



Det helsevitenskapelig faktuelte

Jordmødres erfaringer med å jobbe både som hjemmejordmor og på sykehus- en kvalitativ intervjustudie

Shugofa Sidikyar og Aina Lisell Torrissen

Masteroppgave i jordmorfag, JMO-3008, mars 2022

Veileder: Ingvild Aune

Antall ord: 16 556

Forord

Masteroppgaven er avslutningen på to år på et spennende studie. Vi er takknemlige over å ha fått muligheten til å kunne bidra til et større kunnskapsbilde av jordmødres erfaringer fra å ha jobbet både som hjemmejordmor og på sykehus gjennom å skrive en masteroppgave. Vi er glade vi søkte til utdanningen etter at jordmorutdanningen ble til en mastergradutdanning. Det er viktig at jordmødre er kvalifiserte til å forske på eget fag og at vi som nyutdannede har trening i å tilegne oss vitenskapelig kunnskap.

Vi ønsker spesielt å takke jordmødrene som stilte opp og deltok i studien. Deres erfaringer er unike og vi satte stor pris på at de tok seg tid til å dele dem med oss gjennom sitt engasjement, uten dem hadde denne oppgaven ikke blitt til. Videre ønsker vi å takke vår veileder for mange gode innspill underveis. Tusen takk til de som har gjort språkvask, medstudenter og familien vår som har vært viktige støttespillere.

Det å være to som skriver sammen har bidratt til mange samtaler som har gjort at vi har funnet ut av utfordringer underveis. Det har gitt rom for refleksjoner, inspirasjon og frustrasjon og vennskap som omhandler andre aspekter enn jordmorfaget.

Shugofa Sidikyar og Aina Lisell Torrissen

Mars 2022

Abstrakt

Hensikt: Å Undersøke hvilke erfaringer jordmødre har ved å arbeide med hjemmefødsler og på sykehus i Norge.

Metode: Kvalitativ studie. Ni semistrukturerte individuelle dybdeintervjuer ble gjennomført med jordmødre som hadde erfaring fra både å ha jobbet som hjemmejordmor og som jordmor på sykehus i ulike deler av Norge. Dataene ble analysert ved hjelp av Malteruds systematiske tekstkondensering.

Funn: Analysen genererte tre resultat kategorier: praktisk utøvelse av jordmorfaget, organisatoriske forhold og erfaringskunnskaper som øker den jordmorfaglige innsikten. Praktisk utøvelse av jordmorfaget beskriver jordmødrenes grunnleggende tro på den normale fødselsprosessen og dette var relatert til deres motivasjon til å bli hjemmejordmor. Organisatoriske forhold rundt det å være hjemmejordmor var utfordrende med tanke på vakberedskap og økonomi, og jordmødrene hadde ulike måter å løse dette på. Jordmødrene tilegnet seg viktige erfaringskunnskaper som de anvendte i sin praksis både som hjemmejordmor og som jordmor på sykehus. Det kan imidlertid være vanskelig å befri seg fra en negativ verstefallstenkning fra sykehuset når jordmor bistår ved hjemmefødsler.

Konklusjon: Konteksten jordmorfaget utøves i er av betydning for den praktiske utøvelsen. Jordmødrene forsøkte med sine erfaringskunnskaper å motvirke faktorer som er hindrene for å fremme en normal fødsel i sykehus. Organisatoriske forhold er et aspekt ved å være hjemmejordmor som ga utfordringer med vaktberedskap og økonomiske bekymringer, mens sykehusturnus ga økonomisk trygghet og forutsigbarhet. Jordmødrene følte at deres jordmorfaglige autonomi ble begrenset på sykehuset, men hadde med sine erfaringskunnskaper verktøy til å kunne legge til rette for en god kvinnesentrert omsorg.

Nøkkelord: hjemmefødsel, normal fødsel, fødselsomsorg, sykehusfødsel, jordmor, jordmorfag, kvalitativ metode.

Abstract

Title: Midwives experiences of working with home birth and in-hospital births – a qualitative interview study

Objective: To investigate midwife's experiences of working with home births and in-hospital births, and to investigate whether midwives bring their experiences across the various settings in Norway.

Design/setting: A qualitative study. Nine semi-structured individual in-depth interviews were conducted of midwives with experience from working both as a home midwife and in hospitals in different parts of Norway. The data were analyzed using Malteruds systematic text condensation

Findings: The analysis generated three main themes: practical practice of the midwifery profession, organizational conditions, and knowledge from experience that increases insight into the profession. During the practical practice of the profession, we found that midwives had a general belief in a normal birth process, and this was related to their motivation to become a home midwife. Organizational conditions related to being a home midwife were challenging in terms of on call periods and finances, and the midwives had different ways of solving this. The midwives acquired important knowledge from experience, which they applied to their practice both as a home midwife and in the hospital. However, getting rid of a worst-case scenario mindset from the hospital practice can be a challenge for the midwife when assisting with home births.

Key conclusions: The setting in which the practice of the midwifery profession is carried out is important for how the practice is carried out. Midwives attempted to use their experience to counteract factors that are obstacles for promoting a normal birth in a hospital setting. Home midwives face challenging organizational conditions such as on call periods and financial aspects, while working shifts at the hospital provides more financial security and predictability. The midwives felt that their midwifery autonomy was limited at the hospital, however by using knowledge from experience they had the tools to facilitate a good woman-centered care regardless of which setting they worked in.

Key words: homebirth, normal birth, birth care, hospital birth, midwifery, midwife, qualitative method.

Innholdsfortegnelse

| | | |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1 | INTRODUKSJON..... | 6 |
| 1.1 | FORMÅL, PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL | 6 |
| 2 | BAKGRUNN..... | 8 |
| 2.1 | FØDSELSOMSORGEN I NORGE | 8 |
| 2.2 | KVINNER KAN VELGE FØDESTED SELV | 11 |
| 2.3 | JORDMØDRES ERFARINGER MED HJEMMEFØDSLER | 11 |
| 2.4 | FØDSELSPARADIGMET | 12 |
| 3 | TEORI..... | 14 |
| 3.1 | A MIDWIFERY MODEL OF WOMAN-CENTRED CHILDBIRTH CARE – IN SWEDISH AND ICELANDIC SETTINGS | 14 |
| 3.2 | EMPOWERMENT..... | 16 |
| 4 | METODE..... | 17 |
| 4.1 | VITENSKAPSTEORETISK PERSPEKTIV | 17 |
| 4.2 | FORSKNINGSDESIGN: KVALITATIV METODE | 18 |
| 4.3 | DATAINNSAMLING..... | 18 |
| 4.3.1 | <i>Rekruttering og utvalg.....</i> | <i>18</i> |
| 4.3.2 | <i>Presentasjon av informanter og informasjonsstyrke.....</i> | <i>19</i> |
| 4.3.3 | <i>Gjennomføring av intervjuene.....</i> | <i>20</i> |
| 4.3.4 | <i>Transkribering.....</i> | <i>21</i> |
| 4.4 | FORTOLKNING AV DATAMATERIALET | 21 |
| 4.5 | FREMANGSMÅTEN VED ANALYSE AV DATAMATERIALET | 24 |
| 4.5.1 | <i>Trinn 1: Helhetsinntrykk.....</i> | <i>24</i> |
| 4.5.2 | <i>Trinn 2: Meningsbærende enheter og kodegrupper.....</i> | <i>24</i> |
| 4.5.3 | <i>Trinn 3: Kondensering.....</i> | <i>25</i> |
| 4.5.4 | <i>Trinn 4: Sammenfatning.....</i> | <i>26</i> |
| 4.6 | ETISKE OVERVEIELSER | 26 |
| 4.6.1 | <i>Mikroetikk.....</i> | <i>27</i> |
| 4.6.2 | <i>Makroetikk.....</i> | <i>28</i> |
| 5 | METODOLOGISK DRØFTING | 29 |
| 5.1.1 | <i>Forforståelse og oppgavens pålitelighet.....</i> | <i>29</i> |
| 5.1.2 | <i>Validitet.....</i> | <i>30</i> |
| 6 | RESULTATER..... | 31 |
| 6.1 | PRAKTISK UTØVELSE AV JORDMORFAGET | 31 |

| | | |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 6.2 | ORGANISATORISKE FORHOLD | 34 |
| 6.3 | ERFARINGSKUNNSKAPER SOM ØKER DEN JORDMORFAGLIGE INNSIKTEN..... | 36 |
| 7 | DISKUSJON..... | 39 |
| 7.1 | KONTEKSTEN JORDMORFAGET UTØVES I, ER AV BETYDNING FOR DEN PRAKTISKE UTØVELSEN..... | 39 |
| 7.2 | ORGANISATORISKE FORHOLD | 44 |
| 7.3 | JORDMØDRENES ERFARINGSKUNNSKAPER KAN ANVENDES PÅ TVERS AV ERFARINGENE FRA HJEMMET OG SYKEHUS..... | 47 |
| 8 | AVSLUTNING..... | 50 |
| 8.1 | KONKLUSJON | 50 |
| 8.2 | IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS..... | 50 |
| 9 | REFERANSELISTE..... | 52 |
| 10 | VEDLEGG..... | 59 |
| 10.1 | VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV | 59 |
| 10.2 | VEDLEGG 2: GODKJENNING FRA NSD | 64 |
| 10.3 | VEDLEGG 3: DATAHÅNTERINGSPLAN..... | 69 |
| 10.4 | VEDLEGG 4: INTERVJUGUIDE | 73 |
| 10.5 | VEDLEGG 5: KONDENSATER..... | 74 |

1 Introduksjon

I etterkrigstiden har vi sett et skifte i fødselsomsorgen med en modernisering, institusjonalisering og sentralisering av fødestedene og jordmørtjenesten. Fødselsfortellinger har vist at sentraliseringen gjorde fødslene tryggere, men kvinnene mer ensomme i møte med sykehusets kultur, verdier og prioriteringer (Henriksen et al., 2010). En ny studie har vist at kvinner opplevde dårlig kvalitet i omsorgen som ble gitt med begrenset brukermedvirkning (Lizzerini et al., 2022). Forfatterne peker på viktigheten av at kvinner ivaretas gjennom jordmors kontinuerlige tilstedeværelse. I forkant av oppgaven undret vi oss over om hjemmejordmødrene hadde noen særegne erfaringer som de anvendte når de jobbet med fødekvinnene som kunne benyttes på tvers av hjemmet og sykehus. Temaet i denne masteroppgaven omhandler jordmødres erfaringer ved å arbeide både som hjemmejordmor og på sykehus i Norge.

Oppgaven er skrevet som monografi og er bygget opp etter IMRoD strukturen. Underveis i studiet ved UiT Norges Arktiske Universitet har vi fått kjennskap til hvordan Internasjonal Confederation of Midwives (ICM) og Verdens helseorganisasjon (WHO) vektlegger en demedikalisert holdning til fødsel (ICM, 2005; WHO, 1998, 2017). Gjennom praksis har vi fått erfare hvordan kvinnesentrert omsorg gis på sykehus og masteroppgaven har gitt oss muligheten til å fordype oss i hjemmejordmødres erfaringer. Den teoretiske bakgrunnen for fødselsomsorgen i Norge redegjøres for, og det beskrives også en jordmorfaglig modell for kvinnesentrert omsorg som blir anvendt i diskusjonen. Videre gir metodekapittelet en utførlig beskrivelse av fremgangsmåten, resultatene presenteres i tekst og tabeller. Analysetabeller foreligger som Vedlegg 5. Avslutningsvis i oppgaven foreligger en konklusjon fra studien og implikasjoner for praksis.

1.1 Formål, problemstilling og forskningsspørsmål

Eksisterende forskning som omhandler hjemmejordmødres erfaringer i Norge og de nordiske landene viser ulike sider av hvordan jordmødrene opplever det å være hjemmejordmor og hvilke erfaringer de har ved å promotere en normal fødsel i hjemmet (Ahl & Lundgren, 2018; Aune et al., 2017; Sjöblom et al., 2015). Det er også forskning som omhandler brukerperspektivet i en hjemmefødselsetting (Dahlberg et al., 2016; Skrondal et al., 2020). Vi har derimot ikke lyktes å finne forskning som undersøker jordmødres erfaringer ved å jobbe

både som hjemmejordmor og på sykehus. Dette leder oss over til problemstillingen og forskningsspørsmålene våre.

Hvilke erfaringer har jordmødrene ved å arbeide med hjemmefødsler og på sykehus i Norge?

I tillegg til problemstillingen ønsker vi svar på følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke erfaringer tar jordmødrene med seg fra hjemmefødsler, når de arbeider med fødsler på sykehus?
- Hvilke erfaringer tar jordmødrene med seg fra arbeid på sykehus, når de arbeider med hjemmefødsler?

2 Bakgrunn

I følgende kapittel redegjøres det for bakgrunnen for organiseringen av fødselsomsorgen i Norge og hvilken forskning som er kjent på området fra ulike perspektiver.

2.1 Fødselsomsorgen i Norge

Den norske svangerskaps- og fødselsomsorgen er funksjonsdelt. Det innebærer at en gravid kvinne går til svangerskapskontroller hos en kommunejordmor og/eller fastlege og føder sitt barn på ett av de ulike fødenivåene. De ulike fødenivåene i Norge er kvinneklinikk, fødeavdeling og frittstående fødestue (herunder også fødestue forsterket). Andre fødesteder er utenfor institusjon og omfatter hjemmefødsler, planlagte og uplanlagte samt fødsler under transport. (Helsedirektoratet, 2010).

Kvinneklinikk er det øverste fødenivået og der stilles det krav til døgnkontinuerlig tilstedevakt av spesialist i fødselshjelp. I tillegg er det et krav om nyfødtmedisinsk avdeling ved samme sykehus. For at kvinner med ulike sykdommer i svangerskapet skal kunne føde på kvinneklinikk, stilles det krav til høy kompetanse fordi forekomsten av komplikasjoner kan øke. I sykehus skilles det mellom fødeavdeling med og uten barneavdeling, og seleksjonskriteriene tar hensyn til det. Fødestue omhandler to kategorier fødestue, fødestue i sykehus og fødestue utenfor sykehus. Fødestuer som har tilknyttet barnelege eller nyfødtmedisinsk avdeling kan tillates å ha en større andel risiko-fødende. Fødestuer utenfor sykehus er et tilbud til friske gravide kvinner hvor jordmor kan tilby også svangerskapsomsorg. Seleksjonskriteriene til slike fødestuer og kriterier for overflytning, er de samme som ved planlagte hjemmefødsler (Helsedirektoratet, 2010). Det har vist seg at lavrisikokvinner uten uttrykt preferanse for fødenivå, har vist en høyere grad av tilfredshet dersom de ble selektert til en jordmorstyrt enhet sammenliknet med en obstetrisk enhet i samme sykehus (Bernitz et al., 2016).

Fra 2020 viser tall fra Medisinsk Fødselsregister (MRF) at 0,20% av fødslene i Norge var planlagte hjemmefødsler. Det var en økning på 0,18 % fra året før (Folkehelseinstituttet, 2021). Internasjonalt viser det seg at antallet planlagte hjemmefødsler i USA er stigende, og flere ville trolig valgt å føde hjemme dersom det var en integrert del av den offentlige fødselsomsorgen slik som i Nederland. Der er forekomsten av planlagte hjemmefødsler 20 %. Fordeler ved planlagte hjemmefødsler viser seg i lavere forekomster av episiotomi,

instrumentelle forløsninger og keisersnitt (Zielinski et al., 2015). De senere år har det nasjonalt og internasjonalt blitt økende fokus på at friske gravide kvinner kan rådes til å føde hjemme, og i Norge kom det i 2012 en nasjonal faglig retningslinje for hjemmefødsel (Helsedirektoratet, 2012).

Den nasjonale faglige retningslinjen for hjemmefødsel skal sikre at kvinner i aktiv fødsel får kvalifisert hjelp, bidra til trygghet og redusere faren for komplikasjoner. Retningslinjen påpeker at kvinner kan velge fødested selv, men at jordmor og lege selekterer kvinnene i svangerskapet og ved fødselens start. Retningslinjen gir spesifikke seleksjonskriterier og indikasjoner for hvilke kvinner som skal overflyttes underveis i fødselen. Den inneholder også et kapittel om hva som kan bidra til å fremme en normal fødsel, uavhengig av fødenivå. Der nevnes det egenskaper ved kvinnen som fravær av sykdom i svangerskapet, samt sosioøkonomisk bakgrunn som kan bidra til en normal fødsel. I tillegg nevnes det egenskaper ved jordmor/fødselshjelper og hvordan organiseringen av svangerskaps- og fødselsomsorgen kan påvirke utfall av fødselen (Helsedirektoratet, 2012). Det har vist seg at hjemmejordmødre har egenskaper som bidrar til å fremme en normal fødsel, og det er et behov for å vektlegge denne erfaringen også i en sykehuskontekst (Aune et al., 2017).

Hjemmejordmødre bidrar til en viktig differensiering i omsorgen og står for et tilbud som det offentlige ikke dekker. Politikere lurer på hvorfor norske kvinner føder stadig færre barn samtidig som det ropes varsko i sosiale medier om fødselstilbudet og tilgangen på jordmødre. Det skal nevnes at under pandemien har det blitt født flere barn i Norge som er en gledelig nyhet. Det var for eksempel en 10 % økning i fødselstall etter nedstengningen i mars 2020 (Folkehelseinstituttet, 2022). Helsetilbudet er i stadig endring og det er viktig at jordmødres erfaringer og tidligere forskning blir tatt med i politiske vurderinger angående fødselsomsorgen. I skrivende stund pågår det en underskriftskampanje om å bevare ABC-enheten ved Ullevål som er planlagt å bli slått sammen med fødeavdelingen etter ombygging. ABC står for *Alternative Birth Care* og er en jordmorstyrt enhet som er kjent over hele landet som et tilbud hvor jordmødre har spesialisert kompetanse på naturlige fødsler. Mange frykter nå et standardisert fødetilbud uten rom for individuell behandling (OUS, 2022; Rydning & Christopher, 2022). Når en kvinne går til svangerskapskontroller i kommunen, møter hun som oftest ikke den samme jordmoren når hun skal føde barnet sitt. Funksjonsdelingen i svangerskaps- og fødselsomsorgen bidrar til at kvinner ikke får optimal kontinuitet i oppfølgingen (Berg. et al., 2012). Norsk fødselsomsorg har gode utfallsmål men det er alltid rom for forbedringer (Skogheim & Lundgren, 2021).

Fra et brukerperspektiv har planlagte hjemmefødsler blitt beskrevet av førstegangsfødende kvinner som en positiv hendelse. Omsorgen som kvinnene fikk bidro til å promotere en normal fødsel, og til å unngå intervensjoner. En positiv fødselsopplevelse ga kvinnene i studien selvtillit i deres overgang til foreldrerollen og andre aspekter i livet (Skrondal et al., 2020). Kvinner som oppsøker et tilbud om hjemmefødsler har ofte en indre motivasjon og et ønske om å føde i trygge omgivelser. Trygge omgivelser beskriver en relasjon med jordmor som er basert på tillit gjennom tid til å bli kjent. Det å oppsøke et tilbud om hjemmefødsler er utenfor samfunnets norm, men et gjennomtenkt valg (Skrondal et al., 2020). En nordisk studie bekrefter at jordmors kompetanse og tilstedeværelse bidro til at kvinner følte seg trygge ved en hjemmefødsel (Sjöblom et al., 2014). Covid 19 pandemien har vist oss at omtrent hver tredje spedbarnsmor har fått depressive symptomer som kan relateres til mangelfull ivaretagelse på barselavdeling (Eberhard-Gran et al., 2022) og vist oss viktigheten av å opprettholde en individtilpasset svangerskaps- og fødselsomsorg.

