen, og i produktet prøvd å legge vår egen forforståelse til siden som er i tråd med metoden til Malterud (2017). Det er likevel viktig å poengtere at det er forforståelsen vår som var utgangspunktet for at vi ville studere dette nærmere. Som forsker må en være innstilt på at det kan komme nye resultater og konklusjoner enn det en hadde forventet (Malterud, 2017). Siden mye av resultatet var overraskende for oss, kan dette tyde på at vi har satt forforståelse til siden.

Begrepet relevans sier noe om studien tilfører noe nytt, og om andre kan ta nytte av studiens funn. Den endelige fasiten angående studiens relevans får en likevel ikke før studien er publisert og lesere kan vurdere om studiens innsikt kan brukes til noe nyttig (Malterud, 2017). Funnene i vår studie gir en innsikt i hvordan jordmødre erfarer å forebygge fødselsrifter i samarbeid med annen jordmor i utdrivningsfasen. En studie er ifølge Malterud (2017) heller ikke relevant om den svarer på spørsmål som har vært tilfredsstillende svart på tidligere. Vi har ikke funnet noen studier som har undersøkt det samme som oss, og vår studie er derfor unik. Studien vår gir derfor innsikt i et tema som er lite forsket på. Det kan derfor bidra til å gi ny kunnskap til andre, samt bidra til ytterligere forskning på området. Studiens originalitet og relevans kan også påvirkes av metodestrategi (Malterud, 2017). En annen måte å undersøke dette fenomenet vi ønsket å undersøke kunne vært ved å gjennomføre en observasjonsstudie hvor vi hadde observert samarbeidet mellom jordmødrene på fødestuen. Gruppeintervju kunne også vært aktuelt da informantene kunne diskutert sammen. Dette kunne ha bidratt til flere nyanser i datamaterialet, men kunne trolig også ha gjort det vanskeligere for individet å være åpen og ærlig, i frykt for å bli dømt av andre. Hvis vi skulle sett på forekomsten av fødselsrifter ved bruk av denne samarbeidsmetoden under utdrivningsfasen ville kvantitativ metode vært mer egnet. For hensikten og problemstillingen vår ved denne studien, syntes vi at kvalitativt studie med individuelle intervju var en passende metode for å besvare vår problemstilling, da vi ønsket en helhetlig beskrivelse av jordmødrenes erfaringer (Malterud, 2017).

Begrepet validitet i forskning omhandler å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet, i hvilken grad den brukte metoden egner seg, og hvilken overførbarhet våre resultater har til å

besvare det fenomenet vi undersøker. For at funnene skal være gyldige må de svare på problemstillingen (Malterud, 2017). Validitet er av Malterud (2017) delt inn i intern og ekstern validitet.

Begrepet intern validitet inkluderer en refleksjon over hvilken grad metoden og referanseverket er egnet for å gi gyldige svar på problemstillingen (Malterud, 2017). Siden intern validitet ifølge Malterud (2017) sier noe om hvilken grad metoden er egnet for å svare på problemstillingen, vil vi også diskutere datainnsamlingen og dataanalysen. Vi har gjennom hele forskningsprosessen tenkt på hvordan vår studie kan gi mest mulig validitet. Vi har blant annet før intervjuene holdt pilotintervju hvor vi testet spørsmålene fra intervjuguiden på våre medstudenter. Dette gjorde vi for å undersøke om spørsmålene var tydelige og om de var med på å besvare problemstillingen vår, som er i tråd med kvalitetskravene for intern validitet (Malterud, 2017). Spørsmålene som var uklare under pilotintervjuene, ble revidert før vi begynte med datainnsamlingen. Det at uklare spørsmål ble testet og revidert ser vi som en styrke da det kan ha bidratt til dybdeinformasjon i studien vår. At begge studentene var til stede under intervjuene anser vi som en styrke, da begge ble fortrolige med intervjusituasjonen og fikk nærhet til råmaterialet. Vi fikk på denne måten også diskutert etter intervjuene om vi skulle revidere intervjuguiden, noe som ikke ble gjort, da vi mente vi fikk svar som kunne svare på problemstillingen.

En svakhet i datainnsamlingen kan være at vi ikke har noen tidligere erfaringer med å gjennomføre intervju, og det kan hende at informantene hadde gitt mer nyansert informasjon til en erfaren intervjuer. Vi synes selv vi ble mer erfarne i intervjusituasjonen, og ble bedre til å stille kontroll- og oppfølgingsspørsmål, som har gitt klarhet i informasjonen og kan være en styrke i studien. Vi har utført datainnsamling både fysisk og digitalt, og har reflektert om dette har hatt betydning for innhenting av data. Vi opplevde at både fysisk og digitalt intervju fungerte bra og ga god informasjon, og ved digital datainnsamling fikk vi mulighet til å intervju informantene som var spredt over et større geografisk område. Vi valgte å ikke bruke deltakersjekk ved å sende det ferdig transkriberte materialet til deltakerne. Ifølge Malterud (2017) skal ikke prosjektet handle om så nøyaktig gjenfortelling som mulig, da mye handler om forskerens tolkning og syntese. Vi har likevel prøvd å ikke la deltakernes stemmer forsvinne ved egne tolkninger og vår empiri skal også presentere deltakerens stemme.

