



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskaplige fakultet/Institutt for helse- og omsorgsfag

Jordmødres erfaringer med ivaretagelse av lavrisikofødende på kvinneklinikk –

En grounded theory-studie

Av Siv Haavorsen og Sofie Koi

Masteroppgave i Jordmorfag JMO 3008 mars 2023

Veileder: Ingvild Aune

Antall ord: 15 034

Forord

Bak denne studien ligger en lang og lærerik prosess som til tider har vært krevende. Vi gikk inn i prosjektet med stor interesse for temaet. Jordmødrenes fortellinger om sin hverdag har engasjert oss, og gitt oss viktige perspektiver på hvordan jordmor kan bidra til å ivareta lavrisikofødende på kvinneklinikk.

Vi vil først og fremst rette en stor takk til hver og en av de flotte jordmødrene som tok seg tid til å dele sine erfaringer. Uten dem hadde ikke denne studien vært mulig å gjennomføre.

Tusen takk til vår flinke veileder, dosent Ingvild Aune, for å ha delt sin kunnskap, gitt gode råd og viktige innspill. Din yrkeserfaring som både jordmor og forsker har vært lærerikt og behjelpelig for studien vår.

Vi ønsker også å takke medstudenter Nina Waaler og Sigrid Bjørkan Bø som har gitt oss tilbakemeldinger på arbeidet vårt, og spesielt takk til læreropponent Ingela Lundgren for verdifulle innspill. Tusen takk til Sofie sin samboer Lasse og deres små barn for tålmodigheten. Sist, men ikke minst, takk til våre familier for støtte i denne prosessen.

Sammendrag

Tittel: Jordmødres erfaringer med ivaretagelse av lavrisikofødende på kvinneklinikk.

Hensikt: Økt forståelse for jordmødres erfaringer med ivaretagelse av lavrisikofødende på kvinneklinikk.

Problemstilling: *Hvilke erfaringer har jordmor med ivaretagelse av lavrisikofødende på kvinneklinikk, der lav- og høyrisikofødende er på samme avdeling?*

Metode: Kvalitativ metode. Grounded Theory. Individuelle semistrukturerte intervju med ni jordmødre fra forskjellige kvinneklinikker i Norge.

Resultater: Ut fra vår analyse fremkom det tre kategorier. Den første kategorien gir beskrivelser som påpeker at lavrisikofødende blir nedprioritert på grunn av et høyt antall fødende uten tilstrekkelig bemanning. Ivaretagelse av mange arbeidsoppgaver samtidig, går trolig på bekostning av individuelle behov, noe som fører til mindre tilstedeværelse hos den enkelte fødekvinne. Den andre kategorien omhandler ivaretagelsen av lavrisikofødende begrenses av involvering av leger i fødselsforløpet, og hvordan jordmødrene følte på en mindre ansvarsrolle for ivaretagelsen av lavrisikofødende. Dette påvirker deres følelse av egen jordmorautonomi. Den tredje kategorien beskriver hvordan lavrisikofødende er mer utsatt for intervensjoner dersom legene involverer seg i fødselsforløpet, og en risikostyrt tilnærming preger jordmors valg og holdninger i fødsel. Jordmødrene føler også på et behov for å ta i bruk medisinsk teknisk utstyr for å dokumentere og sikre seg for å ha gjort nok. Alle faktorene bidrar til at lavrisikofødende kan få lik oppfølging som høyrisikofødende på kvinneklinikk.

Konklusjon: Jordmors mulighet til å ivareta lavrisikofødende ble utfordret ved å ha både lavrisiko- og høyrisikofødende i samme avdeling. For at jordmødre skal kunne ivareta lavrisikofødende på kvinneklinikk har de behov for å ta i bruk jordmorfaglige kunnskaper og stole på sine egne jordmorferdigheter. I tillegg er de avhengig av å ha et godt samarbeid tverrfaglig for å føle seg støttet. Ved at avdelingskulturen fremmer og stoler på normalitet uten unødvendige medisinske intervensjoner, opplever jordmor at hun er i stand til å ta autonome valg basert på egne vurderinger og kvinnens ønsker.

Nøkkelord: Jordmødre, lavrisikofødende, kvinneklinikk, Grounded Theory, normal fødsel.

Abstract

Topic: Midwife's experiences with caring for low-risk births in obstetric led units.

Intention: The purpose of this study is to increase the understanding of midwives' experiences with caring for low-risk births in obstetric led units.

Research question: *Which experiences do midwives have with caring for low-risk births in an obstetric unit, where low- and high-risk births are in the same ward?*

Method: Qualitative study. Grounded Theory. Individual semi-structured interviews with nine midwives from different obstetric-led units in Norway.

Results: After the analysis of the results, three categories were identified. The first category describes how the organization of obstetric units and short staffing led to a high number of prioritized tasks for the midwives. To handle the high workload the low-risk women were deprioritized. The second category consists of midwives experienced a minor extent role of caring for low-risk women, which affected their midwife autonomy. The third category describes the involvement of doctors and easy access of medical and technical equipment made low-risk births more likely to be intervened. The worst-case thinking also challenged midwives' perception of the need to intervene. All the factors could contribute to low-risk women receiving a similar treatment as the high-risk women.

Conclusion: The midwives ability to take care of low-risk women were challenged by having both low-risk and high-risk in the same labor ward. Midwives depend on using their midwifery knowledge and trust their skills to take care of low-risk births. They need good cross-disciplinary collaboration to be supported. They also depend on a culture that promotes normality without the use of unnecessary intervention. This makes the midwife able to make autonomous choices based on individual assessments and the woman's wishes.

Key words: Midwife, low-risk birth, obstetric led units, Grounded Theory, normal birth.

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	3
Abstract	4
1 Innledning	1
1.1 <i>Bakgrunn</i>	1
1.2 <i>Organisering av fødselsomsorgen</i>	2
1.3 <i>Retningslinjer for fødselsomsorgen</i>	3
1.4 <i>Medikalisering av fødselsomsorgen</i>	4
1.5 <i>Tidligere forskning</i>	4
1.5.1 <i>Lavrisikofødende i ulike omstendigheter</i>	4
1.5.2 <i>Faktorer som hindrer og tilrettelegger for normal fødsel</i>	5
1.6 <i>Hensikt og problemstilling</i>	7
2 Teoretisk rammeverk	8
3 Metode	10
3.1 <i>Kvalitativ metode</i>	10
3.2 <i>Grounded Theory</i>	10
3.3 <i>Vitenskapsteoretisk perspektiv</i>	11
3.4 <i>Rekruttering av informanter, utvalg og utvalgskriterier</i>	12
3.4.1 <i>Praktisk gjennomføring av intervjuene</i>	12
3.5 <i>Analyseprosessen</i>	14
3.6 <i>Etiske overveielser</i>	15
3.7 <i>Forforståelse</i>	16
4 Resultater	18
4.1 <i>Kjernekategori</i>	19
4.2 <i>Hoved og underkategorier</i>	19
4.2.1 <i>Hoved kategori 1: Høy arbeidsbelastning</i>	19
4.2.2 <i>Hovedkategori 2: Jordmorautonomien utfordres</i>	22
4.2.3 <i>Hovedkategori 3: Verste fallstenking</i>	25

5	Drøfting av funn	28
5.1	<i>Jordmors autonomi i et tverrprofesjonelt samarbeid</i>	28
5.2	<i>Balansen mellom lav bemanning, organisering, prioritering og arbeidsbelastning</i>	30
5.3	<i>Risikobasert tilnærming</i>	33
5.4	<i>Metodediskusjon</i>	37
5.4.1	<i>Fit, understandable, general og control</i>	38
6	Konklusjon	42
6.1	<i>Implikasjoner for praksis og videre forskning</i>	42
	Referanseliste	44
	Vedlegg 1	54
	Vedlegg 2	55
	Vedlegg 3	56
	Vedlegg 4	57
	Vedlegg 5	59
	Vedlegg 6	61
	Vedlegg 7	64
	Vedlegg 8	67
	 Figur 1. A Midwifery model of women-centered childbirth care.	8
	Figur 2. Analysemetode for Grounded Theory.	14
	Figur 3. Analyseprosessen; Åpen koding, aksial koding og selektiv koding.....	18

1 Innledning

I løpet av jordmorstudiet har vi vært gjennom to praksisperioder på ulike kvinneklinikker og fødeavdelinger i Norge. I praksisperiodene har det vært fokus på å opprettholde lavrisikoforløp, og vi har erfart at jordmødre har ulike tilnærminger til dette. Interessen for temaet er stort, og vi er nysgjerrige på hvordan jordmødre rundt om i landet erfarer å ivareta lavrisikofødende på kvinneklinikker. I tillegg foregår det en stor debatt i Norge i aktuell tid om nedleggelse av fødestuer og hvordan sentralisering påvirker lavrisikofødende. WHO (1998) beskriver at fødselsomsorgen skal fremme det normale, og det bør unngås unødvendig bruk av teknologi og rutineintervensjoner. Derimot viser en gjennomgang av forskning en økt medikalisering av fødselsomsorgen i høyinntektsland (Miller et al., 2016). Internasjonale retningslinjer påpeker at å føde på jordmorstyrte enheter gir flest fordeler (NICE, 2014; WHO, 2018), men dette er ikke et reelt valg for alle lavrisikofødende i Norge på grunn av et begrenset antall jordmorstyrte enheter. Det er dermed aktuelt å sette søkelyset på hvordan jordmødre erfarer å ivareta lavrisikofødende på kvinneklinikker i Norge.

1.1 Bakgrunn

Jordmoryrket har en lang tradisjon innenfor fødselsomsorgen, og i historisk sammenheng har jordmødre i Europa hatt et stort ansvar for fødselen (Willett, 1981). På 1600-1700 tallet ble fødselsomsorgen en del av medisinvitenskapen, som har fokus på komplikasjoner og risikofaktorer (Romlid, 1998). En normal fødsel ble ansett som en alminnelig livserfaring til å bli en medisinsk hendelse (David-Floyd, 2001; Downe et al., 2019). Det har med andre ord skjedd et paradigmeskifte for jordmors arbeid over tid. Jordmødre ble utdannet og kontrollert av leger. Likevel ble erfaringsbasert kunnskap relatert til normale fødsler formidlet fra generasjon til generasjon av jordmødre (David-Floyd, 2001; Polyani & Smith, 1983).

Intervensjoner eller medisinsk behandling blir utført med hensikt om å forbedre helsen til mor og barn (Romano & Lothian, 2008), men aktuell tid er det større risiko for overbehandling enn underbehandling av pasienter i vestlige land. Intervensjoner kan være livreddende og helsefremmende, men dersom det blir brukt rutinemessig eller uhensiktsmessig kan dette føre til unødvendige komplikasjoner (Miller, et al., 2016). Medikamenter brukt for stimulering av rier og induksjon, kan øke sannsynligheten for livmorruptur, perineale rifter og analsfinkterskade (Rygh et al., 2014; Vogel et al., 2013).

I løpet av de siste tiårene har fødselsomsorgen i Norge blitt preget av sentralisering, og antall jordmorstyrte fødestuer har blitt redusert fra 60 til fem de siste 50 årene. De fleste gravide i Norge føder nå ved kvinneklinikker (Helsedirektoratet, 2020). I 2001 vedtok Regjeringen at Norge skal ha en desentralisert og differensiert fødselsomsorg, men likevel har flere fødestuer blitt lagt ned de siste årene og flere står i fare for å stenges (Meld. St. 12, 2008-2009). Hensikten med desentralisert og differensiert fødselsomsorg er å sikre et trygt og tilgjengelig fødetilbud uavhengig av bosted. For å få til dette selekteres kvinner utfra forutbestemte kriterier som avgjør hvilket nivå i fødselsomsorgen de kan føde på. Det skilles mellom friske kvinner der det forventes et ukomplisert fødselsforløp og kvinner med kjente risikofaktorer, for å gi omsorg på riktig nivå i fødselsomsorgen. Lavrisikofødende har ikke en bestemt definisjon, men kan anses som en gravid uten økt risiko for komplikasjon, sykdom og skade på mor eller barn, samt har et foster i hodeleie og har hatt normale fødsler tidligere (Helsedirektoratet, 2010).

1.2 Organisering av fødselsomsorgen

Det er store forskjeller på hvordan fødselsomsorgen organiseres i ulike land. I Norge spiller jordmødre en sentral rolle i både svangerskap, fødsel og barseltid, og da spesielt for lavrisikofødende (Helsedirektoratet, 2010). I andre land kan leger eller obstetrikere være en større del av omsorgen som gis til de fødende. Avdelinger kan basere seg på samarbeid mellom jordmor og lege for å ivareta fødende, eller at omsorgen er styrt av jordmødre og lege kontaktes ved behov (Folkehelseinstituttet, 2014). De ulike kvinneklinikkene i landet har valgt å løse kravet om differensiert fødselsomsorg ulikt. Noen kvinneklikker har både lavrisiko- og høyriskofødende på samme avdeling. Andre velger å ha en egen avdeling eller fødestue for lavrisikofødende.

Den offentlige fødselsomsorgen i Norge er organisert på tre nivå i spesialisthelsetjenesten. Helsetilsynet (2010) deler disse inn etter ulike krav og kompetansenivå; Kvinneklinikker, fødeavdelinger og fødestuer. Kvinneklinikker er sentraliserte og er de største fødeinstitusjonene i landet, med minst 1500 fødsler i året. De har spesialkompetanse innen fødselshjelp for å kunne ivareta mor og barn med stor risiko for komplikasjoner. Samtidig skal de ivareta friske kvinner med normale svangerskap. Kvinneklinikkene er døgnbemannet med leger, barneleger og har nyfødttintensivavdeling. Fødeavdelingene har et nært samarbeid med kvinneklinikkene, og kvinner med moderat risiko kan føde på fødeavdeling. Fødeavdelingene er døgnbemannet med jordmødre og har lege i vaktberedskap. De har også

anestesileger og kan utføre keisersnitt. Fødestuene er enheter som kan ligge i eller utenfor sykehus. Friske kvinner med liten risiko for komplikasjoner kan føde ved fødestuer, hvis de ønsker det. Dersom risikofaktorer oppstår under fødsel på fødestuer, transporteres kvinnen til et annet helseforetak med et høyere nivå i fødselsomsorgen (Helsedirektoratet, 2010). NICE guidelines påpeker at kvinner som føder ved jordmorstyrte enheter har økt sjans for spontan vaginal fødsel, uten behov for medisinske inngrep (National Institute for Health and Care Excellence, 2014). Prinsippene fra jordmorstyrte enheter er derfor ønsket overført til fødeavdelinger og kvinneklinikker hvor man ivaretar både lavrisiko- og høyrisikofødende i samme avdeling (Myrhaug, 2005).

1.3 Retningslinjer for fødselsomsorgen

International Confederation of Midwives (ICM) samarbeider med Verdens helseorganisasjon (WHO), FIGO og UNICEF for å utvikle jordmorfaget. ICM har utviklet «*De etiske retningslinjene for jordmorvirksomhet*». Den norske jordmorforeningen besluttet seg til disse i 2005. Retningslinjene tar utgangspunkt i menneskerettighetene som danner et grunnlag for hvilke holdninger og verdier som forventes i jordmorarbeidet. Samarbeid mellom jordmor og fødekvinne, yrkesutøvelse, ansvarlighet og fagutvikling er beskrevet i retningslinjene. I henhold til retningslinjene er jordmor ansvarlig for utviklingen av et samarbeid som fører til gjensidig deling av informasjon, slik at kvinnen kan stå ansvarlig for valg som påvirker fødselen og omsorgen som gis (International Confederation of Midwives, 2018).

WHO (1998) har utarbeidet globale retningslinjer for håndtering av normale fødsler «*The ten Principles of Perinatal Care*». Norge følger dette dokumentet og prinsippene er presisert i målsettinger gjennom Helsedirektoratets krav til fødselsomsorgen «*Et trygt fødetilbud*» (Helsedirektoratet, 2010). Disse ti prinsippene har som formål å sikre kvalitet og forsvarlighet for den perinatale omsorgen i normale svangerskap og fødsler. Prinsippene ble laget blant annet for å begrense den økende medikaliseringen. Praksis som frarådes er blant annet; vaginalundersøkelser oftere enn nødvendig for å vurdere langsom fremgang i fødsel, rutinemessig bruk av CTG når det er evidensbasert at det ikke forbedrer utfall for mor eller barn, utføre rutinemessig episiotomi, utføre keisersnitt som rutine etter tidligere keisersnitt, involvering av leger i omsorg for alle kvinner, la kvinnen være alene på føderommet og restriksjoner av kvinnens deltakelse under fødsel (Chalmers et al., 2001).

ICM har i samarbeid med WHO utviklet globale retningslinjer for hvordan den normale fødselen skal håndteres i dokumentet «*Care in normal birth: A practical guide*». Dette

dokumentet deles i fire kategorier; 1. Praksis som er dokumentert og nyttig bør oppsummeres, 2. Praksis som er skadelig bør fjernes, 3. Praksis hvor det mangler evidens for klare anbefalinger bør anvendes med forsiktighet og 4. Praksis som ofte er anvendt er feilaktig (Chalmers et al., 2001).

I Stortingsmeldingen om fødselsomsorgen og nasjonale dokumenter blir normal fødsel beskrevet som positivt og noe man ønsker å fremme (Meld. St. 12, 2008-2009; Sosial- og helsedirektoratet, 2022). Det eksisterer ikke en målbar definisjon på hva normal fødsel er, men det er lagt ned et stort arbeid for å oppnå internasjonal enighet. WHO's (1998) definisjon er:

Spontaneous in onset, low-risk at the start of labour and remaining so throughout labour and delivery. The infant is born in the vertex position between 37 and 43 completed weeks of pregnancy. After birth the mother and the infant are in good condition.

1.4 Medikalisering av fødselsomsorgen

I fødselsomsorgen kan medikalisering innebære overvåkning og reguleringen av den fysiologiske fødselsprosessen med hensikt om å forbedre resultatene. Inngrep i de fysiologiske prosessene kan beskrives som medikalisering, da en fødsel kan bli ansett som en medisinsk tilstand som trenger behandling (Downe et al., 2019; Miller et al., 2016; Skogheim & Lundgren, 2021). Medikalisering medfører økt bruk av teknologi, flere keisersnitt og øker sannsynlighet for å få tilført unødvendig bruk av medikamenter i hensikt om at fødselen skal gå raskere (Blaaka & Schauer, 2008; Helsedirektoratet, 2010; Sandvik, 1997). Blåka (2022) beskriver at medikalisering og teknologi vil kunne frata kvinnen mulighet til en normal fødsel og selvbestemmelse. Teknologiske prosedyrer vil kunne føre til overbehandling, uten at dette fører til bedring av utfallet (Blåka, 2022). Videre kan et overforbruk av teknologi føre til overfokusering på risiko og sikkerhet, hvor fødselen dermed kan bli ansett som truende, akutt eller farlig (Downe et al., 2019). Ved medikalisering kan fokuset på den normale fødselen overskygges av risikotenkning og sykdomsfokuserte retningslinjer (Church, 2017).

1.5 Tidligere forskning

1.5.1 Lavrisikofødende i ulike omstendigheter

Internasjonalt er det utført randomiserte studier med hensikt å vurdere kvaliteten på fødselsomsorgen for lavrisikokvinner i ulike omstendigheter. Forskningen viser at obstetriske

enheter har økte negative utfall hos lavrisikofødende, da de har høyere forekomst av intervensjoner, flere keisersnitt og operative vaginale forløsninger (Hodnett et al., 2012a; Souter et al., 2019). Derimot skiller Norge seg fra flere andre land ved praktisering av differensiert fødselsomsorg. Kvinner som kan selekteres til å føde på fødestuer, skal i utgangspunktet få samme oppfølging ved kvinneklinikker (Helsedirektoratet, 2010). En norsk studie undersøkte mulige forskjeller mellom fødestuer og kvinneklinikker i forhold til operative forløsningsantall blant lavrisikokvinner. Denne studien konkluderte med at nivået på fødselsomsorgen ikke påvirker antall operative forløsninger hos lavrisikofødende i betydelig grad (Bernitz et al., 2011). En annen norsk studie utforsket eventuell endring av risikostatus underveis i fødsel og fødselsutfall, hos lavrisikofødende på Universitetssykehuset i Tromsø. De konkluderte med at andelen spontane fødsler i lavrisikogruppen indikerer at et differensiert fødetilbud kan fungere på kvinneklinikk (Andreassen et al., 2014). En tysk studie konkluderte også med at å føde på øverste nivå i fødselsomsorgen ga høyt antall spontane vaginale fødsler, samt ingen markante forskjeller i operative forløsninger eller keisersnitt sammenlignet med hjemmefødsler (Ignatov et al., 2017).