Et differensiert fødetilbud innebærer å sikre kvinnen ...«*et variert fødetilbud basert på kvinnens egne ønsker og en seleksjon ut fra en risikovurdering etter gitte kriterier...*» (Helsedirektoratet, 2010). Likevel ser vi at mindre fødeenheter blir lagt ned og at fødslene har blitt mer medikalisert over tid (Folkehelseinstituttet, 2021). Dette påvirker ikke bare tilbudet som blir gitt til brukerne, men også jordmødrene. Jordmødre som arbeider i små jordmorstyrte-enheter opplever å utøve «*the art of midwifery*» og legger til rette for å få arbeide i tråd med jordmorfaglige filosofier (Skogheim & Hanssen, 2015) det samme gjelder jordmødre som arbeider med hjemmefødsler i Norge (Aune et al., 2017).

Kvalitet kan måles på mange måter. Norske helsemyndigheter bruker definisjon av kvalitet fra ISO 9001:2000, som er en standard for kvalitetsstyring (Frich, 2011). Mange av kvalitetsindikatorerne som anvendes er basert på målbare variabler som eksempelvis keisersnittrate, apgar-score, fødselsrifter, igangsetting av fødsler og først fra 2017 ble en erfaringsindikator tatt med: *Erfaringer med fødsels- og barselomsorgen ved sykehus og fødestuer i Norge* (Helsedirektoratet, 2018). I Stortingsmelding Nr. 12 ble det skrevet at «*Kvalitetsmessige utfordringer må sees i sammenheng med at svangerskap og fødsel er en normal livshendelse og ikke en sykdom*». Det er viktig at målbare variabler ses i sammenheng med variabler som omhandler erfaringer og opplevelser for å skape gode og likeverdige helsetjenester. Målet med kvalitetskravene er et fødselshjelpen som gis ved de ulike fødenivåene i Norge skal være på høyt faglig nivå i tråd med nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2010).

2.2 Kvinner kan velge fødested selv

Kvinneres rett til å velge fødested selv fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4. Retten gjelder også fødenivå. Hun kan likevel ikke velge et lavere fødenivå enn hun er selektert frisk nok til. Dersom en kvinne ønsker å føde hjemme, må hun aktivt ta det valget selv, finne og kontakte en jordmor som tilbyr tjenesten (Helsedirektoratet, 2012). Tjenesten må bekostes av brukeren, men det kan søkes om en engangstønad til jordmorhjelp etter folketrygdloven § 5-12 (Folketrygdloven, 2019). Dette er midlertidig ikke nok til å dekke alle utgifter, så en del må bekostes av brukeren selv og varierer med ulike private tilbydere.

Kvinner som føder hjemme har ifølge en norsk og svensk studie en indre motivasjon og tro på fødselen som en naturlig prosess. I tillegg har de et behov for å føde i trygge omgivelser med en jordmor som de hadde etablert en relasjon med i siste del av svangerskapet. Forfatterne fant at kvinnene i studiene opplevde det å føde hjemme som en positiv opplevelse (Sjöblom et al., 2006; Skrondal et al., 2020). Blix har skrevet en oversiktsartikkel med utfallsmål etter hjemmefødsler, hvor det konkluderes med at det ikke finnes grunnlag til å fraråde friske kvinner å føde hjemme (Blix et al., 2008). Det støttes av nyere forskning som også har problematisert seleksjonskriteriene (Næss, 2017). Til tross for at hjemmefødsler er ansett som trygt, er det kontroversielt i enkelte fagmiljøer og har vært et tema for debatt (Blix, 2019; Nordseth, 2019).

2.3 Jordmødres erfaringer med hjemmefødsler

Det fins også forskning som har undersøkt hvordan jordmødre tilrettelegger for en normal fødsel i en hjemmefødselsetting i Norge (Aune et al., 2017). Studien viser at jordmors holdning er viktig for å tilrettelegge for en normal fødsel. Det å være i trygge omgivelser med en kjent jordmor er grunnlaget for en normal fødsel. Forfatterne diskuterer viktigheten av jordmors holdninger av å tørre og tro på en normal fødsel også i en sykehuskontekst. De konkluderer med at det har implikasjoner for praksis på den måten at lav-risiko-kvinner må bli møtt med samme holdning enten de føder på sykehus eller hjemme (Aune et al., 2017). Funnene er sammenfallende med forskning fra Sverige. Ahl & Lundgren (2018) har beskrevet hvordan svenske jordmødre opplever å arbeide med hjemmefødsler gjennom ulike aspekter. Ett av aspektene er beskrevet som muligheten til å fullstendig fokusere på fødselen og støtte en normal fødselsprosess gjennom profesjonell kunnskap, praktiske ferdigheter, sanser og intuisjon. Studien bidrar til å belyse hvordan arbeidsomgivelsene påvirker den praktiske utøvelsen av faget. Den svenske modellen for fødselsomsorg kan sammenliknes med den

norske, da hjemmefødsler heller ikke i Sverige inngår som en del av det offentlige helsevesenet. Det har vist seg at norske jordmødre også blir påvirket av konteksten arbeidet utøves i. Jordmødre som starter å arbeide i frittstående fødeenheter kan oppleve det stressende å skulle avlære seg vaner fra obstetriske enheter, men får samtidig ny giv ved å få praktisert jordmorfaget i tråd med jordmorfaglig filosofi (Skogheim & Hanssen, 2015). Jordmødre som arbeider med hjemmefødsler har beskrevet viktigheten av å få jobbe i eget tempo, og å få konsentrere seg om en kvinne av gangen (Ahl&Lundgren, 2018).

2.4 Fødselsparadigmet

Fødselsparadigmet er blitt et begrep som refererer til at fødselsomsorgen kan oppfattes kvalitativt på forskjellige måter. Det ene ser på fødselsprosessen som en naturlig, biologisk hendelse som skal gripes inn i dersom det er nødvendig. Det andre synet ser på fødselen som en medisinsk begivenhet forbundet med risiko, som skal overvåkes av kvalifisert personell (Blix, 2006).

Ulike vitenskapsteoretiske perspektiver påvirker jordmorfagets utvikling og den omsorgen som gis til fødende kvinner. Det fenomenologiske perspektivet på fødsel ser ikke på fødselen som bare en medisinsk begivenhet, men en psykologisk, sosial og eksistensiell opplevelse. Det fødselsvitenskapelige perspektivet er forankret i naturvitenskapen, og har dermed en biomedisinsk forklaringsmodell som fokuserer på at kroppen kan feile mekanisk når som helst. Den biomedisinske modellen tar i mindre grad høyde for kvalitative sider. Et fenomenologisk syn på fødselen innebærer at jordmor kan sette seg inn i fødekvinners situasjon og erfaringsverden gjennom tilstedeværelse, fortrolighet og faglig forankring (Aune, 2014). Naturvitenskapen kan altså alene ikke beskrive kompleksiteten i jordmorfagets mange dimensjoner. Samtidig som det er viktig å ivareta risikovurderinger, er det også et økende behov for systematisk kunnskapssøken etter kvinners opplevelser av hjelpen som er gitt. I tillegg viser forskning at jordmødre som går fra å ha arbeidet ved kvinneklinikker til å arbeide i mindre jordmorstyrte enheter opplever å ha mer autonomi og beskriver jobben sin som en utøvelse av jordmorfaglig kunst (Skogheim & Hanssen, 2015).

Forskning har beskrevet tre paradigmer som kan forklare den moderne fødselsomsorgen som blir gitt, hovedsakelig i vestlige land. De tre er en teknologisk, humanistisk og holistisk modell i medisinsk tenkning. Modellene er forskjellige på måten de definerer kroppen, og dens relasjon til sinnet og igjen til hvordan tilnæringsmåte helsepersonell anvender. Den

teknologiske modellen ser på kroppen som en maskin, på lik linje med det biomedisinske synet på fødselsomsorgen. Den humanistiske modellen vektlegger at kropp og sinn hører sammen som en organisme og den siste modellen ser på kropp, sinn og sjel som en energienhet. Forskeren foreslår at helsepersonell kombinerer de tre ulike modellene for å lage en mest mulig effektiv obstetrisk fødselsomsorg (Davis-Floyd, 2001). Den økende trenden med sentraliseringen av fødselsomsorgen i Norge parallelt med økende intervensjoner er utførlig beskrevet gjennom hvordan paradigmer opptrer side om side i norske fødeinstitusjoner (Blaaka & Schauer Eri, 2008).

De ulike vitenskapssynene er av betydning for hvilken omsorg som gis til den fødende kvinnen. Som masterstudenter i jordmorfag tar vi til ordet for å beskrive jordmorrollens kvalitative dimensjoner i møte med helsevesenet, og behovet for å se fødselen fra et kvinnesentrert, fenomenologisk perspektiv gjennom jordmødre som har en unik erfaring ved å jobbe både med hjemmefødsler, og på sykehus.

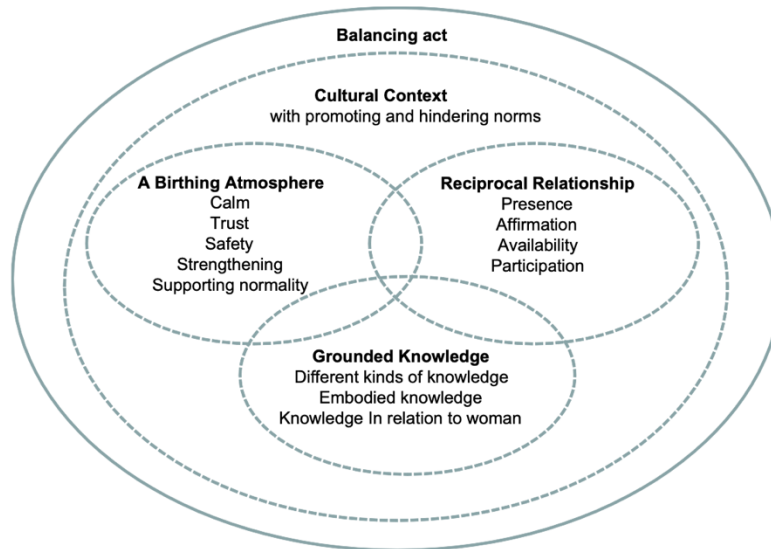
3 Teori

I oppgaven benyttes en jordmorfaglig teori som forståelsesramme for oppgaven. Den presenteres i det følgende sammen med begrepet empowerment og blir i diskusjonen brukt som verktøy for å belyse resultatene i en jordmorfaglig sammenheng.

3.1 A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings

Forskere har utviklet en modell *A midwifery model of woman-centered childbirth care* (MiMo-modellen) som et verktøy som definerer en evidens-basert jordmorfaglig modell for kvinnesentrert omsorg (Berg et al., 2012). Teoretiske modeller for helseomsorg er viktig både som et verktøy i daglig praksis, men også for å forklare det filosofiske grunnlaget for omsorgen og beskrives som bakgrunnen for utviklingen av modellen. Modellen viser at jordmorfaglig omsorg i en æra med moderne medisinsk teknologi, behøver en form for balansekunst for å fremheve kulturen som baserer seg på jordmorfaglige filosofier (Berg et al., 2012).

Modellen inkluderer fem temaer. Tre er sentrale, og inkluderer gjensidig relasjon, fødselsatmosfære og grunnleggende kunnskap. De to andre temaene inkluderer kulturell kontekst og balansegangen som skal tilrettelegge for kvinnesentrert-omsorg. MiMo-modellen for god fødselsomsorg har kvinnens biologiske, psykologiske og kulturelle ferdigheter i fokus (Berg et al., 2012).



Figur 1 A Midwifery model of woman-centred childbirth care. Berg et al. / Sexual & Reproductive Healthcare xxx (2012) xxx-xxx

En gjensidig relasjon illustrerer viktigheten av å etablere en relasjon mellom jordmor og fødekvinnen og partneren. Det gjøres gjennom tilstedeværelse, bekreftelse, tilgjengelighet og deltakelse.

En god fødselsatmosfære innebærer at fødselen finner sted i et rom som gir følelser av ro, tillit og trygghet. Det er også en atmosfære som støtter normaliteten i fødselen gitt situasjonen rundt.

Grunnleggende kunnskap består av ulike typer kunnskap. Det er teoretisk, erfarings og sanselig kunnskap. Jordmødre må ofte bruke sine sanser som syn hørsel, lukt og berøring og blir referert samlet sett som den «sjette sans».

Kulturell kontekst beskriver hvordan konteksten fødselen foregår i kan være en promoterende eller hindrende faktor i å fremme en normal fødsel. En promoterende kulturell faktor vil eksempelvis være at jordmor kan være kontinuerlig tilstede med kvinnen i fødsel. En hindrende faktor kan være institusjonelle fødeenheter der jordmor er forpliktet til å ta seg av flere kvinner samtidig.

Balansekunst beskriver handlingene som jordmor må utføre for å utøve kvinnesentrert omsorg. Denne inkluderer ovennevnte aspekter, og forklarer hvordan jordmor kan balansere

mange oppgaver samtidig i en moderne fødeinstitusjon, og samtidig gi kvinnesentrert omsorg (Berg et al., 2012).

Selv om forskningen er gjort på svenske og islandske forhold, er det nærliggende å tro at den kan anvendes også i Norge. Modellen kan anvendes som en metode for å promotere normalitet og kvinnesentrert omsorg i fødselsomsorgen. MiMo modellen for kvinnesentrert omsorg viser hvordan jordmor er i partnerskap med kvinnen og relaterer til salutogenese på den måten at den vektlegger viktigheten av å styrke den individuelle fødekvinnens iboende ressurser og hennes opplevelse av sammenheng (Berg et al., 2012).

3.2 Empowerment

Verdens helseorganisasjon definerer *empowerment* som en prosess der mennesker får større kontroll over egne valg og handlinger som handler om deres helse (WHO, 1998).

Empowerment-begrepet blir i dag brukt på flere måter og har ikke en bestemt definisjon, men et grunnleggende fellestrekk er at ulike tilnærminger har et positivt syn på mennesket (Askheim, 2019). Empowerment innebærer å gi makt og kan oversettes til myndiggjøring (Vik, 2007). Rollen til helsepersonell er å hjelpe brukeren/pasienten til å øke selvtillit, få et bedre selvbylde, øke kunnskap og ferdigheter. Gjennom disse forholdene kan den enkelte få bedre innflytelse, kontroll og styring over eget liv og kan ta egne beslutninger (Askheim, 2019). Empowerment kan også forbindes med en emosjonell dimensjon. De menneskene med mye emosjonell energi kan føle at de i en sosial setting kommer til sin rett og har en følelse av de er gode, viktige og verdifulle. Men, man kan også komme i møte med mennesker som kan gi en følelse av kraftløshet, usikkerhet og mislykket (Askheim, 2019). Empowerment i fødselsomsorgen kan ses på som måter å motivere og oppmuntre til å mestre og kontrollere den veiledningen som jordmor gir (Vik, 2007).

4 Metode

I dette kapittelet presenterer vi metodevalg, design for studien og vitenskapsteoretisk perspektiv. Den praktiske delen av studien beskrives og begrunnes gjennom fremgangsmåten ved rekruttering, gjennomføring av intervjuene, forforståelse og beskrivelse av analyseprosessen. Sist i kapittelet reflekterer vi over etiske overveielser som vi gjorde før prosjektet startet og underveis. Metodologisk drøfting og diskusjon av forforståelse kommer i kapittel fem om metodediskusjon.

4.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Kvalitative forskningsmetoder er strategier for å utvikle ny kunnskap, og har fortolkende røtter fra hermenutisk filosofi, fenomenologisk filosofi og sosialkonstruksjonisme (Malterud, 2017). Vi har valgt en fenomenologisk tilnærming som vitenskapsteoretisk perspektiv. Fenomenologi er en vitenskapsretning som retter seg mot verden slik den erfares for subjektet. Den kan kategoriseres som bevissthets- eller konstitusjonsfilosofi og omtales i blant som erfaringsfilosofi. I vår oppgaves sammenheng er erfaringsfilosofien relevant, fordi vi ønsker dypere innsikt i hvordan problemstillingen som fenomen fremtrer for informantene som subjekter (Thornquist, 2018).

Psykologer og antropologer bruker fenomenologi for analyser av *livsverden ut fra individualintervjuer eller observasjon* (Malterud, 2017, s. 37). *Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)* blir tradisjonelt brukt til å få økt forståelse for hvordan en bestemt person, i en gitt kontekst, forstår et fenomen (Malterud, 2017, s. 95). Den fenomenologiske metoden vil beskrive så presist og fullstendig som mulig, og ikke forklare og analysere og lage teorier (Kvale et al., 2015). Ifølge metoden kan undersøkelsene av et enkeltfenomen beskrive flere enkeltfenomener til å finne kunnskap om fenomenets «allmenne vesen», i dette tilfellet komme frem til ny kunnskap om *fenomenet* jordmødres erfaringer med fødselsarbeid i hjemmet og på sykehus. Vi har valgt å forstå datamaterialet inspirert fra et fenomenologisk perspektiv, og valgt å analysere ved hjelp av Malteruds systematiske tekstkondensering (STC: *Systematic Text Condensation*) (Malterud, 2017). Giorgis psykologiske fenomenologiske studie har som mål å beskrive analyseobjektets *livsverden* innenfor ett bestemt felt, og var en viktig inspirasjon for STC (Malterud, 2017, s. 95, s. 115). I et fenomenologisk perspektiv forstår vi informantenes oppfatninger ut fra deres erfaringer

som subjekt i en gitt kontekst, men vi fordyper oss ikke i deres livsverden. Vi forsøker å sette våre egne erfaringer til side i fortolkningen av materialet (Malterud, 2017, s. 116).

4.2 Forskningsdesign: Kvalitativ metode

For å undersøke problemstillingen har vi valgt en kvalitativ tilnærming med dybdeintervjuer som metode. Dette begrunner vi med at vi ville ha mer innsikt i jordmødres erfaringer, opplevelser og tanker rundt det å jobbe både som hjemmejordmor og på sykehus. Malterud (2017, s 30) beskriver kvalitative metoder som «*forskningsstrategier for beskrivelse, analyse og fortolkning av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres*». De kvalitative metodene bidrar til subjektens erfaringer, og en kvalitativ dybdeintervjustudie vil sådan bidra til beskrivelser av problemstillingen fra ulike perspektiver. På den måten kan vi få frem subjektens erfaringer og personlige opplevelser. Kvalitative metoder åpner for forskning på områder der det er lite forskning fra før av, og gjerne komplekse og sammensatte problemstillinger (Malterud, 2017, s. 32). Det egner seg godt for vår problemstilling, da vi ønsker å undersøke hvilke erfaringer jordmødre har ved å jobbe både som hjemmejordmor og på sykehus samt hvilke erfaringer de tar med seg fra den ene konteksten til den andre. Dette er et komplekst og sammensatt fenomen å undersøke. Vi har etter dette valgt metode som er mest mulig relevant for å belyse problemstillingen.