Gjennom datainnsamlingen og analyseprosessen har vi fått innsikt i jordmødrenes erfaringer med å forebygge fødselsrifter samarbeide med en annen jordmor.

Intern validitet står sentralt i et strategisk utvalg da utvalget er sammensatt av de en tenker på best mulig måte kan besvare problemstillingen (Malterud, 2017). Utvalget vårt ble gjort strategisk og informantene ble valgt ut fra jordmødre som var kjent med metoden og dermed kunne gi gyldig informasjon til problemstillingen. Vi kjente ikke til deres interesse og mening for temaet. Vi brukte også et tilgjengelighetsutvalg ved bruk av snøballteknikken siden vi ønsket flere informanter fra andre helseforetak som vi tenkte kunne gi datamaterialet variasjonsbredde. Begrepet variasjonsbredde beskrives av Malterud (2017) som muligheten til å beskrive flere nyanser av samme fenomen. Vår opplevelse er at jordmødrene fra de forskjellige helseforetakene hadde ulike nyanser til fenomenet vi undersøkte, og anser derfor som en styrke i studien. Det er usikkert om det at vi rekrutterte jordmødre som vi hadde kjennskap til fra tidligere praksis har hatt innvirkning på datamaterialet. Det kan hende at jordmødrene hadde lettere for å skape en tillit til oss, men det kan også tenkes at det var vanskeligere å gi ærlig svar, særlig om dette var noe som gikk imot avdelingens prosedyrer. At utvalget var åpent for oss med de svarene som ble gitt ser vi på som en styrke ved vår studie. Vi kjenner likevel ikke jordmødrene personlig og vet derfor ikke hvor sannferdig de har vært i intervju situasjonen. Vi vet heller ikke om det informantene har sagt de gjør stemmer med hva de faktisk gjør på fødestuen og hvor stor avviket eventuelt er. Vi anser likevel funnene våre som troverdige da studien søker å gjøre jordmoroppgavene tryggere, og resultatet for den fødende bedre.

Ifølge Malterud (2017) skal forskeren ikke bestemme antall informanter på forhånd for å sikre informasjonsstyrke. Vi inkluderte totalt åtte informanter i studien, noe som har gitt oss muligheten til å få dybdeinformasjon. Informantene våre var fra tre forskjellige helseforetak, men alle hadde likevel over ti års erfaring, og fremstår kanskje som et noe homogent utvalg. Et homogent utvalg kan gjøre det vanskelig å få frem data og nyanser som gir ny kunnskap eller åpner for spørsmål (Malterud, 2017). Til tross for dette hadde de forskjellige tanker og erfaringer med det undersøkte fenomenet. Å inkludere informanter fra forskjellige helseforetak ser vi på som en styrke i studien vår, da de har forskjellige kulturer på hver arbeidsplass, og at det blir vanskelig å gjenkjenne informantene våre, noe som var viktig for oss som forskere. Samtidig kan det være en svakhet at vi ikke har flere informanter med

mindre erfaring for å gi variasjonsbredde og et rikere materiale for å belyse problemstillingen vår. Vi skulle også gjerne hatt informanter fra forskjellige fødenivå og har prøvd å rekruttere jordmødre fra lokalsykehus som vi visste kjente til metoden. Vi visste de kjente til metoden via telefonsamtale med nærmeste leder eller via våre informanter. Når vi prøvde å rekruttere disse fikk vi til svar at de kjente til metoden, men at de ikke hadde erfaring med å praktisere den, grunnet bemanningen på lokalsykehusene. De nådde derfor ikke inklusjonskriteriene våre, og fikk derfor ikke delta i studien.

Begrepet ekstern validitet gjelder studiens overførbarhet, og stiller spørsmål med hvilke sammenhenger våre funn kan gjøres gjeldende utover den konteksten den ble undersøkt i, og overførbarhet i kvalitative studier er ofte knyttet til utvalget (Malterud, 2017). Ifølge Malterud (2017) har ikke kvalitativ forskning ha samme form for overførbarhet som epidemiologisk design, men kvalitative studier kan åpne for alternative tolkninger og mønstre. Vi anser studien vår som overførbar til lignende fødeavdelinger med utgangspunkt i at de har den bemanningen som må til for å kunne være to jordmødre til stede under utdrivningsfasen. Dette er noe som likevel må studeres videre på, da studien vår har et lite utvalg som kan svekke overførbarheten. Studien vår har etablert kategorier og begreper som kan brukes av andre forskere.

7 Konklusjon

I denne masteroppgaven har vi presentert funnene vi har gjort ved å studere jordmødres erfaringer med å forbygge fødselsrifter i samarbeid med en annen jordmor i utdrivningsfasen. I dette kapitlet vil vi presentere våre hovedfunn i studien, som besvarer problemstillingen. For å besvare problemstillingen ble det utført kvalitative semistrukturerte intervju med åtte informanter. I oppgaven har vi diskutert de fire hovedfunnene som kom frem. Hovedfunnene var «individuell skånsom forløsning», «balansegangen mellom å hjelpe og å overta», «trygg kommunikasjon avhengig av situasjon» og «viktig lærdom, men aldri utlært».

Jordmødrenes erfaringer var at det ikke var forhåndsbestemt hvordan forløsningen skulle bli, men at dette var avhengig av situasjonen og den særskilte fødselen. Det var flere metoder for å få en forebyggende og skånsom forløsning, og dette ble en individuell vurdering i den

særskilte fødselen hvem som støttet perineum og hvem som forløste barnet. Jordmødrene brukte ulike former for «hands on-teknikk», som også kunne innebære bruk av varme kompresser.