På den andre siden ble det utført en studie i Stockholm som viste at jordmødre på kvinneklinikker og fødestuer vurderer risiko tilnærmet likt, men jordmødrene som jobbet på fødestue utførte mindre rutineintervensjoner som ristimulering, færre vaginalundersøkelser og innleggelser av venefloner (Wiklund et al., 2012). I tillegg fant en stor kohort studie fra England at lavrisikofødende drar nytte av å kunne velge fødested. Resultatene viser at kvinner som fødte ved jordmorstyrte enheter opplevde betydelig færre intervensjoner, enn de som fødte ved en obstetrisk enhet (Birthplace in England Collaborative Group, 2011).

1.5.2 Faktorer som hindrer og tilrettelegger for normal fødsel

Det som har vist seg å bidra til et normalt fødselsforløp er; spontan fødselsstart, kvinnen står fritt til å bevege seg og kontinuerlig støtte fra jordmor, samt fravær av rutineintervensjon som epidural, amniotomi og elektronisk fosterovervåkning (Romano & Lothian, 2008). Det er også viktig at fødsel forstås ut fra et psykososialt og emosjonelt syn for å opprettholde normalitet, og ikke utelukkende på bakgrunn av målinger og fysiske parametere (Gould, 2008).

I Irland ble det utført en studie som undersøkte jordmødres og obstetrikers syn på risiko knyttet til fødsel, og hvordan dette påvirket deres behandling av lavrisikofødende. Resultatene viser at risikotenking preger kulturen på avdelingen, og dermed behandling av

lavrisikofødende. Bekymringen for risiko overgår ønsket om å opprettholde en normal fødsel. Videre ble det identifisert fire kategorier som forklarer hvordan fødselsomsorgen har gått fra å etterstrebe normalitet til risikohåndtering, hierarki på avdelingene, lite støtte og anerkjennelse av jordmorledet omsorg, og risikotenkning. Informantene hadde også erfart at jordmødrene ikke alltid ønsket å stå med valg angående lavrisikofødende alene på grunn av redsel for å stå ansvarlig, noe som kunne utfordre jordmorautonomien (Healy et al., 2017).

En annen studie så på faktorer som utfordret tilretteleggelse for normal fødsel i Australia, hvor det eksisterer primært obstetriske enheter med høy intervensjonsrate. Jordmødre som ønsker å fremme normal fødsel i disse obstetriske enhetene møtte en rekke utfordringer, og følte seg ofte ikke støttet. Tidspress, avdelingens kultur og kvinners forventninger til fødsel, utfordret jordmor til å opprettholde normale fødsler. Faktorer som bidro til normalitet var støttende miljø, jordmors interesse og erfaringer med normal fødsel (Calolan-Olah et al., 2015).

En studie fra Spania belyser at jordmødre møter utfordringer ved å opprettholde lavrisikofødsler demedikaliserte på en obstetrisk enhet. Likevel opplevde jordmødrene kvinners økende krav om normal fødsel som en mulighet til å gjennomføre endringer, ved at kvinner involveres i beslutningsprosessen og jordmødre fungerer som deres talsmenn. Barrierene besto av utilstrekkelige arbeidsforhold, lav bemanning, dårlige fasiliteter, en kultur preget av risikotenking og intervensjoner, samt mangel på evidensbasert praksis og jordmorfaglig kompetanse (Martin-Arribas et al., 2020).

En systematisk gjennomgang av Darling et al. (2020) undersøkte hva som tilrettelegger for normal fødsel og hvilke barrierer som eksisterer for implementering av en fysiologisk tilnærming til fødsel ved kvinneklinikker. Studien indikerer at det var mindre tid til å støtte oppunder de normale fødselsforløpene, på grunn av sentraliseringen. Barrierene besto av risikobasert tilnærming og risikotenking, beslutningstaking av leger, rutinemessig bruk av kliniske intervensjoner, tap av jordmorferdigheter og kunnskap. Faktorer som la til rette for opprettholdelsen av normale fødsler inkluderte samarbeid mellom jordmødre og leger, verdsetting av jordmorautonomi og kvinners økende forespørsel om normale fødsler.

1.6 Hensikt og problemstilling

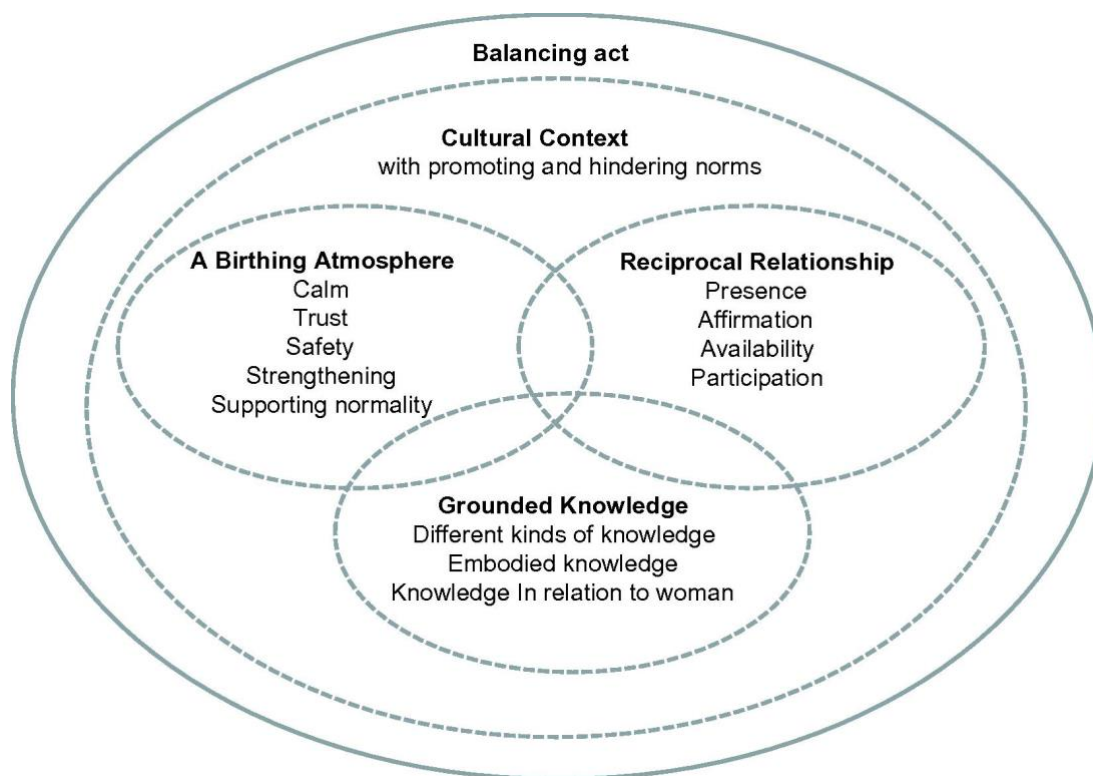
Hensikten med denne studien er å få innsikt i jordmødres erfaringer med ivaretagelse av lavrisikofødende på kvinneklinikk. Teamet er en jordmorfaglig aktualitet ved at det undersøkes jordmødres erfaringer med en gruppe fødekvinne som har krav på individuell tilrettelegging og valg i fødsel. Studiens nytteverdi er å synliggjøre denne kunnskapen, og ta den med inn i den videre debatten omkring temaet.

Problemstilling for studien er:

Hvilke erfaringer har jordmor med ivaretagelse av lavrisikofødende på kvinneklinikk, der lav- og høyrisikofødende er på samme avdeling?

2 Teoretisk rammeverk

Med bakgrunn fra flere studier i Sverige og Island, har Berg, Ólafsdóttir og Lundgren (2012), utviklet en teoretisk jordmorfaglig modell; *A midwife model of woman-centered childbirth care* (MiMo). Modellen er definert og utviklet med evidensbasert kvinnesentrert omsorg i fokus. Modellen består av fem hovedmomenter (figur 1). De tre første momentene er overlappende; *gjensidig relasjon, fødeatmosfære og etablert kunnskap*. De to resterende momentene er den *kulturelle konteksten* som beskriver *hindrende og støttende normer*, og *balansegangen* for å yte best mulig kvinnesentrert omsorg.



Figur 11. A Midwifery model of women-centered childbirth care.

I momentet *gjensidig relasjon* inngår det fire begreper; *tilgjengelighet, bekreftelse, tilstedeværelse og deltakelse*. Dette innebærer mental og fysisk tilstedeværelse av jordmor. Jordmor bekrefter kvinnens behov ved å støtte og anerkjenne henne som et eget individ. Jordmor er til stede for å informere, veilede og støtte kvinnen til å ta egne valg i fødsel. Dersom jordmor er til stede og tilgjengelig, gir dette mulighet for både jordmor og kvinnen til å være deltakende i fødselsforløpet. Jordmor er ansvarlig for utviklingen av et samarbeid som

fører til gjensidig deling av informasjon, slik at kvinnen kan stå ansvarlig for valg som påvirker fødselen og omsorgen som gis.

Fødeatmosfære består av *ro, tillit, sikkerhet, forsterkninger og støtte av normalitet*. Dette gir kvinnen styrke og fremmer normalitet i henhold til situasjonen. Kvinnen og partneren skal være avslappet. Dersom jordmor er til stede og sørger for ro, skapes det en tillitsfull og trygg fødeatmosfære som fremmer kvinnens trygghet i seg selv og egen evne til å føde. Jordmor styrker kvinnen ved å gi informasjon tilpasset kvinnens forutsetninger og hjelper kvinnen til å være til stede i kroppen gjennom fødselen.

Etablert kunnskap bygger på *ulike typer kunnskaper, inkarnert kunnskap og kunnskap knyttet til kvinnen*. Jordmor trenger ressurser og ferdigheter til å bruke kunnskapen sin og tilpasse den til kvinnens behov. Kunnskapen bidrar til at jordmor vet hva som kan forstyrre fødselsforløpet, og vil gjøre hun trygg i sin rolle. Jordmors kunnskaper består av teoretisk-, erfaringsbasert- og sensitiv kunnskap.

Den kulturelle konteksten handler om kultur og normer på fødeavdelingen som kan fremme eller hindre kvinnesentrert omsorg. Disse normene kan inkludere at jordmor blir oppfordret til kontinuerlig tilstedeværelse hos fødekvinne, noe som legger til rette for de første tre momentene i modellen. På den andre siden kan avdelingen bære preg av høy arbeidsbelastning, som medfører en forventning om at jordmor skal prioritere å bistå i avdelingen fremfor kontinuerlig tilstedeværelse på føderommet. Den kulturelle konteksten tar dermed for seg at kulturen som fremmer kvinnesentrert omsorg, kan stå i opposisjon med den institusjonelle kulturen som fokuserer på det medisinsktekniske.

Balansegangen tar for seg alle de ulike momentene i modellen, og hvordan jordmor praktiserer kvinnesentrert omsorg innenfor den kulturelle konteksten. Denne balansegangen må tas hensyn til i en travel fødeavdeling med mange arbeidsoppgaver, tidspress, retningslinjer og hvor risiko og medisinsktekniske verdier er dominerende.

Denne modellen er relevant for studien da det tydeliggjør hvordan jordmor kan arbeide for å fremme et normalt fødselsforløp hos lavrisikofødende. Forkortelsen MiMo vil bli benyttet i diskusjonskapittelet.

3 Metode

I dette kapitlet presenteres studiens design, valg av metode og vitenskapsteoretisk perspektiv. Deretter tar kapitlet for seg den praktiske gjennomføringen av studien med rekruttering, gjennomføring av intervjuene og beskrivelse av analyseprosessen. Til slutt reflekteres det rundt etiske overveielser og forforståelse.

3.1 Kvalitativ metode

Studien søker kunnskaper om jordmødres erfaringer ved ivaretagelse av lavrisikofødende på kvinneklinikker, og det er derfor valgt en kvalitativ tilnærming. Kvalitativ forskning benyttes når man ønsker å beskrive, analysere og fortolke kvaliteter ved et fenomen. Ved å ha en kvalitativ tilnærming vil forskeren få en indre opplevelse av det kvalitative innholdet av deltakerens erfaringer, tanker, verdier og følelser (Laake et al., 2008). I denne studien ble data samlet inn ved individuelle semistrukturerte intervjuer, og Grounded Theory ble benyttet som metode. Valgt metode gir mulighet til å lære mer om de menneskelige og sosiale aspektene (Corbin & Strauss, 2015). Hensikten er å beskrive de sosiale prosessene, og dermed kan ikke jordmødres erfaringer, opplevelser og handlingsvalg i forbindelse med ivaretagelse av lavrisikofødende forstås adskilt fra den sosiale konteksten jordmødrene befinner seg i.

3.2 Grounded Theory

Grounded Theory (GT) er et kvalitativt forskningsdesign som jobber seg frem til en teori ved å ta utgangspunkt i erfaringene til den gruppen som undersøkes. Designet benyttes ved å studere sosiale prosesser, oppdage eksisterende problemer og utforsker hvordan menneskene håndterer dem. GT innhenter datamateriale systematisk fra kvalitativ forskning, som videre er med på å generere teorien på et tema hvor det er lite forskning og gir en induktiv tilnærming. På en slik måte utvikles teorien underveis som kunnskap uthentes fra datamaterialet (Glaser & Strauss, 1967).

GT ble først utviklet av Glaser og Strauss (1967), før metoden ble videreutviklet i forskjellige retninger. Glaser og Strauss gikk i hver sin retning og slo seg ned med ulike samarbeidspartnere. Glasers retning holder fast ved positivistiske og postpositivistiske grunntanker, mens Strauss og Corbin har åpnet for at GT-analysen inneholder flere aspekter av fortolkning (Mills et al, 2016). Glaser sin positivistiske retning blir kalt for klassisk GT, og vektlegger betydningen av å la teorien styres av datamaterialet uten for mye forkunnskaper og

uten påvirkning av forskeren (Hallberg, 2006). Den åpne tilnærmingen til datamaterialet fremkommer ved hjelp av den konstante komparative metode, der teori ikke tvinges frem (Creswell, 2013).

Strauss & Corbin (1998) reformulerte den klassiske versjonen av GT til Straussian Grounded Theory. Strauss startet et samarbeide med en av sine studenter, Juliet Corbin, der de utviklet en rigid tilnærming til kvalitative studier. Corbin og Strauss (2015) har derfor en mer strukturert kvalitativ metodologi og vektlegger at forskeren går ut fra en objektiv virkelighet. De får frem deres syn på virkeligheten ved å gi stemme til informantene som individer. Corbin & Strauss introduserte nye tekniske prosedyrer i dataanalysen, for eksempel dimensjonalisering for å få frem flere sider av kategoriens egenskaper og hvordan kategorien har en forbindelse til hverandre. Teorien konstrueres gjennom en interaktiv prosess mellom forsker og data. Vi har valgt å benytte Straussian GT for denne studien, da metoden vektlegger viktigheten av informantens stemme. For å få en dypere og ny forståelse av jordmors erfaringer er denne metoden passende for studiens formål.

3.3 Vitenskapsteoretisk perspektiv

GT metodologien stiller høye krav til empirisk teoriutvikling, og dermed gis det rom for fortolkninger og utvikling av ny kunnskap (Hjälmhult et al., 2014). Metodens vitenskapsteoretiske perspektiv er den symbolske interaksjonisme. Dette vitenskapsteoretiske perspektivet anser meninger som konstruert og forankret gjennom interaksjoner mellom mennesker, og at mennesker handler på bakgrunn av meninger de tillegger en situasjon (Hallberg, 2006). Den symbolske interaksjonisme beskriver en mer formell analysestruktur som i større grad inkluderer forskerens forforståelse, noe den tidligere klassiske teorien vektlegger at forsker ikke bør ha (Corbin & Strauss, 2015). Den symbolske interaksjonisme er en prosessorientert teori som fokuserer på hvordan handlinger foregår, med tre grunnleggende prinsipper: meninger, interaksjoner og fortolkning (Thagaard, 2013). Denne tilnærmingen er relevant for studien, da jordmor forholder seg til hendelser som kan påvirke henne ut fra hvilken mening hendelsen har for henne, hvordan hun utvikler denne meningen på grunnlag av sosiale interaksjoner og hvordan hun utvikler forhold til hendelsen gjennom fortolkning. Symbolsk interaksjonisme fokuserer dermed på hvordan jordmor forholder seg til prosessene som finner sted på kvinneklinikken.

3.4 Rekruttering av informanter, utvalg og utvalgskriterier

Ved å bruke GT kunne ikke størrelsen på utvalget avgjøres på forhånd, da utvalget påvirkes av analysen og datamaterialet som innhentes (Glaser, 1992). Det ble gjort et strategisk og teoretisk utvalg for å kunne besvare problemstillingen på en utfyllende måte.

Inklusjonskriteriene tok utgangspunkt i problemstillingen, og informantgruppen besto av jordmødre som arbeidet ved kvinneklinikker med både lavrisiko- og høyrisikofødende i samme avdeling og hadde minst to års arbeidserfaring. Det var ønskelig med informanter fra forskjellige kvinneklinikker med ulik ansiennitet for å best kunne belyse problemstillingen, og for å oppnå mangfold i utvalget. De første tre informantene ble strategisk valgt ved at de jobbet på forskjellige kvinneklinikker i Norge. Underveis i datainnsamlingen og analyseprosessen vil en kjernekategori identifiseres, noe som videre er med på å påvirke rekrutteringsprosessen for å mette dataene. Datainnsamlingen pågår så lenge den gir forskeren ny informasjon, og forskeren velger teoretisk ut påfølgende informanter (Glaser, 1992). Da antall informanter som meldte seg var begrenset, ble det teoretiske utvalget basert på geografisk spredning av jordmødre som jobbet på kvinneklinikker.

Rekrutteringen av informanter startet ved at vi publiserte et innlegg på Facebook-gruppen *Jordmødre i Norge*, hvor tre informanter ble rekruttert. Den ene jordmoren henviste oss videre til en aktuell jordmor. De tre neste ble rekrutterte ved personlig oppmøte på kvinneklinikk, der vi spurte om noen kunne tenkt seg å stille til intervju. På grunn av lite respons og ønske om naturlig variasjon i utvalget, fikk jordmødre som nylig har sluttet på kvinneklinikk tilbud om å delta. Det var to informanter som nylig hadde sluttet i sin stilling på kvinneklinikk og som nå arbeider på fødestuer, som ble inkludert i studiet. Disse to ble rekruttert igjennom et nytt innlegg på Facebook-gruppen *Jordmødre i Norge*. Jordmødre som ønsket å delta ble vurdert opp mot inklusjonskriteriene, og det endte til slutt opp med ni jordmødre med ansiennitet fra to til 16 år. Tre jordmødre var fra Helse-Nord, en fra Helse Midt-Norge og fem fra Helse Sør-Øst. Da kvinneklinikkene i Helse-Vest ikke har lavrisiko- og høyrisikofødende på samme avdeling, ble jordmødrene fra disse klinikkene ekskludert fra studiet. Rekrutteringen ble avsluttet da jordmødre fra hele landet var representert, da dette var fokuset i studiens teoretiske utvalg.