4.3 Datainnsamling

4.3.1 Rekruttering og utvalg

Utvalg er kildematerialet til de empiriske data som kommer frem i en kvalitativ forskningsundersøkelse (Drageset & Ellingsen, 2009; Malterud, 2017). Enhver undersøkelse krever en utvalgsstrategi, som skal gi grunnlag for å beskrive fenomenet som skal undersøkes. For å finne et utvalg som var representativ for problemstillingen, valgte vi et strategisk utvalg. Et strategisk utvalg kan defineres som et utvalg som er sammensatt ut fra en målsetting om at *materialet best mulig kan belyse problemstillingen vår* (Malterud, 2017 s. 58). Utvalget bør settes sammen slik at det gir god *informasjonsstyrke* med empirisk datamateriale til studien. For å etablere et strategisk utvalg med god informasjonsstyrke, satte vi oss følgende inklusjons og eksklusjonskriterier til deltakere til studien:

Inklusjonskriterier

- Jordmor med erfaring fra å ha bistått ved hjemmefødsler (>5 fødsler).
- Jordmor med erfaring fra å arbeide på sykehus med fødsler (>3 års erfaring).

Eksklusjonskriterier:

- Jordmor med erfaring fra bare hjemmefødsler
- Jordmor med erfaring fra bare sykehus
- Jordmor som bare har arbeidet som kommunejordmor og hjemmejordmor
- Bare erfaring fra rene jordmorstyrte fødeenheter

Vi ønsket å rekruttere informanter fra de to øverste nivåene av fødetilbudet i Norge, kvinneklinikk og fødeavdelinger. Rene jordmorstyrte fødeenheter slik som ABC og fødeloftet/storken ble ekskludert dersom de ikke hadde erfaring i tillegg fra kvinneklinikk og/eller fødeavdeling. Vi anså det som tilstrekkelig at de har eller hadde kombinert ovennevnte inklusjonskriterier.

Underveis i studiet har vi vært i praksis ved flere anledninger. Fra disse praksisperiodene ved kvinneklinikker og fødeavdeling, har vi stiftet bekjenskaper som hjalp oss å komme i kontakt med de første fem informantene. Hjemmejordmor-miljøet i Norge er lite, og det var enkelt å komme i kontakt med jordmødre som hadde ovennevnte erfaring. Siden vi foretok et strategisk utvalg i første omgang med å ta direkte kontakt med jordmødre, var vi bevisste på vår egen, og muligens informantenes forforståelse. For å sikre intern validitet – et materiale som på best mulig måte ga grunnlag for tolkninger og funn – gjennomførte vi også et andreutvalg der vi i to grupper på Facebook for hjemmejordmødre i Norge, inviterte til deltakelse i studien (Malterud, 2017). Da kom vi i kontakt med flere som ønsket å delta. På den måten kunne vi etablere et utvalg som ga oss mulighet til å undersøke problemstillingen med dybde og bredde, samt invitere jordmødre fra andre kretser enn de vi hadde kommet i kontakt med via praksisperioder som student. Totalt var det seks som tok kontakt og ville delta. To ble ekskludert fordi de ikke hadde erfaring fra kvinneklinikk eller fødeavdeling, men mindre jordmorstyrte fødestuer.

4.3.2 Presentasjon av informanter og informasjonsstyrke

Informantene hadde fra 15 til 30 års erfaring som jordmødre. Alle jordmødrene, med unntak av en, hadde kombinert arbeid på sykehus med å være hjemmejordmor, siden de var ferdig

utdannet. Informantene ble rekruttert fra hele landet og alle landets regioner var representert i det endelige utvalget. Vurdering av overførbarhet bygger på andre prinsipper enn utvalgets omfang. Informasjonsstyrken i utvalget gir føringer for hvor mange deltakere som behøves (Malterud, 2017, s. 63). Det vil si at et utvalg med høy informasjonsstyrke ikke nødvendigvis trenger å være stort. Utvalget bestod av informanter som i stor grad ønsket å dele sine erfaringer med oss, og dette anser vi som en styrke i de kvalitative dataene. Fokuserte informanter som kunne formidle mye variert informasjon om problemstillingen ga oss indikasjoner underveis på når vi opplevde å ha nok enheter til å kunne starte å analysere materialet, og engasjerte deltakere bidrar til økt informasjonsstyrke. Vi vurderte utvalget og rekrutteringsprosessen underveis, slik at utvalget samlet gav oss indikasjoner på hvor mange som skulle inkluderes. Etter de fem første intervjuene, foretok vi en foreløpig analyse før vi bandt oss til et bestemt antall deltakere. Sannsynligheten for å oppnå optimalt utvalg med overkommelige data, øker hvis det gjennomføres en foreløpig analyse (Malterud 2017, s. 68). Etter hvert som vi gjennomførte de første intervjuene, fikk vi økt innsikt i problemstillingen og forskningsprosessen som sådan. En fleksibel tilnærming til utvalg og endelig antall informanter, holdt oss skjerpet og kritiske underveis til studiens interne validitet. Begrepet *overførbarhet* er beskrevet som grenser og betingelser for hvordan funnene gir ny innsikt andre kan dras nytte av i andre sammenhenger (Malterud, 2017, s. 66). Det var viktig for oss å skaffe et utvalg som bidro til informasjonsstyrke som kunne gi rom for overførbarhet og forståelse til denne gruppen som helhet sine erfaringer ved å arbeide som jordmor både hjemme og på sykehus.

4.3.3 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuguide (Vedlegg 4) ble utarbeidet før vi utførte intervjuene. Informantene stod fritt til å si hva de ville om de aktuelle spørsmålene. Det ble gjennomført et pilotintervju, der intervjuguiden og teknisk utstyr ble testet sammen med diktafon-app. Da undersøkte vi om lyd kvaliteten av lydopptaket ble av god nok kvalitet til å kunne brukes til transkribering. Vi opplevde ingen tekniske problemer under intervjuene.

På grunn av koronapandemien var det vanskelig å gjennomføre intervju ved fysisk oppmøte. Intervjuene foregikk derfor over Teams med video, og vi har gode erfaringer med å bruke videosamtale som verktøy. På den måten bevares non-verbal kommunikasjon som ansiktsmimikk og gester. Non-verbale sider ved kommunikasjonen er viktig for å bevare den naturlige konteksten av samtalen (Malterud, 2017 s. 78), og ved å ha gjennomført samtalen

med video, bevarte vi den non-verbale delen av kommunikasjonen. Vi tok også feltnotater underveis som ble benyttet under transkriberingen.

4.3.4 Transkribering

Vi tok lydopptak av alle intervjuene med diktafon-app, en tjeneste levert av Universitetet i Oslo (UiO). Etter gjennomføring av intervjuene, transkriberte vi innholdet så snart som mulig, slik at vi best mulig husket samtalen. Under transkribering ble alt som kom frem under intervjuene skrevet ned så ordrett som mulig, på den måten ble intervjuene fiksert fra samtale til skriftlig form (Kvale et al., 2015). Begge lyttet gjennom alle intervjuene og delte transkripsjonsarbeidet mellom oss. Vi vet at det kan være utfordrende å videreføre stemning og kroppsspråk fra taleform til et skriftspråk, og var derfor bevisste og nøye med å transkribere datamaterialet til skriftspråk slik at det opprinnelige meningsinnholdet kom frem som det var sagt (Thagaard & Lindegård Henriksen, 2010). Under transkribering ble vi godt kjent med innholdet fra intervjuene. Ved at begge hadde lyttet til, og lest alle de transkriberte intervjuene fortløpende, fikk vi en forståelse for hvilke temaer vi kan ta med og som ha mening i analysedelen (Malterud, 2017). Under transkriberingen anonymiserte vi alle gjenkjennelige detaljer som kjønn, alder, arbeidssted osv. Transkripsjonene bestod til sammen av tilsammen 60 sider tekst.

4.4 Fortolkning av datamaterialet

Malteruds systematiske tekstkondensering ble brukt som analysemetode i studien (se Tabell 1 Systematisk tekstkondensering er *en pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data* i følge Malterud (2017, s. 97). Metoden har fellestrekk med mange andre kvalitative analysemetoder, men skiller seg ut ved at den konsentrerer innledningsvis oppmerksomheten mot noen få temaer og kodegrupper (Malterud, 2017, s. 98). En stor fordel med metoden, er at den er overkommelig for nybegynnere. Typisk for STC er utvikling av et kondensat, et kunstig sitat, når data er ferdig abstrahert og kodet. Kondensatene ble brukt som arbeidsnotat for å presentere resultatene i trinn fire i analyseprosessen.

| Analysetrinnene i Malteruds systematiske tekstkondensering (Malterud, 2017, s. 112). | Hva vi gjorde | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <p>Trinn 1 <i>Foreløpige temaer (5-8) identifiseres ved første gjennomlesning.</i></p> | | <p>Begge leste over de ni intervjuene og kom frem til følgende temaer: Motivasjon til å bli hjemmejordmor, syn på fødsel, jordmoridentitet, autonomi, fødestillinger, brukermedvirkning relasjoner, prosedyrer, vaktbelastning, økonomi, positive og negative erfaringskunnskaper fra sykehus og hjemmet.</p> | |
| <p>Trinn 2 <i>Foreløpige temaer danner grunnlag for forhandlinger om koder, som brukes som grunnlag for sortering av meningsbærende enheter i kodegrupper. Kodene justeres og defineres i kodeprosessen.</i></p> | | <p>Vi så at temaene kunne sorteres inn under følgende kodegrupper:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Praktisk utøvelse av jordmorfaget. 2. Organisatoriske forhold. 3. Erfaringskunnskaper som øker den jordmorfaglige innsikten. | |
| <p>Trinn 3 <i>Hver kodegruppe deles inn i subgrupper (2-3) som synliggjør ulike fasetter av innholdet i</i></p> | | <p>I trinn 3 delte vi de tre kodegruppene, inn i <i>subgrupper</i>. Vi fargekodet meningsbærende enheter, slik at vi kunne sortere dem under riktig subgruppe.</p> | |
| | | <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Praktisk utøvelse av jordmorfaget.</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><i>Syn på fødsel, motivasjon til å bli hjemmejordmor,</i></td> </tr> </table> | Praktisk utøvelse av jordmorfaget. |
| Praktisk utøvelse av jordmorfaget. | <i>Syn på fødsel, motivasjon til å bli hjemmejordmor,</i> | | |

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><i>kodegruppen som virkemiddel for abstrahering ved hjelp av kondensat.</i></p> | | | <p><i>erfaringer med fødestillinger, relasjon til paret.</i></p> |
| | | <p>Organisatoriske forhold.</p> | <p><i>Utfordringer med vaktberedskap og økonomi, problematisk å ta seg tilstrekkelig betalt, måter å løse organiseringen av kombinasjonen av å arbeide som hjemmejordmor og på sykehus og forholdet til kollegaer.</i></p> |
| | | <p>Erfaringskunnskaper som øker den jordmorfaglige innsikten.</p> | <p><i>Erfaringskunnskaper fra hjemmefødsler og Erfaringskunnskaper fra sykehus.</i></p> |
| <p>Trinn 4 <i>Kategorier (3-5) utvikles ved sammenfatning av det sentrale meningsinnholdet for hver av kodegruppene med utgangspunkt i kondensatene fra subgruppene.</i></p> | <p>Resultatkategoriene fikk navn som illustrerte meningsinnholdet i de opprinnelige kodegruppene.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Praktisk utøvelse av jordmorfaget. 2. Organisatoriske forhold 3. Erfaringskunnskaper som øker den jordmorfaglige innsikten | |

| | |
|------------------------------------------------------------------------|--|
| <i>Dette danner grunnlag for underavsnittene i resultatkapittelet.</i> | |
|------------------------------------------------------------------------|--|

Tabell 1. Analysetrinnene i Malterud og vår fremgangsmåte.

4.5 Fremgangsmåten ved analyse av datamaterialet

4.5.1 Trinn 1: Helhetsinntrykk

Først leste vi gjennom de ni intervjuene for å danne oss en oversikt over materialet. I den prosessen noterte vi stikkord hver for oss som vi drøftet sammen. Førsteintrykket vårt var at temaene som kom frem, kunne sorteres ut fra temaene erfaringer fra hjemmefødsler og erfaringer fra sykehus slik som problemstillingen og intervjuguiden var utarbeidet etter. Mange av temaene fra begge kontekstene var sammenfallende og kunne kategoriseres i koder som omfattet både erfaringer fra hjemmefødsler og sykehus. Intervjuguiden ga rom for åpne spørsmål, og materialet ble derfor ikke oppstykket og gav rom for videreutvikling. Det er et godt tegn på en kreativ og iterativ analyse at temaene og kodegruppene blir revidert og videreutviklet fra temaene fra intervjuguiden (Malterud, 2017, s. 100). Det var også vår erfaring, at lesing av datamaterialet ga oss nye ideer og inntrykk fra erfaringskunnskapen til informantene vi har intervjuet. Temaene vi kom frem til var motivasjon til å bli hjemmefødsler, syn på fødsel, jordmoridentitet, autonomi, fødestillinger, relasjoner, prosedyrer, vaktbelastning, brukermedvirkning, positive og negative erfaringskunnskaper fra sykehus og hjemme. Disse dannet grunnlaget for kodegruppene.

4.5.2 Trinn 2: Meningsbærende enheter og kodegrupper

I trinn 2 bearbeidet vi de foreløpige temaene fra trinn 1 til koder vi kunne sortere de meningsbærende enhetene under. Vi tok med oss de meningsbærende enhetene som sa noe om problemstillingen, og la resten til side. Siden vi var to som gjorde analysen sammen, hadde vi den fordel at begge skrev ned temaer, som vi sammen diskuterte hva som var sammenfallende og ikke. I prosessen kom det opp noen nye koder underveis, og andre ble slått sammen. Dette var en prosess med mye frem og tilbake. Meningsbærende enheter ble først kodet i tema og så i kodegrupper. Kodegruppene vi endte opp med var; *1. Praktisk utøvelse av jordmorfaget, 2. Organisatoriske forhold og 3. Erfaringskunnskaper som øker den jordmorfaglige innsikten.*

4.5.3 Trinn 3: Kondensering

I trinn 3 lette vi etter meningsbærende enheter i kodegruppene, som svarte på problemstillingen vår. I dette trinnet sorterte vi de meningsbærende enhetene videre i subgrupper. Subgruppene ble da altså analysenhetene som skulle arbeides videre med. Typisk for STC er at det på dette analysetrinnet, lages kondensater (Malterud, 2017, s. 107). Det vil si å starte med en meningsbærende enhet fra subgruppene, og skrive inn de øvrige. Det utvikles til et kunstig sitat (kondensat) som er et uttrykk i en mer generell form av alle de meningsbærende enhetene i en og samme subgruppe. Her er det viktig å uttrykke seg så likt som informantenes stemme som mulig, slik at kondensatet gjenspeiler det opprinnelige innholdet. Det ble også valgt ut gullsitater, som best mulig illustrerte innholdet og bekreftet kondensatet for leseren (Malterud, 2017). Vi kom først frem til 12 subgrupper. I kodegruppen praktisk utøvelse av jordmorfaget, hadde vi subgruppene fødestillinger, relasjon til paret, prosedyrer, oxytocin, brukermedvirkning og syn på fødsel. Flere ble slått sammen fordi vi fant mye overlappende informasjon. Det gjaldt eksempelvis syn på fødsel og jordmoridentitet. De ble slått sammen til subgruppen syn på fødsel. Etter analysen satt vi igjen med tre kodegrupper og ti subgrupper. Det ble valgt ut «gullsitater» som illustrerte det som ble sagt i hver kodegruppe. Subgruppene vi kom frem til var *syn på fødsel, motivasjon til å bli hjemmefødsel, erfaringer med fødestillinger, relasjon til paret, utfordringer med vaktberedskap og økonomi, problematisk å ta seg tilstrekkelig betalt, måter å løse organiseringen av kombinasjonen av å arbeide som hjemmefødsel og på sykehus, forholdet til kollegaer, erfaringskunnskaper fra hjemmefødsler og erfaringskunnskaper fra sykehus*. Tabell 2 er lagt ved som eksempel på analyseprosessen for kodegruppen *Praktisk utøvelse av jordmorfaget* med meningsbærende enheter.

| Meningsbærende enheter | Subgrupper | Kodegruppe |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Jeg har alltid vært opptatt av den normale fødselen, aktivitet i fødselen og fremme trygghet. Det har jeg alltid hatt i meg. | Syn på fødsel. | Praktisk utførelse av jordmorfaget. |
| Jeg begynte å jobbe som hjemmefødsel fordi | Motivasjon til å bli hjemmefødsel. | |

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--|
| normal fødsel interesserte meg veldig. | | |
| Jeg styrer dem stort sett aldri. | Erfaringer med fødestillinger. | |
| Jeg blir bevisst på relasjoner som er veldig viktig i arbeid med gravide og fødende. | Relasjon til paret. | |

Tabell 2: Eksempel oversikt over meningsbærende enheter, subgrupper og kodegruppe.

4.5.4 Trinn 4: Sammenfatning

I trinn 4 av analysen ble kondensatene, bitene av analysen, rekontekstualisert ved å bli satt sammen igjen. Kondensatene ble sammenfattet slik at de kunne gi rom for nye beskrivelser av jordmødrenes erfaringer ved å jobbe både som hjemmejordmor og på sykehus (Vedlegg 5). De kondenserte tekstene på hver kodegruppe ble satt sammen og beskrivende gullsitater ble brukt i den analytiske teksten som er våre resultater. De presenteres i kapittel 5 Resultater. Sammenfatningen av kondensatene er forsøkt så godt som mulig, å gi en gyldig beskrivelse av den sammenhengen de opprinnelig er hentet ut fra. Vi kom frem til tre resultat kategorier som beskrev innholdet i de opprinnelige kodegruppene; *Konteksten jordmorfaget utøves i, er av betydning for den praktiske utøvelsen, 2. Organisatoriske forhold og 3. Erfaringskunnskaper som øker den jordmorfaglige innsikten.*

4.6 Ethiske overveielser

Helsinkideklarasjonen er en etisk retningslinje som forskere over hele verden forholder seg til. Det gjelder forskning som omfatter mennesker, herunder både humant materiale men også materiale med identifiserbare data. Det innebærer at i medisinsk forskning som omfatter mennesker, skal hensynet til forsøkspersonens, i vårt tilfelle informantene, gå foran våre og samfunnets forskningsinteresser (WMA, 2014). Derfor har vi gjort oss grundige etiske overveielser i forkant av studien, og forsøkt å etterleve globale, nasjonale og våre lokale forskningsetiske retningslinjer forankret i UiT – Norges Arktiske Universitet. Vi satte oss inn i *Retningslinjer for forsknings og studentprosjekt*, og var særlig oppmerksom på personvernopplysninger og at dataene som fremkommer skulle være anonyme. Denne studien omhandlet intervju av jordmødre og ikke pasienter, det var derfor ikke behov for å søke

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (Helseforskningsloven, 2008). Studien er godkjent av Norsk senter for dataforskning (NSD) (Vedlegg 2).