Studien viser at fordelen med et samarbeid med en annen jordmor var at det ga en trygghet under fødselen. Da har de en i bakhånd til å assistere, men også noen å diskutere med. Tillit var viktig for jordmødrene, og at kollegaene stolte på deres vurderinger og var bevist på sin rolle når de kom inn på fødestuen, for å unngå at jordmor II overtok.

Trygg kommunikasjon var viktig for å oppnå et godt samarbeid og det var en fordel om jordmødrene samarbeidet med kjente kollegaer. Dette kunne skape mer ro inne på fødestuen da de lettere fikk en nonverbal kommunikasjon. Ifølge jordmødrene ble ikke kommunikasjonen med fødekvinnen påvirket av at det kom inn en ekstra jordmor under utdrivningsfasen.

Studien viser videre at samarbeidet med en annen jordmor bidro til viktig lærdom. Lærdommen gjaldt ikke bare i forbindelse med forebygging av fødselsrifter, men også når det kom til å dele kunnskap og erfaringer fra jordmorfaget generelt. Dette kunne være vurderingen av fødselsrifter, suturering, og kommunikasjon på fødestuen.

8 Implikasjon for praksis og videre forskning

Det å forebygge fødselsrifter er et viktig tema for jordmødre generelt, og noe som blir fulgt med statistikk. Resultatet fra denne studien kan gi økt bevissthet rundt muligheten for bruk av samarbeidet i arbeidet med å forebygge fødselsrifter. Når jordmødrene samarbeider om forebygging av fødselsrifter vil de samtidig kunne lære av hverandre. Ikke bare relatert til fødselsrifter. Dette kan bidra til økt kunnskap innenfor jordmorfaget generelt. Studien viser at en kollegial tilstedeværelse kan gi trygghet for jordmødrene og gi et godt arbeidsmiljø. Resultatet av studien viser også til problemene som kan oppstå i forbindelse med forebygging av fødselsrifter i samarbeid mellom jordmødrene. Mangelen på tillit til hverandre og å balansere mot å overta fødselen kunne oppleves problematisk.

Det finnes lite forskning innenfor dette tema, og studien vår har et lite omfang. Vi ser derfor at det er behov for mer omfattende forskning innenfor dette temaet. Det vil være spennende å

se om denne samarbeidsmetoden har en statistisk signifikant innvirkning på forekomsten for fødselsrifter. En annen innfallsvinkel ville vært å studere samarbeidsmetoden ved å intervju fødekvinnene om hvordan deres fødselsopplevelse ble påvirket av å ha to jordmødre til stede under utdrivningsfasen, samt hvordan andre profesjoner opplever metoden.

Referanseliste

- Andreasen, S. (2020, 16.01.20). Kort ventetid på gyn pol. Hentet fra <https://nordlandssykehuset.no/Sider/Kort-ventetid-på-gyn-pol.aspx>
- Andrews, V., Sultan, A. H., Thakar, R. & Jones, P. W. (2006). Occult anal sphincter injuries—myth or reality? *BJOG*, *113*(2), 195-200. 10.1111/j.1471-0528.2006.00799.x
- Berg, M., Ólafsdóttir, A. Ó. & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings. *Sex Reprod Healthc*, *3*(2), 79-87. 10.1016/j.srhc.2012.03.001
- Bick, D. E., Ismail, K. M., Macdonald, S., Thomas, P., Tohill, S. & Kettle, C. (2012). How good are we at implementing evidence to support the management of birth related perineal trauma? A UK wide survey of midwifery practice. *BMC Pregnancy Childbirth*, *12*(1), 57-57. 10.1186/1471-2393-12-57
- Blix-Lindström, S., Johansson, E. & Christensson, K. (2008). Midwives' navigation and perceived power during decision-making related to augmentation of labour. *Midwifery*, *24*(2), 190-198. 10.1016/j.midw.2006.12.002
- Bradfield, Z., Hauck, Y., Kelly, M. & Duggan, R. (2019). Urgency to build a connection: Midwives' experiences of being 'with woman' in a model where midwives are unknown. *Midwifery*, *69*, 150-157. 10.1016/j.midw.2018.11.014
- Brunstad, A. (2017a). Rifter, episiotomi og suturering. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2 utg., s. 521-535). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Brunstad, A. (2017b). Utdrivningsfasen. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka* (2. utg., s. 459-476). Oslo: Cappelen damm.
- Brunstad, A., Nilsen, A. B. V. & Aasheim, V. (2007). Forløsningspraksis og fødselsrifter: Jordmødres erfaringer. *Vård i Norden*, *27*(2), 9-13. 10.1177/010740830702700204
- Båtsman, A., Fahlbeck, H. & Hildingsson, I. (2020). Depression, anxiety and stress in Swedish midwives: A cross-sectional survey. *Eur J Midwifery*, *4*(July), 29-29. 10.18332/ejm/124941
- Capper, T., Muurlink, O. & Williamson, M. (2020). Midwifery students' experiences of bullying and workplace violence: A systematic review. *Midwifery*, *90*, 102819-102819. 10.1016/j.midw.2020.102819
- Capper, T. S., Muurlink, O. T. & Williamson, M. J. (2021). The parents are watching: Midwifery students' perceptions of how workplace bullying impacts mothers and babies. *Midwifery*, *103*, 103144-103144. 10.1016/j.midw.2021.103144
- Cornthwaite, K. D., Alvarez, M. M. & Siassakos, D. D. (2015). Team training for safer birth. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, *29*(8), 1044-1057. 10.1016/j.bpobgyn.2015.03.020
- Creedy, D. K., Sidebotham, M., Gamble, J., Pallant, J. & Fenwick, J. (2017). Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in Australian midwives: a cross-sectional survey. *BMC Pregnancy Childbirth*, *17*(1), 13-13. 10.1186/s12884-016-1212-5
- Dahlen, H. G. & Caplice, S. (2014). What do midwives fear? *Women Birth*, *27*(4), 266-270. 10.1016/j.wombi.2014.06.008
- Dahlen, H. G., Ryan, M., Homer, C. S. E. & Cooke, M. (2007). An Australian prospective cohort study of risk factors for severe perineal trauma during childbirth. *Midwifery*, *23*(2), 196-203. 10.1016/j.midw.2006.04.004

- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg. utg. Metode og oppgaveskriving). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Darmody, E., Bradshaw, C. & Atkinson, S. (2020). Women's experience of obstetric anal sphincter injury following childbirth: An integrated review. *Midwifery*, *91*, 102820-102820. 10.1016/j.midw.2020.102820
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014, 10.10.14). Helsinkideklarasjonen. Hentet fra https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/?fbclid=IwAR0jWNYioAkh4lBdmkTD3ODrFbwtqq50hzhtvzIUgx4xbx_GsSIH3Cvbg38
- Den norske legeforening. (2012, 02.02.12). Helsinkideklarasjonen. Hentet fra https://www.legeforeningen.no/fag/forskning/helsinkideklarasjonen/?fbclid=IwAR1gC7FzR4Y_wPIZozURmTm30T7I3a4Qhm6VpdT7reiFiJsSkaax_S04Jz4
- Edqvist, M., Dahlen, H. G., Häggsgård, C., Tern, H., Ängeby, K., Tegerstedt, G., . . . Rubertsson, C. (2020). One Plus One Equals Two--will that do? A trial protocol for a Swedish multicentre randomised controlled trial to evaluate a clinical practice to reduce severe perineal trauma {1}. *Trials*, *21*(1), 945-945. 10.1186/s13063-020-04837-7
- Edqvist, M., Hildingsson, I., Mollberg, M., Lundgren, I. & Lindgren, H. (2017). Midwives' Management during the Second Stage of Labor in Relation to Second - Degree Tears-- An Experimental Study. *Birth*, *44*(1), 86-94. 10.1111/birt.12267
- Edqvist, M., Lindgren, H. & Lundgren, I. (2014). Midwives' lived experience of a birth where the woman suffers an obstetric anal sphincter injury--a phenomenological study. *BMC Pregnancy Childbirth*, *14*(1), 258-258. 10.1186/1471-2393-14-258
- Eri, T. S., Berg, M., Dahl, B., Gottfreðsdóttir, H., Sommerseth, E. & Prinds, C. (2020). Models for midwifery care: A mapping review. *Eur J Midwifery*, *4*(July), 30-30. 10.18332/ejm/124110
- Folkehelseinstituttet. (2020). Medisinsk fødslesregister- statistikkbank. Hentet fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Halldorsdóttir, S. & Karlsdóttir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery: The primacy of the good midwife. *Scandinavian journal of caring sciences*, *25*(4), 806-817. 10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x
- Hansson, M., Lundgren, I., Hensing, G. & Carlsson, I.-M. (2019). Veiled midwifery in the baby factory — A grounded theory study. *Women Birth*, *32*(1), 80-86. 10.1016/j.wombi.2018.04.012
- Hansson, M., Lundgren, I., Hensing, G., Dencker, A., Eriksson, M. & Carlsson, I.-M. (2021). Professional courage to create a pathway within midwives' fields of work: a grounded theory study. *BMC Health Serv Res*, *21*(1), 312-312. 10.1186/s12913-021-06311-9
- Henriksen, L. & Lukasse, M. (2016). Burnout among Norwegian midwives and the contribution of personal and work-related factors: A cross-sectional study. *Sex Reprod Healthc*, *9*, 42-47. 10.1016/j.srhc.2016.08.001
- Hunter, B. (2004). Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery*, *20*(3), 261-272. 10.1016/j.midw.2003.12.004
- Hunter, B., Fenwick, J., Sidebotham, M. & Henley, J. (2019). Midwives in the United Kingdom: Levels of burnout, depression, anxiety and stress and associated predictors. *Midwifery*, *79*, 102526-102526. 10.1016/j.midw.2019.08.008
- International Confederation of Midwives. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre. Hentet fra <https://www.jordmorforeningen.no/politikk/etikk>

