



Det helsevitenskapelige fakultet

“Ungen kom med denne lille intervensjonen – en amniotomi i rette tida, på riktig måte, på rett sted”

En kvalitativ intervjustudie om jordmødres holdning til og erfaringer med amniotomi under fødsel

Anna Matzow og Yvonne Løseth

Veileder: Solrunn Hansen

Masteroppgave i jordmorfag JMO 3008, vår, 2022

Antall ord: 15107

Forord

Med denne masteroppgaven markerer vi avslutningen på to utfordrende og lærerike år med master i jordmorfag ved UiT – Norges arktiske universitet i Tromsø. Å arbeide med denne studien har gitt oss en fordypet kunnskap om kompleksiteten ved å jobbe kunnskapsbasert og den fine balansegangen mellom en demedikalisert og medikalisert fødselsomsorg.

Vi ønsker å rette en spesielt stor takk til vår veileder Solrunn Hansen som har motivert, veiledet og vært tålmodig med oss i disse månedene.

En takk sendes også til Ingvild Aune og våre medstudenter Vilde Lundheim og Cathrine Vinnes Kvarme, som har gitt konstruktive tilbakemeldinger gjennom hele prosessen.

Tusen takk til våre kjærester og familie som har vist tålmodighet og støtte i perioden.

Til slutt vil vi takke hverandre for et godt samarbeid gjennom denne reisen. Det har vært nødvendig med en partner å støtte seg på i tunge stunder - med troen på at dette skal vi få til sammen.

Anna Matzow & Yvonne Løseth

Tromsø, mars 2022

Sammendrag

Tittel “Ungen kom med denne lille intervensjonen – en amniotomi i rette tida, på riktig måte, på rett sted” - En kvalitativ intervjustudie om jordmødres holdning til og erfaringer med amniotomi under fødsel.

Hensikt: Innsikt i jordmødres erfaringer og praktisering av amniotomi under fødsel, samt deres holdning til tiltaket.

Problemstilling: Jordmødres holdning til og erfaring med bruk av amniotomi under fødsel.

Metode: Kvalitativt design. Semistrukturerte individuelle intervju av syv jordmødre. Datamateriale ble analysert med systematisk tekstkondensering (STC) inspirert av Malterud.

Resultater: Den første kategorien beskrev hvordan jordmødrene erfarte faglig trygghet ved å følge prosedyrer og samarbeid i form av rådføring med kollegaer. Jordmødrene kjente på et faglig ansvar for fødselen og barnet i magen, og fødekvinnen hadde liten autonomi i beslutningen om amniotomi. Den andre kategorien beskrev hvordan jordmorfaglig skjønn ble anvendt ved beslutninger om å gjøre amniotomi og hvordan det ble utviklet gjennom erfaringer. Den siste kategorien beskrev jordmødrenes holdning til amniotomi, samt ulik aksept og praktisering innad i kulturen og fødenivåene.

Konklusjon: Jordmødrenes praktiserte amniotomi basert på erfaringsbasert- og forskningsbasert kunnskap. Brukermedvirkning ble mindre vektlagt i vurderingen, som ikke er i tråd med kunnskapsbasert praksis. Samtidig hadde de både en restriktiv og liberal holdning til amniotomi, og kan beskrives som en blanding av sosial og medisinsk modell - som blir ansett som best egnet modell for fødselsomsorg for å ivareta fødekvinnen.

Nøkkelord: Amniotomi, jordmorfaglig skjønn, holdning, kunnskapsbasert praksis, medisinsk og sosial modell

Abstract

Topic: "The child came up with this little intervention - an amniotomy at the right time, in the right way, in the right place" - A qualitative interview study about midwives' attitudes to and experiences with amniotomy during childbirth."

Aim: Insight into midwives' experiences and practices of amniotomy during childbirth, as well as their perspective on the topic.

Research thesis: Midwives' approaches and experiences with the use of amniotomy during childbirth.

Method: Qualitative design. Semi-structured individual interviews of seven midwives. Data material was analysed with systematic text condensation (STC) inspired by Malterud.

Result: The first category described how the midwives encountered professional security by following procedures and collaboration in the form of consultation with colleagues. The midwives felt a professional responsibility for the birth and the baby in the womb, and the midwife had little authority in the decision regarding amniotomy. The second category described how midwifery wisdom was utilised in decisions to undergo amniotomy and how it was developed through experience. The last category described midwives' opinions towards amniotomy, as well as differences in acceptance and practices within the culture and labour ward.

Conclusion: The midwives' practiced amniotomy based on clinical expertise and research evidence. Patient values and expectations was less emphasised in the assessment, which is not in line with evidence-based practice. At the same time, they have both a restrictive and liberal approach to amniotomy and can be described as a mixture of social and medical models - which is considered the most suitable model for obstetric care to take care of the woman giving birth.

Keywords: Amniotomy, midwifery wisdom, approach, evidence-based practice, medical and social model.

Innholdsfortegnelse

Tabelliste	7
1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Hensikt og problemstilling	3
1.3 Begrepsavklaring.....	3
1.3.1 Indikasjon	3
1.3.2 Intervensjon	4
1.3.3 Langsom fremgang.....	4
1.3.4 Amniotomi	4
1.4 Teoretisk forankring	5
1.4.1 Medisinsk og sosial modell for fødselsomsorg	5
1.4.2 Kunnskapsbasert praksis	6
2 Metode.....	8
2.1 Forskningsmetode og vitenskapsteoretiske perspektiv	8
2.2 Forforståelse	8
2.3 Semistrukturerte intervju.....	9
2.4 Utvalg og rekruttering av informanter	9
2.4.1 Utvalg	9
2.4.3 Presentasjon av utvalget.....	10
2.5 Praktisk gjennomføring av intervju.....	10
2.6 Transkribering av datamaterialet.....	11
2.7 Analysemetode	11
2.8 Fremgangsmåte for analysen.....	12
2.9 Forskningsetiske refleksjoner.....	16

2.9.1 Rettigheter og samtykke.....	16
2.9.2 Ivaretagelse av personvern.....	17
2.9.3 Forskningsetiske problemstillinger.....	18
3 Resultat.....	20
3.1 Jordmors faglige trygghet.....	20
3.2 Utøvelse av jordmorfaglig skjønn.....	21
3.3 Ulike syn på amniotomi.....	23
4 Diskusjon.....	25
4.1 Metodediskusjon.....	25
4.2 Diskusjon av resultater.....	30
4.2.1 Jordmors faglige trygghet.....	30
4.2.2 Utøvelse av jordmorfaglig skjønn.....	35
4.2.3 Ulike syn på amniotomi.....	38
4.3 Konsekvenser for praksis.....	40
5 Konklusjon og avslutning.....	41
Referanseliste.....	43
Vedlegg 1.....	47
Vedlegg 2.....	49
Vedlegg 3.....	52
Vedlegg 4.....	53
Vedlegg 5.....	55

Tabelliste

Tabell 1: Eksempel på meningsbærende enheter og subgrupper i kodegruppen «Jordmødrenes holdning til amniotomi»	13
Tabell 2: Eksempel på kodegruppen «Jordmødres holdning til amniotomi» og subgruppen «Et effektiv tiltak som brukes med forsiktighet» med utdrag fra kondensatet.....	15
Tabell 3. Oversikt over de de tre resultatkategoriene med tilhørende subgrupper.....	16

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Amniotomi, eller hinneriving av fostervannshinnene, er en av de mest uføret intervensjonene i moderne fødselsomsorg for å stimulere til mer effektive rier og på den måten korte ned fødselsforløpet (Smyth, Alldred, & Markham, 2013). Andre medisinske indikasjoner kan være avvikende eller patologisk ekstern registrering, der det blir gjort amniotomi for å observere fostervannet, eller for å overvåke barnet gjennom en elektronisk skalpelektrode på barnets hode. Verdens helseorganisasjon (WHO) fraråder rutinemessig bruk av amniotomi for å forebygge et langt fødselsforløp, da det er usikkerhet rundt effekt av intervensjonen (World Health Organization, 2018). *Veileder i fødselshjelp* av Norsk gynekologisk forening, anbefaler amniotomi som et tiltak ved langsom fremgang, men rutinemessig bruk frarådes (Rossen, Eggebø, Ellingsen, Bernitz, & Røe, 2020). Veilederen har til hensikt å øke faglig trygghet og er rettet mot jordmødre og gynekologer som arbeider med gravide, fødende og barselkvinner (Kringen, 2021). Under fødsel skal jordmor være kompetent til å selvstendig hjelpe den fødende under normal fødsel og kunne assistere lege ved kompliserte fødsler. Utøvelsen av amniotomi utøves typisk av jordmor i tråd med retningslinjene (Helsedirektoratet, 2010).

En islandsk studie hevdet at retningslinjene på generelt grunnlag kan øke forskningsbasert praktisering og dermed styrke den kunnskapsbaserte praktiseringen av jordmorfaget (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Et positivt utfall er at retningslinjene kan forbedre kvaliteten på omsorgen ved å redusere upassende variasjoner og redusere rettsaker om feilbehandling (Mahran, Paine, & Ewies, 2007).

Å beholde intakte hinner har derimot en fordel. Fostervannet er med på å utjevne trykk og beskytte fosteret for skader. Under fødsel vil det intakte fostervannet beskytte placenta og navlestrengen mot sammentrekninger fra livmoren og dermed unngå deselerasjoner. Væsken bidrar også til opprettholdelse av konstant temperatur og på den måten hindre varmetap hos fosteret (Harman, 2008). Det er en rekke viktige, men sjeldne risikoer forbundet med amniotomi (Smyth et al., 2013). Dersom det går en lang stund mellom amniotomi og fødsel ses en økt risiko for at mor utvikler chorioamnionitt. Det resulterer i oppstigende infeksjon fra genitalområdet, som igjen kan lede til økt risiko for perinatal morbiditet (Baily, 2014; Church & Barnfather,

2017). Noen mener også at fosterhinnen er med på å forhåndstøye perineum før hodet kroner (Smyth et al., 2013). Det ses også en større fare for navlesnorfremfall som kan få katastrofale konsekvenser for barnet og dermed også øke risikoen for akutt keisersnitt. En Cochrane-studie anbefaler ikke rutinemessig bruk av amniotomi, da det er lite evidens som viser til at å korte ned fødselen har en signifikant fordel for mor og barn (Smyth et al., 2013). Det er kun enkeltstudier som viser at amniotomi alene kan forkorte fødselen med 39 minutter (Vadivelu et al., 2017). En annen studie viser til at amniotomi ikke reduserer fødselens lengde eller forbedrer utfall som keisersnitt, post partum blødning, instrumentelle forløsninger og apgar-score <7 etter 5 minutter. Det har viser heller ingen forbedring av mors opplevelse av fødselen (Worthley, Kelsberg, Safranek, & Neher, 2018).

Veileder for trygt fødetilbud (Helsedirektoratet, 2010) tar utgangspunkt i WHO sine verdier og prinsipper, som blant annet vektlegger at omsorgen for normale svangerskap og fødsler bør være demedikalisert, hensiktsmessig og kunnskapsbasert. Det er for å bevare den naturlige fysiologiske prosessen, men også for å skåne kvinnen mot unødvendige inngrep som potensielt kan skade mor og barn (World Health Organization, 2018). Intervensjoner under fødselen skal ikke utføres uten medisinsk indikasjon, eller der forskning ikke viser en signifikant fordel ved å utføre intervensjonen (Oladapo et al., 2018). Det er også et kvalitetskrav for Norge om å benytte seg av intervensjoner kun der det er nødvendig (Helsedirektoratet, 2010).

Jordmødrenes erfaring med utøvelsen av amniotomi er tidligere beskrevet. En norsk klinisk audit har nylig vist at amniotomi ble utført av jordmor før varsel- og tiltakslinjen på partogrammet ble krysset, med hensikt å øke rieaktiviteten, og det var manglende dokumentasjon på den faglige begrunnelsen av prosedyren (Øvrebust & Horgen, 2018). Partogram med varsel- og tiltakslinje brukes til å følge progresjonen i fødselen og til å identifisere langsom fremgang i fødsel. Som er en medisinsk indikasjon for å utføre amniotomi (World Health Organization, 2018). En svensk studie fra 2020 viste at jordmødre erfarte og så på amniotomi som både en enkel, rutinemessig prosedyre og som en kompleks intervensjon man skal ha respekt for. For enkelte var amniotomi en mer naturlig intervensjon for å fremme fysiologiske prosesser enn for eksempel medikamentell stimulering. Andre så på det som en oppgave som ble utført fordi det var indikasjoner for det, eller opplevde at amniotomi hadde et uforutsigbart utfall, ingen endring i fødselsprogresjon, mer smertefulle rier og deselerasjoner på CTG-registrering (Ingvarsson,

Schildmeijer, & Oscarsson, 2020). Samme studie viste at jordmødrene hadde varierende erfaring med effekt av amniotomi i fødsel.

Amniotomi er et hyppig brukt hjelpemiddel i fødselsomsorgen, som i tråd med *Veileder i fødselshjelp* og *Et trygt fødetilbud*, og skal ikke bli brukt rutinemessig (Helsedirektoratet, 2010; Rossen et al., 2020; Smyth et al., 2013) – med den hensikt å bevare den naturlige fysiologiske prosessen og skåne mor og barn mot unødvendige inngrep. Intervensjoner under fødselen skal ikke utføres uten medisinsk indikasjon, eller der forskning ikke viser en signifikant fordel ved å utføre intervensjonen (Oladapo et al., 2018). Forskning viser at amniotomi ikke kan anbefales til rutinemessig bruk, da det er usikkerhet rundt effekt av tiltaket (Smyth et al., 2013). Samtidig avdekket den Norske kliniske auditen (Øvrebust & Horgen, 2018) at jordmødre utførte amniotomi før langsom fremgang ble identifisert - som ikke er i tråd med kunnskapsbasert praksis (Nortvedt et al., 2012). Studien beskrev i midlertidig ikke kunnskapsgrunnlaget for beslutningen. Cochrane-studien tar heller ikke høyde for om det en forskjell i når i fødselsforløpet amniotomi ble utført. Det var derfor interessant å studere nærmere hvilke erfaringer jordmødrene hadde med bruk av amniotomi under fødsel, og hvilke faktorer som påvirket jordmoren til å utøve amniotomi utenom retningslinjene. Etter vårt kjennskap var det lite forskning som studerte jordmødres holdninger til amniotomi, og om det påvirket hvilke kunnskapsgrunnlag som ble vektlagt i vurderingen om å gjøre amniotomi. Det var ikke utført en lignende studie i Norge tidligere, som videre dannet grunnlaget for hensikten til denne studien.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven var få innsikt i jordmødres erfaringer og praktisering av amniotomi under fødsel, samt deres holdning til tiltaket. Dette springer ut i problemstillingen «Jordmødres holdning til og erfaring med bruk av amniotomi under fødsel». Vi har valgt å avgrense studien til amniotomi i aktiv fødsel. Amniotomi som induksjonsmetode er derfor utelukket.

1.3 Begrepsavklaring

1.3.1 Indikasjon

Indikasjon er en begrunnelse til å kunne gjennomføre et bestemt tiltak. Innenfor medisin kan det omhandle en spesiell undersøkelse eller behandling. Begrepet blir også omtalt i forhold til økonomiske, sosiale eller etisk karakter (Kåss, 2020).

1.3.2 Intervensjon

Intervenere vil si å blande seg, gripe inn eller megle (Helgesen & Cooper, 2022). I *Et trygt fødetilbud* er det en målsetning om å unngå unødvendige inngrep under normale fødsler og intervensjoner kun der det er nødvendig i tråd med kunnskapsbasert praksis (Helsedirektoratet, 2010)

1.3.3 Langsom fremgang

Det finnes ingen entydig definisjon på når i fødselsforløpet det er *langsom fremgang*. WHO påpeker at lengden av 1. stadium (fra 5 til 10 cm cervixdilatasjon) vanligvis ikke varer lengre enn 12 timer hos førstegangs fødende og 10 timer hos flergangsfødende. I Norge defineres *Langsom fremgang* ved hjelp av partogram med varsellinje (alert line) og tiltakslinje (action line) forskjøvet fire timer. *Langsom fremgang* diagnostiseres når cervixdilatasjonen krysser tiltakslinjen (Rossen et al., 2020; World Health Organization, 2018).

1.3.4 Amniotomi

Amniotomi kan bli utført ved hjelp av en skalpelektrode eller amniokrok, der det dannes en kunstig ruptur av fosterhinnene (Bricker & Luckas, 2000). Hensikten er å øke utskillelsen og produksjonen av prostagladiner og oksytocin for å fremme effektive sammentrekninger i livmoren slik at man får en raskere cervikal dilatasjon (Smyth et al., 2013). I forkant av en amniotomi utfører jordmor en vaginalundersøkelse for å vurdere forliggende fosterdel. For å redusere risiko for navlesnorfremfall bør det være god kontakt mellom fosterhodet og indre mormunn, samt at forliggende del er godt festet i bekkenet. I tillegg palperes fosterhinnen for å kunne utelukke at det er blodkar som kan rives over ved amniotomi. Dette er en tilstand som kalles vasa previa og er en kontraindikasjon for amniotomi (Salvesen, 2017). Dersom funnene fra vaginalundersøkelsen er tilfredsstillende, kan man utføre amniotomi. Prosedyren i seg selv er ikke smertefull, da det ikke finnes noen nerveender i fosterhinnene, men kan oppleves smertefull dersom det er vanskelig å nå inn til mormunnen og fosterhinnen. Etter at amniotomi er gjort auskulteres fosterlyden, og man observerer fostervannets farge, konsistens og eventuell lukt (Bricker & Luckas, 2000).