4.6.1 Mikroetikk

De etiske og moralske spørsmålene som er knyttet til den enkelte informant kan beskrives som mikroetikk (Kvale et al., 2015). Vi har innhentet informert samtykke fra alle informantene, behandlet dataene i fortrolighet og med konfidensialitet, og vurdert konsekvenser denne studien kan ha for informantene.

Informert samtykke innebærer at informantene vet om studiens formål, hovedtrekkene i designet samt fordeler og ulemper ved å delta (Kvale et al., 2015). Informantene fikk tilsendt informasjon om studien på forhånd og muligheter til å stille spørsmål før de takket ja til deltakelse. Hvert intervju ble innledet med å innhente en muntlig samtykkeerklæring, samt å gi informantene ytterligere mulighet til å stille spørsmål og mulighet til å trekke seg. Informantene skulle kjenne prosjektet godt nok, slik at de kunne ta stilling til om de ville delta eller ikke (Malterud, 2017, s. 214). Det ble også gitt informasjon om at de kunne trekke sin deltakelse også etter endt intervju. Lydfilen ble tatt opp med diktafon-app, og lagret via Nettskjema.no som er en tjeneste levert av Universitetet i Oslo. Ettersom vi vurderer å skrive en forskningsartikkel etter endt studieløp, oppbevares dataene frem til eventuell publisering, og senest til 01.01.2024. Dette er også informantene kjent med, og har gitt sitt samtykke til det. På lydfilene fremkommer ingen fullstendige navn som kan knyttes til den enkelte informant. Det er kun vi og veileder som har tilgang til lydfilene, og de transkriberte intervjuene.

Det er et krav i forskningsetikken at informanten ikke skal komme *til skade*, (Tjora, 2017). I kvalitative forskningsintervjuer kommer ikke deltakere *fysisk til skade*, men konsekvensene av deltakelse kan innebære andre ulemper for deltakeren. De potensielle fordelene bør veie tyngre enn ulempene (Kvale et al., 2015), slik at nytteverdien av den oppnådde kunnskapen, veier tyngre enn potensielle ulemper. Deltakelse ble vurdert som nyttig for informanten i form av utvikling av eget fagfelt. Vi har vært bevisste på at det kunne komme opp vanskelige temaer knyttet til egen arbeidsutøvelse, og det kan tenkes at informantene har stått i vanskelige situasjoner som ikke er ordentlig bearbeidet. På forhånd hadde vi tenkt at hvis dette skjedde, kunne vi skru av båndopptakeren for å ivareta integriteten til informanten. En annen ting vi har vært bevisste på når det gjelder å ikke såre intervjupersonenes verdighet, er å legge transkripsjonen nært skriftspråket. Dersom en transkriberer talespråk direkte, og

publiserer sitater deretter, kan det såre og svekke verdigheten og integriteten til den enkelte. Det har vi unngått ved å transkribere nært skriftspråk, men samtidig forsøke å bevare innholdet mest mulig korrekt (Kvale et al., 2015). I tillegg er dialektuttrykk i sitater og historier som kan gjenkjennes, forandret noe på for å styrke personvernet (Malterud, 2017, s. 215). Noen av intervju spørsmålene kunne trolig oppleves som sårbare for jordmoren i form av å føle seg konfrontert med yrkesetiske forventninger og praksis og følelsen av å ikke innfri disse. Deltakerne bidrar til forskning til eget fagfelt ved å stille opp, som i seg selv kan oppleves verdifullt. Informantene var ivrige i å ville delta, og dermed har det viktigste for oss vært å beskytte personvernet deres, i tillegg til at vi har gjort oss ovennevnte vurderinger.

4.6.2 Makroetikk

Makroetikk knytter seg til *samfunnsmessige virkninger av intervju produsert kunnskap* (Kvale et al., 2015, s. 95). Som uerfarne forskere har vi satt oss nøye inn i retningslinjer, og vært bevisst på at kunnskapen vi kommer frem til skal være ærlig og rettferdig. Mikroetisk har vi vurdert fordeler og ulemper for informantene, men vi har også tenkt på at resultatene skal være overførbare til den gruppen jordmødre de representerer i et større perspektiv. Vi er klar over at vår rolle som forskere er avgjørende for kvaliteten på den vitenskapelige kunnskapen som er kommet frem av studien (Kvale et al., 2015). Vår integritet som forskere er forsøkt ivaretatt ved forhåpentligvis å ha produsert ny, innsiktsfull kunnskap om fenomenet jordmødre som jobber både med hjemmefødsler og på sykehus. Vi har snakket med engasjerte jordmødre, og følt oss privilegerte som har fått brukt av deres tid og lyttet til deres erfaringer og fortellinger. Det er ikke bare deres integritet som skal ivaretas ved de forskningsetiske overveielserne, men også vår, noe vi har forsøkt å gjøre etter beste evne.

5 Metodologisk drøfting

I det følgende vil vi redegjøre for oppgavens validitet gjennom drøfting av vår forforståelse. Vi vil også begrunne valgene av fremgangsmåte og fremstilling med tanke på resultatenes pålitelighet, gyldighet og overførbarhet.

5.1.1 Forforståelse og oppgavens pålitelighet

Forforståelse er det vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet før det starter. Det er innholdet i vårt erfaringsgrunnlag fra tidligere, som påvirker hvordan vi samler, leser og tolker data på (Malterud, 2017, s. 44). Forforståelsen er en viktig side av motivasjonen for å sette i gang forskning om et tema. Styrker ved forforståelse kan gi næring til prosjektet, men kan potensielt svekke forskningen ved at den gir oss skylapper og begrensninger for fortolkning av datamaterialet. Leseren skal kunne stole på at resultatene stammer fra det empiriske innhentede materialet, og ikke på forskerens egen forforståelse (Malterud, 2017, s. 45). En dårlig kvalitativ studie inneholder likelydende beskrivelser av fenomenene, både før og etter innhentede data (Malterud, 2017 s. 45). For å unngå dette satte vi på forhånd av tid til å identifisere forhold som styrte vår tilgang til kunnskapen.

Vår forforståelse for masteroppgaven er at begge er utdannet sykepleiere i Norge. Vi har begge arbeidet ved store norske sykehus, og er godt kjent med organiseringen av helsevesenet i Norge. Vår forståelsesramme er primært gjennom en felles toåring utdanningsløp ved UiT – Norges Arktiske Universitet innenfor jordmorfag, samt egne ulike personlige erfaringer. Vi har dratt nytte av det gjennom utarbeiding av intervjuguide, og forsøkt så langt det lar seg gjøre å forholde oss nøytrale i hele prosessen.

Utfordringer underveis har vært ikke å tolke jordmødrenes erfaringer i lys av egenopplevde erfaringer og vår rolle som sykepleiere på sykehus. Grunnet vår forforståelse, kan jordmødrenes erfaringer ha blitt feiltolket og fremstilt deretter. Dette er forsøkt unngått systematisk ved at vår styrke er at vi er to som har gjort studien sammen og som har ulike personlige erfaringer. Dette mener vi har bidratt til å skape gode diskusjoner underveis. Ingen av oss har bistått som student ved hjemmefødsler, men har erfaring fra sykehuspraksis på fødeavdeling. Ovennevnte utfordringer er forsøkt identifisert underveis i både intervjuprosessen, transkriberingen og analyseprosessen. I kvalitativ forskning er det tilnærmet umulig å gå helt nøytral inn i et materiale. Malterud beskriver forskerens *nærhet* til

materialet som en risiko for at forskeren blir forelsket i teksten (Malterud, 2017, s 121). Det samme gjelder problemstillingen og temaet som helhet. Vi har gjort vårt ytterste for å opprettholde nøytralitet i teksten.

5.1.2 Validitet

Vi stiller oss spørsmålet; har oppgaven svart på problemstillingen? Semistrukturerte individuelle dybdeintervjuer er valgt for å gi jordmødrene tid og rom til å beskrive sine erfaringer med å jobbe både som hjemmejordmor og på sykehus, og det mener vi tilfører undersøkelsen et rikt datamateriale i form av levende, erfart kunnskap. Egenopplevde erfaringer fra jordmødrene kom frem gjennom konkrete hendelser, som i stor grad belyser både problemstillingen og forskningsspørsmålene. Validitet, eller gyldighet i kvalitativ forskning betyr om vi har kommet frem til resultater som er pålitelige, gyldige og overførbare til den versjonen av kunnskap vi samler oss om når alt materialet er bearbeidet (Malterud, 2017). I valideringsprosessen har vi spurt oss om hva våre resultater gir gyldig kunnskap om, hva angår jordmødres erfaringer ved å jobbe både som hjemmejordmor og på sykehus, samt tilhørende forskningsspørsmål.

Malterud nevner relevans, deltakersjekk, kommunikativ validitet og pragmatisk validitet som viktige aspekter når forskningens gyldighet skal vurderes (Malterud, 2017). Informantene ble tilbudt å lese sine transkriberte intervjuer, men ingen ønsket det. Utover det ble deltakersjekk utført ved dialogisk validering. Kommunikativ validitet er testing av gyldigheten av påstandene i en samtale (Kvale et al., 2015). Underveis i intervjuprosessen ba vi informantene avklare dersom vi var usikker på hvordan vi skulle tolke det som ble sagt. På den måten sikret vi oss at vi kom frem til en tolkning som stemte overens med informantenes selvforståelse. I en kvalitativ studie, har forskerens faglitterære ferdigheter mye å si når resultatene skal presenteres. Pragmatisk validitet handler om hvilken nytte resultatene kan ha for den allmenne oppfatning. Dette har vi testet ved å spørre oss om resultatene kan anvendes både for jordmødre som arbeider med hjemmefødsler og på sykehus, men også bare på sykehus. Som pragmatisk gyldighet kan resultatene av denne gruppe jordmødres erfaringer, bidra i videre diskusjoner om organiseringen av fødselsomsorgen i Norge, men også i internt og individuelt forbedringsarbeid for jordmødre.

6 Resultater

I dette kapittelet skal vi presentere funnene fra analysen. Vi kom frem til tre resultat kategorier:

1. Praktisk utøvelse av jordmorfaget
2. Organisatoriske forhold
3. Erfaringskunnskaper som øker den jordmorfaglige innsikten

6.1 Praktisk utøvelse av jordmorfaget

Informantene fremhevet at de hadde et grunnleggende syn på fødsel som en naturlig begivenhet. Arbeidet med hjemmefødsler ble beskrevet som veldig meningsfullt, og hjalp dem å bevare troen på den normale fødselen. Sykehuskonteksten ble tidvis opplevd som begrensende for at de skulle få utøvd jordmorfaget slik de selv mente var kunnskapsbasert og i tråd med deres grunnleggende syn på fødsel. Da fant mange ny giv og inspirasjon til egen jordmoridentitet, ved å jobbe parallelt med hjemmefødsler.

«Det er utrolig givende å se hvor fint kvinnene kan føde under de riktige forholdene for dem.»

Intervju 3.

Synet jordmødrene hadde på fødsel var en viktig del av motivasjonen for å bli hjemmejordmor. I tillegg til å arbeide på sykehus, arbeidet jordmødrene med hjemmefødsler fordi det gav dem en fundamental tro at kvinnen i de fleste tilfeller kan føde normalt uten medisinske intervensjoner. Dette synet balanserte informantene ved å påpeke at noen ganger er intervensjoner strengt nødvendig, men de ønsket i slike tilfeller å involvere fødekvinne i beslutningsprosessen. Den utløsende faktoren til at de begynte å arbeide som hjemmejordmor varierte. Noen hadde et eget ønske om dette, andre var blitt forespurt jobben av kvinner som ville føde hjemme, eller fått henvendelse fra en annen hjemmejordmor. Noen av dem ble hjemmejordmor fordi en kollega oppfordret til det, men alle hadde likevel i bunn en interesse for normale fødsler.

«Det handler om at jeg trenger de hjemmefødsle for mitt eget jordmorhjerte». Intervju 7.

Jordmødrene syntes det var viktig å opprettholde et differensiert fødetilbud og gi kvinner valgmuligheten til å føde hjemme. Flere knyttet deres motivasjon til å tilby hjemmefødsler, til

begrepet brukermedvirkning. De opplevde at når de kunne tilby hjemmefødsler, bidro de til at kvinner fikk valgmuligheten til å kunne føde hjemme. Noen av dem bemerket at deres autonomi som jordmor opplevdes begrenset som følge av prosedyrer og retningslinjer som gjelder på sykehus, men at det likevel var en nødvendighet i enkelte settinger. Både i form av at det i utgangspunktet skal være kunnskapsbaserte retningslinjer, men også at dersom noe uønsket skjer, kan jordmor vise til at hun har arbeidet i tråd med retningslinjene og dermed ha «sin rygg fri». Selvstendige valg ble knyttet både til fødekvinnen, men også til deres egen yrkesutøvelse.

«Jeg kjente veldig på at noen må hjelpe denne damen. Ingen svarte på henvendelsen, og kollegaene mine sa: «jaja, passer det ikke å føde her, får hun bare løse det selv». Dette med selvstendige valg, ligger veldig i min jordmoridentitet, og at andre ikke skal kunne bestemme over oss da.» Intervju 5.

Konteksten informantene tok imot barn i, var av betydning for deres egen yrkesutøvelse og identitetsfølelse til jordmorfaget, og de beskrev hjemmefødslene som noen av de fineste fødslene en kan være med på som jordmor. De ønsket derfor hjemmefødslene for å beholde troen på eget fag både for fødekvinnene, men også for seg selv. Hjemme opplevde jordmødrene at fødekvinnen i stor grad fikk bestemme selv over hvordan fødslene skulle foregå. Når jordmødrene var på jobb på sykehuset, var det viktig for de å få legge til rette for at kvinnen skulle få bevare sin selvbestemmelsesrett og troen på at hun kunne føde selv. Jordmødrene beskrev rollen sin ved hjemmefødsler, som veldig lite aktiv. Informantene opplevde at de var den samme jordmoren på sykehus, men at de måtte tilpasse seg den konteksten med de begrensninger som det innebar. Noen følte et behov for å beskytte kvinnen dersom de opplevde at den normale fødselsprosessen ble truet av sykehusets standardiserte retningslinjer for normal progresjon. En beskrev dette som en øvelse i balansekunst, som hun med årene hadde lært seg å håndtere. Opplevelsen av å «berge» kvinner fra uerfarne leger og jordmødre i form av å forsvare den naturlige fødselsprosessen var et poeng flere løftet frem. Jordmødrenes rolle på sykehuset knyttet til temaet brukermedvirkning, innebar at de løftet frem kvinnens iboende ressurser slik at hun fikk en mulighet til å føde på egne premisser.

“Det er en beskyttelse i å ha regelverk og å følge prosedyrer, for da kan ingen ta deg for noe. Men det er veldig begrensende, ja. Du blir veldig vingeklippet”. Intervju 1.

Valg av fødestilling ble et naturlig tema i samtalen hos mange av informantene, og alle hadde gjort seg tanker om hvilke fødestillinger fødekvinne endte opp i, både ved hjemmefødsler og på sykehus. Jordmødrene fortalte at de veldig sjeldent styrte kvinnene i retning av en fødestilling, verken hjemme eller på sykehus. De hadde en oppfatning av at fødekvinne ikke skulle forstyrres. Informantene beskrev at kvinnen nesten alltid hjemme inntok en knestående stilling spontant, vannfødsler ble fremhevet og noen sa de hadde saccosekk med. Noen fortalte at deres erfaring fra hjemmefødsler, var at mange ville ta imot barnet selv, og at partner ofte var mer delaktig i forløsningsøyeblikket enn på sykehus. Jordmors rolle ble å tilrettelegge for dette. Flere bemerket at på sykehus styrte de aldri kvinnen i en retning av en fødestilling, og at de hadde få fødsler i ryggleie. Innføringen av finskegrepet ble fremhevet av noen som en prosedyre som bidro til at de følte seg begrenset til å foreta individuelle vurderinger og at fødekvinne av den grunn endte på rygg på sykehus.

«La meg si, det er ikke på rygg, det er alt annet». Intervju 3

Jordmødrene fremhevet viktigheten av å sette av tid til å bli kjent i forkant av fødselen. En god relasjon til paret ble tatt opp som et gjennomgående tema under hele intervjuet. Flere opplevde at deres erfaring som hjemmiejordmor hadde styrket deres bevissthet på viktigheten av å bli godt kjent med fødekvinne. Ved hjemmefødsel fikk de god relasjon til fødekvinne og partner. På sykehuset var det derimot vanskeligere da de ofte kom inn bare for å føde. Mange arbeidsoppgaver gjorde at informantene opplevde at det gjenstod et lite vindu både med tid og muligheter til å sette i gang tiltak som skal beskytte fødekvinne fra unødvendige prosedyrer. Flere beskrev at når de var på jobb på sykehuset, satte de alltid av tid til å bli godt kjent med paret før kvinnen gikk i aktiv fødsel. Hjemmiejordmødre har flere møter i begynnelsen av svangerskapet og tett kontakt med oppfølging av paret når det nærmer seg termin, gjerne i uke 37-40 uke i svangerskapet. Informantene mente at god relasjon fører til trygghet som igjen gjør at fødselen forløper normalt.

"Arbeidet som hjemmiejordmor har styrket min bevissthet på relasjoner, som er en veldig viktig del av arbeidet med kvinner som er gravid og som fødende. Og også i barseltiden. Det er viktig å vite ting, å ha snakket og jobbet seg sammen og forstå hverandre. Det skal man ikke bruke tid på når kvinnen skal føde, når hun skal lære seg å amme, bli kjent med barnet og sammen med partner skal bli en familie. Da er det fint om man kan ha gjort unna litt forberedelser, sånn at man vet hvem de er, og at de kjenner meg som jordmor.» Intervju 1.

Den gode opparbeidede relasjonen gjennom svangerskap, fødsel og barseltid ble ofte ikke brutt rett etter fødselen. Informantene syntes det var givende at familiene opprettholdt en slags kontakt med jordmoren også etter barseltiden. Kontakten kunne være bilder av barnet på dets fødselsdag og invitasjon til små og store familiære begivenheter. Ingen opplevde dette som problematisk, da denne mellom-menneskelige relasjonen hadde en positiv innvirkning på jordmoren. Ofte tok jordmødrene imot barna til naboer og bekjente hjemme, og en etablert relasjon var allerede på plass.

Jeg føler at de barna er på en måte litt mine barn Jeg har kontakt med flere og følger de oppover og ser når de begynner på skolen. Det er artig, det blir veldig annerledes og personlig enn det å jobbe på sykehuset. Intervju 3.

6.2 Organisatoriske forhold

Informantene fant en trygghet i å ha en forutsigbar turnus og inntekt ved å arbeide på sykehuset i tillegg til å tilby hjemmefødsler. Hovedgrunnen til at de ikke bare arbeidet som hjemmējordmor ble forklart med belastningen ved å ha vaktberedskap og uforutsigbar økonomi. Informantene hadde opprettet enkeltmannsforetak i tilknytning til rollen som hjemmējordmor. Vaktberedskap ble fremhevet som belastende, fordi fra uke 37-42 var de i konstant beredskap. Noen fortalte at de motvirket belastningen ved å alliere seg med en kollega som også drev med hjemmefødsler. På den måten slapp de å være på vakt hele tiden.