- Jensen, P., Ulleberg, I. & Keeping, D. (2019). *Mellom ordene : kommunikasjon i profesjonell praksis* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Overs. 3 utg.). Oslo: Gyldendal .
- Laine, K., Gissler, M. & Pirhonen, J. (2009). Changing incidence of anal sphincter tears in four Nordic countries through the last decades. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 146(1), 71-75. 10.1016/j.ejogrb.2009.04.033
- Laine, K., Pirhonen, T., Rolland, R. & Pirhonen, J. (2008). Decreasing the Incidence of Anal Sphincter Tears During Delivery. *Obstet Gynecol*, 111(5), 1053-1057. 10.1097/AOG.0b013e31816c4402
- Laine, K., Skjeldestad, F. E., Sandvik, L. & Staff, A. C. (2012). Incidence of obstetric anal sphincter injuries after training to protect the perineum: cohort study. *BMJ Open*, 2(5), e001649. 10.1136/bmjopen-2012-001649
- Laine, K., Spydslaug, A. E., Norderval, S., Olsen, I. P. & Fodstad, K. (2020). Veileder i fødselshjelp- Perinealskade og anal sfinkterskade ved fødsel. Hentet fra https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/perinealskade-og-anal-sfinkterskade-ved-fodsel/?fbclid=IwAR3uQiEGDsQCYm1o9HJVfSBMQcNyn9g08_LybuAmnLhbmuf_o9rigaKJBm5w
- Laine., K., Spydslaug., A. E., Baghestan., E., Norderval., S., Olsen., I. P. & Fodstad., K. (2020). Perinealskade og anal sfinkterskade ved fødsel. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/perinealskade-og-anal-sfinkterskade-ved-fodsel/>
- Lindgren, H. E., Brink, Å. & Klinberg-Allvin, M. (2011). Fear causes tears - perineal injuries in home birth settings. A Swedish interview study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 11(1), 6-6. 10.1186/1471-2393-11-6
- Lindqvist, M., Lindberg, I., Nilsson, M., Uustal, E. & Persson, M. (2019). "Struggling to settle with a damaged body" - A Swedish qualitative study of women's experiences one year after obstetric anal sphincter muscle injury (OASIS) at childbirth. *Sex Reprod Healthc*, 19, 36-41. 10.1016/j.srhc.2018.11.002
- Lundgren, I. & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife-woman relationship. *Scand J Caring Sci*, 21(2), 220-228. 10.1111/j.1471-6712.2007.00460.x
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mizrachi, Y., Leytes, S., Levy, M., Hiaev, Z., Ginath, S., Bar, J. & Kovo, M. (2017). Does midwife experience affect the rate of severe perineal tears? *Birth*, 44(2), 161-166. 10.1111/birt.12278
- Morris, A., Berg, M. & Dencker, A. (2013). Professional's skills in assment of perineal tears after childbirth - a systematic review. *Open journal of obstetrics and gynecology*, 2013(3), 7.
- Pergialiotis, V., Bellos, I., Fanaki, M., Vrachnis, N. & Doumouchtsis, S. K. (2020). Risk factors for severe perineal trauma during childbirth: An updated meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 247, 94-100. 10.1016/j.ejogrb.2020.02.025
- Pierce-Williams, R. A. M., Saccone, G. & Berghella, V. (2021). Hands-on versus hands-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 34(6), 993-1001. 10.1080/14767058.2019.1619686

- Reiger, K. M. & Lane, K. L. (2009). Working Together: Collaboration between Midwives and Doctors in Public Hospitals. *Aust Health Rev*, 33(2), 315-324. 10.1071/AH090315
- SBU. (2016). *Analsfinkterskador vid förlossning. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter.* (249).
<https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/analsfinkterskador-vid-forlossning/>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). Sfinkterskader ved fødsel bør reduseres i Norge - nasjonal handlingsplan. Hentet fra
https://jordemoderforeningen.dk/fileadmin/Fag_Forskning/Artikler_og_rapporter/Nasjonale_handlingsplan_8094a1.pdf
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Universitet i Oslo. (2010, 22. mars). Hva er Nettskjema. Hentet fra
<https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/mer-om/>
- Zajac, S., Holladay, C. L., Tannenbaum, S. & Salas, E. (2021). Building effective healthcare team development interventions in uncertain times: Tips for success. *Organ Dyn*.
<https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2020.100824>
- Åmark, H., Millde-Luthander, C., Ajne, G., Högberg, U., Pettersson, H., Wiklund, I. & Grunewald, C. (2014). Single versus pairwise interpretation of cardiotochography, a comparative study from six Swedish delivery units. *Sex Reprod Healthc*, 5(4), 195-198. 10.1016/j.srhc.2014.05.004
- Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Reinar, L. M. & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*, 2018(6), CD006672-CD006672. 10.1002/14651858.CD006672.pub3

Vedlegg

Vedlegg 1- Informasjonsskriv



UIT NORGES ARKTISKE UNIVERSITET

DET HELSEVITENSKAPELIGE
FAKULTET

INSTITUTT FOR HELSE- OG
OMSORGSFAG

MASTER I JORDMORFAG

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Forebygge fødselsrifter sammen»?

Vi er studenter ved master i jordmorfag, Institutt for helse- og omsorgsfag ved Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet. I forbindelse med studiet skal vi 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.