1.4 Teoretisk forankring

Teorikapittelet redegjør for begreper som blir knyttet opp mot problemstillingen i resultatdiskusjonen. Første del av teorien belyser medisinsk og sosial modell for fødselsomsorgen sett i sammenheng med et demedikaliserings- og medikaliseringsperspektiv. Til slutt blir begrepet kunnskapsbasert praksis avklart, for å kunne drøfte jordmødrenes kunnskapsgrunnlag ved utførelse av amniotomi opp mot kunnskapsbasert praksis. Teorien er valgt med bakgrunn i veilederen *Et trygt fødetilbud* i Norge (Helsedirektoratet, 2010) som vektlegger at omsorgen for normale svangerskap og fødsler bør være demedikalisert, hensiktsmessig og kunnskapsbasert. En demedikalisert fødselsomsorg forklares som en prosess fra medisinsk- til mer sosial modell (Teijlingen, 2017).

1.4.1 Medisinsk og sosial modell for fødselsomsorg

Teijlingen (2017) sammenligner medisinsk og sosial modell for sykdom og helse, sett i sammenheng med graviditet og fødsel. Med økt utvikling innenfor forskning og medisin i den industrialiserte verden, med en idé om å oppdage alle naturens lover og kunne kurere all sykdom, er helsepersonell sosialisert inn i en bio-medisinsk modell, som først og fremst er basert på fysiologi og biologi med et mekanisk syn på sykdom og menneskekroppen. En medisinsk modell er rasjonell og basert på vitenskap og diagnoser, med utgangspunkt i objektivitet, symptomer og kliniske observasjoner. Derfor tilbyr den også individuelle behandlingsløsninger for individuelle pasienter. Den sosiale modellen argumenterer for at det er en gjensidig avhengighet mellom den syke og miljøet rundt. Modellen vurderer av faktorer som påvirker noens helse slik som hverdagslivet, det sosiale, sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige faktorer av helse. Den inkluderer også faktorer som livsstil, kjønn og fattigdom i vurderingen av hva som påvirker noens helse. Den er derfor ikke individualistisk, men kompleks og flerdimensjonal og tilbyr ofte ikke enkle løsninger. Sett i fødselssammenheng vil en sosial modell se på svangerskap og fødsel som en fysiologisk hendelse som de fleste kvinner gjennomgår. Ved å følge en sosial modell vil argumentene være at svangerskap og fødsel normalt ikke vil behøve medisinske intervensjoner eller innleggelse på sykehus. Den medisinske modellen derimot vil se på fødsel som mulig patologisk, og derfor vil enhver kvinne være i potensiell fare ved graviditet og fødsel. Hun bør derfor føde på et høyteknologisk sykehus med tilsyn av spesialister innenfor obstetrikk. Ulike perspektiv vil derfor påvirker valg av løsninger vi velger eller søker etter. Medikalisering av

fødselsomsorgen kan forklares som en prosess fra sosial- til mer medisinsk modell. Motsatt vil en demedikalisert fødselsomsorg forklares som en prosess fra medisinsk- til mer sosial modell. Tidsskriftet The Lancet publiserte i 2014 serien «Midwifery» med en anbefaling om en ny modell for prenatal omsorg, med en kombinasjon av sosial og medisinsk modell. Denne kombinerer det beste fra begge, og skal sikre rask og effektiv hjelp der det er nødvendig, men samtidig støtte fysiologiske prosesser og unngå intervensjoner uten indikasjon for det (Hoope-Bender et al., 2014). Bryers and van Teijlingen (2010) sin studie støtter det med at det er nødvendig med elementer fra både den sosiale og medisinske modeller og risikostyring innen begge for å sikre at vi får en moderne egnet fødselstjeneste. Verdien var å utvikle en modell for å møte behovene til samfunnet, fagpersonene og tjenesten og for å finne hva som passer for enkeltsteder, kvinner og familier.

En studie utført av Skogheim and Lundgren (2021) beskrev medikaliseringen i norsk fødselsomsorg. Til tross for gode medisinske utfallsmål for både kvinner og barn, ble det funnet et forbedringspotensial. Som mange andre høy-inntekstland har Norge en høy forekomst av keisersnitt og andre fødselsintervensjoner. Medikaliseringen kan ses i sammenheng med sentralisering, samt dominans over andre modeller for fødselsomsorg og helsefremmede perspektiv. Til tross for at et av målene til norsk helsetjeneste er å ha en demedikalisert fødselsomsorg, har økende grad av sentralisering funnet sted de siste ti årene. Ved å ta i bruk en kvinnesentret modell i tjenesten, kan det styrke at kvinnens behov blir møtt. I en kvinnesentret modell, vil kvinnens erfaringer, deres delaktighet i omsorgen og relasjonen mellom kvinne og jordmor være sentral. Det er en holistisk tilnærming som anerkjenner hver kvinnes sosiale, emosjonelle, fysiske, åndelige og kulturelle behov, forventninger og kontekst (som er definert av kvinnen selv) (Fahy, 2012).

1.4.2 Kunnskapsbasert praksis

I yrkesetiske retningslinjer for jordmødre inngår det at «Jordmødre ivaretar en trygg jordmorfaglig praksis i alle miljøer og kulturer ved å jobbe kunnskapsbasert og profesjonelt (Den Norske Jordmorforening, 2016). Kunnskapsbasert praksis (KBP) innebærer «[...] å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen» (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt,

Nordheim, & Reinar, 2012). Det vil si at jordmor skal bruke ulike kunnskapskilder i praksis, og samtidig være bevisst på styrker og svakheter ved de ulike kildene. KBP kan øke bevisstheten og bidra til refleksjon over hvilke kunnskapskilder egen praksis er basert på (Folkehelseinstituttet, u.d). En utfordring, funnet i en norsk studie, var at spesialsykepleiere ikke hadde nødvendig kunnskap og instrumentelle ferdigheter til å finne og vurdere forskningsbasert kunnskap, og at de heller foretrakk egne erfaringer og kollegaers meninger. På den annen siden hadde deltagerne en positiv holdning til kunnskapsbasert praksis og til å benytte forskningsbasert kunnskap (Svarthaug, 2012). Også en gresk studie fra 2020 viste at en vanlig kilde for informasjon blant jordmødre i klinisk praksis var å spørre kollegaer (Ladopoulos et al., 2020).

Erfaringsbasert kunnskap er kunnskap som erverves gjennom å praktisere. Det blir også kalt skjønn, klinisk blikk, intuisjon eller klinisk ekspertise. Praksiskunnskap er nødvendig i kunnskapsbasert praksis for å kunne finne, vurdere og bruke forskningsbasert kunnskap i lys av egen erfaring i møte med den individuelle pasienten (Nortvedt et al, 2012). Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven har pasienten rett til å medvirke i egen behandling, og tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det innebærer å få all informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, også mulige risikoer og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Brukermedvirkning innebærer at pasientenes og brukernes syn skal imøtekommes og vektlegges når beslutninger fattes. Helsepersonellets rolle er å legge til rette for gode beslutninger i samarbeid med brukerne, ved å legge både egen erfaring og forskningsbasert kunnskap på bordet (Nortvedt et.al, 20102). *Et trygt fødetilbud* viser til at informasjonen skal tilpasses den gravides forutsetninger. Det betyr at informasjon skal tilpasses hennes alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Kvinnen skal oppleve seg informert, veiledet og ivaretatt med en tilstrekkelig medvirkning når valg av behandlingsmåte skal treffes (Helsedirektoratet, 2010). Kvalitet i helsetjenesten innebærer blant annet at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, samt involverer brukere og gir dem innflytelse (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). God kvalitet forutsetter også at beslutninger om behandling er basert på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak. For å sikre bruk av effektive tiltak, vil det være nødvendig med målrettet forskning og systematiske metoder for sammenstilling og sammenligning av resultater og erfaringer. Tjenester basert på KBP har større sannsynlighet for å oppfylle kvalitetskravene for helsetjenesten (Nortvedt et al., 2012).

2 Metode

2.1 Forskningsmetode og vitenskapsteoretiske perspektiv

Med bakgrunn i å studere jordmødres holdning til og erfaring med bruk av amniotomi under fødsel, ble kvalitativ metode med semistrukturerte intervju som design regnet som egnet fremgangsmåte for å utvikle forståelse av fenomenet. Det kunne åpne for nye fortolkninger ved å gjøre om empiri til teori (Malterud, 2017). En induktiv tilnærming til datainnsamlingen ble valgt, der data blir samlet så åpent som mulig og med få føringer på det som ble undersøkt (Jacobsen, 2017). Vi forsøkte å unngå å gå ut med en klar oppfatning av det som skulle undersøkes. Målet var ikke å bekrefte det som ble antatt på forhånd, men lete etter nye perspektiver. Få enheter ble undersøkt, som ga nærhet til det vi undersøkte og det var enklere å gå i dybden. Inspirert av fenomenologien ville vi fremskaffe meninger, holdninger og erfaringer, samt ulike nyanser i opplevelsene og erfaringene fra jordmødrene (Malterud, 2017). Det ville gi et innblikk i hvordan deres verden oppleves av dem så presist og fullstendig som mulig, selv om erfaringene var subjektive og ikke nødvendigvis sann for alle jordmødre. Med en fenomenologisk reduksjon så vi bort fra forestillinger om hvorvidt et bestemt opplevelsesinnhold eksisterte eller ikke, for å kunne beskrive fenomenet fordomsfritt (Malterud, 2017).

2.2 Forforståelse

Erfaringer som jordmorstudenter fra praksisfeltet påvirket vår forforståelse av amniotomi under fødsel. Før prosjektet anså vi amniotomi som et lavterskeltiltak ved risvekkelse og ønsket fremgang i fødsel. Som jordmorstudenter hadde vi ingen selvopplevd erfaring med komplikasjoner ved utførelse av amniotomi, men nyere studier og faglitteratur viste at det var risiko for alvorlige komplikasjoner knyttet til tiltaket (Smyth et al., 2013). Erfaringer fra praksisfeltet ga et inntrykk av at jordmødre anså amniotomi som et ikke-medikamentelt tiltak, selv om det blir ansett som en intervensjon. Vi opplevde at jordmødrene hadde en liberal bruk av intervensjonen og at de anså risikoen for komplikasjoner som lav. Denne forforståelsen har vært med oss fra idéen om temaet til denne studien til resultatene som ble lagt frem og diskutert. Vi kan vi ikke utelukke en risiko for at vår forforståelse av jordmødres praktisering og holdninger til amniotomi kommer tydeligere frem enn andre resultater. Vårt ansvar har vært å være vår forforståelse bevisst og ta i bruk verktøy som kunne hjelpe oss til å være objektive under hele studien. I et forsøk på å unngå at forforståelsen overdøvet budskapet fra det empiriske materialet,

har vi tatt stilling til hvordan vi kan ha et aktivt og bevisst forhold til vår forforståelse i en kvalitativ studie (Malterud, 2017). Deriblant har vi hatt et bevisst forhold til hva som er vår forforståelse gjennom hele prosessen.

2.3 Semistrukturerte intervju

Som design ble det valgt semistrukturerte individuelle intervju for å samle inn datamateriale. Det ble valgt individualintervjuer for å gi jordmødrene tid og rom til å hente frem erfaringer og overveielser som krevde trygghet og ettertanke. Informantene ville heller ikke kunne påvirke svarene til hverandre og på den måten få frem de ulike nyansene og perspektivene på amniotomi (Malterud, 2017). Semistrukturerte intervju har en form som verken har en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale, men utføres med en utformet intervjuguide (Kvale & Brinkmann, 2015). En predefinert intervjuguide (vedlegg 1) sørget for å sirkle inn på bestemte tema i intervjuet. Tema for hovedspørsmålene var knyttet til erfaringer og praktisering av amniotomi, samt holdninger til intervensjonen. I tillegg kunne det bli stilt oppfølgingsspørsmål dersom vi ønsket en ytterligere utdyping underveis i intervjuet (Malterud, 2017).

2.4 Utvalg og rekruttering av informanter

2.4.1 Utvalg

Det var et mål å rekruttere et utvalg av informanter som kunne gi et rikt og variert materiale om jordmors erfaring med amniotomi under fødsel. Et strategisk utvalg er sammensatt ut ifra en målsetting om at materialet best mulig kan belyse problemstillingen. Utvalg med vekt på mangfold kunne styrke prosjektets pålitelighet, relevans og gyldighet. Det ga mulighet til å øke informasjonsstyrke og skaffe utfordringer til konklusjoner (Malterud, 2017). Det ble derfor valgt å rekruttere informanter fra ulike fødeinstitusjoner som kvinneklinikk, fødeavdelinger og fødestuer, uavhengig av ansiennitet, da det kunne gi variasjonsbredde i datamaterialet og mulighet for å beskrive flere nyanser av ett og samme fenomen. Det ble tatt utgangspunkt i at informasjonsstyrken skulle bestemme hvor mange deltagere det var behov for, og at datainnsamlingen skulle avsluttes når vi opplevde at intervjuene ikke tilførte noe ny kunnskap (Malterud, 2017). Inklusjonskriterier for studien var at informantene var jordmor og arbeidet eller har arbeidet det siste år ved en fødeinstitusjon som praktiserer amniotomi. Informanter som

ikke hadde arbeidet ved en fødeinstitusjon siste året ble ekskludert, da vi ønsket innsikt i jordmødres erfaringer med amniotomi i fødsel på det tidspunktet intervjuene ble gjennomført.

2.4.2 Rekruttering

Vi kontaktet først åtte fødeinstitusjoner i Troms og Finnmark for rekruttering av informanter, som inkluderte både kvinneklinikk, fødeavdelinger og fødestuer. Rekrutteringen foregikk gjennom formell e-post, med vedlagt informasjonsskriv (vedlegg 2) om studien, til avdelingsleder ved de ulike fødeinstitusjonene. Informantene, som oppfylte inklusjonskriteriene, og ønsket å delta ble oppfordret til å ta kontakt via e-post eller telefon for videre avtale om tidspunkt og gjennomføring av intervjuet. Vi fikk ingen respons på forespørselen. Vi ble derfor nødt til å utvide rekrutteringen til hele landet og det ble valgt å gjøre et tilgjengelighetsutvalg. Det vil si å inkludere deltakere som det er mulig å få tak i, som personer fra eget nettverk (Malterud, 2017). En forespørsel om deltakelse på Facebookgruppa «Jordmødre i Norge» ble lagt ut ved to anledninger. Også egne veiledere fra tidligere praksisperioder i fødselsomsorgen ble kontaktet. Vi måtte stanse rekrutteringen etter syv intervju, da vi ikke fikk tak i flere informanter. Dette resulterte i at åtte informanter tok kontakt på e-post eller privat melding med ønske om å delta i studien. En informant som tok kontakt ble ikke inkludert i studien, da hun ikke hadde jobbet ved en fødeinstitusjon det siste året. Dette ble avklart før det ble gjort intervju. Rekrutteringen foregikk fra oktober til desember 2021.

2.4.3 Presentasjon av utvalget

Utvalget bestod av syv informanter i alderen 32-57 år fra helseforetak i Nord- og Midt-Norge, Øst- og Vestlandet. Jordmødrenes ansiennitet varierte fra tre til trettitre år. På intervjutidspunktet, eller det siste året, jobbet to av informantene på kvinneklinikk, tre på fødeavdelinger og to ved jordmorstyrt fødestue. Fire av informantene hadde erfaring fra mer enn ett fødenivå.

2.5 Praktisk gjennomføring av intervju

Alle syv intervjuene i studien ble gjennomført digitalt med video-kommunikasjonsapplikasjon Zoom i løpet av tidsperioden uke 47-49 høsten 2021. Vi valgte å utføre intervjuene digitalt, da utvalget vårt var geografisk spredt over hele landet og av hensyn til den pågående koronapandemien på det tidspunktet (Jacobsen, 2017). Intervjuenes varighet varierte mellom 15

til 43 minutter, med gjennomsnittsvarighet på 30 minutter. De fleste informantene valgte å være i eget hjem da intervjuet ble gjennomført, men enkelte gjennomførte intervjuet i arbeidstiden på et sted hvor de kunne sitte uforstyrret.

Informantene bestemte selv om de ønsket å ha på kamera under intervjuet, og det ble bare en som valgte å bli intervjuet uten kamera på. Intervjuene ble tatt opp med diktafonappen til Nettskjema med to ulike mobiltelefoner i tilfelle den ene enheten ikke fungerte (Universitetet i Oslo, 2021). Vi var to studenter som samarbeidet om gjennomføringen av intervjuene. Den ene intervjuet informanten, mens den andre sørget for at det tekniske fungerte og tok feltnotater. Det ble gjort for at den som intervjuet informanten skulle ha fokus på selve intervjuet. Underveis i intervjuene ble det skrevet feltnotater for å fange opp observasjoner og refleksjoner, inntrykk og ettertanke som var vanskelig å fange opp på lydopptaket (Malterud, 2017).

Vi var nødt til å revidere intervjuguiden, underveis i intervjuprosessen, ettersom jordmødrene beskrev deres erfaring med amniotomi som en induksjonsmetode. Vi valgte å presisere at amniotomi som induksjonsmetode ikke inngikk i spørsmålene våre for å holde intervjuet nært opp til vår problemstilling. Intervjuene startet med å spørre et åpent spørsmål om jordmors erfaringer med amniotomi i fødsel. Videre hadde vi spørsmål som kunne styre samtalen inn på holdninger og praktisering av amniotomi, dersom informanten ikke nevnte dette. Vi benyttet oss av hjelpespørsmål som “hva mener du med det?”, i tilfeller der informantene ikke ga nok utfyllende svar (Malterud, 2017).