3.4.1 Praktisk gjennomføring av intervjuene

Under utarbeiding av intervjuguiden ble det vurdert om spørsmålene vil gi grunnlag for å besvare problemstillingen (vedlegg 1). Da studien tok i bruk GT var vi åpen for endring av

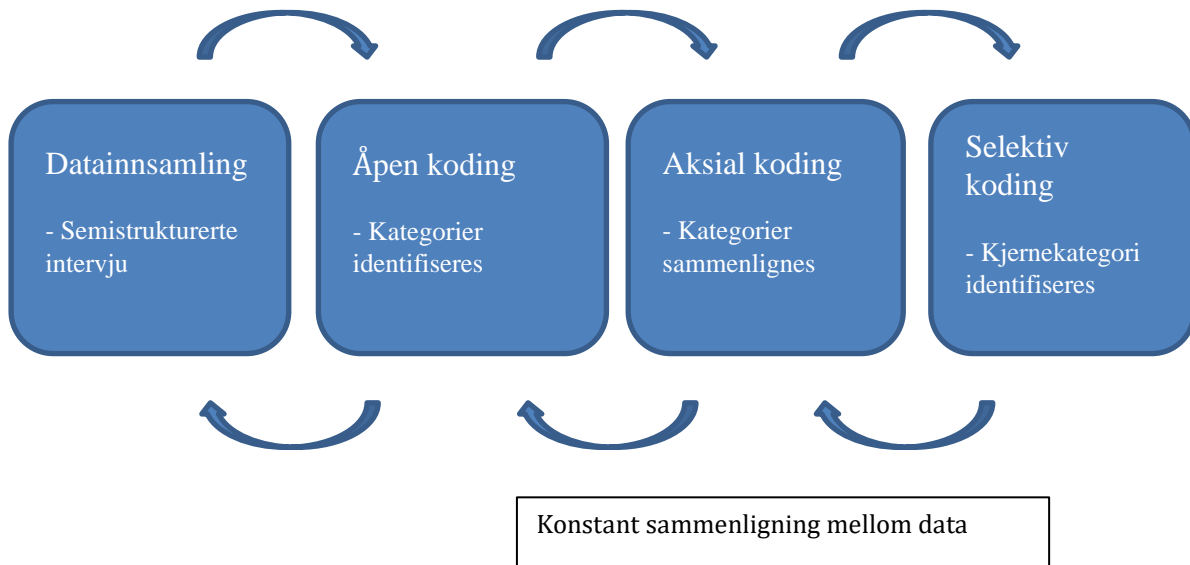
problemstillingen underveis i forløpet, for å samsvare med de funnene som ble innhentet og de kategoriene som naturlig fremkom i datamaterialet. Det ble undersøkt omfang av relevant publisert forskning relevant for tema, og teoretisk bakgrunn ble innhentet. Valg av problemstillingen baserte seg på at det eksisterer begrenset forskning på temaet i Norge, men er sett i sammenheng med den teoretiske bakgrunnen og internasjonal forskning (Corbin & Strauss, 2015).

I perioden oktober-desember 2022, ble det utført intervjuer med til sammen ni jordmødre som jobber på ulike kvinneklinikker i Norge. Intervjuene ble gjennomført digitalt på Teams og hadde en varighet på 35-75 minutter. Intervjuer hadde ansvar for rammesamtale og at intervjuguiden ble fulgt. Observatør gjorde feltnotater, og samarbeidet om å stille aktuelle tilleggsspørsmål for å oppnå mest mulig metning av data. Å bruke individuelle semistrukturerte intervju ble en fordelaktig måte å samle data på, da det var ønskelig å få en økt forståelse og innsikt i jordmødres erfaringer og arbeidshverdag. Intervjuguiden ble revidert (vedlegg 2) ettersom flere deltakere tok opp interessante tema underveis i intervjuprosessen. Igjennom semistrukturerte intervjuer ble det mulig å ha en fleksibel samtale, samtidig som de planlagte overordnede temaene sikret en viss struktur. Tilleggsspørsmål bidro til å få informantene til å gå dypere inn på temaer av interesse, som videre ga mer forståelse og sammenheng. Et eksempel på tilleggsspørsmål er: «Kan du si noe om bruk av intervensjoner og hvordan dere tar individuelle vurderinger på din avdeling?». Eventuelle oppfatninger om hva informantene uttrykte ble avklart ved intervjuets slutt. Enkelte svar ble gjentatt, for å avklare om vi hadde riktig forståelse av informantens utsagn. Observasjoner og utsagn ble diskutert i etterkant av intervjuet for å identifisere temaer.

Transkriberingsprosessen av intervjuene ble gjennomført parallelt med datainnsamlingen. Transkribering ble utført samme eller påfølgende dag som intervjuet, for å beholde nærhet til dataene. Intervjuene ble transkribert ord for ord og det ble inkluderte dialektord, latter, pauser og sukking for å bevare virkeligheten i samtalen på best mulig måte. Transkriberingen ble gjort av oss, da dette ga en ny gjennomgang og et helhetsinntrykk av intervjuene som ble gjennomført. Dette var til fordel i den videre analyseprosessen. Det ble brukt mellom seks og ti timer på transkriberingen av hvert intervju, noe som resulterte i 85 sider med samlet materiale.

3.5 Analyseprosessen

Dataanalysen startet umiddelbart etter første intervju og det ble fulgt de tre analysestegene til Corbin og Strauss (2015). Åpen koding, aksial koding og selektiv koding (figur 2).



Figur 22. Analysemetode for Grounded Theory.

Koding er en analytisk prosess hvor data analyseres og konseptualiseres, for å bygge opp en teori. Rådata kodes steg for steg, og senere kodet på nytt på et mer abstrakt nivå. All data gikk gjennom kodingsprosessene og den konstante sammenligningsmetoden til Glaser og Strauss (1976).

Åpen koding

Åpen koding er en prosess for å bryte ned, undersøke og sammenligne data. Den åpne kodingen foregikk så tett på dataene som mulig, og vi forholdt oss konkret til informantens utsagn. Intervjuet ble først lyttet til og transkriberingen ble lest flere ganger for å oppnå fortrolighet, og for å få en helhetlig oppfatning. Det ble deretter lest ord for ord, og det ble diskutert hva som ble uttrykt. Eksempel fra den åpne kodeprosessen finnes i vedlegg 3.

Under den åpne kodingen ble det hele tiden anvendt den konstante sammenlignende metode, hvor data ble brutt ned, kontrollert og sammenlignet for likheter og ulikheter for å utvikle et sett med kategorier (Glaser & Strauss, 1976). Gjennom analysen ble seks underkategorier identifisert. Dersom det ble oppdaget kategorier eller data som passet inn i allerede utviklede

kategorier, ble disse plassert i den eksisterende kategorien. Disse kategoriene delte hendelser, interaksjoner eller opplevelser. Kodene fikk alle deskriptive navn.

Aksial koding

Gjennom aksial koding blir subkoder forbedret til å forme mer presise forklaringer som var relevant for problemstillingen. Etter kategoriene er identifisert i den åpne kodingen, ble data plassert sammen på nye måter ved å lage forbindelser mellom en kategori og dens subkategori (Strauss & Corbin, 1998). Det er viktig at kodene ikke ble tvunget inn i eksisterende kategorier, og føringer ved utarbeidelse av kategorier unngås. Kategoriene ble spesifisert ved å systematisk undersøke årsaken mellom lignende forhold, kontekst, påvirkning eller handlingsstrategier relatert til kategorier og konsekvensene av disse strategiene (Strauss & Corbin, 1998). Åpen koding og aksial koding foregikk parallelt, hvor vi gikk frem og tilbake mellom de to nivåene.

Selektiv koding

I det siste steget i kodingsprosessen ble kjerne kategorien identifisert. Kjerne kategorien ble valgt ut fra resultatene av den åpne og aksiale kodingen. Den svarer på mange av variasjonene i data og kan sees i forbindelse med alle hovedkategoriene og underkategoriene. En mengde data ble redusert til noe som kunne forklares som et fenomen (Strauss & Corbin, 1998).

3.6 Ethiske overveielser

Før oppstart ble det sendt en utfyllende søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD/SIKT), som ble vurdert og godkjent 29.09.22 (vedlegg 4). Søknaden inneholdt en detaljert datahåndteringsplan (vedlegg 5) med beskrivelse av hvordan konfidensialiteten ble ivarett og hvem som har tilgang til datamaterialet. Informantene fikk tilsendt et detaljert informasjonsskriv (vedlegg 6) om studien fra enhetsleder eller digitalt gjennom Facebook-gruppen *Jordmødre i Norge*, der de selv tok kontakt for å delta. Det ble også fylt ut Risiko og sårbarhetsanalyse (ROS) 05.09.22 (vedlegg 7), som ble godkjent og vurdert til å være i lav risiko.

Risikoen for å skade noen ble sett på som lav og betydningen av studiens potensielle fordeler ble ansett som høyere. Denne studien kan bidra til å belyse jordmødrenes hverdag i kvinneklinikk og legge grunnlag for eventuell videre forskning, noe som kan være til fordel

for informantene. Spørsmålene som ble stilt til informantene var ikke av personlig karakter eller om spesifikke hendelser, men heller om erfaringer og opplevelser av sin hverdag. Det er oppgitt sitater i resultatene, men disse er ikke gjenkjennbare til en spesifikk hendelse eller person. Det ble også valgt å gjengi sitatene på bokmål for å hindre at informanten gjenkjennes.

En forsker må være bevisst sin rolle, og observant på hvordan påvirkningskraft utøves. En forsker skal verken presse informant til å delta eller oppgi informasjon de i utgangspunktet ikke ønsker å meddele. I intervjusituasjonen er det viktig å skape trygghet og at informantene føler seg komfortable (Thornquist, 2018). Informantene skal være trygge på at anonymiteten blir ivaretatt gjennom informasjonsskrivet og datahåndteringsplanen. Intervjuene ble utført via det digitale videokonferanseverktøyet Microsoft Teams. Intervjuene startet med at vi presenterte oss selv og informerte om prosjektet vårt. Det ble gitt informasjon om intervjuets formål og bruken av lydopptaker ved intervjustart. Intervjuene ble tatt opp i sin helhet gjennom diktafonappen som er koblet til Nettskjema, som er nettbasert undersøkelsesverktøy utviklet av Universitetet i Oslo. Nettskjema tar i bruk to-trinns autentisering for innlogging og det er ikke mulig å laste ned lydfilene på private enheter, noe som er ansett som en sikker lagringsmåte. Både intervjuer og observatør tok opp intervjuene på nettskjema sin diktafon-app, for å sikre god lyd kvalitet og unngå at data gikk tapt. Informantene ble informert om dette før intervjuets start, samt informasjon om lagring og sletting av data. Samtykke til å delta ble innhentet muntlig og lagret på egen lydfile (vedlegg 8). Dette ble ikke transkribert. Informantene i studien ble også informert om rettigheten til å trekke seg fra studien når som helst. Transkribering ble gjort gjennom SharePoint, som også krever to-trinns autentisering. Sensitiv informasjon som for eksempel informantens navn, ble ikke transkribert.

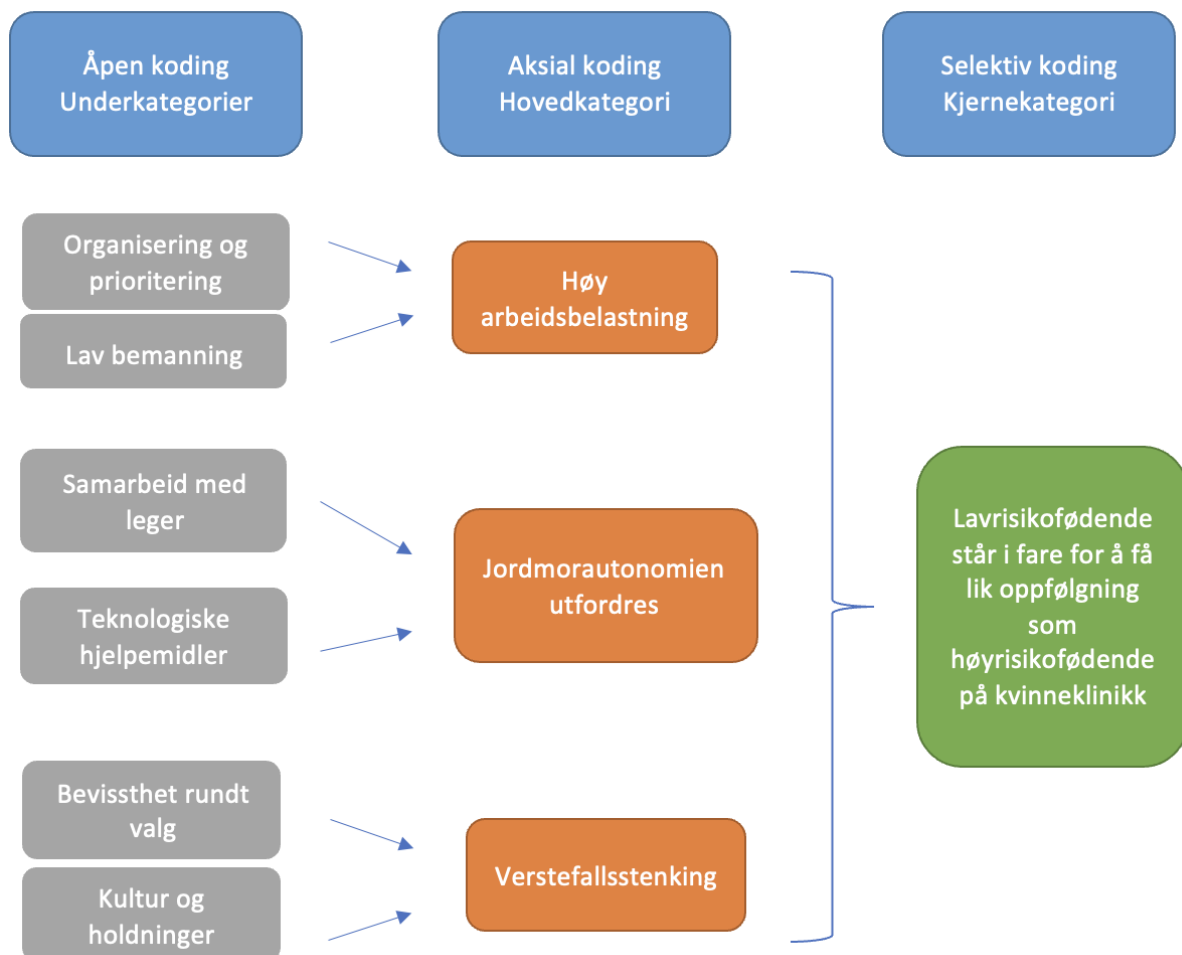
3.7 Forforståelse

Gjennom våre praksisperioder har vi vært oppmerksomme på at det er forskjellige tilnærminger til ivaretagelsen av lavrisikofødende på fødeavdelinger og kvinneklinikker. Ifølge Strauss & Corbin (1998) er det viktig å la teorien styres av datamaterialet uten for mye forkunnskaper og påvirkning av forskeren. Vår forforståelse kan derfor være en svakhet i metoden. Da det ikke var ønskelig at våre erfaringer, teorier eller holdninger skal prege analysen, var vi bevisst på vår rolle som forskere gjennom hele studien. Det ble stilt spørsmål om våre erfaringer ville prege oss, hvilke resultater vi forventet å få, og hva som ville vært annerledes for en forsker uten kjennskap til feltet. Forforståelsen kan komme til syne gjennom

analysearbeidet og tolkning av data (Corbin & Strauss, 2015). Derfor ble det reflektert over hvordan vår forståelse kunne påvirke resultatene og hvilken betydning forforståelsen hadde under alle ledd i utviklingen av studiet. For å sikre at vår forforståelse ikke kom til uttrykk ble informantene blant annet oppfordret til å snakke fritt rundt åpne spørsmål som ble stilt, i tillegg til å snakke om det informantene selv synes er viktig. Samtidig har det blitt ansett som sentralt å fremme alle informantenes perspektiv og syn som omhandler like temaer. Å fremme variasjon er ifølge Corbin noe som fremmer studiens kvalitet og kan bidra til ytterligere nyansering av eksisterende forskning (Corbin & Strauss, 2015).

4 Resultater

I analysen av data genereres kjernekategori *Lavrisikofødende står i fare for å få lik oppfølging som høyrisikofødende på kvinneklinikk*. Kjernekategori beskrives ved hjelp av tre hovedkategorier; *Høy arbeidsbelastning*, *Jordmorautonomien utfordres* og *Verstefallsstenking*. Hovedkategoriene er igjen relatert til seks underkategorier (figur 3). Først vil innholdet i kjernekategori bli utdypet. Deretter beskrives hovedkategoriene med de relaterte underkategoriene. Vi har valgt å belyse alle kategoriene med sitater fra intervjuene, som vil illustrere og underbygge jordmødrenes beskrivelser og fører til økt forståelse av datamaterialets innhold.



Figur 33. Analyseprosessen; Åpen koding, aksial koding og selektiv koding.

4.1 Kjernekategori

Kjerne kategorien *Lavrisikofødende står i fare for å få lik oppfølging som høyrisikofødende på kvinneklinikk* beskriver hvordan lavrisikofødende er utsatt for unødvendig bruk av prosedyrer og intervensjoner, som opprinnelig er forbeholdt høyrisikofødende. Informantene la stor vekt på å fremme det normale fødselsforløpet og det skulle ikke gripes inn mer enn nødvendig, men det var flere utfordringer knyttet til dette. Først og fremst var det en høy arbeidsbelastning som førte til at jordmor måtte ta i bruk intervensjoner eller teknologi for å lette arbeidsbyrden. Det var færre lavrisikofødende enn tidligere, noe informantene påpekte kunne gjøre jordmødrene vant til å jobbe med risiko. De kunne oppleve det som utfordrende å skifte tankesett mellom den medikaliserte og den normale tilnærmingen til fødselsprosessen. Jordmors verstefallstenkning og en kultur preget av en medisinsk tilnærming utfordret jordmor til å opprettholde den fysiologiske fødselsprosessen uten bruk av intervensjoner. Den medikaliserte tilnærmingen kunne unngås dersom jordmor fikk tid og rom til å være sammen med kvinnen inne på føderommet. Det var også viktig å være bevisst sine autonome valg som jordmor, slik at hun kunne stole på sitt kliniske blikk og faglige kompetanse.

De fødende som kommer inn som har god åpning og føder nesten med engang er de vi klarer å beholde lavrisiko. Er det en lavrisikodame som har hatt lang latens, så greier vi ikke det. Vi vil jo hjelpe dem, men ved å hjelpe dem så blir det fort til at vi blander oss inn og så blir de jo høyrisikofødende. Informant 5

4.2 Hoved og underkategorier

4.2.1 Hoved kategori 1: Høy arbeidsbelastning

Hovedkategorien *Høy arbeidsbelastning* er utviklet fra de to underkategoriene *Organisering og prioritering*, og *Lav bemanning*.

Jordmødrene opplevde arbeidsbelastningen som sentral for muligheten til å ivareta lavrisikofødende. Jordmødrene hadde mange ansvarsområder og arbeidsoppgaver som inkluderte ivaretakelsen av fødende i forskjellige risikogrupper, kvinner på observasjonspost for gravide, poliklinikk og øyeblikkelig-hjelp pasienter. Jordmødrene hjalp også til å vaske fødestuer for å gjøre klar til neste fødende, hjelpe til i akuttsituasjoner på andre føderom, svare på henvendelser på telefon, hjelpe nyutdannede jordmødre eller vikarer, eller bistå andre i avdelingen som hadde behov for det. På grunn av dette mente jordmødrene det krevdes en

bred kompetanse, og de måtte fungere godt i mange ulike roller for å imøtekomme alle arbeidskravene. Dette kunne utfordre ivaretakelsen av de lavrisikofødende.

*Vi har jo så mange induksjoner og så mange i fødsel samtidig /.../
lavrisikofødende blir ofte overlatt til seg selv. Informant 7*

Informantene påpekte at fødepopulasjonen har endret seg på mange måter, noe som stilte høyere krav til jordmor. De nevnte blant annet at kvinnene er eldre når de får sitt første barn, og antall fødende som har innvandrer bakgrunn der språk gjør det vanskeligere å innhente informasjon om svangerskapet og tidligere fødsler har økt. Jordmødrene påpekte også at normalitetsbegrepet blir smalere, noe som reduserer antall lavrisikofødende. De beskrev videre at kvinner har en økende redsel for fødsel og et økt behov for kontroll. Mange kvinner vet mer om hva de har krav på og hva de ønsker i fødsel. Informantene påpekte at lavrisikofødende skal ha valg i fødsel, men på bakgrunn av den høye arbeidsbelastningen klarte ikke jordmødrene alltid å imøtekomme lavrisikokvinnens forventninger.

Jeg føler at en del damer kommer inn med en grunnleggende mistillit til meg som fagperson, som jeg synes er skummelt. Det er jo mye som kan stå i veien for en fin fødselsopplevelse, om du ikke er heldig og går i gang av deg selv og alt går fint. Det skjer ting som gjør at man går på en smell, fordi vi ikke klarer å møte forventningene deres. Informant 1

Informantene mente at dersom det var høy belastning på avdelingen økte det sannsynligheten for å indusere eller intervenere for å få kvinnen videre i fødselsforløpet. Dette gjaldt også lavrisikofødende. Jordmødrene poengterte at bruk av epidural kunne ses i sammenheng med en travel avdeling, da en godt smertelindret fødekvinne krevde mindre innsats og tid fra jordmor.