Formål

Formålet med dette prosjektet er å beskrive jordmødrenes erfaringer og opplevelser av å forebygge fødselsrifter i samarbeid med annen jordmor, samt få et innblikk i allerede eksisterende forskning i feltet. Det er derfor ønskelig å gjennomføre 5-7 intervju med jordmødrene. Problemstillingen i denne masteroppgaven er *«Hvordan opplever jordmødre å forebygge fødselsrifter i samarbeid med en annen jordmor i utdrivningsfasen?»*

Studentene skal presentere masteroppgaven sin for praksisplassen (i dette tilfelle på en fødeavdeling i Nord-Norge), der funnene gjort i prosjektet fremføres.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

UiT – Norges arktiske Universitet, Universitetsprofessor og jordmor Ingela M. Lundgren, jordmorstudentene Vilde Lundheim og Linn-Chanett Langmo er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi 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 innenfor valgt tema. Det er gjort et strategisk utvalg blant ansatte jordmødre som har erfaring fra å være to jordmødre under utdrivningsfasen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Fem til syv jordmødre vil bli inkludert i studien og vil bli intervjuet hver for seg. I forkant av intervjuet har vi utarbeidet en intervjuguide med noen spørsmål, som det også vil gis mulighet for å utdype enkelte områder. Spørsmålene vil omhandle dine erfaringer og opplevelser om forebygging av fødselsrifter i samarbeid med annen jordmor i utdrivningsfasen. En person utfører intervjuet, og en observerer. Intervjuet vil ta om lag 45-60 minutter.

Når intervjuet er gjennomført vil vi transkribere datamaterialet og analysere dette. Veileder vil også ha tilgang til det transkriberte datamaterialet. Datamaterialet (lydopptak og transkribert tekst) makuleres når endelig sensur for oppgaven foreligger, senest innen november 2022.

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 skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Intervjuet vil tas via nettskjema diktafonapp, videre behandling og oppbevaring av lydfilen følger en egen datahåndteringsplan ved utdanningen som sikrer datamaterialet. Lydopptak av intervju og samtykke lagres på nettskjema, og vil aldri være tilkoblet internett under avspilling. Lydopptakene vil slettes etter 6 måneder fra siste intervju. Lydfilen vil kun være tilgjengelig for oss og veileder og vil være under sikker lagring. Lydfilen vil bli skrevet om til tekst (transkribert) til bruk i analysearbeidet og behandles konfidensielt. Teksten skrives i bokmålsform og dialektord endres for å ivareta personvernet. Navnet ditt og kontaktopplysninger vil vi erstatte med en kode som lagres på en egen navneliste, adskilt fra øvrige data. Dersom tekst/historier kan gjenkjennes og kobles tilbake til deg som informant vil ikke disse tas med i prosjektet eller publiseres. Data analyseres, tolkes og presenteres gjennom masteroppgaven.

Analyse og resultater av transkribert tekst i form av fragmenter eller enkeltutsagn fra datamaterialet kan bli presentert for medstudenter under seminarer i skrivefasen, gjennom avsluttende oppgave eller senere formidling. Ved bestått masteroppgave kan denne publiseres og bli tilgjengelig for andre; for eksempel jordmødre og jordmorstudenter og andre som har interesse for oppgavens tema.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres gjennom hele prosjektet. Når prosjektet/oppgaven er godkjent, vil alle dine personopplysninger bli slettet. Datamaterialet (lydopptak og transkribert tekst) makuleres når endelig sensur for oppgaven foreligger, senest innen november 2022.

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, Tromsø, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet (lydfil med samtykke, lydfil med intervju), har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Data kan ikke slettes eller korrigeres etter innlevert masteroppgave eller etter sletting av lydfil og samtykke. Det transkriberte materialet er anonymisert og slettes etter bestått oppgave eller dersom aktuelt, etter en publisering av vitenskapelig artikkel.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- UiT Norges arktiske universitet, Tromsø ved Linn-Chanett Langmo. Telefon: 41567324, e-post: linn.laangmo@gmail.com

- UiT Norges arktiske universitet, Tromsø ved Vilde Lundheim. Telefon: 40171589, e-post: vildelundheim@gmail.com

Daglig ansvarlig for prosjektet er veileder ved UiT Norges arktiske universitet er: Professor Ingela Marie Lundgren, Telefon +46768672657, e-post: ingela.m.lundgren@uit.no

UiT Norges arktiske universitet ved universitetsdirektøren er behandlingsansvarlig.

Personvernombudet ved UiT Norges arktiske universitet kan kontaktes dersom spørsmål om dine rettigheter: Joakim Bakkevold, telefon: 776 46 322 eller 976 915 78, e-post: personvernombud@uit.no

Dersom 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.

Avdelingsjormor/enhetsleder har godkjent at vi rekrutterer informanter gjennom
institusjonen.

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.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Professor Ingela Marie Lundgren

Studentene Vilde Lundheim og Linn-Chanett Langmo

Tromsø dato 14/9-21

Samtykkeerklæring

Samtykke opptas muntlig i egen lydfil på nettskjemas diktafon med «Jeg, navn, har mottatt
skriftlig informasjon om prosjektet «forebygge fødselsrifter sammen» og er villig til å delta i
studien.

Med dette samtykker du til at du har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Forebygge fødselsrifter sammen», og har fått anledning til å stille spørsmål. Du samtykker til:

å delta i dybdeintervju

Og samtykker til at dine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, og slettes etter bestått oppgave eller dersom aktuelt, etter en publisering av en vitenskapelig artikkel.

Vedlegg 2- Intervjuguide

Hvilke erfaringer har du med å forebygge fødselsrifter i samarbeid med en annen jordmor under utdrivningsfasen?

Hvordan opplever du det å være jordmor I i samarbeid med jordmor II under utdrivningsfasen?