2.6 Transkribering av datamaterialet

Datamaterialet bestod av en mengde «rådata» i form av en lydfil og feltnotater fra de enkelte intervjuene. Etter datainnsamlingen ble lydfilen transkribert til tekst. For å ha intervjuet friskt i minnet under transkriberingen (Malterud, 2017), ble det prioritert å transkribere intervjuene samme dag som intervjuet ble gjennomført, eller dagen etter. Transkribert datamateriale ble brukt i videre analysearbeid. Tre sider med feltnotater var til hjelp under tolkningen av meningsinnhold i analysen.

2.7 Analysemetode

I fenomenologiske design er det vanlig å analysere meningsinnhold (Christoffersen & Johannessen, 2012). Med hensyn til analysemetoden var vi inspirert av Malteruds systematisk

tekstkondensering (STC) for å analysere data, der vi gjennom fire steg har forsøkt å forstå meningen i jordmødres holdninger til og erfaringer, med amniotomi, for å tolke innholdet (Malterud, 2017). Metoden ble valgt på bakgrunn av at den er godt egnet som en innføring i hvordan analyseprosessen av kvalitative data kan gjennomføres på en systematisk og overkommelig måte for nybegynnere. Analysemetoden er inspirert av Giorgis psykologiske fenomenologiske analyse og har senere blitt modifisert av Malterud. De fire trinnene i analysen består av, 1) Å få et helhetsinntrykk av datamaterialet og identifisere foreløpige temaer, 2) Identifisere meningsdannede enheter og kode, 3) Kondensering - fra kode til abstrahert innhold og 4) Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater (Malterud, 2017).

2.8 Fremgangsmåte for analysen

Som første trinn i analysen leste vi gjennom 40 sider med transkribert datamateriale hver for oss gjentatte ganger, for å få et helhetsinntrykk og bli kjent med materialet. Vi vurderte mulige temaer som kunne representere jordmors erfaringer med amniotomi under fødsel på en helhetlig måte, og satte vår forforståelse og teoretiske referanseområde midlertidig til side. Det ble gjort for å kunne stille oss åpne til det som ble formidlet av deltakerne. På dette trinnet forsøkte vi å aktivt motstå trang til å systematisere. Begge noterte ned foreløpige temaer som vi diskuterte digitalt. Ifølge Malterud (2017) skal man ikke bare velge de temaene man har til felles, men at det kan være spesielt interessant å se på de som er ulike. Etter gjentatte forsøk på foreløpige temaer, kom vi til enighet om disse foreløpige temaene, «Prosedyrestyrt», «Jordmorfaglig skjønn», «Brukermedvirkning», «Påvirkes av arbeidssted», «Risiko knyttet til intervensjonen», «Samarbeid med kollegaer», og «Holdning til amniotomi». Disse temaene ble funnet valide da de gjentatte ganger ble vurdert som foreløpige temaer.

I analysetrinn to samlet vi tre til fem reviderte foreløpige temaer som skulle danne grunnlaget for kodegruppene og samtidig kunne belyse problemstillingen vår. Vi valgte å bruke ord som kunne skille hovedessensen i intervjuene, uten å miste noe meningsfullt (Malterud, 2017). Disse temaene ble med videre, og dannet grunnlaget for de tre kodegruppene, «kunnskapsgrunnlag for å utføre amniotomi», «jordmorfaglig skjønn», «holdning til amniotomi». Vi startet med å organisere deler av materialet som skulle studeres nærmere ved en gjennomgang av materialet linje for linje. Vi ønsket å identifisere de meningsbærende enheter og skille relevant tekst fra irrelevant. Det ble valgt ut tekst som kunne gi oss kunnskap om et eller flere av de reviderte

foreløpige temaene, og som kunne belyse problemstillingen «jordmors holdning til og erfaring med amniotomi under fødsel». Temaene ble brukt som et sorteringsgrunnlag i tankene da vi identifiserte de meningsbærende enheter, som representerte ulike sider av problemstillingen. Vi fikk 32 sider med meningsbærende enheter som ble med i den videre analysen. Resten av materialet ble lagt til side. Vi begynte å systematisere de meningsbærende enhetene med koding. Det innebar at vi gikk gjennom de meningsbærende enhetene flere ganger og markerte fragmenter av intervjuene med en kode etter sitt innhold. På den måten kunne vi se likheter mellom tekstfragmentene, men også nyanser og ulikheter. Vi erfarte at noen av de meningsbærende enhetene passet bedre under andre koder enn der vi først plasserte de. Gjennom prosessen dannet vi oss et bilde av mulige subgrupper. Noen subgrupper måtte vi slå sammen, og andre tilhørte andre koder enn vi først tenkte. Vi satte opp kodene i en tabell for å få bedre oversikt og lagde en tabell med de tre kodene, hvor de meningsbærende enhetene ble plassert etter hvert som vi gjennomgikk teksten (Malterud, 2017). Et eksempel på kan ses under i tabell 1. Her illustreres det hvordan kodegruppen med tilhørende subgruppe er kodet ved hjelp av de meningsbærende enhetene.

Tabell 1: Eksempel på meningsbærende enheter og subgrupper i kodegruppen «Jordmødrenes holdning til amniotomi»

Meningsbærende enheter	Kodegruppe	Subgruppe
... jeg har opplevd at vi har tatt vannet på fødestue, og det har ikke gitt den ønska effekten. Det har ikke gitt sterkere, bedre rier. Det har ikke gitt den fremgangen vi har håpet.	Jordmødres holdning til amniotomi	Et effektivt tiltak som brukes med forsiktighet
Sånn at det er litt sånn kultur da at jeg tenker at hvordan jordmødre tenker på amniotomi på de forskjellige stedene jeg har vært på da. At jeg har erfart at det kan være veldig sånn; det skal skje med godt medisinsk grunnlag, også andre ganger at det er rom for å utøve skjønn.		Ulik aksept for amniotomi blant jordmødre og fødenivå

I analysens tredje trinn startet vi å abstrahere den sorterte informasjonen ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene. Vi hentet systematisk ut mening ved å kondensere de meningsbærende enhetene med tilhørende kodegruppe og subgruppe. Under hver kode identifiserte vi tekst som beskrev ulike nyanser og meningsaspekter av koden. Hensikten var ikke å skape konsensus om subgruppene, men skape rom for flere tolkninger og mulige tilnærminger (Malterud, 2017). Basert på Malteruds anbefaling, delte vi hver kode inn i to til tre subgrupper som ble vår analyseenhet og slik begynte vår prosess om å danne kondensat. Vi startet med kodegruppen “Jordmødres holdning til amniotomi” med en av de meningsbærende enhetene i subgruppen “Et tiltak som brukes med forsiktighet” som vi oppfattet rikt og uttrykksfullt. Vi gikk igjennom hver eneste meningsbærende enhet og vurderte om det skulle inngå i kondensatet. Under denne prosessen kunne vi se at enkelte meningsbærende enheter passet bedre under en av de andre subgruppene. De som ikke bidro med noe relevant til problemstillingen ble fjernet. De gjenværende meningsbærende enhetene ble inkludert i kondensatet, ved at vi satt sammen elementer fra samtlige av tekstbitene logisk til et kunstig sitat i jeg-form. Dersom det var flere meningsbærende enheter som ga det samme, brukte vi uttrykket som best bevarte budskapet. Til slutt valgte vi ut et “gullsitat” som på best mulig kunne illustrerte det abstraherte meningsinnholdet (Malterud, 2017). Tilsvarende gjennomgang ble gjort med samtlige subgrupper under de ulike kodene. Kondensatene ble vårt arbeidsnotat som dannet utgangspunktet for resultatpresentasjonen i analyseprosessens fjerde trinn. Vi vurderte også hele veien om det var nødvendig å revidere kodegruppene etter hvert som vi fikk ny innsikt fra subgruppene. Eksempelvis kan det ses under i tabell 2. Her illustreres kodegruppen med tilhørende subgruppe sitt kondensat.

Tabell 2: Eksempel på kodegruppen «Jordmødres holdning til amniotomi» og subgruppen «Et effektivt tiltak som brukes med forsiktighet» med utdrag fra kondensatet.

Meningsbærende enheter	Kodegruppe	Subgruppe	Kondensat
<p>Det er et greit verktøy å ha. Altså hvis man på en måte reflekterer over hva amniotomi gjør sånn rent fysiologisk, og hvorfor en gjør det, så synes jeg at det kan være positivt for eksempel, sånn at en kan møte kvinnene litt halvveis i fødsel, uten at man er så rigid på at man ikke skal ta vannet.</p> <p>...et nyttig virkemiddel i fødselsomsorg eller fødselshjelp</p>	Jordmødres holdning til amniotomi	Et effektivt tiltak som brukes med forsiktighet	<p>Jeg tenker at amniotomi er et godt virkemiddel for å få fremgang, men at det skal brukes med forsiktighet. Det er en intervensjon i den normale fødselen og det skal være en tanke bak. Jeg prøver å holde fødselen så normal som mulig med å være tålmodig og ikke intervensjon uten en grunn. Derfor er det viktig at man forholder seg til retningslinjer og prosedyrer. Jeg velger å gjøre det sluttvis eller på flergangsfødende.. Spesielt på den indikasjonen at kvinnen nærmer seg trykking, at man kan avlaste en trykkektrang, eller at det gir fremgang. Jeg har mer troen på amniotomi enn drypp da jeg anser det som mer naturlig fordi det ikke er medikamenter. Jeg har så stor respekt for drypp at jeg har mer troen på amniotomi, også hos para null.</p>

I analysens siste trinn ble biter fra kondensatene satt sammen igjen - rekontekstualiserte til en analytisk tekst for hver kodegruppe, med et avsnitt tilhørende hver subgruppe. Avsnittene ble illustrert med et evaluert gullsitat som oppsummerte hovedfunnene. Vi sammenfattet det vi hadde funnet i form av fortolkede synteser, som kunne gi grunnlag for nye beskrivelser og begreper. Begreper fra de meningsbærende enhetene ble brukt i den analytiske teksten for å være tro mot informantenes utsagn. Den analytiske teksten ble skrevet i tredjepersonsform for å skape

en analytisk distanse og formidler fellestrekk fra de ulike subgruppene kondensat. Vi validerte funnene våre ved å tilpasse navn på resultatkategoriene opp mot den sammenhengen de var hentet ut fra. Vi har flere ganger lest igjennom transkripsjonen for å dobbeltsjekke hva som faktisk ble sagt. De valgte navnene på kategoriene stammer fra de opprinnelige temaene og kodene, og bærer preg av økt innsikt fra analysen, teorien og syntesen (Malterud, 2017).

Tabell 3. Oversikt over de tre resultatkategoriene med tilhørende subgrupper

Resultatkategori	Jordmors faglige trygghet	Utøvelse av jordmorfaglig skjønn	Ulike syn på amniotomi
Subgruppe	Retningslinjer Brukermedvirkning Samarbeid	Tidligere erfaringer Utvikling av jordmorfaglig skjønn	Et tiltak som brukes med forsiktighet Ulik aksept for amniotomi blant jordmødre og fødenivå

2.9 Forskningsetiske refleksjoner

2.9.1 Rettigheter og samtykke

Det ble utarbeidet et informasjonsskriv (vedlegg 2) om studien for å ivareta informantens rett til informert samtykke (UiT Norges arktiske universitet, 2010). Informasjonsskrivet inneholdt informasjon om studiet og dets formål - hvem som var ansvarlig for prosjektet, hva som gjorde at disse jordmødrene var inkludert i studien og hva deltakelse i prosjektet innebar for informanten. Jordmødrene fikk også informasjon om personvern og rettigheter som deltaker - om at de kunne protestere, hvordan opplysninger ble oppbevart og brukt i studien, samt hva som skjedde med data når forskningsprosjektet var over (Norsk Senter for Forskningsdata, u.å). Det var frivillig deltakelse, og deltakerne fikk informasjon om at det var lov å trekke seg, slette eller endre på empiri underveis i studien inntil publisering (UiT Norges arktiske universitet, 2016). Det var ingen av informantene som ytret ønske om å få innsyn i resultatene. Muntlig samtykke (vedlegg 3) ble tatt opp før intervjuene startet og oppbevart i egen lydfil i Nettskjema. Lydfilen av samtykket og intervjuet vil bli automatisk slettet av Nettskjema etter 6 måneder etter siste opptak (Universitetet i Oslo, 2019).

2.9.2 Ivaretagelse av personvern

Prosjektet ble meldt til NSD da stemmen på lydopptak regnes som personopplysning som kan knyttes til den enkelte jordmødrene (Universitetet i Oslo, 2021). Prosjektet ble godkjent av NSD med forbehold om å skrive på flere rettigheter til informantene i informasjonsskrivet (vedlegg 4). Datamaterialet ble håndtert i henhold til *datahåndteringsplanen* (vedlegg 5), som var utarbeidet etter NSD sin mal for datahåndtering og UiTs rutiner for helseforskning (Norsk Senter for Forskningsdata, u.å; UiT Norges arktiske universitet, 2020a). I datalagringsplanen ble det utdypet at prosjektet var ansvarlig for å ta vare på dataen under og etter prosjektet samt identifisere hvilke ressursers som var nødvending til prosjektet. Datainnsamling til dette prosjektet skal bli slettet etter avsluttet prosjekt (UiT Norges arktiske universitet, 2016).

Intervjuene ble tatt opp med diktafonapplikasjon til Nettskjema med to ulike mobiltelefoner. Nettskjema er en sikker løsning for datainnsamling via nett utviklet av Universitetet i Oslo (Universitetet i Oslo, 2021). Diktafonapplikasjonen er koblet til Nettskjema, og når lydfiler spilles inn med private mobiltelefoner, blir lydfilene krypterte og sendt til Nettskjema. Det vil ikke være mulig å spille av lydfilene direkte fra mobilen eller nettbrettet. For avspilling direkte i nettleseren via nettskjema.no benyttet vi oss av Chrome eller Firefox (Universitetet i Oslo, 2021). Intervjuene inneholdte ikke personidentifiserende opplysninger som, navn og navn på arbeidssted. Beskrivelser av utvalget ble slettet fra transkripsjonen og samlet i egen fil, uten å kunne kobles mot transkripsjonen. Dette gjaldt også feltnotater, og det ble brukt «Informant 1» osv. istedenfor informantenes navn for at vi skulle vite hvem som sa hva. Språklig uttrykk av personlig karakter kunne være gjenkjennelig. Vi valgte derfor å transkribere til bokmål av hensyn til personvern og anonymitet. Ved transkribering ble ikke innholdet endret, men språket ble standardisert, og ord og uttrykk forenklet. Spesifikke situasjoner og eksempler som kunne bli gjenkjent ble ikke brukt. Transkribert datamaterialet ble aldri lagret eller bearbeidet på privat maskin eller lokal disk, men gjennom UiTs server, OneDrive/SharePoint 365. Denne hadde veileder også tilgang til. OneDrive 365 med to-faktor autentisering fungerer som et sikkert lagringssted. To-faktorautentiseringer 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.

2.9.3 Forskningsetiske problemstillinger

Forskning reguleres av lover og forskrifter. Helsinkideklarasjonen, som sammenfatter etiske prinsipper for medisinsk forskning med mennesker, har derfor hatt en sentral plass i arbeidet med studien (Malterud, 2017; World Medical Association, 2018). Vi har også sørget for at forskningen er i tråd med lovverket (Forskningsetikkloven, 2017; Helseforskningsloven, 2008; Personopplysningsloven, 2018). Kvalitative studier som denne innebærer også aspekter av etisk betydning som ikke kommer like tydelig frem i regelverket, med grunnlag i at det omhandler møter mellom mennesker (Malterud, 2017). Forskningsetiske problemstillinger kunne være knyttet til psykisk uro, misbruk, fordreining eller gjenkjennelse.

Som forskere fikk vi innsikt i jordmødrenes personlige erfaringer og holdninger til amniotomi, samt deres vurderinger og praktisering av tiltaket. Det ble viktig å opparbeide trygghet og tillitt hos den enkelte slik at jordmødrene følte seg fortrolig til å dele sine innerste tanker, til tross for tanken på normer og regler. Det var både av hensyn til informanten, men også for å få ærlige svar som hadde påvirkning på studiens resultater. Tilliten fra deltakerne ble forvaltet videre ved å sørge for at det som ble sagt i intervjuet ikke mistet sin opprinnelige mening (Malterud, 2017). I tillegg til nærhet til materialet måtte vi som forskere vise nøkternhet. Det var alltid en risiko for at egne meninger og følelser til temaet kunne påvirke hvordan kunnskapen ble håndtert, og at det viker fra en vitenskapelig måte. Eget engasjement måtte legges til side for å forvalte datamaterialet på en nøktern måte (Malterud, 2017).

Vår studie kunne ses i sammenheng med å bevisstgjøre jordmødres praktisering av amniotomi, samt at deltakeren beskrev hvordan praktiseringen utføres i dag. Vi kunne ikke utelukke at intervjuet i seg selv åpnet for prosesser og aktiviserte psykisk uro hos deltakerne. På en annen side hadde vi dialog med deltakerne på forhånd om at vi ikke skulle vurdere informantene personlig, men se på helheten blant jordmødrenes erfaringer. Vi påpekte også at spørsmålene kunne oppfattes ubehagelige, men at de var ment for å få et bredere bilde av amniotomi, og at vi respekterte informantens grenser. Vi vurderte at intervjuet var av en slik karakter at det ikke krevde noen form for oppfølging i etterkant (Malterud, 2017).