Min menneskelighet fyker ut av vinduet. Jeg blir en sliten jordmor som blir sånn der «Kan du ikke bare ta den epiduralen, for jeg kan ikke stå her med deg. Du har veldig vondt, men jeg har ikke tid til det». Informant 4

4.2.1.1 Organisering og prioritering

Informantene mente at slik fødetilbudet er organisert i dag så vil det akutte prioriteres og det normale nedprioriteres. Flere av jordmødrene uttalte seg om nødvendigheten for å forlate den

fødende kvinnen i aktiv fase av fødsel, for å prioritere akutte situasjoner eller hjelpe til med andre oppgaver.

Det er den effektiviteten på store kvinneklinikker som ikke er til fordel for verken den fødende eller jordmora, fordi da blir du kanskje forlatt litt når du er i en veldig sårbar fase av fødselen, hvor du kanskje hadde trengt at noen var der ved siden av deg hele tiden, og så er vi ikke det, fordi vi må prioritere flere oppgaver samtidig. Informant 4

Noen av informantene beskrev at kvinneklinikkene er organisert på en måte hvor jordmor ofte ikke har kjennskap til fødende før hun er i aktiv fødsel. Flere av informantene savnet en kontinuitet i møte med den lavrisikofødende. Dette kunne handle om å ha kjennskap til kvinnen fra svangerskapet, for å vite mer om hvilke ressurser hun har, hvilken informasjon hun har fått i svangerskapet og hva hun ønsker i fødsel. Dette kunne lettet samarbeidet med kvinnen og krevd mindre ressurser fra jordmor for å bli kjent med kvinnen.

Jeg bruker en del tid tidlig i fødsel på å forberede på en del ting som kommer til å komme senere, sånn at vi har snakket igjennom de tingene som kan komme.

Informant 1

Derimot beskrev samtlige informanter at organisering av kvinneklinikkene som hadde observasjonspost og fødepost på samme avdeling, som hensiktsmessig i forhold til kontinuitet for kvinnen. Det kunne komme inn en lavrisikofødende med lang og smertefull latensfase på observasjonsposten, og kvinnen fikk da møte sin jordmor som fulgte henne videre inn i aktiv fødsel. Jordmødrene uttrykte utfordringer med å beholde kvinnen i lavrisikogruppen ved lang latensfase, men påpekte igjen styrken med en kjent jordmor dersom kvinnens risikostatus endret seg i fødselsforløpet, medisinsk personell og ulike typer smertelindringsmetoder. I motsetning til fødestuer ivaretar kvinneklinikkene både lavrisiko og høyrisiko i samme avdeling. Det ble derfor ikke nødvendig å flytte kvinnen dersom risikostatus endret seg, kvinnen ønsket smertelindring som epidural eller om det oppsto en akutt situasjon under fødsel.

Vi slipper jo å overføre damer under fødsel. Det er en stor fordel. Det er jo klart det vil bli et stort stress for damene, men er man hos oss så er man hos oss /.../ så fordelene med å være hos oss er jo at det er veldig trygt. Det er hjelp hele døgnet /.../ Det er alltid noen å diskutere med, man står aldri alene. Det er en stor fordel.

For damene er det jo dette med alt er tilgjengelig, på både godt og vondt. Men man slipper jo en times ambulansetur bare for å få en epidural. Informant 9

4.2.1.2 Lav bemanning

Mangel på jordmødre ble trukket frem som problematisk for ivaretagelse av lavrisikofødende. Flere av kvinneklinikkene hadde utfordringer med å få fylt alle arbeidsstillingene, og måtte derfor leie inn vikarer. Det ble uttrykt frustrasjon over begrenset med tid til å ivareta kvinnene slik de ønsket, på grunn av lav bemanning. De erfarte å ha for mange ansvarsområder i forhold til personale på travle dager. Et resultat av dette var en opplevelse av å ikke være til stedet og ikke hadde mulighet til å gi tilstrekkelig informasjon. Bruk av CTG-registrering på lavrisikofødende ble brukt for å overvåke fosterlyden slik at de kunne frigjøre seg fra føderommet.

Det var vanskelig å få inn fosterlyden og vi hadde ikke tid å sitte der inne, så da tok vi vannet og satt på elektronisk skalp på grunn av kapasitet hensyn. Jeg tror dette skjer jevnt og trutt, at vi jobber på den måten». Informant 1

Noen av informantene opplevde tilstrekkelig bemanning til å ivareta de lavrisikofødende, og nok ansatte på jobb til å imøtekomme arbeidsoppgavene. De opplevde å kunne jobbe på en slik måte som var i tråd med retningslinjer for de lavrisikofødende, og klarte å gi den oppfølgingen og informasjonen som var nødvendig. De beskrev ikke behov for intervensjon eller teknologi for å balansere alle arbeidsoppgavene.

Vi er utrolig nok ikke en arbeidsplass som er preget av jordmormangel. Vi har en ledelse som verner om både jordmødrene og damene. Det er jo veldig bra for både jordmødrene og for damene at jordmor kan gi alt hun har til den damen hun har den dagen, så hun får best mulig oppfølging, men også spare på de ansatte.

Informant 9

4.2.2 Hovedkategori 2: Jordmorautonomien utfordres

Hovedkategorien *Jordmorautonomien utfordres* beskriver hvordan jordmødrene opplever en mindre ansvarsrolle i ivaretagelsen av lavrisikofødende, med hjelp fra de to underkategoriene *Samarbeid med leger* og *Teknologiske hjelpemidler*.

Jordmødrene beskrev ulike faktorer som påvirket deres opplevelse av autonomi. Dette kunne omhandle en opplevelse av en mindre ansvarsrolle i arbeidet relatert til ivaretagelse av

lavrisikofødende. Informantene beskrev at de kunne føle seg overvåket av leger og ansvarsjordmor. Samtidig kunne et økt bruk av teknologiske hjelpemidler medføre involvering av legene, også ved lavrisikofødsler. Dette var noe informantene opplevde kunne utfordre deres autonome valg under fødsel.

Du har alltid noen øyne på deg og det blir vanskeligere å stå med henda på ryggen da. /.../ Alt dette skaper konflikter og gjør at jordmor mister autonomien sin. Jeg tror at det å fremme normale fødsler hører sterkt sammen med jordmorsautonomi. Informant 2

4.2.2.1 Samarbeid med leger

Det kom frem fra informantene at jordmødrene og legene kunne ha ulikt syn på hvilken oppfølging en lavrisikofødende bør ha. Legene fokuserte på risiko, og jordmødrene fokuserte mer på det som var normalt. Jordmødrene kunne også oppleve at legene kom innom føderommet på visitt og ønsket oppdateringer angående fødselsforløpet. På kvinneklinikker kan legene være inkludert i lavrisikoforløp, noe som jordmødrene opplevde kunne påvirke fødselen negativt. Bakgrunnen for dette var eventuelle uenigheter om valg som skulle tas underveis i fødselsforløpet. Informantene opplevde det som en nødvendighet å argumentere mot legens standpunkt for å holde tilbake medisinske tiltak eller intervensjoner.

Jeg merker jo at vi har leger som puster oss i nakken og maser, stikker hodet inn på stua og spør hvordan det går, uten at vi har bedt om hjelp. Informant 4

Noen informanter følte seg ikke trygg nok til å si imot legens beslutninger, da de opplevde å ikke ha nok kompetanse eller kort ansiennitet. Flere av informantene forklarte at legen har et overordnet ansvar for fødselen på kvinneklinikkene.

Jeg føler ikke at jeg har vært jordmor så lenge at jeg kan si «Du hør her» eller «Nå er det sånn og sånn». Jeg føler at jeg ble jordmor i en tid der man er veldig redd, så jeg fikk ikke den tryggheten på en måte. Om en lege kommer og sier noe, så er det de som er over i hiarkiet. Informant 4

Andre informanter opplevde et godt samarbeid med legene, og beskrev at dette fremmer ivaretagelse av lavrisikofødende. Jordmødrene opplevde tillit fra legene dersom de støttet dem i å fremme det normale hos lavrisikofødende. Selv om legene selv hadde en risikofokusert tankegang, ønsket de å unngå rutineintervensjoner eller gripe inn i fødselen unødvendig. Flere

trakk også frem at legene på deres kvinneklinikk hadde fått opplæring av jordmødrene eller vært med på lavrisikofødsler sammen med jordmor da de startet i spesialisering på avdelingen. Dette resulterte i en større forståelse for normal fødsel og jordmors arbeid, noe som lettet samarbeidet mellom dem. På kvinneklinikkene der jordmor og lege delte samme interesse for å fremme normalitet i fødsel, opplevde jordmødrene et godt samarbeid.

Jeg får stå med ansvaret selv. Nå har jeg heldigvis jobbet i en del år, så legene kjenner meg og vet at jeg gir beskjed om det er behov for det. Informant 8

4.2.2.2 Teknologiske hjelpemidler

Informantene poengterte at på en kvinneklinikk er tilgjengeligheten på medisinskteknisk utstyr stor. På grunn av stor tilgjengeligheten, opplevde jordmødrene å ta det i bruk for sikkerhetsskyld. Noen informanter beskrev en begrenset tillitt til det normale fødselsforløpet eller sine jordmorkunnskaper. Selv om rutinemessig bruk av CTG på lavrisikofødsler ikke kommer frem i noen prosedyrer, opplevde flere av jordmødrene at CTG registreringen ga en ekstra trygghet.

Jeg merker jo fort at man kommer inn i avdelingens rutiner. Det at man tar innkomst CTG, det gjøres jo på alle, uansett risiko. Det står ikke i prosedyren vår. Jeg merker det selv at det bare har blitt en vane. Informant 7

Informantene beskrev at jordmødre har makt i forhold til kunnskapen de lærer til sine studenter, og videre bidrar til hvilken kompetanse studenten opparbeider seg. Noen av informantene har hatt en veiledningsjordmor som oppfordret til å lytte med CTG, og har dermed fortsatt med dette etter de har fått autorisasjon. De opplevde at de ikke hadde kunnskaper nok til å lytte intermitterende.

Akkurat som det å lytte med Doppler, det er noe jeg ikke kan. Det handler om at jeg ikke har treningen på det og at mine veiledere har hatt mye patologi og brukt CTG. Jeg tror det kommer av å ha mye patologi og en kultur som tilsier at man bør overvåke. Det står ikke i prosedyren vår. Det står bare at vi skal ta CTG på risikokvinner, men jeg merker selv at det er blitt en vane. Informant 1

Informantene løftet også frem utfordringen med fosterovervåknings programmet Milou. Ved bruk av Milou kan ansvarsjordmor og lege sitte på vaktrommet og følge med på CTG-registreringene fra de forskjellige føderommene. Dette kunne bli sett på som et kvalitetstiltak

hos høyrisikofødende ved at det var flere som vurderer CTG-registreringen. På den andre siden ble det sett på som problematisk ved bruk på lavrisikofødende, da ansvarsjordmor og lege som ser CTG også må ta stilling til registreringen og dermed blir inkludert i fødselsforløpet. Dette gjorde at jordmødrene kunne føle seg overvåket.

Det kan være en veldig erfaren jordmor som er trygg og setter på en CTG på slutten av fødsel der CTG er i grenseland, men jordmor vet at det blir fødsel kort tid etter. Så kommer det en fersk lege i spesialisering inn (som har sett CTG-registreringen på Milou) som skal bestemme og overstyre. Informant 2

4.2.3 Hovedkategori 3: Verstefallstenking

Hovedkategorien *Verstefallstenking* beskriver hvordan jordmor utfordres til å utføre intervensjoner på lavrisikofødende. *Verstefallstenking* beskrives ved hjelp av underkategoriene *Bevissthet rundt valg* og *Kultur påvirker holdninger*.

Informantene forklarte den ideelle måten å ivareta en lavrisikofødende på. De beskrev at det er styrkende for jordmor å ha kvinner i lavrisikogruppen. Normale fødselsforløp ga mulighet for å jobbe med kunnskapen jordmor besitter, og det er sjeldent behov for å gripe inn i den fysiologiske fødselsprosessen. Derimot opplevde flere at det ikke alltid var mulig å jobbe slik på en kvinneklinikk, blant annet på grunn av verstefallstenkning. Informantene beskrev denne verstefallstenkningen som en redsel for å ikke ha gjort nok, og jordmødrene kunne havne i en situasjon der det kunne bli vanskelig å forsvare valg de gjorde eller ikke gjorde under fødselsforløpet.

Vi har et rettsvesen som står rett utenfor døren vår i økende grad, og det gjør noe når vi står i situasjoner og er usikre. Denne utviklingen har på en måte gjort det vanskeligere for oss å stå med henda på ryggen enn det er å gjøre noe. Om du gjør noe så kan du legitimere det i større grad enn om du ikke gjør noe. Informant 2

Flere informanter påpekte også at tidligere uheldige opplevelser med høyrisikofødende kunne påvirke hvordan de møter lavrisikofødende. De opplevde et behov for å intervensere i fødselen for å sikre at det samme ikke skulle skje med den lavrisikofødende. Samtidig påpekte flere av informantene at det ikke bare var egne negative opplevelser som preger hvilke valg de tar i fødsel, men også hva andre jordmødre eller leger har erfart. Negative erfaringer ble snakket

høyest om, og det kunne skape en frykt hos jordmor for at det samme skulle skje med henne eller hennes kvinne.

Man hører jo bare om de casene som går skikkelig skeis. Det kan man ta litt med seg (i møtet med lavrisikofødende). De fødslene som går enkelt og greit er ikke så stort samtaleemne. Informant 1

4.2.3.1 Bevissthet rundt valg

Det å være bevisst på valg jordmor gjør under fødselsforløpet hos en lavrisikofødende kan være avgjørende, ifølge informantene. Flere av jordmødrene var opptatt av å jobbe på en måte som ikke gjorde at lavrisikofødende endret risikostatus. De stilte kritiske spørsmål i avdelingen i forhold til avgjørelser som ble tatt. Informantene beskrev at jordmor må være bevisst egne valg, for å klare å fremme normalitet i fødselsforløpet.

Det handler jo om den innstillingen man har når man går inn på fødestua, at man ikke leter etter ting som ikke er normalt, at man blander klart drypp og legger frem en saks på en normal dame – det er jo bare tull! Så det handler jo litt om å tenke på hvilken pasient det er man egentlig har med å gjøre. Informant 9

Informantene fortalte at dersom det er utfordringer med å få inn fosterlyden på en lavrisikofødende, gjøres det enkelte ganger amniotomi for å få satt på skalpelektrode eller tatt i bruk CTG. Selv om det ikke var i henhold til retningslinjer ble dette ansett som et redskap som kunne fremme bevegelse og gi en mindre forstyrrende tilnærming til fosterovervåkning. Noen ganger gjorde også jordmor intervensjoner i fødsel for å hjelpe kvinnen til å føde raskere, noe som kunne utsette henne for komplikasjoner eller endre risikostatusen.

Jeg tror vi lager problemer for oss selv ved å ta vannet og det intervenseres for mye med de friske kvinnene. Det er jo vanskelig når man står der inne, og dama hylar. Hva skal man gjøre liksom? Informant 7

4.2.3.2 Kultur og holdninger

Jordmødrene opplevde å ivareta en lavrisikofødende handlet mye om egne holdninger og avdelingens kultur. De beskrev at på en kvinneklinikk hvor de ivaretar både lavrisiko- og høyrisiko fødende i samme avdeling, kan dette resultere i at alle får lik oppfølging på grunn av avdelingens kultur. Det opplevdes som utfordrende å tenke på fødselen som en alminnelig

livshendelse, dersom jordmor var del av en kultur som forventet at hun skulle handle utfra et medikalisert syn.

Jeg tror vi er redd for å havne i situasjoner der du i etterkant får et spørsmål om hvorfor du ikke kjørte CTG, men for min del synes jeg det er fint å bare henvise til prosedyren. Det synes jeg er viktig å bevare, slik at man ikke sykeliggjør alle.

Informant 8

Informantene beskrev at ansvarsjordmors holdninger hadde stor påvirkning på hvordan jordmødrene følte seg støttet til å ivareta lavrisikofødende. Jordmødrene beskrev at de følte på et ansvar for den som sto ansvarlig for avdelingen, og jordmor ble påvirket til å ta valg i fødsel basert på hvilken holdning ansvarsjordmor på vakt hadde. Om ansvarsjordmor var opptatt av å opprettholde den normale fødselen eller hadde en medikalisert tankegang, kunne dette påvirke jordmor sine tanker om fødselsforløpet. Jordmødrene kjente også det var vanskelig å balansere hvilket syn som var gjeldene fra dag til dag, i forhold til hvilken jordmor som var ansvarlig.

Hvordan jeg jobber avhenger av hvem som er teamjordmor på skiftet. Man styres av hvilken holdning den jordmoren har. Da går jeg inn på fødestua og blir styrt i den ene eller andre retningen ut ifra hvordan jeg blir møtt når jeg kommer ut og informerer om fødselen. Informant 1

Andre informanter opplevde at deres avdelingskultur fremmet bruk av deres jordmorkunnskaper for å ivareta de lavrisikofødende, fremfor intervensjoner. De brukte hverandre som støttespillere for bistand og råd, og passet på at andre ikke utførte intervensjoner uten tilstrekkelig grunnlag. De miljøene hvor jordmødrene hadde samme interesser og støttet hverandre i å fremme normalitet i fødsel, opplevde færre kulturelle konflikter i forhold til hvordan jordmor jobbet.

Vi jobber i et team. Så vi trår til der det trengs, og vi hjelper hverandre mye.

Informant 3

5 Drøfting av funn

I dette kapitlet drøftes resultatene i lys av teoretisk rammeverk og relevant forskning. Deretter presenteres metodediskusjon.

5.1 Jordmors autonomi i et tverrprofesjonelt samarbeid

Jordmødrene i studien vår beskrev at de følte på en mindre ansvarsrolle i ivaretagelsen av lavrisikofødende, som påvirket deres opplevelse av egen jordmorautonomi. Å ha autonomi ble hevdet å være viktig for ivaretagelsen av lavrisikofødende. Dette kan ses i sammenheng med at å fremme normale fødselsforløp, er en av jordmødres mest sentrale oppgaver (Blix & Henriksen, 2023). Jordmødre har dermed behov for frihet til å gjøre valg basert på egne vurderinger og kvinnens ønsker i fødsel. En studie viser at jordmødre som jobber på kvinneklinikker opplever å miste sin jordmorautonomi ved å få mindre tillitt til det normale fødselsforløpet (Darling et al., 2020). Dette kan ses i sammenheng med at jordmors autonomi avtar som følge av at arbeidet i økende grad blir styrt av nasjonale retningslinjer og avdelingens prosedyrer (Lukasse & Henriksen, 2019). I motsetning opplever jordmødre som arbeider ved fødestue eller med hjemmefødsler at de stoler på det normale fødselsforløpet og legger til rette for en fysiologisk tilnærming (Blaaka & Schauer, 2008), da jordmors ferdigheter, erfaringer og kunnskap bidrar til å fremme jordmors autonomi (Clemons et al., 2021). Jordmormodellen MiMo beskriver at den etablerte kunnskapen jordmor besitter er viktig for å være trygg i sin profesjonelle rolle. Jordmødre må stole på normaliteten og tilrettelegge for en normal fødsel (Berg et al., 2012). Òlofsdottir (2011) påpeker at tilstedeværelse av jordmødre ved fødselen kan ha effekt på utviklingen av jordmorferdigheter, spesielt kunnskapen som trengs for å fremme normalitet og trygghet. Videre er et godt samarbeid med annet helsepersonell ansett som avgjørende for jordmors rolle og autonomi (Behruzi et al., 2017; Catling et al., 2017; Charolan-Olah et al., 2015; Clemons et al., 2021; Darling et al., 2020; Healy et al., 2017; Martin-Arribas et al., 2020; Nilsson et al., 2019).