«Det å jobbe på sykehuset er en trygghet i forhold til økonomien, jeg har en fast inntekt. Du jobber på en måte på provisjon, altså antall fødsler. Det er også noe med at hvis det ikke blir hjemmefødsler utløser det ingen takster fra Helfo. Du kan ha lagt ned veldig mange timer med arbeid også får du faktisk ikke utløst de takstene. Da sitter du igjen med veldig dårlig timebetaling». Intervju 3.

Flere beskrev det som problematisk at de måtte ta seg betalt av fødekvinnene. Noen kunne tenkt seg å drive privat på fulltid, og rettet seg mot sårbare grupper som av en eller annen grunn kunne hatt nytte av å få et helhetlig svangerskap og fødselstilbud fra én jordmor, men at det ikke er gjennomførbart eller etisk riktig å gjøre, så lenge det private bekostes av brukerne selv. En jordmor sa at realiteten i Norge er at ikke alle har råd til å føde hjemme, og at det

muligens er blitt et fenomen for en gruppe fødende som har god økonomi. Noen selekterte bort førstegangsfødende fordi denne gruppen krever mer og tettere oppfølging.

«Men jeg tenker det skulle vært et tilbud til alle, uavhengig av økonomi. Det er det jo ikke, man må jo ha betalt som hjemmefødsel også». Intervju 9.

Det ble løftet frem at noen gikk motsatt turnus av hverandre, slik at en av dem alltid kunne rykke ut til en eventuell hjemmefødsel. Informantene arbeidet fra ca. 50 % til 100 % på sykehus, og det endret seg periodevis. Noen sa at da de hadde små barn selv, hadde de jobbet mer på sykehuset, og siden tatt opp arbeidet med flere hjemmefødsler når familiesituasjonen tillot det. Flere av jordmødre delte tanker om forbedringspotensialer til organiseringen av fødselomsorgen i Norge. Noen viste til den danske modellen, hvor jordmor rykker ut fra sykehus og hjem til kvinner i fødsel. Andre bemerket at dette ikke var optimalt, da en i en slik situasjon ikke vil kjenne paret like godt som når en arbeider med en kvinne som vil føde hjemme i siste del av svangerskapet.

«Vi er to jordmødre som driver med det. Vi har ønsketurnus der vi alltid jobber motsatt av hverandre» Intervju 5.

Studien viser at alle opplevde positive tilbakemeldinger fra kollegaer angående at de både jobbet på sykehus og som hjemmefødsel. Ett unntak var en jordmor som opplevde å bli sett på som litt alternativ, og ikke følte seg fullstendig akseptert av kollegaene på sykehuset når hun var på jobb der. Informantene hadde et bevisst forhold til at det var viktig å opprettholde en god kontakt og relasjon med kollegaer, og ikke komme på kant med dem dersom en opplevde å ha forskjellige synspunkter. Flere beskrev at de hadde invitert til informasjonsmøte for å presentere sin hjemmefødsel-virksomhet. Det ble godt tatt imot av både leger og jordmødre på sykehuset og resulterte i et samarbeid.

“Leger og jordmødre på poliklinikken henviser til oss. Noen leger sier «jeg skjønner ikke hvordan du tørr, men jeg ser jo at det er trygt.» Intervju 6.

6.3 Erfaringskunnskaper som øker den jordmorfaglige innsikten

Informantene sa at de forsøker å bruke sine erfaringer til å fremme en normal fysiologisk fødsel på sykehus. De hadde gjennom sin erfaring med hjemmefødsler fått et mer avslappet forhold til akutte situasjoner/hendelser som kan oppstå under en fødsel. Informantene hadde et felles syn på hvordan fødestuen kunne utformes og forstyrrelser unngås. En jordmor fortalte at hun alltid banket på før hun gikk inn i rommet for å ikke forstyrre. På fødestuen er det mye medisinskteknisk utstyr jordmor og den fødende må forholde seg til, og informantene var bevisste på hvordan dette kunne virke forstyrrende. De etterstrebet å gjøre rommet mer hjemmekoselig ved for eksempel dempet belysning, som ved en hjemmefødsel.

«Ved behov for drypp, ringer jeg på og får noen på utsiden til å gjøre det klart. Dryppet blir trillet stille og rolig inn med rolige stemmer for å ikke forstyrre. Jeg blir fortsatt sjokkert når noen kommer inn på fødestuen uten å ha spurt om lov. Jeg synes det er uhørt og ødelegger veldig mye. Jeg tror vi kunne unngått mange intervensjoner i fødsel, hvis vi hadde slutta med de tingene her.» Intervju 9.

Utformingen av føderommet ble fremhevet som av betydning for hvilke forventninger som skapt om hva som skulle skje i rommet. Informantene sa at en kanskje kunne dytte fødesenga til en side hvis den var plassert midt i rommet. Jordmødrene bemerket at selv om medisinsk utstyr ble forsøkt skjult, eller det ble gjort andre grep for å få det til å se mer "hjemmekoselig" ut på fødestuen, så var det viktig å ha korrekt utstyr i nærheten når det var nødvendig. Dersom medisinske intervensjoner måtte gjøres underveis i en fødsel, var det viktig for jordmødrene å skape en trygge rammer rundt fødekvinnen for det om.

«Hvis det ser ut som operasjonssal vil det gi tegn til mer patologi. Selvfølgelig, er det noen ganger hvor det skjer noe veldig høy risiko rundt en fødsel og da er det veldig viktig at alt er i nærheten». Intervju 7.

Jordmødrene hadde en bevisst måte til hvordan de forholdte seg til informerte valg. Flere ville gi kvinnen på sykehus stor grad av involvering og selvbestemmelse. De knyttet informerte valg til god informasjon tilknyttet prosedyrer. Hvorvidt det skulle settes syntocinon var ett tema mange hadde en mening om. Noen hadde veldig sterke meninger om at prosedyren som råder på norske sykehus, ikke gir jordmor autonomi til å gjøre en faglig vurdering selv slik jordmor er utdannet til. Informerte valg og brukermedvirkning ble og knyttet til håndteringen

av fødselsforløpet. Flere hadde en avventende holdning til å sette i gang intervensjoner, og illustrerte dette med forløsningen av placenta. Informantene bemerket at de selv ikke var aktiv i denne fasen og dro i navlesnoen. De lot den være og la fokuset over på å legge barnet opp til mor. Noen informanter var redd for at fødekvinne skulle blø for mye, så de var veldig aktiv med forløsning av placenta med en gang etter fødsel på sykehus, men bemerket at de hadde ikke samme tilnæringsmåten ved en hjemmefødsel, da kvinnene erfaringsmessig blør mindre ved hjemmefødsler.

“Da synes jeg jordmor skal håndtere postpartumforløpet slik som jordmødre får lov å jobbe i Norge, og faktisk håndtere en kvinnes normale fødselsforløp og friske barn. Det er ikke riktig mener jeg, at vi skal måtte sette syntocinon. Jeg har ikke klart å endre den prosedyren, men jeg har prøvd». Intervju 5.

Når jordmødrene var på jobb på sykehus, fulgte de alltid sykehusets prosedyrer selv om det betød at de noen ganger gikk imot det de selv mente var kunnskapsbasert. Flere bemerket at de til tider følte seg begrenset av retningslinjene, men at de alltid innrettet seg etter dem.

“Jeg synes jeg er lojal. Jeg synes man sliter seg ut hvis man skal kjempe hele tiden, jeg gjorde det før, men ikke nå lenger. Nå klarer jeg å tenke at hjemme er hjemme og sykehus er sykehus”. Intervju 3.

Jordmødrene hadde ulike måter å tenke på om det å jobbe i to ulike kontekster. Noen opplevde at de kom i konflikt med kollegaer på sykehus, fordi de ikke var like rigid som dem når det gjaldt å følge prosedyrer. Informantene fulgte prosedyrer, men oppfattet at de noen ganger tøyde de lengre enn sine andre jordmorkolleger. Alle fortalte om et godt forhold og samarbeid med jordmorkolleger og gynekologer. Noen opplevde at dersom kollegaer opplevde langsom fremgang i en fødsel, kom de til dem for tips og råd som kunne prøves ut. Flere fremhevet et godt samarbeid med sykehuset som viktig, enten de var på jobb på sykehuset eller som privatpraktiserende hjemmejordmor. Det var også viktig for informantene å ikke ha en provoserende fremferd, selv om de kunne ytre sine uenigheter til tider. Et godt forhold til sykehuset ble også fremhevet som viktig for at fødekvinnene skulle merke at jordmor hadde en god relasjon til sykehuset, dersom det skulle bli nødvendig å overflytte underveis i fødselen.

“Det er veldig slitsomt å være kritisk hele tiden, eller å være i konflikt hele tiden. Så jeg måtte lage meg måter å overleve på, på sykehuset. Det er noe med å skjønne at på sykehuset er det medisinske retningslinjer, og de må man følge og dem jobber man sammen om, og sånn er regimet der. Så hvis kvinner ikke vil underlegge seg det regimet, så må man føde et annet sted tenker jeg, man får ikke en normal fysiologisk fødsel på en stor fødeklinikk”. Intervju 1.

De fleste informantene tok med seg utelukkende positive erfaringer fra sykehuset og hjem til hjemmefødsler. Det var likevel unntak, med noen som opplevde å ta med seg en negativ verstefallstenkning de ikke klarte å befri seg fra ved hjemmefødsle. Flere fant trygghet i å få mengdetrening i å ta imot barn på sykehuset. Fagdager på sykehuset gjorde dem fokuserte på akutte situasjoner, som gjorde at de følte seg tryggere på å ta ansvar for en hjemmefødsel. Sykehuserfaringen hadde også gjort dem gode på å observere det nyfødte barnet etter fødselen. Jordmødrenes erfaringer fra å ha sett kvinner få utfolde seg naturlig i hjemmefødsler, også med tanke på å innta en fødestilling selv, var noe de tok med seg når de arbeidet på sykehus. Det samme gjaldt prosedyrer. Mange hadde tanker om at fødekvinne ikke skulle forstyrres, og dersom de måtte det, skulle hun bli involvert i beslutningene og grundig informert.

“De aller fleste som jobber med hjemmefødsler, er rasende gode på akutte ting. De kan legge veneflon i fart og de kan håndtere en blødning. Det er jo ikke sånn at man drar ut med hjemmefødselsbaggen uten utstyr. For meg er det en trygghet for jeg har øvet på akutte situasjoner. Som for eksempel nyfødt resusitering. Vi har simuleringstrening som gjør at jeg føler meg trygg på det. Det er fint å ta med seg hjem”. Intervju 2.

7 Diskusjon

I det følgende drøfter vi studiens funn opp mot problemstillingen, tidligere forskning på det aktuelle området og teoretisk rammeverk. Erfaringene som jordmødrene har ved å jobbe med hjemmefødsler i kombinasjon med arbeid på sykehus viser at de har en grunnleggende tro på fødselen som en normal begivenhet. Konteksten jordmorfaget utøves i, er av betydning for den praktiske utøvelsen, men informantene i studien forsøker å balansere utøvelsen av faget til det de mener er det beste for fødekvinnen uansett hvilken kontekst de arbeider i. Turnus på sykehus gir økonomisk trygghet og forutsigbarhet når arbeidet som hjemmejordmor blir utfordret med vaktberedskap og usikker økonomi.

7.1 Konteksten jordmorfaget utøves i, er av betydning for den praktiske utøvelsen

Resultatene viser at syn på fødselen, motivasjon til å bli hjemmejordmor, erfaringer med fødestillinger og relasjon til paret var av betydning for den praktiske utøvelsen av jordmorfaget og at jordmødrene med sine erfaringskunnskaper tilrettela for en kvinnesentrert omsorg.

Jordmødrene fant det givende og ble motivert av å jobbe i tråd med deres syn på fødselen når de fikk se kvinner føde normalt og uforstyrret hjemme. Nasjonale og internasjonale studier viser at jordmødre som arbeider som hjemmejordmor har en fundamental tro på fødselen som en naturlig begivenhet som kvinner kan håndtere (Aune et al., 2017; Berg et al., 2012; Healy et al., 2016). Det har vist seg at over de siste tiårene har arbeidsmengden for jordmødre på sykehuset økt og satt begrensninger for den profesjonelle rollen (Larsson et al., 2009). Muligheten til å unngå forstyrrelser og fullt ut fokusere på fødselen, har derfor vært løftet frem som en fordel ved jobbe med hjemmefødsler (Ahl & Lundgren, 2018). Det kan forklare hvorfor enkelte av informantene i studien ikke følte at de fikk utøvd jordmorfaget på sykehuset på en måte som de mente var kunnskapsbasert og i tråd med sin ideologi. Det har vist seg at kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor på sykehus ikke er mulig på grunn av lav bemanning og at fosterovervåkning blir brukt for å kompensere for jordmors fravær (Rattray et al., 2011). Det kan gi jordmødrene en følelse av å være utilstrekkelig, og ikke ha tid til få bygget en relasjon med paret (Aune et al., 2014). Det å ikke være en del av helsevesenet og få jobbe i eget tempo i omgivelser som fremmer normalitet i fødselen har vist seg å ha positiv innvirkning på hvordan jordmødrene verdsetter sitt arbeid (Ahl & Lundgren, 2018).

Informantene i studien bemerket at de følte deres autonomi som jordmor ble begrenset av retningslinjer og prosedyrer på sykehuset. Informantene sa at deres syn på fødselen som en normal begivenhet ofte ble utfordret når de var på jobb på sykehuset, men at de forsøkte med sine erfaringskunnskaper å tilrettelegge for en kvinnesentrert omsorg. Omsorg for en fødekvinne på en moderne fødeavdeling skjer ifølge Blaaka & Schauer Eri (2008) mellom to ulike fødselsparadigmer; et biomedisinsk og et fenomenologisk som videre kan beskrives som å være i kamp mellom den biomedisinske og jordmors sanselige fenomenologiske kunnskapstradisjon. Studien viste at kampen mellom de to kunnskapstradisjonene viste seg i hvordan jordmødrene utøvde faget; gjennom en aktiv tilnæringsmåte eller en naturlig. Forskerne beskriver også hvordan tidsbegrepet kan oppfattes forskjellig i kunnskapstradisjonene, og standardisering av tid beskriver hvordan prosedyrer og oppgaver skal utføres etter gitte kriterier. Klinisk erfaring ble brukt til å balansere brudd i standardisering av tid på sykehus gjennom å kunne vurdere hva som er patologisk og hva som er fødekroppens egen rytme (Blaaka & Schauer Eri, 2008). Resultatet viste at jordmødrene brukte sine erfaringskunnskaper til å tilpasse seg sykehuskonteksten, men samtidig forsvarte de den naturlige fødselsprogresjonen i tråd med sitt grunnleggende syn på fødselen. En norsk studie har eksemplifisert at enkelte jordmødre forsøker å opprettholde sin profesjonelle autonomi over fødselens progresjon, ved å ikke skrive partogram før etter fødselen, som ikke har klinisk verdi annet enn dokumentasjon (Skogheim & Hanssen, 2015).

Jordmødrene i denne studien fant arbeidet som hjemmejordmor meningsfullt og de søkte til hjemmefødslene for å beholde troen på eget fag. En nordisk studie som omhandlet hjemmejordmødre har fremmet at denne måten å jobbe på er et resultat av et behov for å få jobbe i samsvar med sine egne altruistiske verdier ved å legge til rette for at fødekvinnene skal få oppfylt sine ønsker for fødselen (Sjöblom et al., 2015). Vi tolker funnene våre dithen at sykehuset som kontekst for å ta imot barn, har begrensninger for hvordan informantene opplever at en fødsel kan få utfolde seg. Opplevelsen av en hjemmefødsel kan ikke gjenskapes på sykehus, men jordmors holdninger og erfaringer kan bidra til å tilrettelegge for en normal fødsel på sykehus. (Aune et al., 2017).

Et annet aspekt ved motivasjonen til å bli hjemmejordmor var deres ønske om å tilrettelegge for brukermedvirkning for de fødende. Både i form av et tilbud om et differensiert fødetilbud, men også for hvordan fødselen forløper seg. Informantene opplevde at hjemmefødslene bidro til at de beholde troen på at en fødsel kan forløpe uforstyrret under riktige omstendigheter. Informantenes erfaringskunnskaper ble anvendt også i sykehuskonteksten som verktøy for å

forhindre unødvendige intervensjoner og heller styrke kvinnens iboende ressurser. Det jordmødrene oppfattet som hindrende faktorer for å gi kvinnesentrert omsorg er et eksempel på øvelsen i balansekunst som er beskrevet i MiMo-modellen. Det viser hvordan jordmor kan bruke sine kliniske erfaringer til å balansere utøvelsen av jordmorfaget ettersom jordmor kan oppfatte konteksten som hindrende eller fremmede for å kunne gi kvinnesentrert omsorg (Berg et al., 2012). Svenske jordmødre føler også et behov for å tilby kvinner med sterkt ønske for å føde hjemme, en mulighet til det (Ahl & Lundgren, 2018). Motivasjonen kan og knyttes til at jordmødrene ønsker å gi kvinner som har hatt en negativ erfaring fra sykehuset, en mulighet til å føde i en annen kontekst dersom de ønsker det (Bernhard et al., 2014). Da må det nødvendigvis eksistere et tilbud om hjemmefødsler.

Opplevelsen av ikke å få tilstrekkelig tid med kvinnene i fødsel på sykehus, er kjent fenomen. Funn fra vår studie viser at jordmødrene oppfattet sykehuskonteksten som begrensende på deres praktiske utøvelse av jordmorfaget. For at jordmor skal kunne legge til rette for kvinnene i fødsel, må hun nødvendigvis være tilstede med kvinnen (Aune et al., 2014). I sykehuskonteksten er dette vanskelig uttrykt, da jordmor ofte har flere arbeidsoppgaver som er forventet skal utføres (Larsson et al., 2009). En internasjonal studie har vist at jordmødre ofte forhandler med fødekvinnene om deres ønsker på en kvinnesentrert måte. Slike forhandlinger kan skape spenninger mellom jordmor og arbeidsgiver dersom de ikke møter arbeidsgivers forventninger (Feeley et al., 2020). Resultatet viste at nettopp dette syntes informantene var vanskelig. Flere og flere jordmødre generelt opplever sykehus som en trussel til den normale fødselen og at det er utfordrende å normalisere fødselen i et medikalisert miljø (Magistretti et al., 2016). Fra et brukerperspektiv er en tilstedeværende jordmor og opplevelsen av individuell støtte viktig og styrkende, og kan på den andre siden gi en følelse av maktesløshet hvis de opplever mangel på en tilstedeværende jordmor (Lindgren & Erlandsson, 2010). Individuell støtte gjennom å få være tilstede i en hjemmefødsel bidrar til at jordmødrene får praktisert jordmorfaget, og muligheten til å stole på egne ferdigheter i tråd med sitt grunnleggende syn på fødsel (Ahl & Lundgren, 2018).