Å delta i denne kvalitative studien innebar at jordmødrene ytret egne tanker, holdninger og erfaringer om utførelse av amniotomi. Vi kunne ikke utelukke at det var både sårbart, skummelt

og vanskelig for jordmødrene. Det var en risiko for at jordmødrene kunne kjenne på en frykt for å bli gjenkjent eller hengt ut av kollegaer eller andre, som videre medførte til konflikt med tanke på informantens åpenhet og ærlighet om egen praktisering av amniotomi. Det var derfor avgjørende å sikre konfidensialitet og anonymitet. Deltakerne måtte være trygge på at datamaterialet ble oppbevart trygt og at de ikke kunne bli gjenkjent når studien legges frem. Derfor ble det gitt informasjon om datahåndtering og konfidensialitet. Det var en risiko for en indre konflikt mellom etiske krav om fortrolighet og grunnleggende prinsipper for vitenskapelig forskning og dets resultat. Ved å opprettholde informantenes anonymitet ville ikke studien medføre noen ytterligere risiko for informantene. For å ivareta informantenes taushetsplikt ovenfor tidligere pasienter, fikk de på forhånd informasjon om å ikke nevne pasienthistorier under intervjuet. Vi vurderte at studien hadde nytteverdi for informantene og andre jordmødre, ved at den kan bidra med åpenhet om egne jordmorfaglige holdninger til og erfaringer med amniotomi under fødsel, som videre kan føre til at andre jordmødre reflekterer over egen praksis. På den måten kan det åpne opp for kritisk refleksjon rundt praksis av amniotomi. Vår nytterisikovurdering er derfor at mulige fordeler veier tyngre enn risiko for å skade deltakerne (Kvale & Brinkmann, 2015).

3 Resultat

Ved systematisk tekstkondensering kom vi frem til tre kategorier 1) Jordmors faglige trygghet 2) Utøvelse av jordmorfaglig skjønn og 3) Ulike syn på amniotomi. I resultatkapittelet vil vi presentere hovedtrekkene av funn fra analyseprosessen.

3.1 Jordmors faglige trygghet

Gjennom intervjuene kom det frem at amniotomi i stor grad ble styrt av lokale retningslinjer på arbeidsstedet, og utøvelsen skulle være basert på medisinsk indikasjon. Som nyutdannet jordmor erfarte de at prosedyrene var en trygghet i avgjørelsen om å utføre amniotomi. Jordmødrene hadde felles forståelse når det gjaldt de medisinske indikasjonene. Det kunne være i forbindelse med protrahert forløp eller ved risikofødsler. En avvikende eller patologisk ekstern registrering av fosterlyden indikerte behov for å koble på skalpelektrode, som ble en indirekte amniotomi. Ved medisinsk indikasjon utførte jordmødrene amniotomi uavhengig av hvor i forløpet kvinnen var. Det var høy terskel for å avvike fra prosedyrer ved risikofødsler, selv om jordmødrene kunne være uenig. Blant annet måtte amniotomi utføres noen timer før oppstart med oksytocindrypp ved protrahert forløp eller på forordning av lege. Amniotomi kunne i disse tilfellene bli utført før tiltakslinjen var krysset, som jordmødrene synes var unødvendig. Det ble likevel utført i håp om å redusere sjansen for å måtte henge opp oksytocindrypp, sammen med andre ikke-medikamentelle tiltak som brystvortestimulering, leieendring og late vannet før tiltakslinjen ble krysset.

Noen ganger må jeg bare følge retningslinjene og håpe på det beste, selv om man er uenig noen ganger.

Jordmødrene ønsket å involvere kvinnen i beslutningen om amniotomi, men det var vanskelig å praktisere. De erfarte at kvinnene hadde lite kunnskap om amniotomi, og de hadde heller ikke reflektert over intervensjonen. Jordmødrene opplevde gjerne at kvinner på kvinneklinikk hadde større grad av autonomi – forklart med at det var en eldre populasjon fødekvinne med høyere utdanning. Uavhengig av kontekst opplevde jordmødrene at kvinnen hadde tillitt til at jordmor tok rett avgjørelse. Samtidige måtte jordmødrene være bevisst på hvordan informasjonen ble formidlet for å gi kvinnen rom for valg. Det å være bevisst på ordvalg som «det er tryggest» og «overvåking», påvirket ofte kvinnen til å følge anbefalingen til legen eller jordmoren. Selv om kvinnene ble informert om både ulemper og fordeler med amniotomi, pleide jordmødrene å få

det som de mente var hensiktsmessig. Jordmødrene kjente på et faglig ansvar for fødselen og barnet i magen. Det medvirket til at amniotomi basert på kvinnens ønske alene, ikke ble regnet som en indikasjon. Ved avvikende eller patologisk CTG ville jordmødrene utført amniotomi for bedre overvåking av barnet uten samtykke av mor. Jordmødrene anså fødsel som en kompleks situasjon, og selv om kvinnen hadde fått informasjon om amniotomi, erfarte de at kvinnene ikke alltid forstod begrunnelsen eller alvoret for intervensjonen. De mente derfor at ansvaret for amniotomi ikke burde ligge på kvinnens skuldre.

Jeg prøver å informere kvinnene om det, og at de har mulighet til å si nei, men jeg opplever egentlig veldig stor grad av tillitt fra kvinnene. Det er sjeldent at noen sier nei, eller har noen andre spørsmål utover det vi informerer om.

Jordmødre diskuterte og rådførte seg ofte med en annen jordmor eller lege før de utførte amniotomi uavhengig indikasjon. Samtidig mente noen av jordmødrene at de heller burde bruke retningslinjene som et aktivt redskap istedenfor å lene seg på hverandre. I normale fødselsforløp var jordmor ansvarlig for fødselen. Det opplevdes derfor som en trygghet å kunne få bekreftelse på sine egne vurderinger i forkant av amniotomi av en annen jordmor eller lege. De begrunnet det med at man kunne stirre seg blind på fødselsforløpene, og at det kjentes tryggere å få klarsignal fra kollegaer. Dette var i kontrast til fødestuer der man ikke hadde samme tilgang på noen rådføre seg med. Jordmødrene som jobbet på fødestue, kunne kjenne på et tyngre ansvar ved å måtte stole på egne vurderinger. På høyere fødenivå opplevde jordmødrene at legen kunne ønske en amniotomi for fremdrift i fødsel, eller bedre overvåking med skalpelektrode. Til tross for at de hadde en god ekstern registrering, syntes jordmødrene at det kunne være vanskelig å motsi legen når det var på bakgrunn av risikofødsel.

Jeg synes det er godt å lene meg på kollegaer selv om det er mitt ansvar og min beslutning

3.2 Utøvelse av jordmorfaglig skjønn

Jordmødrene fortalte at de utførte amniotomi utenom retningslinjene på grunnlag av jordmorfaglig skjønn. Faglig skjønn ble ansett som en del av “jordmorhåndverket”, der vurderinger ble gjort basert på tidligere kliniske erfaringer og jordmors kunnskap om fødselsfysiologien. Jordmødrenes mente det var “gråsomeindikasjoner” å utføre amniotomi når

tiltaket ikke samsvarte med retningslinjene, men med nytteverdi sett ut ifra et jordmorfaglig perspektiv. Indikasjonene kunne være subjektive og flytende og ofte var det i forbindelse med sluttfasen i fødselen der fødekvinnen var sliten, hadde tidlig trykketrang, eller en spent vannpose hindret henne i å komme i mål. Ved å korte ned fødselsforløpet med en halvtime kunne ha betydning for kvinnen. Ved støtte seg på tidligere erfaringer - både positive og negative – mente jordmødrene amniotomi uten medisinsk indikasjon ble gjort av omsorg til kvinnen. Gjennom erfaringer med amniotomi, hadde de opplevd uforutsigbare utfall med intervensjonen. Det påvirket jordmødrenes tilnærming til utøvelsen, ved at de var mer avventende i lignende situasjoner ved senere anledninger. Men positive erfaringer med amniotomi påvirket i større grad utøvelsen enn enkelthendelsene med negativt utfall. Ifølge jordmødrene ble det ikke utført unødvendig mange skjønsmessige amniotomier, men vurderinger i forkant av amniotomi var i stor grad styrt av erfaringsbasert kunnskap. Det forekom ulike meninger om jordmorfaglig skjønn ble for mye vektlagt i vurderingen om å utføre amniotomi. Noen mente det kunne gå på bekostning av oppdatert kunnskap, mens andre så på det som en del av sin yrkesidentitet.

Det her [amniotomi] er jo jordmorhåndverk, kanskje på sitt beste, fordi ungen kom med bare den her lille intervensjonen – en amniotomi i rette tida, på riktig måte, på rett sted.

Erfaringer har påvirket og formet jordmødrenes praktisering og tilnærming til amniotomi. Noen bevarte en restriktiv praktisering gjennom karrieren, mens andre utviklet en mer liberal praksis med erfaring. Jordmorstudiet hadde formidlet et idealisert bilde av at amniotomi kun brukt på medisinsk indikasjon var god praksis. Mens i praksis fikk de inntrykk av at amniotomi var et “magisk trylletriks” som alltid ga fremgang. Som nyutdannet kjente jordmødrene på et behov for felles kjøreregler, i form av klare prosedyrer. De erfarte å ikke forstå kompleksiteten i vurderingene som en erfaren jordmor gjorde. Det var derfor vanskelig for nyutdannede å motsi erfarne jordmødre som viker fra retningslinjene. Med erfaring ble de tryggere på å bruke klinisk blick, tolke totalbildet og stole på sine egne vurderinger i forhold til amniotomi – jordmorfaglig skjønn fikk en sentral rolle, og prosedyrer ble mer veiledende. Det ble beskrevet som en naturlig personlig utvikling, og ikke at praktiseringen av amniotomi hadde endret seg.

Jeg tror at jeg var mer skeptisk til amniotomi som fersk jordmor, men med erfaring så tenker jeg at det er viktig å ha rett timing på amniotomien, men at det er viktig faktisk utføre det og ikke være så redd for å gjøre de [utenom retningslinjene].

3.3 Ulike syn på amniotomi

Amniotomi ble av jordmødrene ansett som et effektivt hjelpemiddel i fødselsprosessen, men med krav om rett indikasjon til rett tidspunkt. Indikasjonene baserte seg på jordmors holdning til tiltaket. De var lojale til amniotomi på medisinsk indikasjon, men kunne være uenig på legers forordning. Samtidig hadde jordmødrene en restriktiv holdning til amniotomi basert på deres respekt for den normale fysiologiske fødselsprosessen. Det var bedre at vannet gikk spontant, enn at de selv ble årsaken til problemet. Amniotomi burde ikke utøves i et normalt fødselsforløp, da det var fordeler for både mor og barn å bevare fostervannsposen intakt. Deriblant lot det barnet bevege seg fritt, og beskyttet barnet mot det harde bekkenet, deselerasjoner eller infeksjon. Frykten for alvorlige komplikasjoner og negative erfaringer med tiltaket påvirket jordmødrene til å inneha en mer restriktiv og kritisk holdning.

... å bevare fostersekken så lenge som det er mulig, for at det skal være mer skånsomt for barnet og for mor. For å fremme en normal fødsel og sånn at man ikke tar hullet for tidlig. Så er det jo mest risiko med å ta det vannet. Du kan jo få navlesnor som detter frem eller hvis du har et velametøst feste at du kommer borti blodkar hvis det er årer i hinnene. Ja. Du kan jo få en fødsel som går veldig fort noen ganger hvis du tar vannet, ja, sånn at det blir dårlig opplevelse for mor da...

Samtidig hadde jordmødrene en liberal holdning til amniotomi etter jordmorfaglig skjønn. Basert på tidligere positive erfaringer utførte jordmødrene amniotomi utenom retningslinjene da de anså nytteverdien større enn risikoen. De så på amniotomi som et godt verktøy i fødselsprosessen og begrunnet det med at vannavgang, uavhengig om det gikk spontant eller ved amniotomi, ville trigge fødselsstart eller få fremgangen i fødselen. Amniotomi kunne føre til at kvinnen fikk rier på nytt ved en risvekkelse, som følge av bedre trykk fra barnehodet på livmorhalsen når fostervannsposen forsvant. Amniotomi av den grunn var et foretrukket valg dersom andre ikke-medikamentelle tiltak som brystvortestimulering, vannlating, ernæring, dempet belysning og leieendring ikke ga effekt.

Som fødselsfremmende i en litt treig fødsel, så er amniotomi noen ganger, i alle fall i mitt hode, bedre enn å henge opp drypp. Det er noe kroppen kunne funnet på, og da er det enda fravær av medikamenter, og er du heldig så får du fremgang med økning av riene. Så amniotomi brukt på riktig indikasjon har jeg troen på, så du må liksom ikke bli fanatisk at vi ikke skal røre noen gang, noen ting.

Deltakerne erfarte og hadde inntrykk av at det var ulik aksept for å utføre amniotomi utenom retningslinjer ved ulike fødenivå. Egen praktisering og holdning til amniotomi ble også påvirket av kulturen blant jordmødrene. Det var en mer restriktiv holdning til amniotomi på fødestuer. Det fremkom likevel ulik holdning og praktisering innad i kulturen på fødestuene. Enkelte utførte aldri amniotomi ved risvekkelse, mens andre utøvde det som siste utvei før kvinnen måtte overflyttes til høyere fødenivå. Det var kontrast til jordmødrene som arbeidet på høyere fødenivå hvor amniotomi ble sett på som et lavterskeltiltak ved risvekkelse eller protrahert forløp. Erfaringer viste at de hadde en mer aktiv tilnærming til fødselsforløpene og forklarte det med at de hadde en høy andel risikofødende og tilgjengelig akuttberedskap. Jordmødrene mente derfor at det var naturlig å ikke være like skeptisk til amniotomi.

Veldig mye er gjenkjennbart fra sykehus til sykehus, som er på en måte sånn overordnet angitt fra retningslinjer og lokale prosedyrer, også litt lokale variasjoner ut ifra hva kulturen i avdelinga. Altså kulturen innad hos jordmødrene. Hva er det aksept for, hva er det ikke aksept for også videre.

4 Diskusjon

Diskusjonskapitlet er delt inn i metodediskusjon, resultatdiskusjon og implikasjoner for praksis. Metodediskusjonen vurderer studiens styrker og svakheter gjennom hele forskningsprosessen. Avslutningsvis blir studiens implikasjon for praksis og klinisk relevans diskutert.

4.1 Metodediskusjon

I denne delen av oppgaven vil vi vise refleksivitet - vilje og evne til å stille spørsmål ved egne metodiske valg i forskningsprosessen (Malterud, 2017). Det blir fremlagt sider ved forskningsprosessen som har begrenset eller svekket studiens validitet – gyldighet. Validiteten sier noe om hva metoden og materialet i studien gir anledning til å si noe om, og i hvilken rekkevidde og overførbarhet resultatene har (Malterud, 2017). Vi har sett på intern validitet - relevans, som ser på hva studien er sant om, eller kan si noe om. Vi har spurt oss selv om i hvilken grad valgt metode og referanserammen har vært egnet til å gi gyldige svar på de spørsmålene vi har stilt. Vi har også sett på ekstern validitet - overførbarheten, der vi så på sammenhenger våre funn kunne gjøres gjeldende utenfor den konteksten enn der vi kartla dem. Det ble gjort ved å gjennomgå forholdet mellom utvalget vi samlet datamateriale fra, hva vi søkte kunnskap om og rekkevidden våre funn på dette grunnlaget kan få (Malterud, 2017). Vi kunne ikke utelukke at vår begrenset kunnskap og erfaring med forskning har svekket studiens validitet - herunder både den interne og eksterne.

Studiens problemstilling var utgangspunktet for valgt metode og vitenskapsteoretisk perspektiv. Det skulle være en logisk forbindelse mellom problemstilling, teorier, metoder og data som førte frem til kunnskapen - en rød tråd (konsistens) gjennom studien (Malterud, 2017). Vi brukte den fenomenologiske reduksjonen for å kunne beskrive fenomenet fordomsfritt. Ved å samle data så åpent og fritt som mulig ønsket vi å styrke overførbarheten. Kvalitativ metode ble beskrevet som egnet metode for å beskrive erfaringer og ble valgt for å styrke intern validitet. Vi opplevde at metodevalg vårt var egnet for å studere jordmødrenes holdning til og erfaringer med amniotomi og at vi fikk frem nyanser og nye fortolkninger ved å gjøre om empiri til teori (Malterud, 2017).

Det ble brukt semistrukturerte individuelle intervju for innsamling av empiri. For å styrke studiens pålitelighet ble intervjuguiden utarbeidet på forhånd og pilotintervju gjennomført

(Malterud, 2017). I etterkant av pilottesten ble det gjort justeringer av ordbruk og tydeliggjøring av spørsmålene i intervjuguiden. Intervjuguiden sørget for å holde samtalen til forhåndsbestemte temaer. Vi var nødt til å informere deltakeren før intervjuet startet om at vi utelukket amniotomi som induksjonsmetode da samtlige tok dette opp. Valget baserte seg på å stryke relevansen ettersom vi ønsket å få svar på jordmødrenes erfaring med amniotomi (Malterud, 2017). Tema for hovedspørsmålene var knyttet til erfaringer og praktisering av amniotomi, samt holdninger til intervensjonen. Første spørsmål ga rom for fortolkning og åpnet opp for å få frem ulike erfaringer. Vi stilte neste hovedspørsmål og oppfølgingsspørsmål dersom informanten ikke kom inn på temaer som positive og negative erfaringer, holdning til amniotomi og vurderingsgrunnlag. Vi opplevde at enkelte svarte fritt og utdypende, mens andre holdt seg til spørsmålene (Malterud, 2017).