I Helsedirektoratets retningslinjer beskrives det at jordmødre i Norge er ansvarlige for lavrisikofødende og lege skal kontaktes dersom det oppstår komplikasjoner (Helsedirektoratet, 2010). Funn fra denne studien viser at samtlige jordmødre ikke fikk fullstendig ansvar for lavrisikoførløpene. De beskrev at legene ønsket å ha kontroll over alle fødende og ønsket oppdateringer under fødselsforløpet. Dette støttes i en studie som viser at jordmors kompetanse og kliniske erfaring er mindre verdsatt på grunn av økt medisinsk kontroll (Behruzi et al., 2017). En mistillit til jordmors omsorg kan dermed føre til manglende

støtte av jordmødrene som ønsker å opprettholde de normale fødselsforløpene (Healy et al., 2017). Jordmødrene i studien vår beskrev videre at dersom legene kom med forslag til medisinske intervensjoner på lavrisikofødsler, syntes de det var vanskelig å argumentere mot legens standpunkt. Forskning viser at medikalisering undergraver jordmødres følelse av autonomi når legers arbeid er høyere verdsatt enn jordmødrenes (Sandall et al., 2016; Thompson et al., 2016). Det kan skyldes at leger ikke har tilstrekkelig tillitt til jordmors kompetanse eller har begrenset forståelse for det normale fødselsforløpet, og dermed frykter komplikasjoner uten intervensjon i fødselen (Darling et al., 2020). Legene anser det som et sikkerhetstiltak å involvere seg i et normalt fødselsforløp (Healy et al., 2017). Likevel opplevde jordmødrene i studien vår at flere lavrisikofødende vet mer om hva de har krav på og ønsker i fødsel. Forskning viser at jordmødrene må i økende grad argumentere mot legene for å ivareta et lavrisikoforløp for å imøtekomme kvinners forventninger (Darling et al., 2020; Martin-Arribas et al., 2020; Sandall et al., 2016). Dette poengteres videre i en studie som hevder at jordmorautonomi kan styrkes ved at kvinner har ønsker for fødselsforløpet (Page & Mander, 2014).

På den andre siden beskrev flere jordmødre i denne studien at de opplevde et godt samarbeid med legene. På kvinneklinikkene hvor leger hadde observert normale fødsler, opplevde jordmødrene seg støttet til å ivareta lavrisikofødende på egenhånd. Skogheim & Hanssen (2015) mener at dersom man skal ha tro på den normale fødselen må en erfare fødsler uten inngrep. Dette kan bekreftes fra vår studie hvor jordmødrene opplevde at legene anerkjente og stolte på jordmødrenes vurderinger etter å ha observert normale fødselsforløp. Et godt samarbeid mellom jordmødre og leger er avhengig av å gi faglig støtte, anerkjenning og ansvar til hverandre (Daemers et al., 2017; Reiger & Lane, 2009). En studie poengterer at jordmor ofte er trygg på egne avgjørelser og kompetanse, men utfordringer kunne oppstå dersom begge profesjonene hadde forskjellig oppfatning av hva som var riktig behandling og fremgangsmåte (Daemers et al., 2017). Informantene i studien vår påpekte at det var viktig for jordmødrene å ivareta den normale fødselen til kvinner i lavrisikogruppen. Dette kan sees i sammenheng med hva ICM (2018) definerer som jordmors rolle og arbeid. Jordmødre er en ansvarlig fagperson og arbeider aktivt med å fremme det normale hos kvinnen i fødsel. Det er jordmors ansvar å gi nødvendig støtte, omsorg og avdekke mulige komplikasjoner.

5.2 Balansen mellom lav bemanning, organisering, prioritering og arbeidsbelastning

Jordmødrene i studien vår beskrev at organiseringen på kvinneklinikkene gjorde at jordmødre hadde mange arbeidsoppgaver. De forklarte at høy arbeidsbelastning utfordret jordmor til å fremme et normalt fødselsforløp og foreta individuelle vurderinger hos lavrisikofødende. Helsedirektoratet (2010) påpeker at det kan oppstå en prioriteringssituasjon på kvinneklinikker, hvor behovet til de syke og friske veies opp mot hverandre. Spesielt på større fødeinstitusjoner hender det at jordmødre har ansvaret for flere fødende på en vakt (Helsedirektoratet, 2010). Dersom alle fødende har behov for tilstedeværelse av jordmor må hun gå fra den ene til den andre, og gi et minimum av omsorg. Hun risikerer da å være mentalt fraværende for alle eller kun være til stede for den som trenger det mest (Berg et al., 2012). Tidligere forskning viser at høy arbeidsbelastning utfordrer jordmors mulighet til å jobbe kvinnesentrert, da jordmor ikke har tid til tilstrekkelig oppfølgingen eller omsorg (Bjerka et al., 2019; Catling et al., 2017; Darling et al., 2020, Lukasse & Henriksen, 2019; Martin-Arribas et al., 2020). Jordmødrene i studien vår opplevde å ikke kunne være til stede for lavrisikofødende på grunn av høy arbeidsbelastning. Det er både en faglig anbefaling og evidensbasert at tilstedeværelse av jordmor i aktiv fødsel er viktig, da dette blant annet gir færre keisersnitt, færre instrumentelle forløsninger, høyere Apgar-score, mindre bruk av smertestillende medikamenter, kortere fødselsforløp og bedre fødselsopplevelse (Bohren et al., 2017; Helsedirektoratet, 2010). Jordmormodellen MiMo påpeker at en stemning som gir ro, tillitt og trygghet er viktig for å fremme normalitet, og dette henger tett sammen med tilstedeværelse av jordmor (Berg et al., 2012).

På bakgrunn av at medikalisert omsorg ofte innebærer rutiner, begrenser det kvinners delaktighet i valg og valgmuligheter. Dette kan forstås som en barriere mot den kvinnesentrerte omsorgen (Brady et al., 2019). Funn fra studien vår fastslo at jordmødre møter utfordringer ved å innfri kvinners forventninger, og ønsker ble ikke alltid innfridd. Å fremme kvinnens valg er ikke alltid gjennomførbart med tanke på arbeidsbelastningen jordmødrene står ovenfor. En norsk studie viser at kvinner ønsker å være involvert i avgjørelser, bli sett og forstått som individer og at relasjonen til jordmor er viktig for kvinnens opplevelse av støtte (Bringedal & Aune, 2019). Dette funnet belyses i en annen studie der relasjonen fremheves som viktig både for lavrisiko- og høyriskofødende (Lundgren & Berg, 2007). Jordmødrene i studien opplevde at lavrisikofødende ble nedprioritert, og de hadde ikke tid til å være til stede på føderommet. Forskning viser at

jordmor må være til stede fysisk og emosjonelt for å ivareta kvinnens behov (Aune et al., 2016; Blaaka & Schauer, 2008; Bringedal & Aune, 2019; Carolan-Olah, 2015; Martin-Arribas et al., 2020; Nilsson et al., 2019; Vedeler et al., 2021). I MiMo-modellen er gjensidig relasjon sentralt, og kvinnens deltakelse i egen fødsel løftes frem. Modellen viser at jordmor skulle støtte kvinnen i å ta ansvar ved avgjørelser både basert på samarbeid med jordmor og av selvstendighet (Berg et al., 2012).

Funn fra studien vår og tidligere forskning viser at et høyt antall fødende uten tilstrekkelig bemanning utfordrer muligheten til å fremme et normalt fødselsforløp (Darling et al., 2020; Martin-Arribas et al., 2020). ICM løfter frem jordmødres og kvinners rett til et reguleringssystem som sikrer trygge, kompetente og autonome fagfolk. Samtidig skal det være tilstrekkelig bemannet med jordmødre for å kunne møte behovene til kvinnene og de nyfødte barna (International Confederation of Midwives, 2018). Helsedirektoratet (2010) angir at det skal være tilstrekkelig bemanning i omsorgstjenesten, slik at jordmødre klarer å opprettholde kravet om en-til-en omsorg i aktiv fødsel. Jordmødrene fra denne studien hadde likevel behov for å gå fra kvinnen i fødsel for å hjelpe til med andre arbeidsoppgaver eller gi omsorg til andre pasienter i avdelingen. I midlertidig fraråder WHO (1998) å la kvinnen være alene i fødsel (Chalmers et al., 2001). Både vår studie og Martin-Arribas et al. belyser at jordmor kan tilby epidural og elektronisk fosterovervåking til lavrisikofødende for å redusere behovet for jordmor inne på fødestuen, uten at dette var nødvendig for fødselsforløpet (2020). Samtidig viser en studie at det er mindre behov for smertelindring som epidural dersom kvinner har en tilstedeværende jordmor (Turner et al., 2022). Jordmødrene i vår studie beskrev at de var presset til å jobbe effektivt fremfor kvinnesentrert, dersom avdelingen var lavt bemannet i forhold til mengden arbeidsoppgaver. Dette kan sees i sammenheng med en studie som sammenlignet fødsler på travle og rolige dager, på samme kvinneklinikk. På travle dager ble det utført 27% flere instrumentelle vaginale forløsninger i forhold til 10% færre på rolige dager (Vilkko et al., 2022).

Kontinuitet i oppfølgingen til lavrisikofødende var savnet av jordmødrene på kvinneklinikkene i studien vår, da de ofte ikke møtte kvinnene før de var i aktiv fødsel. I tidligere forskning løftes det frem at lavrisikoenheter er assosiert med høy kontinuitet i oppfølgingen, da det anses som positiv faktor å ha kjennskap til den fødende fra tidligere for å fremme normalitet i fødsel (Aune et al., 2016; Sandal et al., 2016). Kontinuerlig støtte under fødsel har klinisk betydningsfulle fordeler for kvinnen og barnet (Hodnett et al., 2012b). En norsk studie viser også at kontinuitet bidrar til å styrke kvinnens mulighet til valg i fødsel

(Bringedal & Aune, 2019). I en annen studie fra Norge poengteres det at kvinner ønsker en omsorg som er noe mer enn bare den medisinske tryggheten. Kvinner har sosiale og følelsesmessige behov under fødsel, noe som gjør at omsorgen må føles personlig og ekte. Den fødende kvinnen ønsker å oppleve at jordmor er oppriktig i møtet med henne og legger til rette for påvirkning av den omsorgen som gis (Vedeler et al., 2021). MiMo-modellen beskriver at kunnskapen jordmor utvikler skjer gjennom interaksjon med kvinnen, og gir henne ressurser og ferdigheter til å imøtekomme kvinnes individuelle behov. For å skape og opprettholde deltakelse kreves det tid sammen med jordmor (Berg et al., 2012). Dette blir utfordret av høy arbeidsbelastning ifølge jordmødrene i denne studien, da den helhetlige oppfølgingen blir nedprioritert og som videre fører til at jordmødrene ikke har tid til å gi grundig informasjon. WHO (1998) oppgir at det ikke bør være restriksjoner på kvinnens delaktighet i fødsel (Chalmers et al., 2001), og kvinnen er da avhengig av gjensidig deling av informasjon for å kunne være ansvarlig for valg som påvirker fødselen (International Confederation of Midwives, 2018).

På den andre siden ble organiseringen av fødselsomsorgen sett på som en positiv faktor fra jordmødrene i studien, da kvinner ikke har behov for overflytning dersom det oppstår en komplikasjon i fødselsforløpet. I en studie kommer det frem en rekke negative faktorer som påvirker kvinnen dersom hun må overføres under fødsel. En av disse faktorene var at kvinner bekymret seg over omsorgen under transport (Rowe et al., 2012). I tillegg må kvinnene tilpasse seg en ny situasjon, og de ønsket at deres jordmor fulgte fødselsforløpet videre (Sosa et al., 2018). Dersom en lavrisikofødende på kvinneklinikk endret risikostatus under fødselsforløpet, anså informantene det som positivt at kvinnen fikk beholde samme jordmor. Det ble også ansett som positivt at det var lett tilgjengelighet på medisinsk hjelp og medisinskteknisk utstyr, dersom de hadde behov for det. Det poengteres i en studie at tilgjengelig medisinsk utstyr og personell på en kvinneklinikk gir jordmor mulighet til å tilby en variasjon av smertestillende, som kan gi kvinnen en opplevelse av kontroll dersom hun har behov for dette (Nilsson et al., 2013). I en annen studie kommer det frem at jordmødre som jobber på fødestuer vektlegger nøye vurderingen av den fødende kvinnen, da jordmors valg kan påvirke fødselen betydelig. Jordmor må stole på den normale fødselsprosessen, men alltid være forberedt på eventuelle komplikasjoner, forflytninger eller akutte situasjoner. I motsetning til kvinneklinikker der jordmor er omgitt av medisinsk hjelp, må jordmor på en fødestue stole på sine vurderinger og være mer fokusert (Skogheim & Hanssen, 2015).

5.3 Risikobasert tilnærming

Studien vår viser at jordmødrene var opptatt av å opprettholde de normale fødselsforløpene, og det opplevdes som meningsfullt for dem. ICM (2018) beskriver hvordan jordmødre fremmer og ivaretar et normalt fødselsforløp, blant annet ved å ha respekt og tillitt til kvinnen og hennes fødeevne. Derimot opplevde jordmødre i studien vår en rekke faktorer som utfordret deres mulighet til å opprettholde de normale fødselsforløpene. MiMo-modellen beskriver hvordan den kulturelle konteksten jordmor befinner seg i påvirker muligheten for å jobbe kvinnesentrert, og kan bestå av faktorer som hindrer eller fremmer kvinnesentrert omsorg (Berg et al., 2012). Kvinneklinikker er organisert etter et medikalisert syn, noe som står i konflikt med jordmors kunnskaper og måte å jobbe på (Darling et al., 2020, Martin-Arribas et al., 2020, Nilsson et al., 2019). I studien vår kunne dette komme til uttrykk på ulike måter, og skapte en konsekvens både for jordmors arbeid og kvinnens fødselsforløp. Det hevdes at dersom en kultur bidrar til å anse alle fødsler som potensielt risikofulle, vil dette utfordre jordmors mulighet til å gjøre individuelle vurderinger og fremme det normale fødselsforløpet. Dette resulterer i at kvinner med forventet normal fødsel også blir overvåket nøye (Carolan-Olah, 2015; Darling et al., 2020; Martin-Arribas et al., 2020; Nilsson et al., 2019; Sandvik et al., 1997; Scamell & Alaszewski, 2012). Vaginalundersøkelser kan bli brukt som et måleverktøy for en forutbestemt utvikling av fødselsforløpet (Scamell & Alaszewski, 2012; Skogheim & Lundgren, 2021), noe WHO (1998) fraråder (Chalmers et al., 2001). En studie belyser jo mer man fokuserer på risiko desto mer risiko forårsakes, noe som kan føre til mindre tro på egen fødeevne og redusert evne til å ta valg i fødsel for kvinnen. Elektronisk fosterovervåking har vist økt forekomst av keisersnitt, uten bedring av utfallet for den nyfødte. Dermed kan det å gripe inn ved en liten risiko, faktisk øke risikoen (Lothian, 2012). Vår studie viser at lege og ansvarsjordmor involverte seg i fødselsforløpet om jordmor tok i bruk CTG. En studie påpeker at CTG åpner opp for andre jordmødre eller leger til å involvere seg i fødselen. Dette kunne anses om problematisk, dersom de ikke hadde vært inne på føderommet og hadde et helhetlig bilde av fødselen (Nilsson et al., 2019). Funn fra studien vår tilsier at beslutninger kan bli tatt på vaktrommet, uten involvering av kvinnen. Kommentarer fra andre kunne føre til usikkerhet på egne jordmorferdigheter, og jordmor kunne dermed intervensere i den normale fødselen. Hansson et al. (2019) og Magistretti et al. (2016) hevder at det å være jordmor innebærer å se på fødselen i sin helhet, da fødsel består av mange faktorer og er en sammensatt livsopplevelse. I jordmormodellen MiMo styrker jordmor kvinnen ved å informere henne, og jordmor har en kontinuerlig dialog med kvinnen

gjennom fødselsforløpet. Slik blir både jordmor og kvinnen aktive deltakere i fødselen (Berg et al., 2012).

Jordmødrene i vår og andre studier beskrev forventningen om å jobbe risikofokusert for å kunne jobbe i tråd med den medikaliserte kulturen (Church, 2017; Darling et al., 2020; Martin-Arribas et al., 2020), noe som hindrer jordmor i å opprettholde den normale fødselen (Church, 2017; Healy et al., 2017). I en studie kommer det fram at jordmødrene måtte følge retningslinjene, noe som tidvis var i strid med hvordan de etter egen jordmorfaglige kunnskap oppfattet den enkelte kvinnes fysiske og følelsesmessige behov. Dette medførte at noen jordmødre ikke lot seg styre av sine observasjoner, erfaringer og kunnskaper i den omsorgen som ble gitt til fødekvinnen, men heller overholdt retningslinjene. Hvis de avvek fra retningslinjene var de redde for å ha gjort noe galt og var usikre på hvilken tilnærming som var riktig (Nilsson et al., 2019). Kultur kan forhindre jordmor i å arbeide kunnskapsbasert, som betyr å ta faglige avgjørelser basert på forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap (Nortvedt et al., 2021). Dette støttes videre i en studie som viser at det kan oppstå en rasjonalisering og normalisering av rutinemessig intervensjonsbruk, noe som utfordrer jordmødres syn på en normal fødsel (Darling et al., 2020). Dermed kan en risikobasert tilnærming til fødsel bli ansett som en trygghet (Darling et al., 2020; Healy et al., 2017). Forskning viser at mange jordmødre føler seg maktesløse og frustrerte ved å jobbe i en kultur der deres kunnskaper og ferdigheter ikke blir verdsatt, innenfor et system som er organisert etter et medikamentelt syn. De føler seg ute av stand til å bruke jordmorferdighetene sine, og står i fare for å bli kritisert av kolleger for å ikke jobbe i samsvar med den medisinske fødselstilnærmingen (Darling et al., 2020; Martin-Arribas et al., 2020; Thompson et al., 2016, Scamell & Alaszewski, 2012). Ifølge MiMo modellen er det viktig for kunnskapsutviklingen at jordmor reflekterer både alene og sammen med kollegaer (Berg et al., 2012). Det krever selvtillit og besluttsomhet for å opprettholde de normale fødselsforløpene, da jordmødre må stå opp mot den medikaliserte praksisen og dermed risikere å bli kritisert eller pådra seg skyld (Martin Arribas et al., 2020).

Jordmødrene i studien vår beskrev at lavrisikofødende var mer utsatt for u hensiktsmessige intervensjoner både før og under fødsel grunnet teknologiske hjelpemidler. Helsedirektoratet (2010) beskriver den økende utviklingen av medisinsk teknologi som hensiktsmessig, da dette kan medføre bedre kontroll av risikofødende. Det kan derimot være uheldig og medføre uønskede utfall ved unødvendig bruk av intervensjoner under fødselen hos lavrisikofødende. Waldenström (2007a) er skeptisk til overforbruk av teknologi, da fødselsomsorgen forskyves

i retning mot økt bruk av intervensjoner. WHO presiserer at omsorgen for fødekvinner skal være mest mulig demedikalisert og bestå minst mulig av unødvendig bruk av innkomst CTG og andre intervensjoner, da dette kan medføre å behandle kvinnen som «syk» fremfor å være i en fysiologisk prosess (World Health Organization, 2018). Konsekvensen kan være å utsette kvinnen for komplikasjoner, da intervensjoner også har risikofaktorer (Lothian, 2012). Selv om dette var kjent blant jordmødrene i studien vår, var det ulike grunner til rutinemessig bruk av CTG. Flere av jordmødrene beskrev at dette kunne omhandle manglende kunnskaper om å lytte intermitterende eller av frykt for å ha oversett noe. Å lytte intermitterende anses som en grunnleggende jordmorferdighet og er en oppgave som jordmødre har kunnskap om, ifølge McKevitt et al. (2011). Studier viser at nyutdannede jordmødre ofte velger CTG fremfor intermitterende lytting hos lavrisikofødende, da de i større grad er usikre på egen kompetanse og ferdigheter i bruk av intermitterende lytting (Brunstad, 2010; Maude et al., 2014; Smith et al., 2012). I følge MiMo-modellen er jordmors kunnskap bygd på blant annet teoretisk kunnskap, og det er vesentlig at jordmor har denne kunnskapen for å oppleve trygghet i sitt yrke (Berg et al., 2012). Dette støttes i en studie hvor kunnskap i form av veiledere, utdanning, lokale- og nasjonale retningslinjer, trekkes frem for å sikre et godt resultat i fødselen (Daemers et al., 2017). I motsetning opplevde noen jordmødre i studien vår som jobbet i en kultur som hadde fokus på ivaretagelse av lavrisikofødende, dette som sentralt for å unngå intervensjoner. Jordmødrene hadde tro på det normale fødselsforløpet og var bevisst på valg de gjorde i fødsel, noe som var betydelig for å kunne fremme normalitet i fødselsforløpet. Dette støttes i studien til Martin-Arribas et al. (2020) og Thompson et al. (2016) som beskriver at jordmødrenes positive syn på normal fødsel er støttende for ivaretagelsen av lavrisikofødende, da jordmor fremmer det normale fødselsforløpet ved å underbygge kvinnens tro på egen fødeevne, støtter kvinnens ønsker og beskytter mot intervensjoner i større grad. Dette beskrives også i MiMo (Berg et al., 2012).