Erfaringene som jordmødrene bemerket når det gjaldt valg av fødestilling, enten kvinnen var i fødsel på sykehus eller hjemme, samsvarte med deres syn på fødselen som en naturlig begivenhet. Alle hadde en iboende tro på at fødekvinnen skulle få innta posisjon selv, og i størst mulig grad la fødselen foregå uforstyrret. Det er god praksis i tråd med prinsippene om empowerment (Askheim, 2019). Et funn i en norsk studie som omhandler hjemmjordmødres erfaringer gjennom å promotere en normal fødsel hjemme var å unngå å forstyrre den normale

fødselsprosessen (Aune et al., 2017). Jordmødrenes beskrivelser av hvordan de veldig sjeldent styrte fødekvinne i retning av en fødestilling ved en hjemmefødsel, illustrerer hvordan de lot fødselen foregå uforstyrret og lot kvinnen få ta valg som omhandlet egen helse. På sykehus måtte de forholde seg til omgivelsene, med både utforming av fødeseng med beinholdere, men også retningslinjer og prosedyrer for støtte. Det viser oss hvordan konteksten jordmorfaget utøves i, kan være forskjellig og jordmor må praktisere faget gjennom balansekunsten som er beskrevet i MiMo-modellen (Berg et al., 2012). Eksempel på en slik handling var fra resultatet å dytte fødesenga passivt til side. Fra et brukerperspektiv har det blitt fremhevet som viktig å kjenne jordmor og stole på at hun gjør gode valg for kvinnen i fødsel slik at hun kan håndtere fødselen og får utfolde seg slik hun ønsker (Skrondal et al., 2020). Innføring av finskegrepet som prosedyre er et eksempel på hvordan jordmødrene må tilpasse seg konteksten de arbeider i og arbeide i tråd med arbeidsplassens prosedyrer. Forskning har beskrevet at jordmors profesjonelle rolle har blitt begrenset ettersom skrevne retningslinjer og andre profesjoner har fått innflytelse på jordmors arbeid (Ahl & Lundgren, 2018). Jordmødrene i studien hadde et bevisst forhold til hvordan de kunne bryte ned hindrende faktorer som kunne forstyrre den normale fødselsprosessen på sykehus.

I denne studien fremhevet jordmødrene viktigheten av å etablere en god relasjon med paret. Mulighetene til dette var erfaringsmessige ulike fra hjemmefødselvirksomhet og arbeid som jordmor på sykehus. Når det gjaldt hjemmefødsler beskrev informantene det som viktig å ha etablert kontakt, og blitt kjent med kvinnen gjennom svangerskapet, eller i alle fall siste del av det. En av de viktigste fordelene ved hjemmefødsler, er at de sikrer kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barseltid (Aune et al., 2017). Forskning viser også at for at kvinnene skal bli fornøyde med fødselsomsorgen, er en god relasjon med jordmoren en viktig faktor (Borrelli et al., 2016; Magistretti et al., 2016). MiMo-modellen beskriver en gjensidig relasjon som viktig for at jordmor skal forstå kvinnen, og på den måten skape en god fødselsatmosfære (Berg et al., 2012). Hjemmet forstås som en arena som fremmer en god fødselsatmosfære og hvor jordmødre kan danne en gjensidig relasjon med fødekvinne og paret (Aune et al., 2017).

Resultatene fra studien løftet frem at jordmødrene opplevde det som utfordrende å danne en relasjon til paret når kvinnen kom inn for å føde på sykehuset, selv om de alltid forsøkte å prioritere det. Mange arbeidsoppgaver og retningslinjer som setter rammer for tidsaspekter i fødselen var eksempler på hindrende faktorer for å bygge en relasjon tidlig i fødselen. En studie har eksemplifisert at barrierer for å gi kvinnesentrert omsorg på sykehus har blitt

beskrevet som rutiner og utstrakt bruk av medisinske intervensjoner til alle fødekvinne og andre profesjoners innflytelse på faget. (Brady et al., 2019). En studie fra Sverige har illustrerer at utfordringene med tidsaspektet og relasjoner viser seg særlig i konteksten sykehus der organisasjonen strever mot et strømlinjeformet prinsipp i pasientomsorgen på grunn av lav bemanning og høyt pasientbelegg. Jordmors rolle på sykehus krever samarbeid med andre profesjoner som eksempelvis gynekologer. Både i Norge og i Sverige som nevnte studie er utført i, har jordmor en autonom rolle for normale svangerskap og fødsler. Gynekologer blir konsultert dersom komplikasjoner oppstår, men jordmor er fremdeles involvert i behandlingen som gis (Hansson et al., 2019). Jordmors kunnskap og klinisk erfaring blir mindre vektlagt eksempelvis når tidsaspektet i fødselen vurderes mot retningslinjer (Larsson et al., 2009). Samarbeid mellom profesjoner må forstås som gjensidig fra begge parter og kan bidra til å åpne dialog for hvordan fødselen kan forstås fra ulike syn i en klinisk setting. For å overkomme barrierer med samarbeid, må det være en nærhet mellom samhandling, organisatoriske og systemiske faktorer (Hansson et al., 2019).

Informantene problematiserte at dersom jordmor ikke får tid til å bli kjent med fødekvinne, kan det gå på bekostning av hvor delaktig kvinnen får være i beslutninger underveis i fødselen, og igjen på bekostning av brukermedvirkning og prinsipper om empowerment. Hvis jordmor blir for opptatt av andre rutiner og gjøremål i sykehus-konteksten kan det forstås som et hindrende faktorer mot kvinnesentrert omsorg. Viktigheten av dette aspektet er også fremhevet av forskning som oppsummerer hvordan førstegangsfødende beskriver egenskapene en god jordmor bør inneha. Egenskapene er evne til å promotere individualitet, støtte usikkerhet i påvente av fødsel, ha et åpent sinn til hva som skal skje og å sørge for informasjon og veiledning (Borrelli et al., 2016). Egenskapene beskriver hvordan jordmødrene adapterer seg til kvinnenes individuelle behov, uansett hvilken kontekst fødselen foregår i. Selv om jordmor har vært tilstede i rommet med en-til-en omsorg når kvinnen er i aktiv fødsel, hjelper det lite hvis jordmor ikke kjenner fødekvinne og kan støtte henne på hennes behov der hun er (Borrelli et al., 2016).

En norsk studie har vist at jordmors evne til å bygge en relasjon med kvinnen i fødsel, også er en faktor som har innflytelse på jordmors vurdering av behov for kontinuerlig tilstedeværelse. Den samme studien eksemplifiserer at en hindrende faktor for dette er arbeidsmengden på fødeenheten og at ledelsen bør sørge for at kontinuerlig tilstedeværelse under fødselen faktisk blir gjennomført (Aune et al., 2014). Jordmødrenes rolle er i dag som en del av et team på sykehus som krever samarbeid mellom profesjoner. Det kan være utfordrende for andre

profesjoner på sykehuset fullstendig å forstå hvordan jordmødrene tenker. Nylig forskning har beskrevet dette som at de andre profesjonene ikke forstår jordmorfagets grunnlagstenkning fordi de ikke har et fullstendig bilde av jordmorfaget (Hansson et al., 2019). Betydningen av tilstedeværelse og kontinuerlig støtte fra jordmor er vanskelig å måle, og antakelig grunnen til at det er lite verdsatt i en kultur på sykehus som vektlegger tradisjonell, kvantifiserbar forskning (Aune et al., 2014). Tilstedeværelse, bekreftelse på å bli sett, tilgjengelighet fra jordmordens side og deltakelse fra fødekvinnens side, er alle elementer som bidrar til en god relasjon mellom jordmor og fødekvinnen (Berg et al, 2012).

Resultatet fremhevet at den gode opparbeidede relasjonen jordmor hadde med paret ikke umiddelbart ble brutt etter fødselen. Studier har vist at å være hjemmejordmor i de nordiske landene har et unik aspekt ved seg ved at det er en *valgt livsstil*, da arbeidet i seg selv er tilfredsstillende og veier tyngre enn ulempene (Sjöblom et al., 2015). En av våre informanter sa at *man må ha råd til å være hjemmejordmor*, og forklarte dette ved at hun så på seg selv som heldig som hadde muligheten til å få oppleve å jobbe som hjemmejordmor. Dette samsvarer med internasjonale studier, hvor det fremgår at hjemmejordmødre har en høy grad av tilfredshet ved arbeidet sitt (Sjöblom et al., 2015). Nettopp dette aspektet med en god relasjon med jordmoren er fremhevet fra et brukerperspektiv som viktig for å føle seg trygg under svangerskapet og gjøre fødselen mindre uforutsigbar (Skrondal et al., 2020).

7.2 Organisatoriske forhold

Resultatet viste at den kombinerte måten å arbeide på gav utfordringer med vaktberedskap og økonomi. Noen så på å få jobbe med hjemmefødsler som å være selvrealiserende, men lot seg ikke gjøre på fulltid på grunn av for lite inntekt og belastningen med vaktberedskap.

Forskning har vist at å være hjemmejordmor ikke bare er en profesjon, men en valgt livsstil som er givene fordi jordmor får brukt sitt fulle potensial ved å tilrettelegge for å gi fødekvinnen den fødselen hun ønsker (Sjöblom et al., 2015). Informantene syntes de jobbet mye med hjemmefødsle, og fikk lite betalt på grunn av stønadsordningene som er i Norge. En hjemmefødsel utløser takster fra Helfo som fødekvinnen og jordmor kan søke om refusjon på, men informantene påpeker at denne ikke er tilstrekkelig til å dekke begge parters utgifter. Den samme oppfatningen er funnet hos svenske jordmødre, som synes de har uregelmessige arbeidstider og lite betalt (Ahl & Lundgren, 2018). I motsetning til Sverige og Finland hvor mødrene må betale alt selv, er det delvis offentlig finansiering i Norge (Sjöblom et al., 2015).

Fødselsparadigmet gir en utdypende forklaring på hvordan omsorgen som gis kan oppfattes kvalitativt forskjellig av ulike profesjoner (Blix, 2006). Det kan bidra til å forklare hvorfor noen jordmødre søker til omgivelser hvor de får jobbe i tråd med sitt grunnleggende syn på fødselen. Flere studier har påpekt at hjemmejordmødre synes det er befriende *ikke å være en del av helsevesenet* (Sjöblom 2015, Lundgren 2018). Til tross for ulempene denne og andre studier har påpekt ved å være hjemmejordmor, ville det gjenstått å se hvor fornøyd hjemmejordmødrene hadde vært dersom hjemmefødsler hadde vært en del av den offentlige fødselsomsorgen.

Informantene delte tanker om forbedringspotensialer til organiseringen av fødselsomsorgen, og den danske modellen ble fremhevet. Internasjonale studier dokumenterer negative sider ved å rykke ut til hjemmefødsler som en del av arbeidet på sykehus. Følelsen av å være alene, å føle seg isolert fra kollegaer og frykten for mangel på hjelp i nødtilfeller var trukket frem (Vedam et al., 2009). Noen informanter foreslo som en mulig organisering av fødselsomsorgen i Norge, at jordmor kunne rykkes ut til hjemmefødsler til kvinner som ønsker å føde hjemme, i regi av å være på jobb på sykehuset. Forskning har foreslått dette som en mulighet til forbedringspotensial i den norske fødselsomsorgen for å kunne møte ønsket om mer kontinuitet og mer fornøyde kvinner. I tillegg foreslås det økt bemanning, andre vaktordninger og/eller jordmor-team. (Skogheim & Lundgren, 2021). Problemet med dette slik en av våre informanter påpeker, er at jordmor likevel ikke vil kjenne fødekvinnen på samme måten ved å dra hjem til fødsler i regi av å være på jobb på sykehus, som når jordmor har jobbet med henne i svangerskapet mot en planlagt hjemmefødsel. På den annen siden kan en slik ordning argumenteres med at i alle fall ønsket om kontinuitet møtes. Det viktigste er at flere og flere studier påpeker at kvinner som blir tilbudt en jordmor-ledet fødselsomsorg har større sjanse for at fødselen forløper komplikasjonsfritt og unngår unødvendige medisinske intervensjoner (Bohren et al., 2017).

Organisatoriske utfordringer ble påpekt av informantene som hindrene faktorer til at de kunne tilby hjemmefødsler til en utstrakt gruppe. Førstegangsfødende ble eksempelvis selektert bort av noen fordi de er tidkrevende. Det krever mye logistikk i form av å få byttet vakter på sykehuset dersom en kvinne skulle gå i fødsel når jordmor er på jobb på sykehuset. Dette støttes også av svenske jordmødres erfaringer ved å jobbe med hjemmefødsler (Lundgren, 2018). I forlengelsen av å snakke om de negative erfaringene ved å ha kombinert arbeid, sa også flere informanter at fordelene veier større enn nevnte ulemper. Alle fant hjemmefødsler som verdifullt og lærerikt med tanke på deres profesjonelle identitet som jordmor og det bidro

til ny giv og motivasjon når de var på arbeid på sykehuset. Dette er funn som støttes av nasjonale og internasjonale studier (Ahl & Lundgren, 2018; Blaaka & Schauer Eri, 2008).

Jordmødrene fant en stor trygghet og forutsigbarhet i å ha fast arbeid på sykehus. Studiens resultater tilsier at de organisatoriske utfordringene kan være begrensende på hvorvidt jordmødre har anledning til å ta på seg slikt arbeid. Informantene påpekte at dersom hindringene blir for store kan det bidra til et mindre differensiert fødetilbud. Det blir vanskeligere for kvinner å få tak i en hjemmjordmor, og alle har ikke en reell mulighet til å føde hjemme fordi den økonomiske kostnaden blir for stor. Pasient- og brukerrettighetsloven slår fast at alle i Norge har rett til lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet jf. § 1-1. Helsedirektorates veileder, *Et trygt fødetilbud*, slår fast at det skal opprettholdes et differensiert fødetilbud basert på kvinnens egne ønsker og en seleksjon etter gitte kriterier (Helsedirektoratet, 2010). I tillegg skal aktørene i svangerskapsomsorgen kjenne til det differensierte fødetilbudet i sin region. Samhandlingsreformen tar utgangspunkt i at samfunnet står ovenfor store helsemessige, samfunnsmessige og økonomiske utfordringer. For å møte dette er det fastslått at det spesielt i svangerskaps og fødselsomsorgen er behov for koordinerte tjenester. Det krever igjen en jordmortjeneste som fungerer på flere nivåer av svangerskaps- og fødselsomsorgen. En av de fem grepene som reformen peker på for å løse utfordringene er *...Etablering av økonomiske insentiver skal understøtte den ønskede oppgaveløsning og gi grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger* (Helsedirektoratet, 2010). Funnene anser vi som relevante argumenter for å finne løsninger til å bidra til å opprettholde et differensiert fødetilbud, kanskje gjennom andre organisatoriske ordninger for nettopp hjemmjordmødrene i Norge.

Resultatet fremmer at god dialog med kollegaer på sykehus gjorde legene trygg på at jordmor gjorde gode vurderinger. God praksis, uansett erfaringsbakgrunn eller profesjon er å legge til rette for samarbeid slik at de ulike aktørene på sykehuset kan bidra til en fødselsomsorg som har kvinnen i fokus kanskje nettopp gjennom å la jordmor bruke *tid* på å bli kjent med fødekvinnene tidlig i forløpet og motvirke hindrene faktorer gjennom aktiv samhandling og forståelse mellom ulike profesjoner og kollegaer (Aune et al., 2014; Hansson et al., 2019). Her kan hjemmjordmødres erfaringskunnskaper anvendes slik at den praktiske utøvelsen av jordmorfaget skjer på en kvinnesentrert måte.

7.3 Jordmødrenes erfaringskunnskaper kan anvendes på tvers av erfaringene fra hjemmet og sykehus

Erfaringskunnskaper fra hjemmefødsler ble brukt å fremme en normal fysiologisk fødsel på sykehus. Siden informantene i studien hadde en grunnleggende tro på fødselen som en normal begivenhet for den vordende familien, kan det forklare deres bevisste forhold til omgivelsene på sykehuset. Hjemmejordmødre har en sosialt/humanistisk tilnæringsmåte til jordmorfaget (Sjöblom et al.) og har erfaringer fra å ha jobbet i en kontekst som bidrar til en helhetlig helsefremmende omsorg. Erfaringskunnskapene ble anvendt på sykehus i form av at de var bevisste på hva som kunne virke forstyrrende på fødselsprosessen. Jordmødre som har erfaringer fra å ha arbeidet i helsefremmende kontekster som eksempelvis frittstående fødestuer eller ved hjemmefødsler, har en tilnæringsmåte der de støtter fødekvinne og deres familier i svangerskaps- og fødselsomsorgen på en helhetlig og helsefremmende måte. Det viser seg og at denne gruppen jordmødres erfaringer kan forbedre omsorgen som gis i andre settinger (Magistretti et al., 2016). Jordmorfaglig kunnskap kan samles, systematiseres og implementeres på fødeavdelinger som et nyttig verktøy for ulike profesjoner for å gi kvinnesentrert omsorg (Lundgren et al., 2020).

Erfaringen som hjemmejordmor hadde gjort informantene bevisste til ulike forhold på sykehuset. Jordmødrene hadde en unik måte å lage en god atmosfære på, både på sykehus og hjemme som skal skape et miljø rundt fødekvinne som viser egenskapene i MiMo-modellen; beroligende (hormonvennlig), tillitsfull og trygg (Berg et al., 2012). Informantene i studien var bevisste på hvilken effekt fødestuens utforming kunne ha på fødekvinne, og jobbet for å gjøre rommet hjemmekoselig for å få rommet til å se mindre instrumentelt ut og på den måten styrke kvinnens ressurser. Forskning har indikert at jordmødre og deres praktiske utøvelse blir påvirket av omgivelsene. Føderommets utforming er av betydning ikke bare for fødekvinne, men også for en optimal arbeidssituasjon (Foureur et al., 2010; Hammond et al., 2013). I et trygt fødemiljø skaper jordmor en atmosfære som skal støtte normalitet og bidra til at fødekvinne har selvbestemmelse over egen fødsel, jf. prinsippene om empowerment (Berg et al., 2012). Dette støttes også av andre teorier som gir rammeverk for omsorg og behandling innenfor jordmorfaget. Jordmødre skal kombinere klinisk kunnskap med ferdigheter og kulturell kompetanse basert på behov og tilgjengelige ressurser (Renfrew et al., 2014).

Føderommets utforming var også av betydning når fødselen *ikke* forløp normalt, for å skape en god fødselsatmosfære. Informantene forsøkte å skape en god fødselsatmosfære, også når intervensjoner skulle utføres. Dette kan diskuteres som jordmødrenes svar på de høyteknologiske avdelingenes utforming, med et behov for å være en motvekt til den medisinske måten å tenke om fødsel på, nemlig at kroppen kan feile når som helst og trenger overvåkning (Aune, 2014). En informant fortalte at hun hadde en streng «ikke forstyrret» praksis på sykehuset, som følge av sine erfaringer fra å ha sett fødselen forløpe uforstyrret hjemme og ble illustrert ved eksempelet om å forberede drypp for ri-stimulering *på utsiden av fødestuen*. Hun klarte altså å balansere en medisinsk intervensjon med hennes syn på fødselen som et naturlig fenomen gjennom å skape en god fødselsatmosfære i den konteksten hun arbeidet i, på tross av at det vanligvis er rutine å forberede dryppet inne på fødestua på hennes arbeidsplass. Hennes kunnskaper om hvordan fødselshormonene kan la seg forstyrre, gjorde at hun beskyttet atmosfæren på føderommet for å støtte normaliteten i fødselen. Dette er god praksis i tråd med MiMo-modellen (Berg et. al, 2012).