Kvalitative studier har ofte en datainnsamling av personlig karakter, og intervjuet mellom deltaker og forsker forutsetter gjensidig tillitt og respekt. En skeptisk deltaker kunne holdt tilbake informasjon som de trodde ble oppfattet som ufordelaktig (Malterud, 2017). Informantenes ærlighet kunne derfor ha begrenset eller svekket studiens interne validitet. Spørsmål rundt jordmors egne erfaringer med amniotomi under fødsel kunne blitt oppfattet som granskende og ubehagelige. Vi kunne derfor ikke utelukke at informantene kan ha følt at de ble dømt utfra hva de svarte, eller var påvirket av en redsel for å kunne bli gjenkjent av kollegaer (Kvale & Brinkmann, 2015). På en annen side fikk vi inntrykk av at informantene fant ro og fortrolighet gjennom intervjuet, som igjen ga oss et relevant og ærlig materiale. Det var også derfor det ble valgt individuelle intervju, slik at jordmødrene fikk tid og rom til å hente frem erfaringer og overveielser med trygghet og ettertanke. Informantene ville heller ikke kunne påvirke svarene til hverandre og på den måten få frem de ulike nyansene og perspektivene på amniotomi. En svakhet med utvalget var at det bestod av et par bekjente. Det kan ha påvirket studiens overførbarhet og relevans, da det ga rom for å velge informanter ut ifra hvem vi trodde kunne bidra med et rikt datamateriale. I tillegg kan vår tidligere relasjon gjort det vanskelig for informantene å avlegge ærlige svar (Malterud, 2017).

I utgangspunktet ønsket vi et strategisk utvalg for å kunne styrke resultatenes pålitelighet, men grunnet manglede respons ved rekruttering var vi nødt til å endre til et tilgjengelighetsutvalg (Malterud, 2017). En risiko ved endringen var at vi kunne få et homogent utvalg med entydige

svar som ikke representerte motsigelser og paradokser - som hadde svekket studiens pålitelighet grunnet risiko for raske slutninger (Malterud, 2017). Til tross for endringen, fikk vi en variasjonsbredde på bakgrunn av informantenes ansiennitet, ulike fødenivå og geografisk bredde i Norge. Det åpnet opp for å kunne få frem data med nyanser og ny kunnskap om det vi undersøkte (Malterud, 2017). Vi kunne ikke utelukke at det har påvirket ekstern validitet - overførbarhet av resultatene til andre jordmødre i Norge, fremfor et utvalg fra en spesifikk landsdel eller fødenivå. Samtidig vil ikke et begrenset utvalg representere norske jordmødre som populasjon og dermed svekket overførbarheten. Studien kunne likevel bidra til å belyse sider av problemstillingen. Ifølge Malterud kan data med høy informasjonsstyrke fra et lavt antall deltakere (fire-syv) være tilstrekkelig for å gi et rikt materiale. Metning ble ikke oppfylt ved bruk av utvalget bestående av syv informanter. Datamaterialet vårt kunne fortsatt tilføye ny kunnskap, men rekrutteringsutfordringer gjorde at vi tok et valg om å gå videre med det datamaterialet vi hadde fått. Det kan ha svekket informasjonsstyrken i datamaterialet vårt, og begrenset påliteligheten av studien. På en annen side opplevde vi at datamaterialet var variert og rikt (Malterud, 2017).

Det å kunne gjennomføre intervjuene gjennom Zoom så vi på som en stryke og en ulempe for validiteten. Ved bruk av digital plattform, Zoom, opplevde vi fleksibilitet med tidspunktet for når intervjuet kunne bli utført. Vi fikk også inntrykk av at det ble mindre tidkrevende for informantene å stille til intervju på denne måten. Informantene fikk selv velge intervjusituasjonen, de fleste hadde på kamera og satt hjemme i trygge omgivelser. Det ble sett på som en styrke at de hadde muligheten til å kunne være helt anonyme, men samtidig kunne de se våre reaksjoner og skape en trygghet for dem (Jacobsen, 2017). Det kunne også være med å skape gode rammer for historier og erfaringer fra de enkelte jordmødrene (Malterud, 2017). Et rikt datamateriale krever midlertidig at forskeren investerer tid og krefter for å etablere optimal nærhet. Ved å gjennomføre intervjuene over Zoom, påvirket vi etableringen av personlig relasjon og nærhet. Vi erfarte at enkelte ikke åpnet seg i like stor grad som andre. På en annen side erfarte vi at fysisk avstand mellom informant og forsker ikke påvirket informantenes svar, men heller var positivt for informantenes ærlighet. Som forsker var vi bevisst på å lytte med åpent et sinn, slik at vi kunne få rikt og relevant empirisk kunnskap til problemstillingen. Vi så i ettertid at vi burde vært mer nysgjerrig, presise og på den måten skapt mindre rom for misforståelser og dermed øke relevansen. En svakhet med studien var at vi ikke gjennomførte en dialogisk

validering, der vi underveis i intervjuet hadde undersøkt om vi hadde forstått informanten med spørsmål som «Har jeg forstått deg rett når du sier [...]» (Jacobsen, 2017; Malterud, 2017). Også våre praktiske ferdigheter og personlige vurderinger vil ha kunne svekket studiens validitet. Det å føre et intervju er ifølge Kvale and Brinkmann (2015) et håndverk. Med andre ord utvikles intervjuferdighetene gjennom å utføre samtlige intervju. Da vi aldri har ført et slikt intervju på masternivå, har det påvirket hele forskningsprosessen. Vi kunne derfor ikke utelukke at det har svekket studiens relevans og overførbarhet.

Ved bruk av lydopptak ble transkriberingsarbeidet enklere og mindre tidkrevende. Det ble enklere å fange opp ord og setninger som var utydelige. Samtidig vil vi ikke få en gyldig gjengivelse av det som har blitt sagt eller hørt - talespråket er ofte mer oppstykket enn skriftspråket. Ved å skulle transkribere tale til tekst kunne vi ikke utelukke at det har påvirket studiens validitet i forbindelse med gjengivelse av ord eller fordreininger av hendelsen (Malterud, 2017). Det gjorde oss bevisste på transkriberingen av lydopptakene. Vi valgte å samarbeide om transkriberingen og gikk gjennom lydopptakene gjentatte ganger for at det opprinnelige materialet skulle bli gjengitt rett, og for at jordmødrenes erfaring og meninger skulle bli formidlet og oppfattet mest mulig korrekt. Dette så vi som en styrke for påliteligheten av datamaterialet, samtidig som vi var bevisste på at gyldigheten kunne bli svekket dersom vi bare så på mekanisk forståelse av påliteligheten (Malterud, 2017). Å transkribere materialet selv kunne stryke validiteten av analysematerialet ettersom at vi var deltakere under intervjuet. Det gjorde det enklere å kunne oppklare uklarheter eller betydningsfulle momenter. Samtidig vil gjenopplevelsene av erfaringene fra datainnsamlingen kunne åpne nye aspekter eller gi oss indikasjon om at det ga lite informasjon (Malterud, 2017). Gjennom transkriberingen ble vi godt kjent med datamaterialet, som førte til ettertanke og var positivt for den videre analyseprosessen. Samtidig har vi stilt oss åpen for systematisk kritisk refleksjon under transkriberingen, for å oppdage mulige svakheter med datamaterialet. Datamaterialets kvalitet har blitt vurdert gjennom hele innsamlingsprosessen og det har blitt tatt stilling til om det var behov for å gjøre endringer undervegs. Vi opplevde at datamaterialet vårt var rikt og kunne belyse problemstillingen. Det styrker studiens overførbarhet og relevans i forhold til resultatene (Malterud, 2017).

Analysen ble gjort med systematisk tekstkondensering inspirert (STC) av Malterud (2017). Vi kunne ikke utelukke at vår forforståelse har påvirket intern og ekstern validitet, da vi er et

sentralt og medvirkende redskap i fortolkningsprosessen. Vår forforståelse kunne ha svekket studiens gyldighet ved å ha påvirket hvordan datamaterialet ble tolket og kunne ha hindret det empiriske materialets nye kunnskaper å komme frem. Under analyseprosessen kunne vår forforståelse fått for stor plass og påvirket de ulike trinnene i analysen, men vi forsøkte å være lojale i forhold til informantens utsagn (Malterud, 2017). Gyldighet ble vurdert med retekstualisering, som vil si å tilbakeføre funn til den sammenhengen de var hentet fra (Malterud, 2017). Vi undersøkte om våre funn hadde endret mening fra det opprinnelige datamaterialet under analyseprosessen. Sett i etterkant har vår forforståelse som jordmorstudenter vært positiv for å kunne forstå jordmødrenes praktisering og holdninger til amniotomi, sett fra et jordmorfaglig perspektiv. På en annen side kunne vi ikke utelukke at vi har tolket datamaterialet i jordmødrenes favør, eller oversett nyanser.

Gjennom formidling av forskningsprosessen og dens resultater kunne vi dele og utfordre kunnskapen som vi hadde utviklet, også kalt kommunikativ validitet (Malterud, 2017). Vi valgte å ikke skrive artikkel. Det påvirker gyldigheten som forskningen får, da det begrenset formidlingen av resultater til andre ved at forskningen ikke blir publisert i et tidsskrift. Resultatkapittelet skal formidle en passende blanding av gjenkjennelse og aha-opplevelser for å skape en troverdig ramme omkring ny innsikt. Pålitelighet i kvalitative forskningsstrategier styrkes ved å utnytte det mangfoldet som fenomenet man undersøker representerer, og vi erkjente at det finnes flere gyldige versjoner av kunnskapen (Malterud, 2017). Vi forsøkte å få frem ulike nyanser i datamaterialet, da kunnskap som i hovedsak stammer fra enkeltindivider og ikke slår røtter i hele datamaterialet vil begrense studiens overførbarhet. Relevansen av resultater blir svak dersom tilsvarende beskrivelser allerede er presentert av andre. Derfor har funn blitt vurdert mot foreliggende empiri og teori, og vi har stilt oss relevansspørsmålet - kan jordmødres erfaringer med amniotomi lære oss noe om jordmors erfaringer knyttet til andre medisinske intervensjoner i fødselsomsorgen? I en kvalitativ studie som dette var vi som forskerne aktiv deltaker i kunnskapsutviklingen. En styrke med studien var derfor at forskningsprosessen var tilgjengelig for innsyn og utfordring – at vi viste transparens i metodebeskrivelser. Det kunne styrke troverdighet til oss som forskere (Malterud, 2017).

4.2 Diskusjon av resultater

I dette kapittelet blir resultatene fra analysen drøftet opp mot studiens teoretiske rammeverk og tidligere forskning. Diskusjonen vil være sentrert rundt studiens problemstilling “*jordmødres holdning til og erfaringer med amniotomi under fødsel*”. Kapittelet er bygd opp etter resultatkategoriene. Vi vil drøfte om kunnskapsgrunnlag som ligger til grunn for valg av amniotomi er i tråd med kunnskapsbasert praksis, og om jordmors holdning til amniotomi kan beskrives ut ifra medisinsk eller sosial modell for fødselsomsorg. Hensikten med oppgaven var få innsikt i jordmødres erfaringer og praktisering av amniotomi under fødsel, samt deres holdning til tiltaket.

4.2.1 Jordmors faglige trygghet

Veileder i fødselshjelp av Norsk gynekologisk forening, anbefaler amniotomi som et tiltak ved langsom fremgang, men rutinemessig bruk frarådes (Rossen et al., 2020). Veilederen har til hensikt å sikre en omforent kunnskapsbasert fødselshjelp og er rettet mot både jordmødre og gynekologer (Kringen, 2021). Jordmødre i studien vår anerkjente retningslinjene de var underlagt og vektla dem i stor grad i beslutningen om amniotomi. Om retningslinjene var lokale eller basert på den nasjonale veilederen kom ikke klart frem i intervjuene. Sett i sammenheng med målsetningen til *Et trygt fødetilbud* om å arbeide kunnskapsbasert, vil retningslinjene være et ledd mot kunnskapsbasert praktisering av jordmorfaget (Helsedirektoratet, 2010).

Retningslinjene for amniotomi (Rossen et al., 2020) er basert på forskningsbasert kunnskap - som er vitenskapelig dokumentert kunnskap (Nortvedt et al., 2012). Dette kan underbygges av en islandsk studie som viser at retningslinjene kan øke den evidensbaserte praktiseringen og dermed styrke kunnskapsbasert praktisering av jordmorfaget (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Dette styrkes med en tidligere studie av Mahran et al. (2007) som hevder at retningslinjer kan forbedre kvaliteten på omsorgen ved å redusere upassende variasjoner og redusere rettsaker om feilbehandling. Jordmødrene i studien vår anså amniotomi som et nyttig verktøy ved langsom fremgang. Utover at de syntes amniotomi var et nyttig verktøy, tok de opp at det ga faglig trygghet å kunne støtte seg på retningslinjene ved beslutning om å gjøre amniotomi, uten at det fremkom en bevisst begrunnelse for at det var faglig begrunnet. Samtidig kan retningslinjene ses i sammenheng med en medikaliserte tilnærming ettersom det er basert på at kvinnen og barnet

kan være potensielt i fare (Teijlingen, 2017). Parallelt er det ønskelig at norsk fødselsomsorg skal være demedikalisert (Helsedirektoratet, 2010).

Amniotomi blir ifølge Veilederen i fødselshjelp anbefalt ved langsom fremgang, men rutinemessig bruk i et normalt fødselsforløp frarådes (Rossen et al., 2020). Dette er noe ulikt fra retningslinjene til NICE, som viser til at amniotomi bør vurderes ved mistanke om langsom fremgang hos alle kvinner med intakte hinner i åpningsfasen (National Institute for Health and Care Excellence, 2014). Jordmødrene i vår studie utførte amniotomi ved langsom fremgang i tråd med retningslinjene, samtidig kunne de avvike fra prosedyren dersom de anså det som hensiktsmessig, eller det var mistanke om langsom fremgang. Det kan tyde på at jordmødrene praktiserte en kombinasjon av de to anbefalingene. En praktisering av amniotomi etter Veileder i fødselshjelp sin anbefaling, er i tråd med en Cochrane-studie som ikke anbefaler rutinemessig amniotomi som en del av standard fødselsomsorg og pleie, da det er usikkerhet knyttet til effekten av tiltaket (Smyth et al., 2013). Sett i sammenheng med en tidligere studie, ses det flere faktorer som påvirker jordmorens kliniske beslutning. Faktorer som jordmødrenes holdninger til fødselsfysiologien, hennes syn på kvinnesentret omsorg, brukermedvirkning og samarbeid mellom jordmødre og leger (Daemers, van Limbeek, Wijnen, Nieuwenhuijze, & de Vries, 2017).

Det fremkom i studien vår at jordmødrene i enkelte situasjoner ikke alltid var enig med retningslinjene, da de så på intervensjonen som unødvendig. Det kunne være tilfeller der de hadde god utvendig fosterlydregistrering, men hvor intern registrering ble forordnet og medførte en indirekte amniotomi. Hunter og Sergott (2008) er skeptisk til at kliniske retningslinjer og protokoller og ikke alltid er nyttig, da de mener at de ulike aspektene av jordmors arbeid ikke blir vurdert. Ifølge Halldorsdottir og Karlsdottir (2011) bør det legges større vekt på jordmorfaglig omsorg og visdom, mellommenneskelig kompetanse og personlig og faglig utvikling enn det som er under retningslinjer. De erkjenner de ulike komplekse utfordringene jordmødrene møter og vektlegger den profesjonelle jordmors visdom (sammenvevd av erfaringer og kunnskap), teoretisk kunnskap, ferdigheter og teknikker for å møte kvinnen i ulike situasjoner. Jordmødrene i vår studie påpekte at medisinsk indikasjon ikke alltid er lik god praktisering. Sett i et annet perspektiv vil retningslinjene kunne øke kvaliteten på helsetjenestene, men begrense klinisk frihet og innovasjon hos jordmoren (Mahran et al., 2007; Larsson, Aldegarmann, & Aarts, 2009). Å følge retningslinjene er av Mahran et al. (2007) blitt beskrevet som en defensiv praktisering

for å slippe personlig ansvar for egen praksis. Det kan belyse funn fra vår studie der jordmødrene fortalte at det var vanskelig å vike fra prosedyren, selv om den bare skulle være veiledende. En tidligere studie viste at retningslinjer påvirket jordmorens faglige autoritet og at deres rolle ble begrenset (Larsson et al., 2009). At jordmødrene i studien vår kunne avvike fra retningslinjene, kan også ses i lys av funn fra norsk fødselspraksis gjengitt i en fagartikkel av Evenstad, Larsen, and Gravningen (2020). De viser til at faglige retningslinjer som helsepersonell i fødeavdelingen ikke opplevde som velbegrunnede, logiske eller relevante for egen praksis, utgjorde mulige barrierer mot etterlevelse. Barrierer kunne også oppstå hvis retningslinjene ikke samsvarte med egne kliniske erfaringer og følelser eller avdelingens fagtradisjoner og verdier.