I denne studien oppga informantene det kunne være utfordrende å skifte mellom høyrisikofødende og lavrisikofødende. Selv om de var innforstått med bruk av rutinemessig CTG på lavrisikofødende ikke er anbefalt, var det utfordrende å endre tankesettet etter å ha opplevd ubehagelige situasjoner. En studie som beskriver jordmødres bruk av kontinuerlig fosterovervåkning, forklarte at dette gjøres for å dokumentere at barnet har det bra (Smith et al., 2012). Videre beskrev jordmødrene i studien vår det teknologiske utstyret som lett tilgjengelig, noe som gjorde det vanskelig for jordmor å ikke ta det i bruk. I dagens moderne medisin er det en viktig del av jordmors rolle å se hvor det er nødvendig å bruke teknologi og

utstyr, og når det bør unnlates (Blaaka & Schauer, 2008; International Confederation of Midwives, 2018; World Health Organization, 1998). Jordmormodellen MiMo beskriver at å fremme normal fødsel ikke er et fravær av medisinskteknisk utstyr, men det skal kun brukes når det er nødvendig (Berg et al., 2012). Ifølge Healy et al. (2017) er jordmødrene redde for å stå med ansvaret alene, noe som fører til at de følger den medisinske tilnærmingen og det som er i tråd med den kulturen som befinner seg på avdelingen. Miller et al., (2016) spiller videre på dette og forklarer at ved en medikalisert fødselsomsorg blir terskelen for bruk av intervensjoner lavere. En annen grunn for bruk av medisinteknisk utstyr er redsel for å bli rettsforfulgt eller oppleve negative sanksjoner dersom fødselen får et negativt utfall (Calolan-Olah et al., 2015; Healy et al., 2016; Miller et al., 2016; Scamell & Alaszewski, 2012; Waldenström, 2007a). WHO (2018) beskriver at bruk av CTG kan gi trygghet og beroligelse for fødselshjelpere. Andre stoler ikke på teknologien, men føler seg likevel presset til å anvende CTG i frykt for eventuelle juridiske konsekvenser. Waldenström (2007b) og Calolan-Olah et al. (2015) poengterer at overforbruk av teknologi og intervensjoner henger sammen med en reell trussel for å bli anmeldt på slike avdelinger. CTG brukes derfor som en forsikring for at jordmor har tatt de rette vurderingene og handlingene. Jordmødrene i denne studien mente at en slik praksis fører til en kontinuerlig søking etter å finne risikofaktorer eller andre komplikasjoner hos lavrisikofødende. Dermed ble jordmor styrt mot å jobbe risikosentrert for å hindre rettslige etterfølgelser (Calolan-Olah, et al., 2015). Studien vår påpeker at flere av jordmødrene var bevisst sine vurderinger, men var også redde for å gjøre feilvurderinger hos lavrisikofødende. Ifølge Hofmann (2015) kan det være lettere å forsvare bruk av intervensjoner og teknologi, enn å ikke bruke det. I en norsk studie kommer det fram at jordmødre som jobber på kvinneklinikker er redde for uønskede hendelser eller at noe skal gå galt med mor eller barn (Lukasse & Henriksen, 2019). Dette bekreftes videre av Healy et al., (2017) som beskriver risikokultur som forsterkende på jordmors følelse av frykt for feilvurderinger i fødsel. Denne frykten gjorde at jordmødrene, parallelt med å verne om det normale, alltid var forberedt på komplikasjoner som kunne oppstå under fødsel. Ifølge Scamell & Alaszewski (2012) var jordmødrene på konstant leting etter risikofaktorer eller sykdomstegn, som ble sett i sammenheng med at jordmødrene påvirkes av den medisinske kulturen på avdelingen. I MiMo er balansegangen sentralt i modellen. Jordmor må balansere mellom forholdet til kvinnen, ulike former for kunnskap og normer som hindrer kvinnesentrert omsorg (Berg et al., 2012).

Ifølge MiMo-modellen består kvinnesentrert omsorg av tre ledd; en tillitsfull relasjon mellom jordmor og fødekvinne, trygg og rolig fødeatmosfære, og jordmor utøver sin jordmorkunnskap. Disse leddene skal videre balanseres med de kulturelle normene og forutsetningene på avdelingen (Berg et al., 2012). Relasjonen mellom kvinnen og jordmor er avhengig av at jordmor har mulighet til å være til stede både mentalt og fysisk for kvinnen, noe den høye arbeidsbelastningen utfordret. Samtidig var jordmor redd for uheldige fødselsutfall som førte til rettsforfølgelse eller skyld, som hindret jordmor fra å ta i bruk og stole på jordmorkunnskapen. Det opplevdes som mer sikkert å ta i bruk medikamentelt eller teknologisk utstyr. Det var også mange kulturelle faktorer som utfordret jordmor i å opprettholde de normale fødselsforløpene, som forventning om intervensjon eller fosterovervåking, innblanding fra leger og manglende støtte i valg. Samtidig hadde kulturen på avdelingen betydning for hvilken kunnskap jordmor opparbeidet seg og påvirket hennes yrkesutøvelse. Jordmor fikk dermed utfordringer med å unngå fosterovervåking eller intervensjon, som videre utfordret balansegangen som krevdes for å opprettholde de normale fødslene. Dersom denne tilnærmingen til fødsel fører til et overforbruk av intervensjon og fosterovervåking kan det resultere i at lavrisikofødende får liknende oppfølging som risikofødende.

5.4 Metodediskusjon

Begrep som validitet, reliabilitet og troverdighet kan bli brukt for å beskrive hvordan en studie er gyldig og av god kvalitet. Corbin foretrekker å bruke troverdighet for beskrivelse av studiens gyldighet og kvalitet, da hun mener dette sier mer om funnene er til å stole på i kvalitativ forskning (Corbin & Strauss, 2015). Først og fremst må forsker bruke hensiktsmessige metoder for å finne nøyaktig det han er ute etter. Det ble valgt en kvalitativ tilnærming, da vi ønsket å undersøke subjektive erfaringer. Ved valg av GT som metode, kreves det at forskergruppen er åpen for hvilke funn som oppstår. Derfor ble det formulert en åpen problemstilling, og det ble tatt høyde for at data fra informantene kunne ta studien i en annen retning enn det som var tiltenkt (Glaser & Strauss, 1967). Da det var utfordringer med rekruttering ble problemstillingen holdt åpen og det ble fokusert på å få informanter fra hele landet, fremfor å selektere utvalget utfra datamaterialet. Dette ble gjort for å sikre studiens troverdighet, ved at jordmødre på kvinneklinikker fra hele landet skulle kunne kjenne seg igjen i resultater av datamaterialet. Alle steg i metoden ble fulgt frem til ferdigstilling av resultater, og vi har forsøkt å være tydelige på studiens hensikt i alle ledd fra start til slutt (Corbin & Strauss, 2015). Selv om det ikke presenterer en teori, er GT en nyttig modell for å

gjennomføre en grundig og systematisk undersøkelse. GT som metode kan sees på som hensiktsmessig med tanke på intervjuers påvirkning på deltakerne, da det kreves åpenhet fra forskerne (Hjälmhult et al., 2014).

5.4.1 Fit, understandable, general og control

GT utvikler teorier som er overførbart til det daglige og kan lett tas i bruk. Selve essensen i GT-studier er at studien kan sammenlignes med andre, for å bygge videre på teorien som allerede er etablert på dette området (Glaser & Strauss, 1967). Da Corbin og Strauss ikke tar utgangspunkt i konkrete prinsipper for å fremme troverdighet, tas det utgangspunkt i Glaser og Strauss. Ifølge Glaser og Strauss (1967) kreves det at studien er utformet på en måte hvor dataene fremkommer på en autentisk måte uten å inkludere for mye spesifikke faktorer eller detaljer. For oppnåelse av dette, må teorien være *samsvarende (fit)*, *forståelig (understandable)*, *generaliserende (general)* og *kontrollert (control)*. Disse begrepene beskriver hvordan en teori oppnår troverdighet. Da denne studien ikke utvikler en ny teori, blir forståelsen av disse begrepene anvendt til hvordan resultatene ble utviklet. Anvendelse av metoden diskuteres videre i dette kapitlet med bruk av begrepene *fit*, *understandable*, *general* og *control*, og prinsipper fra Corbin & Strauss (2015) flettes inn.

Fit: For at en studie skal være samsvarende må dataene være korresponderende med resultater og funn, for å få frem informantgruppen sin virkelighet (Glaser & Strauss, 1997). Derfor anser vi det som hensiktsmessig å velge teorier som er nærliggende det området som undersøkes, slik at studien passer den realiteten som forskes på. Derfor baserer det teoretiske rammeverket seg på den jordmorfaglige modellen MiMo. Denne er utviklet av jordmødre og overførbart til det som forskes på. Videre er det også sentralt å kunne anvende data og teori på en hensiktsmessig måte (Corbin & Strauss, 2015). Forskergruppen består av to jordmorstudenter som ikke har like forutsetninger for å anvende teori som en forsker. Likevel er det store likheter mellom funn fra tidligere forskning med våre resultater og datamateriale, samt høy overføringsverdi mellom MiMo-modellen og det som forskes på. Data som fremkommer, skal ikke manipuleres for å passe eksisterende teori eller forforståelse. Samtidig vil kategorier som er utviklet fra data som fanger realiteten til informantene ofte stemme overens med eksisterende forskning (Corbin & Strauss, 2015; Hjälmhult et al., 2014). For å fremme kvaliteten i studien har det vært fokus på gjennomsiktighet, med grundige beskrivelser av metoder og valg som er tatt underveis. På bakgrunn av at Universitet i Tromsø hadde arbeidskrav knyttet til planlegging av prosjektet, måtte en problemstilling, bakgrunn for

studien og et utvalg planlegges før datainnsamlingen fikk starte. Dette kan ha påvirket studiens åpenhet for datamaterialet, ettersom GT foreslår å vente med dette for at forskeren skal forbli åpen til en kjernekategori er utviklet. Åpenhet til datamaterialet har vært i fokus under datainnsamlingen og analysen, samt bevissthet om viktigheten av å stole på fremveksten av en kjernekategori (Corbin & Strauss, 2015).

Understanding: Forskers rolle i utviklingen av en GT-studie er sentral, da resultater er basert på forskers tolkning av materialet. Dersom en studie korresponderer med den realiteten informantene befinner seg i, vil andre som jobber innenfor samme fagfelt kjenne seg igjen i de funnene som presenteres (Glaser & Strauss, 1967). Hva som avgjør om en studie er av god kvalitet, kan være vanskelig å definere. En indikasjon er at leser får en dypere forståelse av tema og opplever dette som noe vedkommende kan ta med seg inn i sin yrkespraksis (Corbin & Strauss, 2015). Da er det sentralt at resultatene er generaliserte, for å oppnå en overføringsverdi. Det kreves en konstant sammenligning mellom data, som er med på å øke troverdigheten (Corbin & Strauss, 2015; Glaser & Strauss, 1967). Under analyseprosessen gjorde begge jordmorstudentene sammenligninger kontinuerlig, også med veiledning fra dosent. Flere av informantene beskrev liknende erfaringer uten oppfordring under intervjuene, noe som styrker studiens troverdighet. Dette gir mulighet til å generalisere erfaringene og se sammenhenger mellom dem. Forskergruppen var beviste over at metoden krevde en balansegang mellom å være distansert i møte med informantene for å ikke manipulere dataene, samtidig som forsker skal tilnærme seg på en måte som gir nærhet og dybde i beskrivelse av resultatene (Corbin & Strauss, 2015). Lite tidligere erfaring med å opprettholde denne balansegangen kan bli sett på som en svakhet i studiet. Derfor hadde forskergruppen kontinuerlige samtaler om hvordan denne balansegangen skulle opprettholdes, slik at vi fikk mest mulig ut av intervjuene uten å lede informantene. Det samme gjaldt underveis i analyseprosessen, hvor vi kontinuerlig kontrollerte materialet og hverandres oppfattelse av dette.

Generality: Kategorier som utformes skal være spesifikke for å gi nærhet til dataene, men være generelle nok til å ha overførselsverdi til andre studier innenfor samme fagfelt. GT har som hensikt å belyse og skape bevissthet rundt problemstillingen for å skape en utvikling av fagfeltet, og krever dermed generaliserende kategorier slik at disse kan bygges videre på (Glaser & Strauss, 1967). Kategorier ble valgt basert på hva som gjenspeilet de dataene som var samlet, samt var generaliserte nok til at andre jordmødre lett kan kjenne seg igjen. Svakheten med kvalitative studier er stadig endring av de erfaringene og konteksten som

forskes på, og dermed kan disse faktaene miste sin overførselsverdi over tid. Derfor ble de nyeste artiklene som er tilgjengelig for sammenligning av våre funn inkludert, som vil videre si noe om dataene er generalisert nok til å ha overføringsverdi. Dersom forsker blir for opptatt av faktorer er konsekvensen å miste overførings- og nytteverdien. Eksempelvis var samarbeid med leger nevnt av alle som enten en positiv eller negativ faktor som påvirket deres mulighet til å ivareta den lavrisikofødende. Likevel viser aktuelle artikler lignende konsepter, noe som vi anser som et tegn på at overføringsverdien er til stedet. For at en studie skal være generalisert nok er det inkludert mange generelle påstander, som totalt sier mye om det som forskes på (Glaser & Strauss, 1967). Informantene våre har beskrevet den sammensatte situasjonen ved ivaretagelse av lavrisikofødende, noe som har gjort at denne studien naturlig tar for seg ulike temaer. Vår åpne intervjuguide kan også ha bidratt til dette, da det er har gitt informantene mulighet til å dele erfaringer innenfor en rekke områder. Samtidig er det en tydelig sammenheng mellom de identifiserte kategoriene i vår studie og andre artikler. Informantene jobbet på kvinneklinikker med ulik størrelse og hadde ulik ansiennitet, som skapte variasjon på hva de fokuserte på. Likevel var liknende temaer identifisert, noe som antyder overførbarhet i studien.

Control: Kontroll fokuserer også på å ha kontroll over faktorer. De faktorene som blir inkludert i studiet må utgjøre en stor forskjell. Kun nødvendige faktorer ble valgt for å opprettholde resultatene generaliserte nok. Faktorer i studien som var inkludert var for eksempel «leger med interesse for opprettholdelse av normale forløp» og «leger som ønsket medisinsk kontroll», da dette var noe som ga store utslag for hvordan jordmor opplevde sin jordmorautonomi ved ivaretagelse av de lavrisikofødende. Leser må kunne se funn i sammenheng med den aktuelle situasjonen jordmødre befinner seg i, forutse forandringer dersom situasjonen jordmor befinner seg i endres, eller forutse forandringer dersom jordmor endrer seg i sin situasjon. Studien tar for seg hvordan den medikaliserte kulturen påvirker jordmors arbeid med lavrisikofødende. Arbeidsbelastning er i direkte sammenheng med jordmors mulighet for å gi god omsorg, og dersom jordmor erverver en verstefallstenking vil den omsorgen som gis kunne påvirkes negativt. Kontroll beskriver videre at studien øker leseres forståelse og har en praktisk anvendelse. Å øke kunnskapsområdet krever blant annet tilstrekkelig informanter for metning av dataene, og at studien bygger videre på eksisterende teori (Glaser & Strauss, 1997). Ved teoretisk høy innsamling vil en teori kunne vokse frem og metning oppnås, noe som ville ha styrket studiens funn (Hjalmhult et al., 2014).

Studien avsluttes når den kontinuerlige sammenligningen av data og analyser har direkte betydning overfor hverandre, noe vi opplever å ha oppnådd med studiet. Når forsker er overbevist om at det konseptuelle rammeverk danner en systematisk oversikt og er lagt frem på en slik måte at andre kan bruke det i sin forskning, er studien i slutfasen. Et konseptuelt rammeverk inkluderer formelle teorier, andre begreper og empiriske funn fra litteraturen, som brukes til å vise sammenhenger mellom disse ideene og hvordan de relaterer seg til studien (Glaser & Strauss, 1967). Vårt konseptuelle rammeverk er nøye valgt for å få frem sammenheng og en økt forståelse for området.

6 Konklusjon

Denne studien bidrar til økt forståelse for jordmødres erfaringer med ivaretagelse av lavrisikofødende, og hvordan de håndterer dette ved å tilpasse seg organiseringen på kvinneklinikker. Resultatene viser at jordmors mulighet til å ivareta lavrisikofødende er utfordret ved å ha både lavrisiko- og høyriskofødende i samme avdeling. Jordmødrene gir beskrivelser som påpeker at lavrisikofødende blir nedprioritert på grunn av et høyt antall fødende uten tilstrekkelig bemanning. Ivaretagelse av mange arbeidsoppgaver samtidig, går trolig på bekostning av individuelle behov, noe som fører til mindre tilstedeværelse hos den enkelte fødekvinne. Det fremkom også at ivaretagelse av lavrisikofødende begrenses av involvering av leger i fødselsforløpet, og en risikostyrt tilnærming kunne prege jordmors holdninger og valg i fødsel. Den risikostyrte tilnærmingen til fødsel medfører et høyere forbruk av medisinsktekniske utstyr, da jordmor ønsker å dokumentere og sikre seg for å ha gjort nok. Alle faktorene kan bidra til at lavrisikofødende kan få lik oppfølging som høyriskofødende på kvinneklinikk, noe som går imot differensiert fødselsomsorg og retningslinjer som skal støtte oppunder det normale fødselsforløpet.

For at jordmor skal kunne ivareta lavrisikofødende på kvinneklinikk har de behov for å ta i bruk jordmorfaglige kunnskaper og stole på sine egne jordmorferdigheter. I tillegg er de avhengig av å ha et godt samarbeid tverrfaglig for å føle seg støttet. Dersom avdelingskulturen fremmer og stoler på normaliteten uten unødvendige medisinske intervensjoner, opplever jordmor å være i stand til å ta autonome valg i fødsel basert på egne vurderinger og kvinnens ønsker.

6.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning

På bakgrunn av økende sentralisering av fødselsomsorgen i Norge, vil trolig jordmødre som jobber på kvinneklinikker møte flere lavrisikofødende med ønsker om normal fødsel. Vi ønsker med studien vår å bringe økt bevissthet rundt omsorgen til lavrisikogruppen. Jordmødre og andre som jobber i fødselsomsorgen vil kunne dra nytte av erfaringene fra studien vår ved å sette fokus på å fremme normal fødsel. Lav bemanning og høy arbeidsbelastning er faktorer som har vist seg å utfordre ivaretakelsen av lavrisikofødende, noe som kan være nyttig for ledelsen på kvinneklinikker å ha kjennskap til.

Jordmødre har en stor rolle for ivaretagelse av lavrisikofødende, og de bidrar til å gi kvinnesentrert omsorg. Studien antyder at leger som får erfare normale fødsler er en faktor som bidrar positivt til tverrfaglig samarbeid, som også kan bli vurdert å bli implementert i organisering av nyansatte leger. Samarbeid og støtte mellom jordmødrene har også vist seg å være en del av å gi omsorg og å opprettholde lavrisikostatusen igjennom fødselsforløpet, og er noe som jordmødre kan implementere i sin yrkespraksis.

Fordelene med å fremme normal fødsel og jobbe kvinnesentrert er mange. Målet er å fremme normalitet og kvinners mulighet til valg i fødsel. Ved å belyse utfordringer av jordmors rolle i ivaretagelsen av lavrisikofødende, kan det videre tas stilling til om lavrisikofødende bør føde på jordmorstyrte enheter. For å videre tydeliggjøre jordmors rolle, ville videre forskning fra kvinners opplevelser med normal fødsel på kvinneklinikk vært hensiktsmessig.