Erfaringskunnskaper med informerte valg og brukermedvirkning gjennom arbeidet som hjemm jordmor var noe som var godt innarbeidet i jordmødrenes holdninger og rutiner når de var på jobb på sykehuset. Dette er elementer bidrar til at jordmor har en gjensidig, god relasjon med fødekvinne og paret, i tråd med god praksis som beskrevet i MiMo-modellen (Berg et. al, 2012). Informantene i vår studie syntes å ha en sterk bevisst trang til å inkludere fødekvinne og paret i hele fødselsprosessen. Det gjaldt aspekter ved fødselen som eksempelvis valg av fødestilling, hvorvidt det skulle settes syntocinon eller ikke etter fødselen og forløsning av placenta. Fra et brukerperspektiv er det å kunne sørge for informasjon og veiledning en av fire grunnpilarer for hva som beskriver en god jordmor og i tråd med prinsipper om empowerment i helsefremmende omsorg (Borrelli et al., 2016). Resultatet viste at jordmødre hadde erfaringskunnskaper som gjorde at de viste hvilken informasjon de skulle gi til kvinnene på sykehus som i stor grad ivaretok både kvinnenes selvbestemmelse, men også jordmors profesjonelle autonomi.

Erfaringskunnskaper fra sykehus som ble tatt med til hjemmefødsler, var nesten utelukkende positive. Det ble fremhevet som trygt å få mengdetrening på sykehus, spesielt når det gjaldt akutte situasjoner. Simuleringssituasjoner kan være positiv trening for jordmødre dersom de foregår i et miljø som lar jordmødrene reflektere og samarbeide med kollegaer (Cooper et al., 2012). Et interessant funn var at noen tok med seg en negativ verstefalltenkning når de arbeidet med hjemmefødsler. For å håndtere dette var jordmødrene bevisste på at kvinnene

som skulle føde hjemme, var selekterte friske kvinner som i utgangspunktet var forventet å ha et ukomplisert forløp. Likevel sier det oss noe om at jordmødrene på sikt blir påvirket av den konteksten de arbeider i (Ahl & Lundgren, 2018; Skogheim & Hanssen, 2015).

Ulike diskurser innenfor jordmorfaget påvirker ikke bare fødekvinnen, men også jordmoren som skal ta imot barnet. Hjemmet har vært en privat sfære som kvinner har født barn i, over århundre. Jordmødre har vært faglærte til å ta imot barn i denne settingen, men i etterkrigstiden har vi sett en økende grad av sentralisering og modernisering av fødselsomsorgen (Aune, 2014; Henriksen et al., 2010). Jordmorfaget er i skjæringspunktet mellom det vitenskapelige og det fenomenologiske. Ved å fortsette å arbeide med elementer som bidrar til jordmorfagets særpreg kan jordmorfaget styrkes kvalitativt parallelt med at vi har en nødvendig verdifull medisinsk-vitenskapelig innsikt som skaper heldige utfallsmål for mor og barn (Aune, 2014). Hjemm jordmødres erfaringskunnskaper kan gi bidra til nyttige erfaringer siden de har et sammenlikningsgrunnlag for hvordan best mulig kvinnesentrert omsorg kan gis (Aune et al., 2017).

Jordmødre blir påvirket av den settingen de arbeider i, og det kan ta tid å avlære seg innlærte tankesett (Skogheim & Hanssen, 2015). Det er et problem som viser seg i praksis dersom jordmødrene i for stor grad føler seg farget av den medisinske verstefallstenkning, slik at det går på bekostning av jordmorfagets særegenhet, enten jordmoren arbeider på sykehuset eller med hjemmefødsler. Opparbeidede erfaringskunnskaper gjorde slik at jordmødrene i studien mestret balansekunsten i deres utøvelse av jordmorfaget. Deres syn på fødselen som en normal begivenhet ble brukt for å bevare normalitet i fødselen. Dette ble gjort til tross for nevnte utfordringer og med en mulig verstefallstenkning i bakholdet. Balansekunst i utøvelsen av jordmorfaget vil si å inneha erfaringskunnskaper og verktøy til å legge til rette for kvinnesentrert omsorg, uavhengig av setting. Resultatet viste at informantene hadde nyttige erfaringer som gjorde at de kunne praktisere jordmorfaget på en måte som er kjent som kvinnesentrert gjennom systematisk forskning (Berg et al., 2012).

8 Avslutning

8.1 Konklusjon

Jordmødrenes erfaringer ved å arbeide med hjemmefødsler og på sykehus har vist oss at konteksten jordmorfaget utøves i, er av betydning for den praktiske utøvelsen. Jordmødrene fant det meningsfullt å få jobbe med hjemmefødsler, når de tidvis følte at sin profesjonelle autonomi ble begrenset når de var på jobb på sykehuset. Til tross for organisatoriske utfordringer ved å jobbe som hjemmejordmor, hadde jordmødrene måter å løse det på slik at de kunne tilby kvinner valgmuligheten til å føde hjemme. Deres erfaringskunnskaper kunne anvendes på tvers av de ulike kontekstene å arbeide i som jordmor for å fremme kvinnesentrert omsorg. Jordmødrenes syn på fødselen som en naturlig begivenhet var en viktig motivasjon til å fortsette som hjemmejordmor. Dette på tross av organisatoriske utfordringer rundt vaktberedskap og utilstrekkelig subsidiert finansiering fra det offentlige. Deres private tilbud om hjemmefødsler er et viktig bidrag i å opprettholde et differensiert fødselstilbud i Norge. Erfaringskunnskaper fra hjemmefødsler ble benyttet i sykehuskonteksten i å tilrettelegge for kvinnesentrert omsorg. Det ble gjort gjennom en balansekunst i å styrke kvinnens iboende ressurser og skape en god fødselsatmosfære, samtidig som hindrene faktorer ble brutt ned. Resultatet viste at jordmødrene brukte erfaringskunnskapen sin på sykehuset til å promotere et normalt fødselsforløp og forhindre komplikasjoner. Sykehuserfaring var midlertidig ikke utelukkende positivt, da noen erfarte at de tok med seg en negativ-verstefallstenkning når de arbeidet med hjemmefødsler. Alle uttrykte en sterk lojalitet mot retningslinjene – uansett hvilken kontekst de arbeidet i.

8.2 Implikasjoner for praksis

Resultatene fra denne studien gir en innsikt i jordmødrenes erfaringer fra å ha arbeidet på sykehus og med hjemmefødsler. Siden resultatene kommer fra en liten kvalitativ studie er de ikke ment til å trekke generaliseringer, men de kan bidra til diskusjon både på lokalt og nasjonalt nivå rundt måter å kvalitativt forbedre organiseringen av fødselsomsorgen. Det hadde vært interessant å se forskning som omhandlet jordmødres erfaringer ved å jobbe med helhetlig omsorg. Dette kunne vært et ledd i en undersøkelse om det er hensiktsmessig med en offentlig støtteordning som i større grad tar organiseringen og kostnadene av at kvinner skal få føde hjemme. Jordmødres måter å fremme en normal fødsel bør bli mer vektvalgt og

forsket på i sykehus-konteksten og hjemmehjemsarbeidere kan ha innsiktsfulle innspill på dette området.

9 Referanseliste

- Ahl, M., & Lundgren, I. (2018). Working with home birth – Swedish midwives' experiences. *Sexual & Reproductive Healthcare, 18*, 24-29.
- Askheim, O. P. (2019). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid : floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* (1. utgave. ed.). Gyldendal.
- Aune, I. (2014). Hvordan kan ulike vitenskapsteoretiske perspektiver påvirke jordmorfagets utvikling og den omsorgen som gis til fødende kvinner? *Sykepleievitenskap. Vård i Norge, Publ. No. 114 Vol. 34*(4), PP 15-21.
- Aune, I., Amundsen, H. H., & Skaget Aas, L. C. (2014). Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour. *Midwifery, 30*(1), 89-95. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.02.001>
- Aune, I., Hoston, M. A., Kolshus, N. J., & Larsen, C. E. G. (2017). Nature works best when allowed to run its course. The experience of midwives promoting normal births in a home birth setting. *Midwifery*(50), 21-26. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.020>
- Berg, M., Asta Ólafsdóttir, O., & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care--in Swedish and Icelandic settings. *Sex Reprod Healthc, 3*(2), 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.03.001>
- Bernhard, C., Zielinski, R., Ackerson, K., & English, J. (2014). Home Birth After Hospital Birth: Women's Choices and Reflections. *Journal of Midwifery & Women's Health, 59*(2), 160-166. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12113>
- Bernitz, S., Øian, P., Sandvik, L., & Blix, E. (2016). Evaluation of satisfaction with care in a midwifery unit and an obstetric unit: a randomized controlled trial of low-risk women. *BMC pregnancy and childbirth, 16*(1), 143-143. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0932-x>
- Blix, E. (2006). *Innkøst-CTG : en vurdering av testens prediktive verdier, reliabilitet og effekt : betydning for jordmødre i deres daglige arbeid* Nordiska högskolan for folkhälsovetenskap]. Göteborg.

- Blix, E. (2019). *Hjemmefødsler: er ikke forskningsresultater relevante?* Tidsskriftet den norske legeforening, <https://tidsskriftet.no/2019/10/kommentar/hjemmefodsler-er-ikke-forskningsresultater-relevante>
- Blix, E., Øian, P., & Kumle, M. (2008). Utfall etter planlagte hjemmefødsler. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 21(128).
- Blaaka, G., & Schauer Eri, T. (2008). Doing midwifery between different belief systems. *Midwifery*, 24(3), 344-352. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.10.005>
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Borrelli, S. E., Spiby, H., & Walsh, D. (2016). The kaleidoscopic midwife: A conceptual metaphor illustrating first-time mothers' perspectives of a good midwife during childbirth. A grounded theory study. *Midwifery*, 39, 103-111. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.05.008>
- Brady, S., Lee, N., Gibbons, 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/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.001>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), (2001). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Cooper, S., Cant, R., Porter, J., Bogossian, F., McKenna, L., Brady, S., & Fox-Young, S. (2012). Simulation based learning in midwifery education: a systematic review. *Women Birth*, 25(2), 64-78. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.03.004>
- Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A.-K., Selboe, S.-T., Torvik, H. M., & Aune, I. (2016). How can midwives promote a normal birth and a positive birthexperience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7, 2-7. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.08.001>
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet*, 75 Suppl 1, S5-s23.
- Drageset, S., & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning - en introduksjon og oversikt. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 2.

- Eberhard-Gran, M., Engelsen, L. Y., Al-Zirqi, I., & Vangen, S. (2022). Depressive symptomer og fødselsopplevelse hos spedbarnsmødre under covid-19-pandemien. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*(3).
<https://tidsskriftet.no/2022/02/originalartikkel/depressive-symptomer-og-fodselsopplevelse-hos-spedbarnsmodre-under-covid>
- Feeley, C., Thomson, G., & Downe, S. (2020). Understanding how midwives employed by the National Health Service facilitate women's alternative birthing choices: Findings from a feminist pragmatist study. *PloS one*, *15*(11), e0242508-e0242508.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242508>
- Folkehelseinstituttet. (2021). *2020-tallene fra Medisinsk fødselsregister*. FHI. Retrieved 11.08 from <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/mfr/2020-tallene-fra-medisinsk-fodselsregister/>
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Fødsel-nedgangen snudde under pandemien*. Retrieved 23.02 from <https://www.fhi.no/nyheter/2022/fodselsnedgangen-snudde-under-pandemien/>
- Forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp, (2019).
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-08-13-1061?q=forskrift%20jordmor>
- Foureur, M., Davis, D., Fenwick, J., Leap, N., Iedema, R., Forbes, I., & Homer, C. S. (2010). The relationship between birth unit design and safe, satisfying birth: developing a hypothetical model. *Midwifery*, *26*(5), 520-525.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.05.015>
- Frich, J. (2011, 12.04.2019). *Kvalitet, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet*. Retrieved 23.02 from <https://www.med.uio.no/studier/ressurser/fagsider/klok/info-fagplanutvalg/kvalitet-og-pasientsikkerhet.html>
- Hammond, A., Foureur, M., Homer, C. S., & Davis, D. (2013). Space, place and the midwife: exploring the relationship between the birth environment, neurobiology and midwifery practice. *Women Birth*, *26*(4), 277-281. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2013.09.001>
- 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. (2016). Midwives' and obstetricians' perceptions of risk and its impact on clinical practice and decision-making in labour: An integrative review. *Women Birth*, *29*(2), 107-116. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.08.010>

- Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud - Kvalitetskrav til fødselsomsorgen* (IS-1877).
https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/13edfbee7-e77e-47bb-89d6-faa94bf80e28:809189312f88f05db5207d671c1f34f38adb7cd/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20%E2%80%93%20Veileder.pdf
- Helsedirektoratet. (2012). *Retningslinje for hjemmefødsel – svangerskap, fødsel og barseltid i trygge hender* (IS-2012).
https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjemmefodselse/Hjemmef%C3%B8dsel%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje.pdf/_attachment/inline/592f7374-ab8f-43f1-a121-3c23dfdf2d58:5d933c311d177f34ecc39f77f2e8b55e8f9e0bd9/Hjemmef%C3%B8dsel%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje.pdf
- Helsedirektoratet. (2018). *Fødsel - erfaringer med fødsels- og barselomsorgen [nettdokument]*. Retrieved 23.02 from
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/fodselse-og-abort/erfaringer-med-f%C3%B8dselse-og-barselomsorgen>
- Lov om medisinsk og helsefaglig forskning, (2008).
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Henriksen, A., Schmidt, N., Hermansen, N., Olsen, R., Berg, T. M., & Hanson, T. (2010). *Øyemor : fødselsfortellinger fra Sápmi = Eyemother : birth stories from Sápmi = albmeeadni : rieгдаhttinmuitalusat Samis*. SaraNord.
- ICM. (2005). *Philosophy and Model of Midwifery Care*.
https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2020/07/cd0005_v201406_en_philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Larsson, M., Aldegarmann, U., & Aarts, C. (2009). Professional role and identity in a changing society: Three paradoxes in Swedish midwives' experiences. *Midwifery*, 25(4), 373-381. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.009>
- Lizzerini, M., Covi, B., Mariani, I., Drglin, Z., Arendt, M., Nedberg, I. H., Elden, H., Costa, R., Drandić, D., Radetić, J., Otelea, M. R., Miani, C., Brigidi, S., Rozée, V., Ponikvar, B. M., Tasch, B., Kongslien, S., Linden, K., Barata, C., Kurbanović, M., Ružičić, J.,

- Batram-Zantvoort, S., Castañeda, L. M., Rochebrochard, E. d. L., Bohinec, A., Vik, E. S., Zaigham, M., Santos, T., Wandschneider, L., Viver, A. C., Čerimagić, A., Sacks, E., & Valente, E. P. (2022, 2022/02/01). Quality of facility-based maternal and newborn care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: online survey investigating maternal perspectives in 12 countries of the WHO European Region. *The Lancet Regional Health - Europe*, 13, 100268. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100268>
- Lindgren, H., & Erlandsson, K. (2010). Women's experiences of empowerment in a planned home birth: a Swedish population-based study. *Birth*, 37(4), 309-317. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00426.x>
- Lundgren, I., Berg, M., Nilsson, C., & Olafsdottir, O. A. (2020). Health professionals perceptions of a midwifery model of woman-centred care implemented on a hospital labour ward. *Women Birth*, 33(1), 60-69. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.01.004>
- 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*. <https://doi.org/https://doi.org/10.3402/qhw.v11.33155>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (1. versjon. ed.). Universitetsforlaget.
- Nordseth, T. (2019, 19.08). *Hjemmefødsler innebærer unødvendig risiko*. Tidsskriftet den norske legeforening,.
- Næss, P. M. C. (2017). *Risikofødende og hjemmefødsel : er det en god idé?* Norges miljø- og biovitenskapelige universitet]. https://nmbu.brage.unit.no/nmbu-xmlui/bitstream/handle/11250/2453407/N%C3%A6ss_master_2017.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- OUS. (2022). *ABC-enheten*. Retrieved 23.02 from <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/kvinneklinikken/fodeavdelingen/abc-enheten#les-mer-om-abc-enheten>
- Rattray, J., Flowers, K., Miles, S., & Clarke, J. (2011). Foetal monitoring: A woman-centred decision-making pathway. *Women and Birth*, 24(2), 65-71. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.08.003>

- Renfrew, M., Homer, C. S., Downe, S., McFadden, A., M., N., , Prentice, T., & ten Hoop-Bender, P. b. (2014). Midwifery - an executive summary for the Lancet's series. . *The Lancet*. <https://www.thelancet.com/series/midwifery>
- Rydning, E., & Christopher, R. T. (2022, 22.02). Raseri etter nyhet om ABC-nedleggelse: «Dette går utover kvinner som føder. Det burde ALLE mennesker bry seg om». *Avisa Oslo*.
- Sjöblom, I., Idvall, E., & Lindgren, H. (2014, Mar). Creating a safe haven-women's experiences of the midwife's professional skills during planned home birth in four Nordic countries. *Birth*, 41(1), 100-107. <https://doi.org/10.1111/birt.12092>
- Sjöblom, I., Lundgren, I., Idvall, E., & Lindgren, H. (2015). Being a homebirth midwife in the Nordic countries – a phenomenological study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(3), 126-131. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.02.004>
- Sjöblom, I., Nordström, B., & Edberg, A.-K. (2006). A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden. *Midwifery*, 22(4), 348-355. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.11.004>
- Skogheim, G., & Hanssen, T. A. (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/https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.05.001>
- Skogheim, G., & Lundgren, I. (2021). Forbedringspotensial i den norske fødselsomsorgen. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 1–2021(17. årgang). <https://doi.org/https://doi.org/10.7557/14.5444>
- Skrondal, T. F., Bache-Gabrielsen, T., & Aune, I. (2020). All that I need exists within me: A qualitative study of nulliparous Norwegian women's experiences with planned home birth. *Midwifery*, 86. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102705>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. ed.). Fagbokforl.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Vedam, S., Stoll, K., White, S., Aaker, J., & Schummers, L. (2009, Dec). Nurse-midwives' experiences with planned home birth: impact on attitudes and practice. *Birth*, 36(4), 274-282. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00354.x>

10 Vedlegg

10.1 Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet:

”Hjemmejordmødres erfaringer med å jobbe både som hjemmejordmor, og på sykehus”?

Formål

Vi er to jordmorstudenter som lurer på du ønsker om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få en dypere forståelse av hvordan jordmødre som har erfaringer fra hjemmefødsler, jobber når de bistår i fødsler ved norske sykehus, og hvilke erfaringer de har med seg fra sykehuspraksis når de jobber med hjemmefødsler.

Resultatet fra studien kan tenkes å bygge bro mellom de som bare har sin yrkesutøvelse på sykehus, og de som har erfaring fra hjemmefødsler. Fokus for intervjuet er dine erfaringer med temaet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Problemstillingen vi vil undersøke er følgende:

Hvilke erfaringer har hjemmejordmødrene ved å arbeide med hjemmefødsler og på sykehus?