Av intervjuene i vår studie fremkom det at jordmødrene ofte gikk til kollegaer og rådførte seg ved usikkerhet rundt retningslinjene, i stedet for å gå direkte til retningslinjene. En slik praksis er sammenlignbar med funn fra en norsk studie (Svarthaug, 2012) som viste at spesialsykepleiere hadde en positiv holdning til kunnskapsbasert praksis og til å bruke evidensbasert kunnskap, men at de foretrakk egne og kollegaers erfaringer. Årsaken til dette ble begrunnet med at de ikke hadde nødvendig kunnskap og instrumentelle ferdigheter til å finne og vurdere forskningsbasert kunnskap. I vår studie ble samarbeid i form av rådføring med kollegaer ansett både som en påvirkende faktor og en trygghet i beslutningen om å utføre amniotomi for jordmødrene. Tilsvarende praksis er kjent fra andre studier. En gresk studie fra 2020 viste at en vanlig kilde for informasjon blant jordmødre i klinisk praksis var å spørre kollegaer (Ladopoulos et al., 2020). Evenstad et al. (2020) viste til at norske jordmødre ofte rådførte seg med erfaren kollega om faglige problemstillinger og vurderte beslutning basert på kollegaens erfaring, tillit og logikk, men utfordringen var at tilnærmingen kunne medføre avvik fra retningslinjer dersom kollegaen ikke var faglig oppdatert. På en annen side kan rådføring med erfarne kollegaer, bidra positivt til uformelle fagdiskusjoner som kan styrke etterlevelsen av retningslinjer (Evenstad et al., 2020). Et slikt dilemma ble belyst i vår studie med synspunkter på at man heller burde benytte seg av veilederen fremfor kollegaer. Jordmødrene i Evenstad et al. (2020) sin studie ønsket å bli involvert gjennom aktiv dialog om retningslinjer, praktiske øvelser og tilbakemelding på egen praksis. Dette var også et ønske fra jordmødrene i vår studie for å kunne holde seg faglig oppdatert til enhver tid. En slik tilnærming er i tråd med kunnskapsbasert praksis, der forskningsbasert kunnskap kan sikre bruk av effektive tiltak og tjenester med større

sannsynlighet for å oppfylle kvalitetskravene i helsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2005; Nortvedt et al., 2012).

Et annet funn i vår studie var at jordmødrene i noen situasjoner måtte utføre amniotomi på legens forordning. Tilsvarende funn ble gjort i studien av Ingvarsson et al (2020), der jordmødrene fortalte at leger noen ganger var involvert i beslutningsprosessen for amniotomi. Jordmødrene i studien beskrev positive opplevelser av samarbeidet, der beslutninger ble diskutert. På en annen side kunne de være uenig i legens beslutninger. Det samsvarer med resultater fra studien vår, som viste at samarbeidet mellom lege og jordmor kunne bli utfordret i tilfeller hvor jordmoren kunne være uenig med amniotomi på legers forordning. Jordmødrene uttrykte at de syntes det var vanskelig og motsi legen på bakgrunn av risikofødsler. Det kan ses i lys av andre studier. I en studie mente legene at de var mest kompetente til å ta endelige avgjørelser. En slik maktubalanse kunne hemme jordmødres og legers evne til å samarbeide med hverandre (Kruske, Young, Jenkinson, & Catchlove, 2013). En motsetning til dette ble beskrevet i en annen studie, der jordmødrene rapporterte at deres profesjonelle rolle i fødselsomsorgen var blitt nedgradert til fordel for andre fagpersoner, men at de hadde en bedre dialog og samarbeid med legene enn tidligere (Larsson et al., 2009). Det gjenspeiler seg i våre funn der jordmødrene fortalte om at de ofte rådførte seg med lege ved usikkerhet rundt beslutningen om å utføre amniotomi. De erfarte også at det ga økt trygghet rundt egne vurderinger. På en annen side kan det stilles spørsmål om legens vurderinger og holdning til amniotomi er farget av en medikalisert tankegang som tvinger jordmor inn i en medikalisert tilnærming til fødsel (Teijlingen, 2017). Sett i lys av studien av Larsson et al. (2009) opplevde jordmødrene at deres kliniske erfaring ble mindre verdsatt på grunn av økt bruk av medisinsk teknologi og organisatoriske endringer – som ga følelsen av tap av kontroll. Likevel opplevde de en sterk yrkesidentitet på bakgrunn av selvtillit og lang erfaring og tok ansvar for egne beslutninger. Jordmødrene i vår studie understreket også at det var jordmors selvstendige beslutning å gjøre amniotomi i et normalt fødselsforløp. På bakgrunn a dette kan vi stille spørsmål om *Veileder i fødselshjelp* (Kruske et al., 2013) har bidratt til tydeligere ansvarsfordeling mellom jordmor og lege – der jordmor skal være kompetent nok til å selvstendig kunne hjelpe den fødende under normal fødsel, men samtidig assistere lege ved kompliserte fødsler (Helsedirektoratet, 2010). Vi kan ikke utelukke at det medvirker til at jordmor kan jobbe demedikalisert i henhold til *Et trygt fødetilbud* (Helsedirektoratet, 2010)

Jordmødrene i vår studie ønsket å inkludere kvinnene i beslutningen om å gjøre amniotomi, men kjente på faglig ansvar for barnet i magen. Å respektere kvinners rett til å nekte medisinsk behandling kan være vanskelig hvis helsepersonell føler juridisk ansvarlige for utfallet av kvinnens avgjørelse (Kruske et. al, 2013). Brukermedvirkningen er en del av den kunnskapsbaserte praksisen og kan være vanskelig å imøtekomme på grunn av det faglige ansvaret til jordmoren (Helsepersonelloven, 1999; Nortvedt et al., 2012). Dette er noe som også ses i en australsk studie som viste at helsepersonell føler på et juridisk eller moralsk ansvar overfor fosteret og på bakgrunn av det blir kvinnens behov overstyrt til det beste for fosteret (Kruske et al., 2013). Eksempelvis ved avvikende eller patologisk CTG ville jordmødrene i studien vår utført amniotomi uavhengig av samtykke fra mor. Sett i lys av den medisinske modellen vil jordmoren inneha en risikotankegang på fødsel, og på bakgrunn av det vil enhver kvinne være i potensielt fare (Teijlingen, 2017). Jordmødrene i studien vår hadde en høy terskel for å avvike, dersom det var en medisinsk indikasjon for å utøve amniotomi. Dette vil motstride det som står «I et trygt fødetilbud» hvor det fødselsmorsmorgen bør være demedikalisert (Helsedirektoratet, 2010).

Funn i studien vår viste at jordmødrene erfarte at kvinnene ikke hadde god nok kunnskap om kompleksiteten i vurderingene i forkant av amniotomi. Samtidig kan det stilles spørsmål om det forventes at kvinnen skal ha god nok forkunnskaper om amniotomi før fødselen. Manglende kunnskaper om amniotomi kan speile manglende kommunikasjon og informasjon mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten for å sikre kvalitet og et helhetlig forløp når det gjelder pasienters rett til medvirkning og informasjon (Helsedirektoratet, 2010). Ifølge *Et trygt fødetilbud* er det anbefalt at svangerskapsomsorgen vektlegger informasjon som gjør kvinner i stand til å ta informerte beslutninger. Det samsvarer med Pasient- og brukerrettighetsloven som viser til at helsepersonell sørge for god nok informasjon til at kvinnen kan gi informert samtykke om den behandlingen som gis (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Det kan støttes av en norsk studie som viste at kvinner har et behov om å bli anerkjent som en aktiv deltaker under egen fødsel, og at det er et behov for følelse av trygghet, kontroll og myndiggjøring (Ånestad, Mellomstrand, & Bø, 2019). Det er også i tråd med *Et trygt fødetilbud* om at kvinnen skal få tilpasset informasjon og medvirke i egen behandling (Helsedirektoratet, 2010; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Uavhengig av kontekst opplevde jordmødrene i vår studie at kvinnene hadde tillitt til at jordmoren tok rett avgjørelse. En svensk studie har vist at dagens fødekviner er generelt mer opplyste og kunnskapsrike. Den økte kunnskapen hos kvinnen og hennes partner har vært med og påvirket deres tillitt til den normale fødselsprosessen, men har også påvirket jordmoren til å ha en risikoholdning til fødselen (Larsson et al., 2009). Sett i sammenheng med økt medikalisering i samfunnet, kan det ikke utelukkes at kvinnens syn på fødsel blir påvirket (Bryers & van Teijlingen, 2010; Skogheim & Lundgren, 2021). Halldorsdottir and Karlsdottir (2011) hevder at jordmoren er i en unik posisjon til å forsterke fødselsomsorgen, men at de står ovenfor en kompleks oppgave med å kombinere profesjonell kompetanse og omsorg til en helhetlig dimensjon. Den nåværende bevegelsen mot kvinnesentret jordmoromsorg skaper endringer for den praktiserende jordmor. Ut fra den sosial medisinske modellen kan det tyde på at samfunnet går mot en risikotenking som også påvirker jordmorens tilnærming til fødsel (Newnham, 2001).

4.2.2 Utøvelse av jordmorfaglig skjønn

Jordmorfaglig skjønn kan beskrives som profesjonell visdom der kunnskap erverves gjennom å praktisere (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Dåvøy (2005) har i sin masteroppgave i en helsefaglig kontekst beskrevet faglig skjønn som en viktig del av handlingskompetansen. Jordmødrene i vår studie utførte amniotomi utenom retningslinjene - basert på jordmorfaglig skjønn. Jordmødrene kalte det et jordmorhåndverk til sluttvis hjelp i fødselen. Skjønnen i studien vår ble beskrevet som en måte å gjøre individuelle vurderinger ut ifra den situasjonen man stod i, med grunnlag i faglig kunnskap og tidligere positive og negative erfaringer. Tilsvarende praksis er beskrevet studie der jordmødrene brukte sine jordmorkunnskaper til å forsøke å forutsi effekt av amniotomi og tillot positive og negative erfaringer med amniotomi påvirke beslutningen om å utføre tiltaket eller ikke. (Ingvarsson et al., 2020). Lignende funn fremkom i en annen studie, som viste at jordmødrenes erfaring hadde en viktig og sentral rolle i kliniske beslutninger. Erfaringene ga jordmødrene kunnskap som gjorde det lettere å gjenkjenne situasjoner, de ble mer sikre i avgjørelser og kunne påvirke kliniske beslutninger. Negative erfaringer resulterte i en mer defensiv tilnærming i møte med lignende situasjoner. Intuisjon og magefølelsen av at noe var galt, kombinert med faglig ekspertise, gjorde dem i stand til å vurdere subtile symptomer og ta grep før situasjonen utviklet seg til et mer alvorlig forløp (Daemers et al., 2017). Dette samsvarer med funn fra studien vår, der negative erfaringer med amniotomi kunne påvirke jordmødrene til

å være mer tilbakeholden i lignede situasjoner. Det jordmorfaglige skjønnet er med på å styrke jordmors integritet i utøvelsen av sin jordmorpraksis (Daemers et al., 2017).

Det kom frem i studien vår at jordmødrene brukte skjønn til å møte den individuelle kvinnens behov. Nortvedt et al. (2012) hevder kunnskap som er ervervet gjennom praksis er nødvendig i kunnskapsbasert praksis for å kunne finne, vurdere og bruke forskningsbasert kunnskap i lys av egen erfaring i møte med den individuelle pasienten. Erfaringsbasert praksis har derfor en sentral rolle i kunnskapsbasert praksis, samtidig skal helsepersonell kunne anvende ulike kunnskapskilder i praksis, samt kjenne til kildens styrker og svakheter (Folkehelseinstituttet, u.d). Jordmødrene i vår studie anså nytteverdien av skjønnsmessige amniotomi større enn mulige kjente komplikasjoner. Sett fra Austgard (2010) sitt perspektiv så skal ulike kunnskapsområder ikke oppfattes som konkurrerende, men utfyllende. Hun viser til at skjønnets epistemiske side er forankret i sykepleiens ulike kunnskapsområder og de erfaringer sykepleier gjør i møte med pasientene i praksis. Selve fortolkningsprosessen er den aktive siden av skjønnet. Kunnskap om skjønnet kan på en metaforisk måte beskrives som «bruen» mellom den kunnskap praktikerer har og den nye kunnskap som erverves i konkrete situasjoner. Hennes beskrivelse av bruen kan samsvarer med funn som fremkom i vår studie om at jordmorfaglig skjønn ble utviklet gjennom erfaring. Tilsvarende sammenheng fant Dávøy (2005) ved at skjønn utvikles parallelt med erfaring, mens for nyutdannede vil den teoretiske kunnskapen og prosedyrene være et godt anker, da deres handlingskompetanse er lav (Dávøy, 2005). Det fremkom også i vår studie at nyutdannede jordmødrene ikke utøvde skjønn i like stor grad som de erfarne. Ifølge Halldorsdottir og Karlsdottir (2011) vil jordmorens utvikling, både personlig og faglig være en forutsetning for profesjonalitet. Profesjonell visdom blir betegnet som samspillet mellom kunnskap og erfaring. Videre ses det i studien vår at jordmødrenes tilnærming til amniotomi endres seg gjennom deres karriere og ble beskrevet som en naturlig personlig utvikling. Det kan ses en sammenheng med at refleksjon, både på egenhånd og med kollegaer er sentralt for kunnskapsutvikling (Berg, Asta Ólafsdóttir, & Lundgren, 2012). I tråd med kvalitetskravet vil det å arbeide kunnskapsbasert og profesjonelt kan jordmor ivareta en trygg jordmorpraksis i alle miljøer og kulturer (Den norske jordmorforening [Dnj], 2005; Helsedirektoratet, 2010).

Det kan stilles spørsmål om å gå utenom retningslinjene kan forsvares ut ifra kunnskapsgrunnlaget. Jordmødrene i vår studie utførte amniotomi utenom retningslinjene basert på det de omtalte som «gråsonindikasjoner». Det var indikasjoner som ikke samsvarte med retningslinje. Basert på deres uttalelse kan det tyde på at de erkjenner at de praktiserer amniotomi utenom retningslinjene til tross for at retningslinjene er basert på forskningsbasert kunnskap. Parallelt har en norsk klinisk audit synliggjort et overforbruk av amniotomi, upresis terminologi blant jordmødrene og mangel på faglig begrunnelse for utøvelsen av amniotomi (Øvrebust & Horgen, 2018). En kan derfor stille spørsmål om erfaringsbasert kunnskap ikke er anerkjent og forsket nok på, da funn fra vår studie og Øvrebust and Horgen (2018) viser til at det praktiseres amniotomi utenom retningslinjene. Sett i forhold til en norsk studie ble det faglige skjønnet ansett som en del av handlingskompetansen og kunne i enkelte situasjoner være livreddende (Dåvøy, 2005). Jordmødrene i studien vår omtalte deres skjønsmessige vurderinger som et jordmorhåndverk og begrunnet det med omsorg ovenfor kvinnen - ofte sluttvis i fødselen som en human aktivitet. Sett i lys av Page (2003) sin studie, vektla hun viktigheten med et godt forhold mellom jordmor og kvinnen for å unngå fragmentert og ufokusert omsorg. Videre viste studien til Mahran et al. (2007) at det er et behov for å tilpasse og individualisere retningslinjene basert på arbeidsmiljøet og personalet synspunkter fremfor en rigid praktisering. Samtidig opplevde enkelte jordmødre i studien vår at skjønnet noen ganger fikk for stor plass. Det kan ses i lys av en studie som viste til at jordmødrene kunne være kritiske til kollegaers tilnærming til amniotomi da amniotomi uten indikasjoner kunne medføre negativ innblanding av den naturlige fødselsfysiologien og medføre unødvendig stress (Ingvarsson et al., 2020). Det kom også frem i studien til Daemers et al. (2017) som viste til at det eksiterer en variasjon i hvilken grad jordmødrene fulgte retningslinje. Å avvike fra retningslinjene er ikke i tråd kunnskapsbasert praksis, da forskningsbasert kunnskap skal inkluderes (Nortvedt et al., 2012). Ifølge Halldorsdottir and Karlsdottir (2011) er profesjonell omsorg nært relatert til kunnskap, kompetanse og visdom, som jordmor erverver gjennom utdanning, erfaring og partnerskap med kvinnen. Det kan ses i sammenheng med Daemers et al. (2017) som mente at kunnskapsbasert praksis består av flere faktorer enn jordmorens utdanning, erfaring og intuisjon som spiller en viktig rolle i de kliniske beslutningene. De mente at kliniske beslutninger også blir påvirket av jordmors holdning til fødselsfysiologien og samarbeid med fødekvinne.