Hvordan opplever du det å komme inn som jordmor II under utdrivningsfasen og samarbeide med jordmor I? Konkret oppgaver?

Kan du beskrive hvordan du opplever kommunikasjonen mellom deg og jordmødrene du har samarbeidet med å forebygge fødselsrifter med –under fødselen? -Etter fødselen?

Faste vaktlag?

Kan du beskrive hvordan du opplever kommunikasjonen med fødekvinnen når det kommer inn en ekstra person (jordmor II) i utdrivningsfasen?

Opplever du noen fordeler med at det kommer inn en ekstra jordmor inn i rommet?

Opplever du noen ulemper med at det kommer inn en ekstra jordmor inn i rommet?

Er det noe mer du vil tilføye om temaet?

Vedlegg 3- Godkjenning fra NSD

Prosjekttittel

Forebygge fødselsrifter sammen

Referansenummer

765443

Registrert

31.08.2021 av Linn-Chanett Langmo - lla098@post.uit.no

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

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

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Linn-Chanett Langmo, lla098@uit.no, tlf: 41567324

Prosjektperiode

27.09.2021 - 30.06.2022

Status

13.09.2021 - Vurdert

Vurdering (1)

13.09.2021 - 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 meldeskjemaet med vedlegg den 13.09.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. DEL

PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.2022.

LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 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 vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

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 de registrerte 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 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 de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte 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). Nettskjema, Zoom og OneDrive er databehandlere i prosjektet.

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

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 typer endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 4- Datahåndteringsplan



UIT NORGES ARKTISKE UNIVERSITET

DET
HELSEVITENSKAPELIGE
FAKULTET

INSTITUTT FOR HELSE- OG
OMSORGSFAG

MASTER I JORDMORFAG

Datahåndteringsplan ved intervju i forbindelse med mastergradsoppgaven i jordmorfag

Ifølge Norsk senter for forskningsdata (NSD) skal en datahåndteringsplan beskrive hvordan data skal håndteres underveis i prosjektperioden og etter at prosjektet er avsluttet. Hensikten er å vurdere ulike aspekter ved håndteringen av forskningsdata, fra innsamling/generering, prosessering, analyser, dokumentasjon, til lagring og framtidig deling av data. En datahåndteringsplan skal bidra til at forskningsdata kan håndteres lovlig, strukturert og sikkert, samt kan lagres, gjenbrukes og forstås i fremtiden.» (Kilde: NSD)

Denne datahåndteringsplanen lages i forbindelse med masteroppgave i jordmorfag der problemstillingen er:

“Hvordan opplever jordmor å forebygge rifter i samarbeid med en annen jordmor i utdrivningsfasen?”

Datainnsamling

Data samles inn gjennom intervju og notater. Intervjuet vil ta om lag 45-60 minutter. Som et utgangspunkt for intervjuet brukes en intervjuguide med spørsmål og med mulighet for å utdype områder. Om nødvendig, kan informanten bli kontaktet på nytt for avklaringer.

For sikker lagring av datamateriale brukes nettskjema diktafon fra UiO, som UiT har inngått en avtale med. Opptaket skal lagres i nettskjema databasen. Opptaket skal ikke lastes ned til

en lokal desktop, men spilles av direkte fra databasen via nettlesergrensesnittet. Siden intervjuene trolig skal gjennomføres digitalt vil dette være et godt alternativ for å sikre Side 52 av 76 både sikker kryptering og datalagring, i tillegg til lyd kvalitet på datamaterialet. Detaljer om denne løsningen samt med kort veiledning finnes det i Kunnskapsbasen og spesifikt under How To: Ta lydopptak med nettskjema-diktafon. Veileder skal også ha tilgang til det transkriberte datamaterialet.

Fremgangsmåte for sikker kryptering og datalagring

For sikker lagring av datamateriale brukes nettskjema diktafon fra UiO, som UiT har inngått en avtale med. Opptaket skal lagres i nettskjema databasen. Opptaket skal ikke lastes ned til lokal desktop, men spilles direkte fra databasen via nettleser. Datamaterialet lagres og bearbeides alltid fra UiT server, OneDrive/Sharepoint365, som veileder også har tilgang til. OneDrive365 med to-faktor autentisering fungerer som et sikkert lagringssted. To-faktorautentisering er autentisering eller pålogging med mer enn en faktor. Det betyr at i tillegg til brukernavn/passord, kreves det en tilleggsfaktor for å godkjenne påloggingsforsøket. Det skal benyttes en Microsoft Authenticator. Materialet lagres aldri på privat maskin eller lokal disk.

Videre organisering, lagring og sletting av data

I etterkant av intervjuet, transkriberes data over til tekstformat i en MS Word-fil. Etter transkriberingen, kontrolleres teksten mot opptaket.

Kopi tas av originalfilen (Word) med det transkriberte materialet. Word-filene lagres på studentens One Drive område på UiT. Det transkriberte datamaterialet betraktes som konfidensielt og behandles alltid ut fra studentens One Drive område ved UiT. Med hensyn til sikkerhet, betyr det at studenten ikke har anledning til å lagre transkripsjonen på privat/egen datamaskin. Datamaterialet (lydopptak og transkribert tekst) makuleres når endelig sensur for oppgaven foreligger, senest innen november 2022. Den krypterte minnepinnen slettes etter bestått eksamen under påsyn av veileder ved Jordmorutdanningen. UiT's retningslinjer for sletting følges.