Referanseliste

- Andreassen, G., Øian, P., & Blix, E. (2014). Differensiert fødselsomsorg i en kvinneklinikk. *Forskning, 2*, 142-150. 10.4220/sykepleief.2014.0081
- Aune, I., Torvik, H. M., Skogås, A.-K., Persen, J., & Dahlberg, U. (2016). Promoting a normal birth and positive birth experience - Norwegian women's perspective. *Midwifery, 31*(7), 721-727. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.016>
- Behruzi, R., Klam, S., Dehertog, M., Jimenez, V., & Hatem, M. (2017). Understanding factors affecting collaboration between midwives and other health care professionals in a birth center and its affiliated Quebec hospital: a case study. *BMC Pregnancy Childbirth, 17*, Artikkel 200. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1381-x>
- Berg, M., Ólafsdóttir, Ò. A., & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare, 3*(2), 79-87: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.03.001>
- Bernitz, S., Rolland, R., Øian, P., Blix, E., Sjøborg, K. D., & Jacobsen, M. (2011). Is the operative delivery rate in low-risk women dependent on the level of birth care? : a randomised controlled trial. *BJOG, 118*(13), 1688-1689. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.03043.x>
- Birthplace in England Collaborative Group. (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ 343*:d7400. <https://doi.org/10.1136/bmj.d7400>
- Bjerga, B., Risa, M., Blix, E., & Pay, A. D. (2019). One-to-one care routines and compliance with the national professional recommendation on continuous intrapartum support in Norway: A national survey. *European Journal of Midwifery, 3*. <https://doi.org/10.18332/ejm/110064>
- Blaaka, G., & Schauer, T. E. (2008). Doing midwifery between different belief systems. *Midwifery, 24*(3), 344-352. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2006.10.005>

- Blix, E., & Henriksen, L. (2023, 16 februar). *Jordmor*. Store medisinske leksikon. Hentet 10.03.23 fra <https://sml.snl.no/jordmor>
- Blåka, G. (2022). *Grunnlagstenking i et kvinnefag: Teori, empiri og metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bohren, M., Hofmeyr, J., Sakala, C., Rieko, F., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 10.1002/14651858.CD003766.pub6
- Brady, S., Lee, N., Gibbson, K., & Bogossian, F. (2019). Woman-centred care: An integrative review of the empirical literature. *International Journal of Nursing Studies*, 94, 107-119. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.001>
- Bringedal, H., & Aune, I. (2019). Able to choose? Women's thoughts and experiences regarding informed choiced during birth. *Midwifery*, 77, 123-129. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.007>
- Brunstad, A. (2010). En studie om hvilken kompetanse norske jordmødre mener er viktig ved fødeavdelinger og kvinneklinikker. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 6(1), 26-39. <https://doi.org/10.7557/14.807>
- Calolan-Olah, M., Kruger, G., & Garvey-Graham, A. (2015). Midwives' experiences of the factors that facilitate normal birth among low risk women at a public hospital in Australia. *Midwifery*, 31, 112-121. <https://10.1016/j.midw.2014.07.003>
- Catling, C., Reid, F., & Hunter, B. (2017). Australian midwives' experiences of their workplace culture. *Women and Birth*, 30, 137-145. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.10.001>
- Chalmers, B., Mangiaterra, V., & Porter, R. (2001). WHO principal of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth Issues in Perinatal Care*, 28, 202-207. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00202.x>
- Church, S. (2017). *New thinking on improving maternity care: international perspectives*. London: Pinter & Martin.

- Clemons, J. H., Gilkison, A., Mharapara, T. L., Dixon, L., & McAra-Couper, J. (2021). Midwifery Job Autonomy in New Zealand: I do it all the time. *Women and Birth*, 34(1), 30-37. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.004>
- Conrad, P. (2009). The Medicalization of Society: On the transformation of Human Conditions into Treatable Disorders. *Sociology of Health & Illness*, 31(1), 147-148. https://doi-org.mime.uit.no/10.1111/j.1467-9566.2008.01145_1.x
- Corbin, J., & Strauss, A. (2015). *Basics of qualitativ research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative Inquiry & Research design. Choosing among five approaches*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- Daemers, D. O., Limbeek, E. B., Wijnen, H. A., Nieuwenhuijze, M. J., & Vries, R. G. (2017). Factors influencing the clinical decision-making of midwives: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 345-345. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1511-5>
- Darling, F., McCourt, C., & Cartwright, M. (2020). Facilitators and barriers to the implementation of a physiological approach during labour and birth: A systematic review and thematic synthesis. *Midwifery*, 92, Artikel 102861. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102861>
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, 5-23. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)
- Downe, S., Byrom, S., & Topalidou, A. (2019). *Introduction Squaring the circle: why physiological labour and births matter in a technological world*. London: Pinter and Martin Ltd.
- Folkehelseinstituttet. (2014, 9. september). *Effekten av alternativ fødselsomsorgen sammenlignet med tradisjonell fødselsomsorg*. FHI. Hentet 17.02.23 fra <https://www.fhi.no/publ/2010/effekt-av-alternativ-fodselsomsorg-sammenlignet-med-tradisjonell-fodselsoms/>

- Glaser, B. G. (1992). *Basics of grounded theory analysis: emergence vs forcing*. California, Mill Valley: Sociology Press.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Gould, D. (2008). Normal labour: a concept analysis. *Journal of Advanced nursing*, 31(2), 418-427. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01281.x>
- Hallberg, L. (2006). The “core category” of grounded theory: Making constant comparisons. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 1(3), 141-148. <https://doi.org/10.1080/17482620600858399>
- Hansson, M., Lundgren, I., Hensing, G., & Carlsson, I.-M. (2019). Veiled midwifery in the baby factory - A grounded theory study. *Women Birth*, 32(1), 80-86. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.012>
- Healy, S., Humphreys, E., & Kennedy, C. (2017). A qualitative exploration of how midwives' and obstetricians' perception of risk affects care practices for low-risk women and normal birth. *Women and Birth*, 30(5), 367-375. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.02.005>
- Helsedirektoratet. (2010, desember). *Et trygt fødetilbud - kvalitetskrav til fødselsomsorgen*. Helsedirektoratet. Hentet 12.02.23 fra https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Et%20trygt%20fodetilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20fodselsomsorgen%20-%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/13edf7e7-e77e-47bb-89d6-faa94bf80e28:809189312f88f05db5207d671c1f34f38adb7cd/Et%20trygt%20fodetilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20fodselsomsorgen%20-%20Veileder.pdf
- Helsedirektoratet. (2020, mars). *Endring i fødepopulasjon og konsekvens for bemanning og finansieringssystem*. Helsedirektoratet. Hentet 22.02.23 fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/endring-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemanning-og-finansieringssystem/Rapport%20om%20fodepopulasjonen.pdf/_/attachment/inline/3435df20-ea13-4d9f-99ed-

f711d6ffbef0:51f3f1f4a94cd0893d94f09f3c7663d150ae61b0/Rapport%20om%20fødepopulasjonen.pdf

- Hjälmhult, E., Giske, T., & Satinovich, M. (2014). *En innføring i grounded theory*. Oslo: Akademika.
- Hodnett, E., Downe, S., & Walsh, D. (2012a). Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000012.pub4>
- Hodnett, E., Gates, S., Hofmeyr, J., & Sakala, C. (2012b). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub4>
- Hofmann, B. (2015). Too much technology. *BMJ*, 350. <https://doi.org/10.1136/bmj.h705>
- Ignatov, T., Eggemann, H., Costa, S. D., & Ignatov, A. (2017). Perinatal and maternal outcomes at term in low-risk pregnancies according to NICE criteria: comparison between a tertiary obstetrical hospital and midwife-attended units. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 296, 223-229. <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4423-8>
- International Confederation of Midwives. (2018). *Definition of Midwifery*. ICM. Hentet 03.03.23 fra <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html>
- Laake, P., Olsen, B. R., & Benestad, H. B. (2008). *Forskning i medisin og biofag*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Larsson, M., Aldermann, 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>
- Lothian, J. (2012). Risk, Safety, and Choice in childbirth. *The Journal of Perinatal Education*, 21(1), 45-47. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.21.1.45>
- Lukasse, M., & Henriksen, L. (2019). Norwegian midwives' perceptions of their practice environment: A mixed methods study. *Nursing open*, 6(4), 1559-1570.
<https://doi.org/10.1002/nop2.358>

- Magistretti, C. M., Downe, S., Lindstrøm, B., Berg, M., & Schwarz, K. T. (2016). Setting the stage for health: Salutogenesis in midwifery professional knowledge in three European countries. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 11(1), 33155-33112. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.33155>
- Martin-Arribas, A., Canet-Velez, O., Casanas, S. R., Sagado, P. I., Espada-Trespacios, X., Rodriguez, C. P., Montserrat, P, A., González-Blázquez, C., Escuriet, R. (2020). Midwives' experiences of the factors that facilitate normal birth among low risk women in public hospitals in Catalonia (Spain). *Midwifery*, 88, Artikkel 102752. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102752>
- Maude, R., Skinner, J., & Foureur, M. (2014). Intelligent Structured Intermittent Auscultation (ISIA): evaluation of a decision-making framework for fetal heart monitoring of low-risk women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, Artikkel 184. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-184>
- McKevitt, S., Gillen, P., & Sinclair, M. (2011). Midwives' and doctors' attitudes towards the use of the cardiotocograph machine. *Midwifery*, 27(6), 279-285. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.11.003>
- Miller, S., Ablos, E., Chamilliard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I., Castro, C., Pileggi, V., Robinson, N., Skaer, M., Souza J, P., Vogel, J, P., Althabe, F. (2016). Beyond to little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), 2176-2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)
- Mills, J., Bonner, A., & Francis, K. (2006). Adopting a constructivist approach to grounded theory: Implications for research design. *International Journal of Nursing Practice*, 12(1), 8-13. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00543.x>
- Myrhaug, H, T.,. (2005, 9. september). *Fødeavdelinger, fødestuer, pasientvolum og behandlingskvalitet*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester. Oslo. Hentet 20.02.23 fra <https://www.fhi.no/publ/eldre/fodeavdelinger-fodestuer-pasientvolum-og-behandlingskvalitet/>

- National Institute for Health and Care Excellence. (2014, 3. desember). *Choosing place of birth*. NICE. Hentet 16.01.23 fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#place-of-birth>
- Nilsson, C., Lundgren, I., Berg, M., Dellenborg, L., & Ólofsdottir, Ò. A. (2019). Midwives' care on a labour ward prior to the introduction of a midwifery model of care: a field of tension. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Wellbeing* 14(1), Artikkel 1593037. <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1593037>
- Nilsson, L., Thorsell, T., Hertfelt Wahn, E., & Ekström, A. (2013). Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers. *Nursing Research and Practice*, 349124–349126. <https://doi.org/10.1155/2013/349124>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., & Gundersen, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (Vol. 3). Oslo: Cappelen Damm Akademiske.
- Ólofsdottir, Ò. A. (2011). *An Iceland midwifery saga - coming to light: With woman and connective ways of knowing*. London: Thames Valley University.
- Page, M., & Mander, R. (2014). Intrapartum uncertainty: a feature of normal birth, as experienced by midwives in Scotland. *Midwifery* 30(1), 28-35. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.01.012>
- Polyani, M., & Smith, P. (1983). *The tacit dimention*s. Gloucester: University of Chicago Press.
- Reiger, K. M., & Lane, K. L. (2009). Working together: collaboration between midwives and doctors in public hospitals. *Australian Health Review*, 33(2), 315-324. <https://doi.org/10.1071/AH090315>
- Romano, A., & Lothian, J. (2008). Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth: A Look at the Evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37(1), 94–105. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00210.x>
- Romlid, C. (1998). *Makt, motstånd och förändring: vårdens historia speglad genom det svenska barnmorskeväsendet 1663–1908 = [Power, resistance and change]: [the*

history of Swedish health care reflected through the official midwife-system 1663–1908. Stockholm: Diss. Uppsala University.

- Rowe, R. E., Kurinczuk, J. J., Locock, L., & Fitzpatrick, R. (2012). Women's experience of transfer from midwifery unit to hospital obstetric unit during labour: a qualitative interview study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *12*, Artikkel 129. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-129>
- Rygh, A. B., Skjeldestad, F., Korner, H., & Eggebø, T. (2014). Assessing the association of oxytocin augmentation with obstetric anal sphincter injury in nulliparous women: a population-based, case–control study. *BMJ Open*, *4*(7), e004592. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004592>
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- Sandvik, G. B. (1997). *Moderskap og fødselsarbeid. Diskurser i reproduktivt arbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Scamell, M., & Alaszewski, A. (2012). Fateful moments and the categorisation of risk: Midwifery practice and the ever-narrowing window of normality during childbirth. *Health, Risk & Society*, *14*(2), 207-221. <https://doi.org/10.1080/13698575.2012.661041>
- Skogheim, G., & Hanssen, T. (2015). Midwives' experiences of labour care in midwifery units. A qualitative interview study in a Norwegian setting. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *6*(4), 230-235. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.05.001>
- Skogheim, G., & Lundgren, I. (2021). Forbedringspotensiale i den norske fødselsomsorgen. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, *17*(1). <https://doi.org/10.7557/14.5444>
- Smith, V., Begley, C., Clarke, M., & Devane, D. (2012). Professionals' views of fetal monitoring during labour: a systematic review and thematic analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *12*, Artikkel 166. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-166>

- Sosa, G., Crozier, K., & Stockl, A. (2018). The experiences of midwives and women during intrapartum transfer from one-to-one midwife-led birth environments to obstetric-led units. *Midwifery*, *65*, 43-50. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.07.001>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2022, 4. oktober). *Nasjonale faglige retningslinjer for fødselsomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet. Henter 12.01.23 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/fodselsomsorgen-horingsutkast>
- Souter, V., Nethery, E., Kopas, M. L., Wurz, H., Sitcov, K., & Caughey, A. (2019). Comparison of Midwifery and Obstetric Care in Low-Risk Hospital Births. *Obstetrics & Gynecology*, *134*(5), 1056-1065. 10.1097/AOG.00000000000003521
- St.meld. nr. 12 (2008-2009). *En gledelig begivenhet*. Helse- og sosialdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/>
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research*. California, Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse – En innføring i kvalitativ metode* (Vol. 4). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thompson, S., Nieuwenhuijze, M., Low, L. K., & de Vries, R. (2016). Exploring Dutch midwives' attitudes to promoting physiological childbirth: A qualitative study. *Midwifery*, *42*, 67-73. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.09.019>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteorier for helsefag*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Turner, L., Griffiths, P. D., Ball, J. E., & Kitson-Reynolds, E. (2022). The association between midwifery staffing levels and the experiences of mothers on postnatal wards: Cross sectional analysis of routine data. *Women and Birth*, *35*(6), 583-589. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.02.005>
- Vedeler, C., Blix, E., Nilsen, A. V., Downe, S., & Eri, T. S. (2021). What women emphasise as important aspects of care in childbirth – an online survey. *Obstetrics & Gynecology*, *129*(4), 647-655. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16926>

- Vilkko, R., Raisanen, S., Gissler, M., Stefanovic, V., Kalliala, I., & Heinonen, S. (2022). Busy day effect on the use of obstetrical interventions and epidural analgesia during labour: a cross-sectional register study of 601 247 deliveries. *BMC Pregnancy and childbirth*, 22, Artikkel 481. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04798-6>
- Vogel, J. P., Souza, J. P., & Gulmezoglu, M. (2013). Patterns and Outcomes of Induction of Labour in Africa and Asia: A Secondary Analysis of the WHO Global Survey on Maternal and Neonatal Health. *PLoS One*, 8(6), 6512. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0065612>
- Waldenstrom, U. (2007a). *Föda barn: Från naturligt till högteknologiskt*. Stockholm: Karolinska Institute. University Press.
- Waldenstrom, U. (2007b). Normal childbirth and evidence based practice. *Woman and Birth*, 20(4), 175-180. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2007.08.004>
- Wiklund, I., Wallin, J., Vikstrom, M., & Ransjö-Arvidson, A.-B. (2012). Swedish midwives' rating of risks during labour progress and their attitudes toward performing intrapartum interventions: a web-based survey. *Midwifery*, 28(4), 516-520. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.06.008>
- Willett, M. (1981). Midwifery in seven european countries— A surprising spectrum. Part I. *Journal of Nurse-Midwifery*, 26(4), 28-33. [https://doi.org/10.1016/0091-2182\(81\)90144-0](https://doi.org/10.1016/0091-2182(81)90144-0)
- World Health Organization. (1998). Care in normal birth: a practical guide. Technical working group. *Birth Issues in perinatal care* 24(2), 121-123. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1997.00121.pp.x>
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

Vedlegg 1

Rammesamtale

- Studiens hensikt og design formidles
- Samtykke innhentes
 - Til å delta, dataene brukes og lagres?

Intervjuguide

- Kan du si litt om: arbeidserfaring, avdelingens kapasitet og rutiner, fødepopulasjonen på avdelingen og hva du trives å jobbe med?
- Kan du fortelle litt om din arbeidshverdag som jordmor der du håndterer både lavrisiko- og høyrisiko fødsler på samme avdeling?
- Hvordan jobber du som jordmor for å ivareta lavrisikofødende på avdelingen?
- Møter du som jordmor noen utfordringer ved å ha lavrisiko- og høyrisiko fødende i samme avdeling?
- Kan du beskrive de positive faktorene relatert til å ha lavrisiko- og høyrisiko fødende i samme avdeling?

Avslutning

- Oppklaringsspørsmål, for å hindre mistolkninger
- Eventuelle spørsmål fra deltaker
- Videreformidle hvor forskergruppen kan kontaktes

Vedlegg 2

Rammesamtale

- Studiens hensikt og design formidles
- Samtykke innhentes
 - Til å delta, dataene brukes og lagres?

Intervjuguide

- Kan du si litt om: arbeidserfaring, avdelingens kapasitet og rutiner, fødepopulasjonen på avdelingen og hva du trives å jobbe med?
- Kan du fortelle litt om din arbeidshverdag som jordmor der du håndterer både lavrisiko- og høyrisiko fødsler på samme avdeling?
- Hvordan jobber du som jordmor for å ivareta lavrisikofødende på avdelingen?
- Møter du som jordmor noen utfordringer ved å ha lavrisiko- og høyrisiko fødende i samme avdeling?
- Kan du beskrive de positive faktorene relatert til å ha lavrisiko- og høyrisiko fødende i samme avdeling?

Eventuelle tilleggsspørsmål:

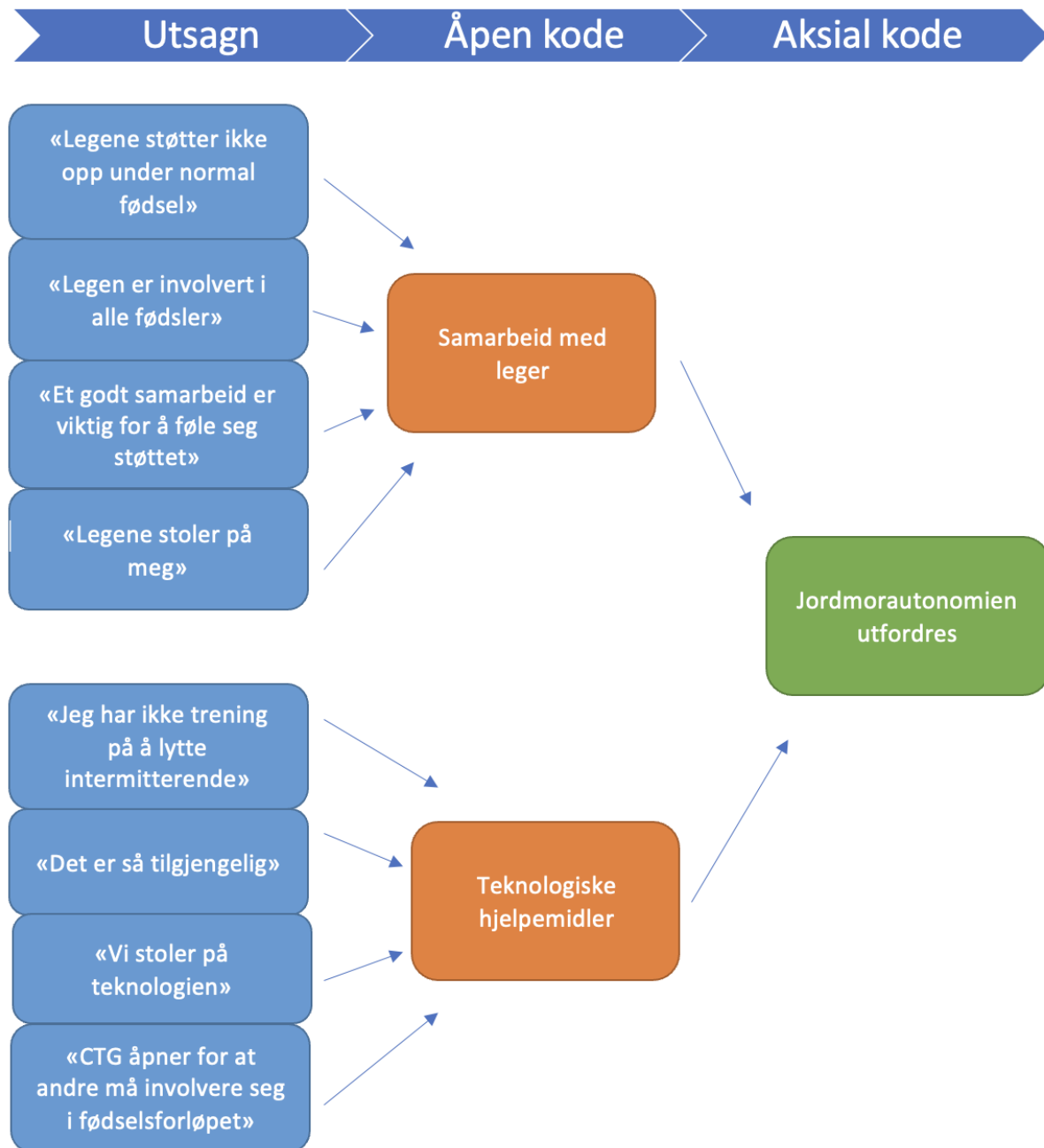
- Hvordan blir ditt jordmorarbeid påvirket av hvem som er på vakt?
- Hvordan er samarbeidet mellom leger og jordmødrene på din avdeling?
- Kan du si noe om bruk av intervensjoner og hvordan dere tar individuelle vurderinger på din avdeling?
- Kan du si noe om ytre faktorer som letter eller vanskeliggjør ditt arbeid som jordmor?
- Hva er viktig for deg i møtet med lavrisikofødende?