4.2.3 Ulike syn på amniotomi

Jordmødrene i studien vår hadde en restriktiv holdning til amniotomi i fødsel med respekt for den normale fødselsfysiologien. Det kan ses i sammenheng med en sosial modell, der svangerskap og fødsel blir sett på som en fysiologisk hendelse som normalt ikke vil behøve medisinske intervensjoner. Det er i tråd med *Et trygt fødetilbud* (Helsedirektoratet, 2010) og Verdens helseorganisasjon (WHO, 2018) som viser til at jordmødre bør ha en demedikalisert holdning til fødsel og intervenere kun der det anses nødvendig. Intervensjoner under fødselen skal ikke utføres uten medisinsk indikasjon, eller der forskning ikke viser en signifikant fordel ved å utføre intervensjonen (Oladapo et al., 2018). På en annen side anså jordmødrene i studien vår amniotomi som en del av den naturlige fødselsfysiologien og som et foretrukket tiltak fremfor medikamenter. Dette er i overensstemmelse med tidligere studier fra Ingvarsson et. al (2020), der enkelte jordmødre mente at amniotomi var en mer naturlig intervensjon til å fremme fysiologiske prosesser enn medikamentell stimulering, selv om det regnes som en intervensjon. I vår studie ble vannavgang, uavhengig av om det gikk spontant eller ved amniotomi, ansett som en måte å trigge fødselsstart eller fremdriften i fødselen. Funnene i vår studie kan tyde på at jordmødrene opplevde at de hadde en demedikalisert holdning, som er i kontrast til medisinsk modell, da amniotomi regnes som en medisinsk intervensjon (Helgesen & Cooper, 2022; Teijlingen, 2017). En tidligere studie mente jordmødre er sosialisert og underkastet inn i den medisinske tilnærmingen på fødsel (Newnham, 2001). Forklart ut ifra sosial og medisinsk modell for fødsel, vil hvilket perspektiv jordmødrene har på fødsel påvirke valg av løsninger som blir valgt eller søkt etter. På den andre siden fokuserer Teijlingen (2017) på at den medisinske modellen har en individuell behandling for individuelle pasienter. Jordmødrene i vår studie hadde en liberal holdning til amniotomi etter jordmorfaglig skjønn. Sett i sammenheng med Hoop-Bender et al. (2014) bør det være en kombinasjon av sosial og medisinsk modell. På den måten kan man sikre rask og effektiv hjelp, men samtidig støtte fysiologiske prosesser og unngå intervensjoner uten indikasjon. Det vil også være i tråd med *Et trygt fødetilbud* (Helsedirektoratet, 2010).

Amniotomi ble i studien vår sett på som et nyttig verktøy for å fremme den fysiologiske fødselsprosessen. Dette kan underbygges med tidligere studie der jordmødrene ønsket å fremme, beskytte og støtte den fysiologiske fødselsprosessen (Ingvarsson et al., 2020). Dette synet på fødsel er i tråd med *Et trygt fødetilbud* - der det er ønskelig med en demedikalisert holdning

(Helsedirektoratet, 2010). Jordmødrene i studien vår utførte andre ikke-medikamentelle tiltak som brystvorte stimulering, vannlatning, dempet belysning, ernæring, og leieendringer som første tiltak ved risvekkelse. Dette samsvarer med en tidligere studie der jordmødrene uttrykte at det er viktig å beskytte og fremme den naturlige fødselsfysiologien gjennom naturlige intervensjoner (Daemers et al., 2017). Denne tilnærmingen til fødsel kan ses i sammenheng med sosiale modell, beskrevet av Teijlingen (2017), der fødselen blir ansett som en fysiologisk hendelse. Samtidig kom det frem i studien til Daemers et al. (2017) at jordmødrene erfarte at det oppstod dilemmaer til å kunne følge den fysiologiske fødselsprosessen på bakgrunn av ulike holdninger.

I vår studie erfarte jordmødrene ulik holdning og aksept til å utføre amniotomi utenom retningslinjer på forskjellige fødeinstitusjoner. Dette er også noe som ses på verdensbasis - en stor variasjon i indikasjoner for praktiseringen av amniotomi mellom land og mellom sykehus i samme land (WHO, 2014). Hunter (2004) hevder at det eksisterer forskjellige arbeidsmiljø med ulike verdier og perspektiver på ulike fødeinstitusjoner. Et av hovedfunnene i artikkelen var at jordmødre som arbeidet på sykehus hadde en universal og medikalisert tilnærming til omsorgen, mens jordmødre som arbeidet i kommunen var mer i stand til å støtte en individualisert, naturlig modell for fødsel som reflekterte en «kvinnesentret»-ideologi. Dette samsvarer med funnene i vår studie der jordmødre på fødestuen hadde en mer demedikalisert holdning til amniotomi. Det kan ses i sammenheng med seleksjonskriteriene til hvem som kan føde på fødestue da det i utgangspunktet ikke være behov for medisinske tiltak. Dersom det skjer skal kvinnen overflyttes til et høyere fødenivå (Helsedirektoratet, 2010). Samtidig ses det i studien vår at det er forskjellige terskler basert på tilgjengelighet til et større sykehus og jordmødrenes kliniske skjønn og erfaring. Parallelt ses det også en økt sentralisering i Norge som både motvirker den kvinnesentrerte modellen og en økt medikalisering av fødselsomsorgen (Skogheim & Lundgren, 2021). Dette støttes av en tidligere studie, som fremhever at medisinsk teknologi har påvirket jordmødres behov for kontroll og overvåkning i redsel for kunne havne i en rettsak (Larsson et al., 2009). Noe som også samsvarer med *Et trygt fødetilbud* der jordmor skal utøve forsvarlig fødselshjelp. Det innebærer at jordmor skal opptre faglig forsvarlig og herunder ha faglig kompetanse og at avdelingen har forsvarlige rutiner (Helsedirektoratet, 2010). Det kan ikke utelukke at det påvirker jordmødrenes tilnærming til amniotomi eller kvinnens syn på fødsel. Jordmødrene i studien vår mente at man ikke skulle være så redde for å utføre amniotomi.

Samtidig så hevder Berg et al. (2012) at jordmor ikke kan inneha en full naturlig holdning til fødsel uten å ha kunnskap om kompliserte tilstander. Det kan gi jordmor trygghet i yrkesrollen til å kunne veilede kvinnen gjennom en naturlig fødselsprosess.

4.3 Konsekvenser for praksis

Under arbeidet med denne studien har det meldt seg flere aktuelle spørsmål innenfor jordmorfagets forskningsfelt. Deriblant har det dukket opp spørsmål om jordmødres erfaringer med amniotomi kan lære oss noe om erfaringer knyttet til andre medisinske intervensjoner i fødselsomsorgen. Vi tar høyde for at denne studien ikke representerer fødselsomsorgen i Norge, men vi har fått innsikt i bruk av amniotomi. Det synes å være en negativ holdning til bruk av faglig skjønn utenom retningslinjer og at det å følge retningslinjer blir assosiert med god praktisering. Erfaringsbasert kunnskap blir lagt frem i litteraturen som en sentral faktor for å kunne jobbe kunnskapsbasert. På en annen side viste studien vår at amniotomi i større grad ble utført før medisinsk indikasjon ved bruk av faglig skjønn. Det er ikke i tråd med *Et trygt fødetilbud* (Helsedirektoratet, 2010) som vektlegger en demedikalisert fødselsomsorg med så få intervensjoner som mulig. Samtidig kjenner vi ikke til forskning som viser at utøvelse av amniotomi i slutfødsel har økt risiko for komplikasjoner. Det hadde derfor vært interessant å forske mer på bruk av faglig skjønn i sammenheng med intervensjoner i fødsel. Vil faglig skjønn brukt på riktig tidspunkt ha betydning for utfallet av fødselen? Vi håper studien kan bidra til økt refleksjon rundt egen og andres praktisering av amniotomi, men også med overførbarhet rundt refleksjoner av andre intervensjoner. Kanskje kan studien bidra med økt bevissthet rundt hvilke kunnskapskilder som vektlegges i vurderingene som jordmor gjør i forkant av et tiltak.

5 Konklusjon og avslutning

I denne masteroppgaven har vi presentert vårt arbeid med å få innsikt i jordmødres erfaringer og praktisering av amniotomi under fødsel, samt deres holdning til tiltaket. I dette siste kapittelet vil våre hovedfunn presenteres som besvarer problemstillingen vår «Jordmødres holdning til og erfaring med bruk av amniotomi under fødsel». Det ble det gjennomført kvalitativ semistrukturert intervju med syv informanter for å svare på problemstillingen.

Funn i studien vår viste til at det er flere sentrale faktorer som påvirker jordmødrenes beslutning om å utføre amniotomi. Retningslinjer, jordmorfaglig skjønn og ulik aksept var påvirkende faktorer til å utføre amniotomi. Retningslinjene ble ansett som førende ved utøvelse av amniotomi og er tuftet på forskningsbasert kunnskap. Jordmødrene opplevde en konflikt med å imøtekomme brukermedvirkning da de kjente på et faglig ansvar for fødselen. Noe som ikke gjenspeiler seg i den kunnskapsbaserte praktiseringen. Sett fra et medikalisert perspektiv vil etterlevelse av retningslinjene være en medikalisert tilnærming ettersom det er basert på at kvinnen og barnet kan være potensiell i fare. I tillegg kan en streng etterlevelse av retningslinjene gjøre det vanskelig for jordmødrene å kunne arbeide i tråd med en demedikalisert tilnærming til fødsel. Det ble utført amniotomi basert på «gråsonindikasjoner» utenom retningslinjene med bakgrunn i jordmorfaglig skjønn. Jordmorfaglig skjønn kunne ses i sammenheng med erfaringsbasert kunnskap og er et ledd i kunnskapsbasert praktisering, men alene står det svakt med utgangspunkt i god evidens. Samtidig ses en nytteverdi av å anerkjenne jordmorfaglig skjønn da kunnskap også erverves og utvikles gjennom praksis. En kan heller ikke utelukke faren ved å ikke praktisere etter evidensbasert kunnskap. Det skaper en diskusjon om den kunnskapsbaserte praktiseringen og retningslinjene bør videre diskuteres opp mot det jordmorfaglige skjønnet, da det utøves i stor grad.

Overordnet kan det ses en sammenheng med Norges fødselsomsorg hvor sentralisering er sentral i fødselsomsorgen (Skogheim & Lundgren, 2021). Det kan ikke utelukkes at det påvirker jordmødrenes syn på fødsel. Funn viste at jordmødrene hadde både en restriktiv og liberal holdning til amniotomi, og det kom frem at det var ulik aksept for å utføre amniotomi både innad i kulturen blant jordmødrene og på fødenivået der de arbeidet. Det medførte også til at

jordmødrene fikk en holdning som kan beskrives som en blanding av sosial og medisinsk modell - som blir ansett som best egnet modell for fødselsomsorg for å ivareta fødekvinnen.

Under arbeidet med denne masteroppgaven har det kommet frem nye problemstillinger som hadde vært interessant og fulgt opp, men som falt utenfor rammen av prosjektet. Deriblant kunne det vært interessant å se på hva jordmoren legger i faglig skjønn, både dens positive og negative sider, samt om amniotomi sluttvis har en evidens.

Referanseliste

- Austgard, K. I. (2010). Profesjonalitet og faglig skjønn. *Sykepleien forskning*, 65-65. doi:10.4220/sykepleief.2010
- Baily, J. (2014). The placenta. I Y. Marshall & M. Raynor (Red.), *Myles Textbook for Midwives* (16.utg utg., s. 101-110). Edinburg: Churchill Livingstone Elsevier.
- Berg, M., Ólafsdóttir, Ó. A., & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings. *Sex Reprod Healthc*, 3(2), 79-87. doi:10.1016/j.srhc.2012.03.001
- Bricker, L., & Luckas, M. (2000). Amniotomy alone for induction of labour. *Cochrane library*, 2012(8). doi:10.1002/14651858.CD002862
- Bryers, H. M. & van Teijlingen, E. (2010). Risk, theory, social and medical models: A critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery*, 26(5), 488-496. doi:10.1016/j.midw.2010.07.003
- Church, S. & Barnfather, T. (2017). Rythmic variations of labour. I S. Macdonald & G. Johnson (Red.), *Mayers' midwifery* (15 utg.): Elsevier.
- Christoffersen, L. & Johannessen, A. (2012). *Forskningsmetode for lærerutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Daemers, D. O. A., van Limbeek, E. B. M., Wijnen, H. A. A., Nieuwenhuijze, M. J., & de Vries, R. G. (2017). Factors influencing the clinical decision-making of midwives: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 345. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1511-5>
- Den Norske Jordmorforening. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre: Hentet fra <https://www.jordmorforeningen.no/politikk/etikk>
- Dåvøy, G. A. M. (2005). Faglig skjønn på operasjonsavdelingen : en kvalitativ studie av operasjonssykepleieres bruk og utvikling av det faglige skjønn. (Masteroppgave). Retrieved from <https://bora.uib.no>
- Evenstad, B., Larsen, L. S. & Gravningen, K. (2020). Barrierer mot etterlevelse av retningslinjer for helsepersonell i sykehus. *Sykepleien forskning*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2020.82573>
- Folkehelseinstituttet. (u.d). Kunnskapsbasert praksis. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Forskningsetikkloven. (2017). Lov om organisering av forskningsetisk arbeid. (LOV-2017-04-28-23). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>
- Halldorsdottir, S. & Karlsdottir, 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. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x>
- Harman, C. R. (2008). Amniotic Fluid Abnormalities. *Seminars in Perinatology*, 32(4), 288-294. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2008.04.012>
- Helgesen, J. E. & Cooper, C. G. (2022, 3.januar). Intervensjon. Hentet fra <https://snl.no/intervensjon>
- Helsedirektoratet. (2010). Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødeselsomsorgen (IS-1877). Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/produkter/_/attachment/inline/13edf7e-77e-47bb-89d6-

- faa94bf80e28:809189312f88f05db5207d671c1f34f38adbc7cd/Et%20trygt%20fødetilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20fødselsomsorgen%20–%20Veileder.pdf
- Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hoope-Bender, P. t., Bernis, L. d., Campbell, J., Downe, S., Fauveau, V., Fogstad, H., . . . Lerberghe, W. V. (2014). Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *The Lancet*, 384, 1226-1235. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60930-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60930-2)
- Hunter, B. (2004). Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery*, 20(3), 261-272. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2003.12.004>
- Hunter, B. & Segrott, J. (2008). Re-mapping client journeys and professional identities: A review of the literature on clinical pathways. *Int J Nurs Stud*, 45(4), 608-625. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.04.001>
- Ingvarsson, S., Schildmeijer, K. & Oscarsson, M. (2020). Swedish midwives' experiences and views of amniotomy: An interview study. *Midwifery*, 91(102840). <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102840>
- Jacobsen, D. I. (2017). *Forståelse, beskrivelse og forklaring* (2. utg.). Oslo: Høyskoleforlaget
- Kringen, S. (2021, 1. februar). Svært populær veileder i fødselshjelp. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2021/02/aktuelt-i-foreningen/svaert-populaer-veileder-i-fodsels-hjelp>
- Kruske, S., Young, K., Jenkinson, B. & Catchlove, A. (2013). Maternity care providers' perceptions of women's autonomy and the law. *BMC Pregnancy Childbirth*, 13(1), 84. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-84>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kåss, E. (2020, 6. august). Indikasjon. Hentet fra <https://sml.snl.no/indikasjon>
- Ladopoulou, A., Charos, D., Maniattelli, E., Plassara, I., Giaxi, P. & Vivilaki, V. G. (2020). A survey for the readiness of Greek midwives of the adoption of evidence-based practice (EBP). *European Journal of Midwifery*, 4(11), 1-9. <https://doi.org/10.18332/ejm/128270>
- Larsson, M., Aldegarmann, U. & Aarts, C. (2009). Professional role and identity in a changing society: Three paradoxes in Swedish midwives' experiences. *Midwifery*, 25(4), 373-381. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.009>
- Mahran, M. A., Paine, M., & Ewies, A. A. A. (2007). Maternity guidelines: Aid or hindrance? *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 27(8), 774-780. [doi:https://doi.org/10.1080/01443610701667353](https://doi.org/10.1080/01443610701667353)
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). Intrapartum care for healthy women and babies (NICE guideline CG190) Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations?fbclid=IwAR0FzBueTFPanQybgEHk7cD0Q9QW7cWPPQZDLUe83kPJ03OKe1tNnSslweg#first-stage-of-labour>
- Newnham, L. (2001). The midwife's role: Challenges and changes in the post-medical movement towards woman-centred midwifery care. *The Australian Journal of Midwifery*, 14(4), 12-15. [https://doi.org/10.1016/S1445-4386\(01\)80005-7](https://doi.org/10.1016/S1445-4386(01)80005-7)

- Norsk Senter for Forskningsdata. (u.å). Lag en datahåndteringsplan. Hentet fra <https://www.nsd.no/lag-en-datahandteringsplan>
- Norsk Senter for Forskningsdata. (u.å). Informasjon til deltakerne. Hentet fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/sjekkliste-for-informasjon-til-deltakerne/>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Cappelen damm akademisk.
- Oladapo, O. T., Tunçalp, Ö., Bonet, M., Lawrie, T. A., Portela, A., Downe, S., & Gülmezoglu, A. M. (2018). WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and wellbeing. *BJOG (British Journal of Obstetrics and Gynaecology)*, 125(8), 918-922. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15237>
- Page, L. (2003). One-to-one Midwifery: Restoring the "with Woman" Relationship in Midwifery. *Journal of Midwifery and Womens Health*, 48(2), 119-125. [https://doi.org/10.1016/S1526-9523\(02\)00425-7](https://doi.org/10.1016/S1526-9523(02)00425-7)
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Personopplysningsloven. (2018). Lov om behandling om personopplysninger (LOV-2018-06-15-38). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Rossen, J., Eggebø, T. M., Ellingsen, L., Bernitz, S. & Røe, K. (2020). Stimulering av rier. Norsk gynekologisk forening Veileder i fødselshjelp. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk\+0forening/veiledere/veileder-i-fodsels-hjelp/stimulering-av-rier/>
- Salvesen, K. Å. (2017). Placenta, navlesnor og fostervann. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsomrode* (2. utg., s. 353). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Skogheim, G. & Lundgren, I. (2021). Forbedringspotensial i den norske fødselsomsorgen. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 17(1). <https://doi.org/10.7557/14.5444>
- Smyth, R. M. D., Markham, C. & Dowswell, T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006167.pub4>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). ...Og bedre skal det bli! *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/de-seks-dimensjonene-for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjekkpunkter-i-forbedringsarbeidet/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf/_attachment/inline/985d47ad-c5cc-47e4-8e4d-2d3ae1a05bbe:cdbc34628eed68ec59098b3a2f41e0f8a28a44ee/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf
- Svarthaug, L. A. (2012). Kunnskapsbasert praksis blant anestesisykepleiere i et norsk helseforetak. (Masteroppgave). Hentet fra <https://ntnuopen.ntnu.no/>
- Van Teijlingen, E. R. (2017). The medical and social model of childbirth. *Kontakt*, 19(2), s. 81-82. <https://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2017.03.001>