I forkant av intervjuet, signerer studenten dokumentet: *Retningslinjer for studenter ved lydopptak av intervju i forbindelse med mastergradsoppgaven*. Studenten og veileder signerer ved makulering av datamaterialet.

Presentasjon og formidling av resultater

Data analyseres, tolkes og presenteres i mastergradsoppgaven. Analyse og resultater av transkribert tekst i form av fragmenter eller enkeltutsagn fra datamaterialet kan bli presentert for medstudenter under seminarer i skrivefasen, gjennom avsluttende oppgave eller senere formidling. Den ferdige oppgaven kan bli publisert og tilgjengelig for andre som har interesse for temaet.

Vurderinger rundt risiko, personvern og etikk

Studien inkluderer 7-8 jordmødre, og baserer seg på et strategisk utvalg. Dette innebærer at informanten har særskilte interesse og erfaring innenfor et jordmorfaglig tema. Studien inkluderer ikke pasienter eller andre brukere av helsetjenesten.

Informanten får i forkant av intervjuet skriftlig informasjon om studien. Med bakgrunn i denne informasjon samtykker informanten muntlig til å delta i intervjuet ved oppstart av lydopptaket. Informanten kan inntil innlevering av oppgaven, og uten å oppgi grunn, trekke seg og be om at materialet slettes. Det er frivillig å delta i studien,

Under intervjuet vil det ikke bli stilt spørsmål, gjort opptak av personidentifiserende data eller transkribert svar som gjør at informanten kan gjenkjennes; for eksempel navn, alder, arbeidssted eller andre identifiserende opplysninger. Det er kun studentene som kjenner informantens identitet. Gjennom formidling av resultater forblir identiteten til informanten anonym.

Ut fra informant og type informasjon som deles, betraktes studien å falle under kategorien kvalitetsforbedring av praksis. Prosedyren rundt umiddelbar lagring på kryptert minnepinne vurderes til å redusere risikoen rundt personvernulemper. Innelåst oppbevaring av USB-enhet, håndtering av transkribert materiale og sikker sletting, vurderes til å være tilstrekkelig for å ivareta informantens personvern. Muntlig gitt samtykke og fravær av øvrige

personidentifiserende opplysninger vurderes å ytterligere redusere risikoen for brudd på personvern.

Studentene oppfordrer informanten eller andre involverte om å ivareta eget/deltakers personvern i forhold til diskresjon om intervjuet. Opplysninger som kan identifisere pasienter, pasienthistorier eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon, må utelates fra intervjuet. Ut fra omfang og type informasjon som samles inn og med tilhørende prosedyre for datahåndtering, vurderes personvernulempen å være lav. Det understrekes at det fordrer en særskilt bevisstgjøring og ansvarliggjøring av studenten for å ivareta en sikker prosedyre. Studentene skriver under på at de forplikter seg å følge retningslinjene og at brudd meldes Datatilsynet. Data må behandles med konfidensialitet og respekt for informanten.

Studien er fremlagt Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata

Ansvar

Daglig ansvarlig for prosjektet er faglig veileder ved master i jordmorfag. Studentene er i samråd med veileder, ansvarlig for den praktiske datahåndtering i forbindelse med intervjuene. UiT ved universitetsdirektøren er behandlingsansvarlig. Personvernombudet ved UiT Norges arktiske universitet (Joakim Bakkevold, telefon 776 46 322 eller 976 915 78, e-post: personvernombud@uit.no) er orientert om masteroppgaven og kan kontaktes av informanten ved spørsmål om rettigheter.

Studentene

Vilde Lundheim

Linn-Chanett Langmo

Veileder

Professor Ingela M. Lundgren

Vedlegg 5– Analyseprosess

Tabellen vil vise et utdrag av analyseprosessen og alle meningsbærende enheter, kodegrupper, subgrupper, kondensat og kategorier er derfor ikke tatt med.

Meningsbærende enheter	Kodegruppe	Subgruppe	Kondensat	Kategori
<p>Vi ble enige om at den ene støtter, og den andre tar skuldrene. Slik at en hele tiden holdte støtte på perineum.</p> <p>Stort fokus på at man bør være to stykker under forløsning, både for å bremse farten og tempo kontroll. Altså rett og slett forløse på en skånsom måte.</p> <p>Hvis det plutselig skulle gå fort, da er det greit at man er to jordmødre. Den ene styrer farten, mens andre støtter perineum.</p> <p>Mange velger å støtte alene for det er ikke bestandig så lett når hodet har kommet ut, og så skal du komme til med fingrene for å støtte, da er det bedre å støtte fra start av.</p> <p>I starten så var det litt uvant, jeg følte det var litt mye hender på en liten plass.</p>	Forløse på en skånsom måte	<p>Hands on perineum selv eller av kollega</p> <p>Mange hender på et lite område</p>	<p>Når vi er to jordmødre, tenker jeg det er viktig å alltid ha en hånd på perineum. Ved at jordmor II holder seg på perineum kan jeg som jordmor I fokusere på fart og å forløse barnet på en skånsom måte.</p> <p>Noen ganger opplever jeg at det er mange hender på et lite område og kan da foretrekke å forløse helt alene. Dette siden det kan være vanskelig å komme til med en hånd på perineum når hodet allerede er født.</p>	Individuell skånsom forløsning