Avslutning

- Oppklaringsspørsmål, for å hindre mistolkninger
- Eventuelle spørsmål fra deltaker
- Videreformidle hvor forskergruppen kan kontaktes

Vedlegg 3

Eksempel fra kodeprosessen



Vedlegg 4

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer 409606	Vurderingstype Standard	Dato 29.09.2022
----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

Prosjekttittel

Jordmors erfaringer med ivaretagelse av lavrisikofødende

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig

Ingvild Aune

Student

Siv Haavorsen

Prosjektperiode

22.08.2022 - 15.09.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 15.09.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

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 den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

LOVLIG GRUNNLAG

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

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester 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).

Personverntjenester 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

Personverntjenester 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).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art. 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

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 oss 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 oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 5

Jordmors erfaringer med ivaretagelse av lavrisikofødende

Mage fødestuer er lagt ned og flere ligger i fare for å stenges, resultatet av det er at flere kvinner i lavrisiko gruppen må føde på kvinneklinikk de de håndterer et stort antall fødsel i risikogrupper. Hensikten med studien er å fordype kunnskapen om hvordan jordmødre erfarer å ivareta lavrisikofødende på kvinneklinikk. Nytteverdien blir å løfte frem denne kunnskapen, og ta den med inn i den videre debatten omkring tema.

Fagfelt

Medisinske fag

Forskningsansvarlig institusjon

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

Prosjektvarighet

19.09.2022 – 30.11.2023

Formål

Problemstilling: "Jordmors erfaringer med ivaretagelse av lavrisikofødende på kvinneklinikk, hvor de ivaretar både lavrisiko- og høyrisikofødende i samme avdeling" Forsknings spørsmål: "Hvilke positive og negative erfaringer har jordmor ved å ha lavrisiko- og høyrisiko fødende i samme avdeling?" "Hvordan kan jordmor bidra til at lavrisikofødende opprettholder et normalt fødselsforløp på kvinneklinikk?" Vi ønsker å bruke en kvalitativ forskningsmetode med Grounded Theory for å belyse datainnsamlingen

Nytteverdi

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

Etiske retningslinjer

- Generelle forskningsetiske retningslinjer
- Helsinkideklarasjonen
- Vancouveranbefalingene

(Uten navn)

Beskrivelse

Lydfil av intervju som transkriberes til tekst

Datatype

Lyd, Tekst

Språk

Norsk bokmål

Nøkkelord

Jordmor, Grounded Theory, lavrisikofødende

Data om personer

Ja

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

Nei

Kategorier av personopplysninger

Alminnelige

Utvalgets størrelse

10

Konfidensialitetsklassifisering

Kommentar

Lagres i UiO Nettskjema. Lydopptak som inneholder personopplysninger og samtykke innhentes i egen lydfil. Transkribert intervjudata vil ikke inneholde informasjon som kan settes sammen til personopplysninger (jordmor og klinikknivå kan ikke settes sammen for identifikasjon). Om informanten gir informasjon som kan sammenlignes (for.eks alder, ansiennitet, klinikknivå) transkriberes ikke disse. Opplysninger med risiko for ID ved sammenstillinger, rapporteres i masteroppgaven på gruppenivå.

Innsamlingsperiode

19.09.2022 — 31.12.2022

Innsamlingsenheter

- UiO Nettskjema

Datakvalitet

Data innsamlingen følger UIT anbefalinger om å anvende Nettskjema diktafon mobilapp. Sikring av datakvalitet: testing av utstyr, backup på to enheter som gir dobbelt opp opptak av intervju.

Metode

Intervju, Opptak, Transkripsjon

Beskrivelse

Individuelle dybdeintervju vil bli brukt over Teams for å innhente datamateriale. Det er utarbeidet en intervjuguide som gir rom for en fleksibel samtale og oppfølgingsspørsmål. Det vil være samme person som intervjuer alle jordmødrene og den andre i forskergruppen vil være observatør for å få med seg kroppsspråket. Dataanalysen vil bli startet umiddelbart etter det første intervjuet og vi skal følge de tre analysestegene til Strauss & Corbin. Åpen koding, aksial koding og selektiv koding. Kodingen er en prosess hvor data analyseres, konseptualiseres, kategoriseres og det bygges opp til en teori.

Størrelse

100 MB

Kommentar

Kun transkribert materiale

Format

txt

Programvare

Microsoft Word gjennom UIT Microsoft Office 365 - One Drive

Kommentar

Filene behandles gjennom aktiv arbeid med materialet

Navnekonvensjoner

Ved transkribering av intervju vil vi gi de nummer koder for å skille de. Intervju 1-10.

Kommentar

transkribert materiale legger grunn for åpen koding, aksial koding, selektiv koding og deretter kjernekategori. I transkriberingsprosessen er vi innforstått med at det krever en del arbeid og at noen aspekter av den opprinnelige samtalen kan gå tapt. Filtringen kan også føre til at meninger i den opprinnelige samtalen kan endre seg, eller forsvinne dersom vi ikke er nøye underveis i prosessen. Det blir derfor viktig å forsøke å ivareta innholdet i det opprinnelige intervjuet så lojalt som mulig. Vi planlegger derfor å lytte til intervjuene flere ganger før transkriberingsprosessen for å få et helhetlig bilde, intervjuene vil bli transkribert samme dag som intervjuet blir gjort for å ha en god oversikt over hele samtalen. Slik får man også reflektert godt over samtalen og mulig sett flere sider.

Lagring

- Skytjeneste, institusjonsavtale

Overføring

- E-post, institusjon

Kommentar

UIT Microsoft Office 365 One Drive brukes. SharePoint med tofaktor-autentisering for deling av transkribert materiale og øvrige filer med materiale (analyser, fragmentert transkripsjon). Ved eventuell sending av masteroppgave via intern e-post, merkes den internt i e-posten. De som har tilgang til materialet er to masterstudenter og veileder.

Arkivering

Nei

Vedlegg 6



Det helsevitenskapelige fakultet. Institutt for helse- og omsorgsfag. Master i jordmorfag

Informasjonsskriv til jordmødre

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. Data innsamling til oppgaven gjøres ved intervju av jordmødre.

Tema for master oppgaven er:

Jordmors erfaringer med ivaretagelse av lavrisikofødende på kvinneklinikk, hvor de har både lavrisiko- og høyrisikofødende i samme avdeling.

Hensikten med studien er å fordype kunnskapen om hvordan jordmødre erfarer å ivareta lavrisikofødende på kvinneklinikk og nytteverdien blir å løfte frem denne kunnskapen, og ta den med inn i den videre debatten om temaet.

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 intervjuene er dine erfaringer med det valgte jordmorfaglige temaet.

Kriterier er at du enten jobber på kvinneklinikk der det håndteres både lavrisiko- og høyrisiko fødende i samme avdeling, eller tidligere har jobbet på kvinneklinikk innen 1 år.

Det er også ønskelig å intervjuet deg som tidligere har jobbet på fødestue eller med hjemmefødsler, som nå jobber på kvinneklinikk.

Du må ha minst to års arbeidserfaring.

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 spørsmål, men som også vil gi mulighet for å utdype områder. Om du har byttet jobb vil intervjuet fokusere på arbeidet som ble gjort da du jobbet på kvinneklinikken. Det gjøres notater underveis og intervjuet vil ta om lag 45-60 minutter.

Intervjuene vil gjøres digitalt gjennom Teams. Vi vil logge inn med vår UiT-konto og aktivere lobby funksjonen. Intervjuet tas opp på med godkjent lydopptaker app på mobiletelefonen gjennom nettskjema ved UiO. Ved bruk av Nettskjemas diktafon som er utviklet ved Universitets i Oslo følges deres retningslinjer for sikker lagring av lydopptaket i nettskjema databasen.

Veileder vil også ha tilgang til det transkriberte materialet. Datamaterialet (lydopptak og transkribert tekst) makuleres når endelig sensur for oppgaven foreligger, senest innen november 2023.

Studien er fremlagt for Norsk senter for forskningsdata (NSD). Utover din stemme i lydopptaket, holdes øvrige opplysninger anonymiserte. Under intervju vil det ikke bli stilt spørsmål eller transkribert svar som kan gjøre at du som informant kan gjenkjennes; for

eksempel navn, alder, arbeidssted eller andre identifiserbare opplysninger. Der er kun vi som studenter som kjenner din identitet.

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

Det er frivillig å delta i studien, og du samtykker muntlig til å delta i intervju. Du kan når som helst, inntil innlevering av oppgaven, og uten å oppgi grunn, trekke deg og be om at materialet slettes. Ønsker du å delta eller har spørsmål angående studien, kan du kontakte:
Student Siv Haavorsen på telefon: 918 13 881 eller e-post: sha432@post.uit.no
Student Sofie Koi på telefon: 984 71 1337 eller e-post: sko030@post.uit.no

Daglig ansvarlig for prosjektet er veileder for UiT Norges arktiske universitet er: Professor i jordmorfag, Ingvild Aune, e-post: Ingvild.aune@uit.no, telefon: 906 56 714. UiT Norges arktiske universitet ved universitetsdirektøren er behandlingsansvarlig. Personvernombudet ved UiT Norges arktiske universitet kan kontakten dersom det er spørsmål om dine rettigheter: Joakim Bakkevold, telefon 776 46 322 eller 976 91 678, e-post: personvernombud@uit.no

Med vennlig hilsen

Siv Haavorsen og Sofie Koi

Tromsø 29.08.2022

Vedlegg 7

Prosjektnavn: Master

Studieretni UiT Norges arktiske universitet
og institutt: master i jordmorfag

Student: Sofie Koi og Siv Haavorsen

Veileder(e): Ingvild Aune

Nr.	Hvem er dette aktuelt for?	Hva kan skje (risikoelement)?	Hvorfor kan dette skje (årsak)?	Hvordan kan denne hendelsen oppdages (eksisterende kontrolltiltak)?	Risikonivå			Hva kan gjøres for å unngå dette (tiltak)?	Ansvarlig for oppfølging	Dato
					Sannsynlighet (1-4)	Konsekvens (1-4)	Risiko			
<i>Beskrivelse</i>		<i>Hva kan skje? Hva er den uønskede hendelsen? Hvilke tap oppstår?</i>	<i>Hvordan kan hendelsen skje? Hvem eller hva initierer hendelsen? For overlagte hendelser: Hvilken kapasitet og motiv har trusselaktøren? Hvilken svakhet/feil kan utnyttes her?</i>	<i>Hvordan kan man oppdage denne hendelsen? Hvilke muligheter har dere per i dag for å kontrollere eller finne ut av om den uønskede hendelsen skjer?</i>				<i>Hvilke sikkerhetstiltak kan gjøres? Hvilke tiltak kan gjøres for å få ned risikoen? Beskriv hvilke spesifikke tiltak som gjennomføres i prosjektet. De kan deles opp i organisatoriske, menneskelige og teknologiske sikringstiltak.</i>	<i>Hvem skal følge opp tiltaket? Navnet på personen som skal følge opp dette tiltaket føres opp her.</i>	<i>Når skal tiltaket gjøres? Dato for når tiltaket skal gjøres føres opp her.</i>
<i>Eksempel</i>	<i>Alle</i>	<i>Forskningsdata blir tilgjengelig for uvedkommende. Dette kan medføre økonomiske tap, tap av tillit, brudd på personvern eller at forskningsprosjektet forsinkes eller må avsluttes.</i>	<i>Prosjektdeltakere bruker privat utstyr for å lese/redigere data fra prosjektet. Prosjektdata blir ikke kategorisert korrekt som røde eller sorte data ved lagring (Azure Protect-kategorisering) i godkjente områder. Sikkerhetsrutiner blir ikke fulgt, eller er ikke godt nok opplyst om.</i>	<i>Bruke "Spør endringer"-funksjonen i Office for å se om noen har endret på dokumenter.</i>	<i>1 = Lav 2 = Moderat 3 = Høy 4 = Svært høy</i>	<i>1 = Lav 2 = Moderat 3 = Høy 4 = Svært høy</i>		<i>Sørge for at rutiner for sikker lagring av konfidensiell informasjon gjennomgås for alle studenter. Utvikle rutiner for gjennomgang av logg ved jevne mellomrom, samt rutiner for sjekk av kategorisering av data.</i>	<i>Navn Navnesen</i>	<i>01.01.2023</i>
1	Alle	Rekruttering av informanter og innsamling av data starter før prosjektet er meldt inn til NSD og eventuelt godkjent av REK.	Studenten har ikke fått tilstrekkelig opplæring i rutiner for forskningsprosjekt. Studenten har ikke satt seg tilstrekkelig inn i UiTs retningslinjer for databehandling, forskningsetikk og personvern.	Kan oppdages av veileder	1	1	2	Lese UiTs retningslinjer for databehandling, forskningsetikk og personvern	Ingvild Aune	19.09.2022
2	Alle	Studenten innhenter ikke informert samtykke før intervjuet gjøres	Studenten glemmer å samle inn skriftlig samtykkeskjema før intervjuet. Studenten glemmer å spørre etter muntlig samtykke på bånd/video-opptak før intervjuet	Ved transkribering	1	1	2	Sørge for å ha gode rutiner ved intervju start. Ha en sjekkliste med hva man skal spørre om før intervju og hjelpe hverandre, om det blir glemt må man fortlopende innhente samtykke. Nettskjema bruker anonymlosning på IP adresse	Sofie Koi og Siv Haavorsen	20.12.2022

3	Alle	Lyd/video-opptaker med intervju kan komme på avveie/mistes	Opptaker blir borte før data er overført og slettet	Ved transkribering	1	1	2	Bruke Nettskjema.no for diktering av lydopptak. Ta backup ved at vi tar opp med to opptaksenheter. Kun studenter og veileder har tilgang til materialet.	Sofie Koi og Siv Haavorse n	01.02.2023
4	Alle	Studenten bruker privat opptaksutstyr (egen mobil, nettbrett, datamaskin)	Studenten er ikke gjort kjent med at det ikke er lov til å bruke privat utstyr. Studenten har ikke fått opplæring/er ikke kjent med godkjente løsninger for opptak. Det oppstår tekniske utfordringer i opptakssituasjonen, som gjør at studenten må bruket privat utstyr for å få gjennomført intervjuet.	Intervjusituasjoner	1	1	2	God opplæring og trene på å bruke diktafon appen gjennom Nettskjema. Ikke bruke egen PC eller annet privat utstyr.	Sofie Koi og Siv Haavorse n	01.01.2022
5	Alle	Personopplysning er kommer på avveie	Samtykkeerklæring oppbevares ikke forskriftsmessig. Forskningsdata skrives ut i papirform og kommer på avveie. Kontaktopplysninger oppbevares ikke forskriftsmessig. Personopplysninger anonymiseres ikke tilstrekkelig. Studenten bruker ikke godkjente prosedyrer når data flyttes mellom enheter. Prosedyrene for å sikre personopplysninger er for dårlig. Opplæringen om prosedyrene er for dårlig. Studenten lagrer data på ikke godkjente områder.		1	1	2	Bruke Nettskjema for oppbevaring av data, ikke bruke egen PC for lagring, bruke SharePoint for deling. Anonymisere ID og sikre sammenholdende ID (for.eks hvilken klinikk, alder, bosted, ol). Om data deles på e-post, skal den sendes intern og merkes intern	Ingvild Aune	30.02.23
6	Alle	Data er ikke tilgjengelig	Data er ikke tilgjengelig på grunn av manglende nettilgang, eller på grunn av teknisk svikt. Manglende lokal backup av data ved eksamen/viktige datoer/datoer der man ikke kan risikere nedetid.	Lagring	1	1	2	Intervju transkriberes, bearbeides og lagres alltid fra UiTs server, Microsoft Office 365 OneDrive og SharePoint med tofaktor autorisering som et sikkert lagringsnett	Sofie Koi og Siv Haavorse n	30.03.2023
7	Alle	Data er slettet eller endret	Data har blitt endret/slettet ved en feil av student/prosjektleder. Student har ikke kjennskap til lagring av data, noe som fører til at eldre data blir brukt videre. Datainnbrudd der data har blitt slettet av uvedkommende.	Transkribering	1	1	2	Bruke "siste endringer" i dokument for å kunne sjekke tidligere endringer i dokumentet. Bruke retningslinjer gjennomgående	Sofie Koi og Siv Haavorse n	01.03.2023

8	Studenter som lagrer data i Office 365	Lyddopptak/data lagres ukryptert ved overføring til Office	Studenten laster ned data fra Nettskjema til et Office-område som ikke er kryptert eller godkjent.	Transkribering	1	1	2	Microsoft office 365 OneDrive og SharePoint er kun det som skal brukes ved håndtering av datamaterialet. Datamaterialet lastes aldri over på egen PC	Sofie Koi og Siv Haavorse n	01.02.2023
9	Studenter som lagrer data i Office 365	Data krypteres ikke med Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt) (AIP), og lagres derfor ikke på godkjent måte	Studenten bruker privat PC som ikke støtter Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt). Studenten glemmer å klassifisere data med Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt). Studenten får ikke åpnet filen i analyseprogrammet og dekrypterer filen av bekvemmelighetshensyn.	Transkribering	1	1	2	Kun Microsoft Office 365 og SharePoint brukes ved håndtering av datamateriale for å ikke å dekryptere materialet	Sofie Koi og Siv Haavorse n	01.02.2023
10	Studenter som lagrer data i Office 365	Data slettes ikke fra Office etter at databehandlingen er ferdig	Veileder har ikke tilgang til å slette data. Veileder vet ikke hvor data er lagret. Studenten glemmer å slette data.	Sletting av data	1	1	2	I Nettskjema.no slettes data etter 6 måneder, det er derfor viktig at data ikke lagres på egen PC.	Ingvild Aune	01.03.2023
11	Studenter som lagrer data i Office 365	Eksterne eller andre ansatte ved UiT kan få tilgang til forskningsdata	Forskningsdata lagres på feil sted i Office. Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt) brukes ikke	Prosjektslutt	1	1	2	Bare enkelte forskningsprosjekt må slette data ved prosjektslutt. Man kan lagre data for videre forskning dersom man innhenter nødvendige tillatelser. For eksempel om innhenting av data basert på samtykke, må de registrerte være informert om lagring og gjenbruk av data (NSD). Slik kan data gjenbrukes om nødvendig av de som måtte ha behov for det.	Ingvild Aune	01.02.2023
11	Alle	Resultat i oppgaven er ikke anonymisert	Studenten presenterer nok informasjon om informantene til at de kan gjenkjennes.		1	1	2	Veileder leser oppgaven og kontrollerer fortløpende	Ingvild Aune	03.03.2023
12	Alle	Masteroppgavens kvalitet kan skape integritetsproblemer for institusjonen.	Studenten får ikke rekruttert et hensiktsmessig utvalg. Studiens design er ikke hensiktsmessig for å frembringe resultater som kan svare på problemstillingen. Studenten får ikke generert data som kan svare på problemstillingen. Studenten får ikke analysert data på adekvat måte som er tilstrekkelig for å kunne svare på problemstillingen. Fremstillingen av resultater bidrar ikke til	Sensurering	1	1	2	Veileder leser oppgaven og kontrollerer fortløpende		03.03.2023

Vedlegg 8



Samtykkeerklæring – Deltakelse i mastergradsprosjektet

Jeg (ditt navn) har fått muntlig og skriftlig informasjon om undersøkelsen og takker ja til å delta i intervjuundersøkelsen. Min deltakelse er frivillig, og jeg mottar ingen lønn eller annen godtgjørelse for å delta.

Sted og dato|