- UiT Norges arktiske universitet. (u.å). Rutiner for helseforskning – Helsefak og UNN. Hentet fra <https://uit.no/forskningsrutiner/helsefak>
- UiT Norges arktiske universitet. (2010, 10. november). Informert samtykke. Hentet fra https://uit.no/forskningsrutiner/helsefak/rutine?p_document_id=666652
- UiT Norges arktiske universitet. (2013, 20. desember). Kategorisering av forskning og kvalitetssikring. Hentet fra https://uit.no/forskningsrutiner/helsefak/rutine?p_document_id=666430
- UiT Norges arktiske universitet. (2016, 6. september). Anonymisering eller sletting av forskningsdata. Hentet fra https://uit.no/forskningsrutiner/helsefak/rutine?p_document_id=666728
- UiT Norges arktiske universitet. (2020a, 6. juni). Behandling og oppbevaring av aktive forskningsdata ved Helsefak. Hentet fra https://uit.no/forskningsrutiner/helsefak/rutine?p_document_id=666653
- UiT Norges arktiske universitet. (2020b, 20. oktober). Retningslinjer for personvern i forsknings- og studentprosjekt. Hentet fra https://uit.no/forskningsrutiner/helsefak/rutine?p_document_id=666435
- Universitetet i Oslo. (2019). Samtykke til datainnsamling i TSD med nettskjema Hentet fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/innhenting-av-samtykke.html>
- Universitetet i Oslo. (2021). Nettskjema- diktafon-appen. Hentet fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- Vadivelu, M., Rathore, S., Benjamin, S. J., Abraham, A., Belavendra, A., & Mathews, J. E. (2017). Randomized controlled trial of the effect of amniotomy on the duration of spontaneous labor. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 138(2), 152-157. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12203>
- World Health Organization (2014). *WHO recommendations for augmentation of labour*. Hentet fra https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112825/9789241507363_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Hentet fra <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>
- World Medical Association. (2018). WMA declaration of Helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects. Hentet fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Worthley, M., Kelsberg, G., Safranek, S. & Neher, J. (2018). Q / Does amniotomy shorten spontaneous labor or improve outcomes? *The Journal of family practice*, 67(12), 787-788. Hentet fra <https://www.mdedge.com/familymedicine/article/189859/womens-health/does-amniotomy-shorten-spontaneous-labor-or-improve>
- Øvrebust, F., & Bettum, H. (2018). *Jordmorfaglig audit om amniotomi* (Masteroppgave, Høgskulen på Vestlandet). Hentet fra <https://hvlopen.brage.unit.no>
- Ånestad, G. M., Mellomstrand, M. O., & Bø, R. (2019). *Førstegangsfødendes perspektiv på hva som bør endres ved omsorgen de mottok under fødsel*. (Masteroppgave, Høgskulen på Vestlandet). Hentet fra <https://hvlopen.brage.unit.no>

Vedlegg 1

Intervjuguide

Dato:

Informantnummer:

Introduksjon:

Takk for at du har satt av deg tid til å kunne delta og dele dine erfaringer.

Informasjon om formålet til studien:

Hensikten med studien er å få innsikt i jordmødres erfaring med amniotomi under fødsel. Minne informantene om at det ikke skal komme frem spesifikke hendelser/situasjoner som kan identifisere enkeltpersoner eller deg selv.

Informasjon om varighet av intervjuet (ca. 30-60 min, avhengig av hvor mye informanten har å si) og lydtest.

Det vil bli gjort muntlig samtykkeerklæring på lydbånd i egen fil før intervjuet. *“Jeg, navn, har mottatt skriftlig informasjon om prosjektet «Jordmors erfaring med amniotomi under fødsel» og er villig til å delta i studien.”*

Hovedspørsmål

Hvor gammel er du?

Hvor lenge har du jobbet som jordmor, og hvor mange år i fødselsomsorgen?

Hvor jobber du? (kvinneklinikk, lokalsykehus eller fødestue)

Kan du fortelle om dine erfaringer med amniotomi?

- Kan du beskrive nærmere
- Har du noen positive erfaringer med amniotomi?
- Har du noen negative erfaringer med amniotomi?

I hvilke situasjoner praktiserer du amniotomi?

- Hvorfor utfører du amniotomi i denne situasjonen?
- Kan du si noe om hvem som tar beslutningen om å gjøre amniotomi?
 - o Hva er din rolle?
 - o Kan du si noe om kvinnens rolle? /medvirkning/medbestemmelse
- Hvordan synes du praktiseringen av amniotomi har utviklet seg i løpet av din karriere?
 - o Hva har endret seg?
 - o Kan du si noe om hva du tror er årsaken til det?
 - o Har du endret din praksis omkring amniotomi?

Hvilke tanker har du om amniotomi?

- Hvilke retningslinjer har dere på din avdeling?
 - o Hvordan opplever du at de fungerer i praksis?
 - o Hva er dine tanker rundt retningslinjene?
- Hvilke erfaringer har du med retningslinjene i praksis?
 - (Følger du retningslinjene?)
 - (Går du utenom retningslinjene?)

Har du noe annet å tilføye eller om det er noe du tenker er nødvendig å ta opp før vi evt. runder av?

Hjelpespørsmål

- Kan du si noe mer om det
- Hva mener du med det
- Forstår jeg deg riktig, når du sier ...
- Kan du beskrive dette nærmere?

Du nevner at ..., kan du beskrive hvordan ...?



Vedlegg 2

Informasjonsskriv

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

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 digitalt intervju av jordmødre.

Tema for masteroppgaven er jordmors erfaringer med amniotomi i fødselsomsorgen.

Hensikten med studien er å få innsikt i jordmødres erfaring med amniotomi under fødsel.

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 med amniotomi. Kriteriet er at du er jordmor som arbeider/har arbeidet klinisk på fødestue/fødeavdeling i Norge som utfører amniotomi det siste året. Det er ingen krav til hvor mange år du har jobbet som jordmor.

Fem til ti jordmødre vil bli inkludert i studien og vil bli intervjuet hver for seg. I forkant av intervjuet har vi utarbeidet en intervjuguide med noen forhåndsbestemte spørsmål, men det kan også stilles spørsmål utenom intervjuguiden for å gå i dybden på bestemte områder. Det gjøres også notater underveis. Intervjuet vil ta om lag 45-60 minutter og gjennomføres på zoom.

Intervjuet tas opp med godkjent diktafon-app på mobiltelefon tilhørende nettskjema. Nettskjema er en web-applikasjon for datainnsamling som er utviklet og driftet av Universitetet i Oslo, og brukes av Universitets- og høyskolesektoren. Lydfilen vil kun være tilgjengelig for oss studenter og veileder, og lagres sikkert i nettskjema. Under prosjektet vil lydfilene bli skrevet om til tekst (transkribert) til bruk i analysearbeidet og behandles konfidensielt. Transkriberte data behandles konfidensielt og lagres og bearbeides alltid fra UiTs server på vårt personlige lagringsområde Office 365 OneDrive/SharePoint, som veileder også har tilgang på. OneDrive/SharePoint med to-faktor autentisering fungerer som et sikkert lagringssted. To-faktorautentisering betyr at i

tillegg til brukernavn/passord, kreves det en tilleggsfaktor for å godkjenne pålogging til materialet. Materialet lagres aldri på privat maskin eller lokal disk

Det transkriberte materialet er anonymisert og slettes etter bestått oppgave eller dersom aktuelt, etter en publisering av vitenskapelig artikkel. Lydfil av intervju og samtykke oppbevares i nettskjema.no og slettes etter 6 måneder. Det er frivillig å delta i studien, og du samtykker muntlig til å delta i intervju. Du har rett til å korrigere eller trekke ditt samtykke og få slettet opplysninger så lenge du er identifiserbar i materialet (muntlig samtykke, lydfil intervju). Etter innlevert masteroppgaven innen sletting av lydfil og samtykke, kan data ikke slettes eller korrigeres. Som deltaker har du rett til innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert, å få rettet og slettet personopplysninger, å få utlevert en kopi av personopplysninger, og mulighet til å sende klage til Personvernombudet UiT eller datatilsynet om behandling av personopplysninger.

Studien er fremlagt for Norsk senter for forskningsdata (NSD). Utover din stemme i lydopptaket, holdes øvrige opplysninger anonymiserte. Under intervjuet vil det ikke bli stilt spørsmål eller transkribert svar som gjør at du som informant kan gjenkjennes; for eksempel navn, alder, arbeidssted eller andre identifiserende opplysninger. Det er kun vi som studenter som kjenner din identitet. For å overholde taushetsplikten, skal det ikke komme frem spesifikke historier eller situasjoner som omhandler pasienter.

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 oppgaven publiseres og bli tilgjengelig for andre på Munin, som er en samling av masteroppgaver i helsefag på internett.

Ønsker du å delta eller har spørsmål angående studien, kan du kontakte: *student [Anna Matzow](mailto:ama241@uit.no), 41378111, ama241@uit.no eller student Yvonne Løseth 46432260, ylo002@uit.no*

Daglig ansvarlig for prosjektet er veileder ved UiT Norges arktiske universitet er:

[Førsteamanuensis, Solrunn Hansen, 99271762, \[solrunn.hansen@uit.no\]\(mailto:solrunn.hansen@uit.no\)](mailto:solrunn.hansen@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

Med vennlig hilsen

Yvonne Løseth og Anna Matzow

Jordmorstuderenter ved UiT Norges Arktiske Universitet

Vedlegg 3

Samtykkeerklæring

Opptas muntlig i egen lydfil på nettskjema.no diktafon

“Jeg, navn, har mottatt skriftlig informasjon om prosjektet «Jordmors erfaring med amniotomi under fødsel» og er villig til å delta i studien.

Vedlegg 4

Vurdering fra NSD

Referansenummer: 209516

Prosjekttittel: Jordmors erfaring med amniotomi i fødsel

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat): Solrunn Hansen, Solrunn.hansen@uit.no, tlf: 99271762

Type prosjekt: Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student: Anna Matzow, ama241@uit.no, tlf: 41378111

Prosjektperiode: 13.09.2021 - 30.11.2022

Vurdering (1)

21.09.2021 - 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 16.09.2021, 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 30.11.2022.

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. **TAUSHETSPLIKT** Siden utvalget har taushetsplikt er det svært viktig at intervjuene gjennomføres på en slik måte at taushetsplikten overholdes. Intervjuer og informanter har

sammen ansvar for dette, og bør innledningsvis i intervjuene drøfte hvordan dette skal håndteres. Vi minner om at informantene dine ikke kan gi opplysninger som kan identifisere en enkelt pasient eller pårørende, direkte eller indirekte. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksomme på at identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates og at dere er forsiktige ved å bruke eksempler under intervjuene.

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). 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 type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-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 5

Datahåndteringsplan

Jordmors erfaring med amniotomi i fødsel

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å studere hvordan jordmødre forholder seg til bruken av amniotomi i fødsel og hvilke holdninger de har til det. Oppsummert forskning i en Cochrane-review viser at Amniotomi blir hyppig brukt i fødselsomsorgen for å stimulere til mer effektive rier, og på den måten korte ned fødselsforløpet (Smyth et al., 2013). Forskning viser at risiko for alvorlige komplikasjoner kan være større enn gevinst av intervensjonen. Det finnes lite forskning som retter seg mot jordmødres erfaring med amniotomi og hvorfor det er så utbredt i fødselsomsorgen. Med hensyn til at amniotomi som regel utføres av jordmor, anser vi studien med bevisstgjøring rundt temaet å ha jordmorfaglig relevans.

Fagområder: Medisinske fag

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

Prosjektvarighet: 09.08.2021 — 30.11.2022

Formål

Hensikten med oppgaven er å studere hvilke erfaringer jordmødre har med bruk av amniotomi i fødsel og hvilke holdninger de har til det. Vi ønsker å få innsikt i om jordmor praktiserer amniotomi kun på indikasjon, eller om det også utføres i andre situasjoner. Dette for å vurdere om valget for utførelse av amniotomi er i tråd med kunnskapsbasert praksis, som innebærer systematisk innhenting av kunnskap basert på forskning, erfaring og brukermedvirkning. Vi vil også undersøke om jordmødrene har en demedikalisert eller medikalisert holdning til intervensjonen. Ved å inneha en kritisk holdning til medikalisering og systematisk innhente kunnskap, kan vi bevare en demedikalisert og kunnskapsbasert fødselsomsorg. Forskning viser at risiko for alvorlige komplikasjoner som følge av amniotomi kan være større enn gevinst av intervensjonen. Amniotomi utføres ofte av jordmor og anses som en jordmorfaglig oppgave. En svensk studie fra 2020 undersøkte jordmors erfaringer med amniotomi og deres syn på det. Studien viste at jordmødrene hadde ulik erfaring med intervensjonen. Enkelte så på det som en enkel og vanlig prosedyre, mens andre hadde opplevd intervensjonen som kompleks og uforutsigbar (Ingvarsson, 2020). Det finnes lite forskning som retter seg mot jordmødres erfaring med amniotomi og hvorfor det er så utbredt i fødselsomsorgen i Norge. Dette springer ut i problemstillingen «Jordmødres erfaring med bruk av amniotomi under fødsel». Forskningsspørsmålene stiller spørsmål om jordmødre bruker kunnskapsbasert praksis ved begrunnelse av amniotomi, og om han/hun har en demedikalisert/medikalisert holdning til det. Det kan belyses gjennom datainnsamlingen i form av et intervju med åpne spørsmål om jordmors forhold til bruken av amniotomi.

Nytteverdi

Dataene kan ha nytte for andre jordmorstudenter og jordmødre, både nasjonalt og internasjonalt, ved å bevisstgjøre hva som ligger til grunn for at det blir valgt å utføre amniotomi. Det blir stilt spørsmål om jordmødre i dag har en demedikalisert eller medikalisert holdning til intervensjonen, og om de jobber kunnskapsbasert.

Etiske retningslinjer

- Helsinkideklarasjonen
- Helseforskningsloven
- Generelle forskningsetiske retningslinjer
- Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt

Datatype: Intervju, Lyd

Språk: Norsk

Data om personer: Ja

Er det noen andre grunner til at dataene dine trenger ekstra beskyttelse? Nei

Kategorier av personopplysninger: Almennelige

Utvalgets størrelse: 10

Innsamlingsperiode: 01.10.2021— 31.12.2021

Innsamlingsenheter: UiO Nettskjema

Datakvalitet

Utstyr som skal brukes under intervju vil kontrolleres i forkant ved pilottest av intervjuguide. Under selve intervjuet vil det bli brukt to uavhengige diktafoner for å sikre at intervjuet blir tatt opp. Det blir brukt intervjuguide som er utformet i forkant av intervjuet og pilottestet for å sikre at spørsmål omhandler tema og at svarene vil kunne belyse problemstillingen. Transkribering av lydfiler gjøres av to studenter. Det vil bli brukt systematisk tekstkondensering (STC) for å analysere data.

Metode: Intervju, Transkripsjon, Opptak

Beskrivelse

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.

Fremgangsmåte for sikker kryptering og datalagring. Sletting av materiale

Utstyr: Lydfilen lagres i nettskjema.no - diktafon ved UIO Kun studenten har tilgang på lydfilen Lydfil gjennom nettskjema UIO. 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. Transkribert materiell lagres og behandles alltid fra UiTs server, OneDrive/SharePoint 365, som veileder også har tilgang på. OneDrive 365 med to-faktor autentisering fungerer som et sikkert lagringssted. To faktorautentiseringer 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 brukes Microsoft Authenticator. 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. Lydfil av intervju og muntlig samtykke slettes av Nettskjema 6 måneder etter siste opptak. Transkribert materiale slettes etter bestått oppgave innen november 2022 eller senere ved en eventuell publisering av en vitenskapelig artikkel. Studenten bekrefter på e-post til veileder 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 5-10 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. Oppbevaring av lydfil, 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/deltagers 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. 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) kan kontaktes av informanten ved spørsmål om rettigheter.

Størrelse: 100 MB

Format: Docx

Programvare: Transkribert materiale behandles i Microsoft Word.

Kommentar

Intervju og muntlig samtykke tas opp via diktafon Nettskjema ved UiO og lagres ved USITS server (ekstern databehandler). Ingen filoverføring fra Nettskjema. Materialet transkriberes fra nettskjema.no og lagres og bearbeides ut fra personlig lagringssted ved UiTs server, Office OneDrive/SharePoint med to-faktor autentisering og 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 Microsoft Authenticator. Materialet lagres aldri på privat maskin eller lokal disk.

Arkivering: Nei