Med forskningsspørsmål:

- *Hvilke erfaringer tar hjemmefødselsjordmødrene med seg fra hjemmefødsler, når de arbeider med fødsler på sykehus?*
- *Hvilke erfaringer tar hjemmefødselsjordmødrene med seg fra arbeid på sykehus, når de arbeider med hjemmefødsler?*

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

UiT Norges arktiske universitet er eier og ansvarlig for dette prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget er trukket ut fra følgende kriterier:

Inklusjons kriterier:

Jordmødre som har erfaring både fra hjemmefødsler og sykehus.

Deltatt på >5 hjemmefødsler i Norge.

>3 års arbeidserfaring fra endt studietid.

Eksklusjons kriterier:

Jordmødre med erfaring fra bare hjemmefødsel eller bare sykehus.

< 3 års arbeidserfaring fra sykehus.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du stiller til intervju når vi finner et tidspunkt som passer for deg. Dersom vi ikke kan møtes ansikt til ansikt, er det ønskelig å benytte teams slik at vi får se hverandre under intervjuet. Begge studentene deltar under intervjuet. Det vil ta deg ca. 45-90 minutter å delta. Under intervjuet benytter vi lydopptak og notater. Lydopptaket blir oppbevart kryptert på UiT sine datalagringsider, og du sikres full anonymitet. Under selve opptaket skal det ikke fremkomme personopplysninger, verken om deg selv eller andre. Du skal heller ikke si hvilket sykehus du arbeider ved, bare at du arbeider på sykehus. Dersom slik informasjon kommer på lydopptak, anonymiserer vi det under transkriberingen. Før intervjuet starter, vil du bli bedt om å gi ditt muntlige samtykke til deltagelse på lydopptak.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Behandlingsansvarlig institusjon er UiT- Norges arktiske universitet, og bare vi studenter og veileder Ingvild Aune har tilgang til materialet.
- Dette gjør vi for å hindre at noen andre får tilgang til dine kontaktopplysninger: Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Vi lager datamaterialet på forskningsserver.

Under eventuell publisering er det ingen opplysninger om deltakere som skal være gjenkjennbare.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er ved publikasjon november 2024. Personopplysninger og eventuelle opptak blir slettet ved prosjektslutt.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Dine rettigheter

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

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

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

UiT – Norges arktiske Universitet ved *Ingvild Aune* (ingvild.aune@ntnu.no) (veileder)

Aina Lisell Torrissen (ato019@uit.no) & *Shugofa Sidikyar* (ssi088@uit.no) (studenter)

Vårt personvernombud: **Joakim Bakkevold** (personvernombud@uit.no)

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

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

Med vennlig hilsen

Ingvild Aune

(Forsker/veileder)

Aina Lissel Torrissen

(Student)

Shugofa Sidikyar

(Student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hjemme jordmødres erfaringer med å jobbe både som hjemmejordmor, og på sykehus», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i overnevnte *intervjustudie med lydopptak*

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

10.2 Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD



Meldeskjema 629433

Sist oppdatert

14.09.2021

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidetifikator
- Lydopptak av personer

Type opplysninger

Skal du behandle særlige kategorier personopplysninger eller personopplysninger om straffedommer eller lovovertrедelser?

Nei

Prosjektinformasjon

Prosjekttittel

Master i jordmorfag

Prosjektbeskrivelse

Vi ønsker å intervju jordmødre med denne problemstillingen: Hvilke erfaringer har hjemmejordmødrene med å arbeide med hjemmefødsler og på sykehus?

Hensikt med studien er å få en dypere forståelse av hvordan jordmødre som har erfaringer fra hjemmefødsler, jobber når de bistår i fødsler ved norske sykehus, og hvilke erfaringer de har med seg fra sykehuspraksis når de jobber med hjemmefødsler. Resultatet fra studien kan tenkes å bygge bro mellom de som bare har sin yrkesutøvelse på sykehus, og de som har erfaring fra hjemmefødsler.

Metode: intervju av hjemmejordmødre i Norge som også er tilsatt ved et sykehus.

Datainnsamling: intervju med lydopptak. Transkribering til skriftspråk.

Dersom opplysningene skal behandles til andre formål enn behandlingen for dette prosjektet, beskriv hvilke

Publisering utover innlevert masteroppgave ved UiT, ønsker vi å publisere en artikkel i internasjonale tidsskrifter.

Begrunn behovet for å behandle personopplysningene

Vi har behov for å intervju jordmødre ved lydopptak siden deres erfaringer er nødvendig datamateriale for forskningsprosessen i vår masteroppgaven. Dataene som innsamles behandles med anonymitet, men det er nødvendig for oss å ha kontakt med informantene før og under prosjektet slik at vi kan kontakte dem. Etter innlevert og publisert oppgave slettes dataene i tråd med gjeldende retningslinjer. Se prosjektbeskrivelse.

Ekstern finansiering

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Shugofa Sidikyar, shugofa95@hotmail.com, tlf: 40055879

Behandlingsansvar

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ingvild Aune, ingvild.aune@uit.no, tlf: 90656714

Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?

Nei

Utvalg 1

Beskriv utvalget

Jordmødre som arbeider både som hjemmehjemsjorner og ansatt ved et sykehus i Norge

Rekruttering eller trekking av utvalget

Facebook gruppe med navnet "Hjemmefødselsjordmødre" (privat gruppe) i tillegg til direkte kontakt via bekjentskap

Alder

30 - 75

Inngår det voksne (18 år +) i utvalget som ikke kan samtykke selv?

Nei

Personopplysninger for utvalg 1

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidetifikator
- Lydopptak av personer

Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?

Personlig intervju

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Informasjon for utvalg 1

Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene?

Ja

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Tredjepersoner

Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?

Nei

Behandlingsansvar

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ingvild Aune, ingvild.aune@uit.no, tlf: 90656714

Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?

Nei

Utvalg 1

Beskriv utvalget

Jordmødre som arbeider både som hjemmehjemsarbeider og ansatt ved et sykehus i Norge

Rekruttering eller trekking av utvalget

Facebook gruppe med navnet "Hjemmefødselsjordmødre" (privat gruppe) i tillegg til direkte kontakt via bekjentskap

Alder

30 - 75

Inngår det voksne (18 år +) i utvalget som ikke kan samtykke selv?

Nei

Personopplysninger for utvalg 1

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidetifikator
- Lydopptak av personer

Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?

Personlig intervju

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Informasjon for utvalg 1

Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene?

Ja

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Tredjepersoner

Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?

Nei

Dokumentasjon

Hvordan dokumenteres samtykkene?

- Muntlig

Beskriv

Samtykke skal tas ved lyd opptak.

Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Det kan trekkes tilbake ved muntlig eller skriftlig beskjed.

Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv?

Ved muntlig eller skriftlig beskjed.

Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

Tillatelser

Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?

Behandling

Hvor behandles opplysningene?

- Ekstern tjeneste eller nettverk (databehandler)

Hvem behandler/har tilgang til opplysningene?

- Prosjektansvarlig
- Student (studentprosjekt)
- Databehandler

Hvilken databehandler har tilgang til opplysningene?

Lydfilen lagres i nettskjema.no - diktafon ved UiO.

Kun studentene har tilgang på lydfilen.

Transkribert materiell lagres og bearbeides alltid fra UiTs server, OneDrive/Sharepoint 365, som veileder også har tilgang på. OneDrive 365 med to-faktorautentisering fungerer som et sikkert lagringssted. To-faktorautentisering er autentisering eller pålogging med mer enn en faktor. Det betyr at det i tillegg til brukernavn/passord kreves en tilleggsfaktor for å godkjenne påloggingsforsøket. Det skal benyttes Microsoft Authenticator.

Tilgjengeliggjøres opplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?

Nei

Sikkerhet

Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (koblingsnøkkel)?

Ja

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Opplysningene anonymiseres fortløpende
 - Flerfaktorautentisering
-

Varighet

Prosjektperiode

09.08.2021 - 30.04.2022

Skal data med personopplysninger oppbevares utover prosjektperioden?

Ja, data med personopplysninger oppbevares til: 01.01.2024

Til hvilket formål skal opplysningene oppbevares?

Forskning

Hvor oppbevares opplysningene?

Internt ved behandlingsansvarlig institusjon

Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?

Nei

Tilleggsopplysninger

Lydopptak/personopplysninger lagres ved hjelp av Tjenester for sikker datalagring (TSD), UiT. Tjeneste via UiO.

10.3 Vedlegg 3: Datahåndteringsplan



Datahåndteringsplan ved intervju i forbindelse med mastergradsoppgaven i jordmorfag

Datahåndteringsplan

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

Denne datahåndteringsplane lages i forbindelse med masteroppgaven i jordmorfaget med problemstilling: «*Hvilke erfaringer har hjemmejordmødrene ved å arbeide med hjemmefødsler og på sykehus?*»

Datainnsamling

Data samles inn gjennom dybdeintervju og lydopptak. Intervjuet vil ta om lag 45-60 minutter. I forkant av intervjuet er det laget en intervjuguide med spørsmål og mulighet for å utdype områder under intervjuet.

Fremgangsmåte for sikker kryptering og datalagring

For en sikker lagring av datamateriale brukes det nettskjema med diktafon fra Universitet i Oslo (UiO), som Universitet i Tromsø (UiT) har inngått avtale med. Opptaket skal lagres i nettskjema databasen via nettlesergrensesnitte. Siden intervjuene skal gjennomføres digitalt kan det være et godt alternativ for å sikre sikker kryptering og lagring. Fremgangsmåten om denne løsningen med kort veiledning finnes i kunnskapbasen og spesifikt under How To: Ta lydopptak med nettskjema-diktafon.

Veileder skal også ha tilgang til det transkriberte datamaterialet.

Videre organisering, lagring og sletting av data

I etterkant av intervjuene, transkriberes data over til tekstformat. Etter transkribering, kontrolleres teksten mot opptaket. Kopi lagres på studentens One Drive område på UiT. Det transkriberte datamateriales betraktes som konfidensielt og skal behandles ut fra studentens One Drive område ved UiT. Med hensyn til sikkerhet, betyr det at studenten ikke har anledning til å lagre transkripsjonen på privat/egen datamaskin. Datamaterialet (lydopptak og transkribert tekst) makuleres når endelig sensur for oppgaven foreligger, senest innen mai 2022. Datamateriale lagret på nettskjema diktafon slettes etter bestått eksamen under påsyn av veileder ved Jordmor utdanningen. UiT's retningslinjer for sletting følges.

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

Presentasjon og formidling av resultater

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

I tillegg planlegges det å publiseres en forskningsartikkel basert på masteroppgaven hvor funnene skal bli presentert.

Vurderinger rundt risiko, personvern og etikk

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

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

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

Ut fra informant og type informasjon som deles, betraktes studien å falle under kategorien kvalitetsforbedring av praksis. Muntlig gitt samtykke og fravær av øvrige personidentifiserende opplysninger vurderes å ytterligere redusere risikoen for brudd på personvern.

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

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

Ansvar

UiT ved universitetsdirektøren er behandlingsansvarlig. Daglig ansvarlig for prosjektet er veileder Ingvild Aune, dosent som også er prosjektleder. Masterstudentene i jordmorfaget Aina Lisell Torissen og Shugofa Sidikyar er i samråd med veileder, ansvarlig for den praktiske datahåndtering i forbindelse med intervjuene.

Personvernombudet ved UiT Norges arktiske universitet Joakim Bakkevold er orientert om masteroppgaven. Han kan kontaktes på telefon 776 46 322/ 976 915 78 eller på e- post: personvernombud@uit.no, av informanten ved spørsmål om rettigheter.

10.4 Vedlegg 4: Intervjuguide

- 1. Kan du fortelle hvorfor du begynte å jobbe som hjemmejordmor?**
 - Kan du fortelle oss hva det betyr for deg å arbeide med hjemmefødsler.
- 2. Kan du fortelle oss dine erfaringer fra når du jobber med fødekvinnen når du bistår i en hjemmefødsel?**
- 3. Kan du fortelle oss dine erfaringer fra å arbeide som jordmor på sykehus?**
- 4. Hvordan opplever du det å jobbe både som hjemmejordmor og sykehusjordmor?**
 - Beskriv både positive og negative erfaringer?
- 5. Hvorfor jobber du ikke bare som hjemmejordmor?**
 - Hvorfor jobber du ikke bare på sykehus?
- 6. Hvilke erfaringer tar du med deg fra å ha bistått ved hjemmefødsler, når du arbeider med fødsler på sykehus?**
- 7. Hvilke erfaringer tar du med deg fra arbeid på sykehus, når de arbeider med hjemmefødsler?**

10.5 Vedlegg 5: Kondensater

Kategori 1: Praktisk utøvelse av jordmorfaget

| Meningsbærende enheter | Kodegruppe | Subgruppe | Kondensat | Resultatkategori |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <p>Jeg har alltid vært opptatt av den normale fødselen, aktivitet i fødselen og fremme trygghet. Det har jeg alltid hatt i meg.</p> <p>Det er veldig meningsfullt å jobbe med hjemmefødsler.</p> <p>Jeg tenkte at det var rundt normale fødsler jeg ønsket å jobbe med. Det å følge de normale prosessene i kroppen, det var det som var utgangspunktet.</p> <p>Det vil aldri bli det samme som hjemmet i forhold til den</p> | <p>Praktisk utøvelse av jordmorfaget</p> | <p>Syn på fødsel</p> | <p>Jeg har alltid vært opptatt av det normale i fødselen og fremme trygghet og har ønsket å jobbe med det normale. Jeg synes det er veldig meningsfullt å jobbe med hjemmefødsler. På sykehuset får jeg jobbe med foreldrene som styrkere deres autonomi. På sykehuset føler jeg meg vingeklippet av prosedyrer og retningslinjer, men noen ganger er det en trygghet å ha dem. Hvis jeg følger dem,</p> | <p>Praktisk utøvelse av jordmorfaget</p> |

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <p>autonomien til foreldrene. På sykehuset er det et system med mange regler som paret må forholde seg til. Mens i hjemmet så er det du selv som legger løpet i hvordan ting skal være</p> <p>Det er en beskyttelse i å ha regelverk. Det er en beskyttelse å følge prosedyrer, for da kan ingen ta deg for noe. Men det er veldig begrensende, ja. Du blir veldig vingeklippet.</p> | | | <p>kan ingen ta meg for noe.</p> | |
| <p>Det handler om at jeg trenger de hjemmefødslene for mitt eget jordmorhjerte.</p> <p>Jeg kjente veldig på at noen må hjelpe denne</p> | <p>Praktisk utøvelse av jordmorfaget</p> | <p>Motivasjon til å bli hjemmejordmor</p> | <p>For meg handler det om at jeg trenger de hjemmefødslene for mitt eget jordmorhjerte.</p> <p>Det at kvinner får ta et selvstendig</p> | <p>Praktisk utøvelse av jordmorfaget</p> |

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <p>damen. Ingen svarte på henvendelsen, og kollegaene mine sa: "jaja, passer det ikke å føde her, får hun bare løse det selv. Dette med selvstendige valg, ligger veldig i min jordmoridentitet, og at andre ikke skal kunne bestemme over oss da.</p> | | | <p>valg ligger i min jordmoridentitet.</p> | |
| <p>Jeg styrer dem stort sett aldri. Jeg styrer dem ikke på sykehus heller, med mindre jeg må. Men jeg synes de fleste hjemme ender opp i badekaret og føder i vann eller dusjen, mange føder idusjen, eller så ender de</p> | <p>Praktisk utøvelse av jordmorfaget</p> | <p>Erfaringer med fødestillinger</p> | <p>Når det gjelder fødestillinger, styrer jeg dem aldri, hverken hjemme eller på sykehus. De fleste føder i badekaret, i dusjen eller ender opp på knærne. Det er ingen som føder på rygg hjemme. Det tar jeg med meg til når jeg bistår med</p> | <p>Praktisk utøvelse av jordmorfaget</p> |

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>opp på knærne altså.</p> <p>La meg si det er ikke på rygg, det er alt annet. Jeg husker en dame som sliten. Da snudde vi henne til en stilling hun ikke hadde prøvd, og det var på rygg og ta tak i knehasene og dra henne i hendene også jobber vi i lag.</p> <p>Det er ingen som føder på rygg. Jeg har vært med på 50 hjemmefødsler. Jeg har vært med på kun en som fødte på rygg en gang. Denne erfaringen tar jeg med på sykehuset og har nesten ingen fødsler i ryggleie.</p> | | | <p>fødsler på sykehus. Jeg har ganske få i fødsler i ryggleie på sykehus</p> | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <p>Vi ble drilla med å være inne hos fødedama, bli kjent med henne og finne ut hvordan hun vil ha det. Det handlet bare om å være hos dama, kjenne på rier, følge med og samle på inntrykkene og opplevelser. Det lærte jeg masse av. Det å være til stede og ikke ha så mye fokus på annet enn bare henne.</p> <p>Arbeidet som hjemmejordmor har styrket min bevissthet på relasjoner, som er en veldig viktig del av arbeidet med kvinner som er gravid og som fødende. Og også i barseltiden.</p> <p>Hvor viktig det er å vite ting, å ha</p> | <p>Praktisk utøvelse av jordmorfaget</p> | <p>Relasjon til paret</p> | <p>Jeg ble drillet med tilstedeværelse siden jeg var jordmorstudent. Det handlet om å kjenne på rier, følge med dama og samle inn inntrykk og opplevelser.</p> <p>Jeg blir bevisst på relasjoner som er veldig viktig i arbeid med gravide og fødende. Jeg har blitt bevisst på viktigheten av å vite ting, å være i dialog med paret og forstå hverandre. Det å være kjent med paret i forkant av fødsel er bra for da slipper jeg å bruke tiden etter fødsel på det, fordi denne tiden skal brukes for ammeveiledning og at paret blir</p> | <p>Praktisk utøvelse av jordmorfaget</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>snakket seg sammen og ha jobbet seg sammen og forstå hverandre. Det skal man ikke bruke tid på når kvinnen skal føde, og når hun skal lære seg å amme og kjenne barnet og sammen med partner skal bli en familie. Da er det fint om man kan ha gjort unna litt forberedelser, sånn at man vet hvem de er, og at de kjenner meg som jordmor</p> | | | <p>kjent med barnet. Derfor mener jeg at det er fint at man har etablert en god relasjon til paret.</p> | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

Kategori 2: Organisatoriske forhold

| Meningsbærende enheter | Kodegruppe | Subgruppe | Kondensat | Resultatkategori |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <p>På sykehuset er det godt at det er vaktskifte. Når man har holdt på lenge, er det godt både for den ene</p> | <p>Organisatoriske forhold</p> | <p>Utfordringer med vaktberedskap og økonomi</p> | <p>Jeg synes det er godt med vaktskiftet på sykehus. Dette er godt både for jordmoren og fødekvinne. Jeg</p> | <p>Organisatoriske forhold</p> |

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>og den andre at man kan bytte. Man kan snakke om kontinuitet også videre, men når jordmoren er sliten er det greit å bytte til en ny.</p> <p>Man må jo ha inntekt og ikke være på vakt hele tiden.</p> <p>Det å jobbe på sykehuset er en trygghet i forhold til økonomien, jeg har en fast inntekt. Du jobber på en måte på provisjon, altså antall fødsler. Det er også noe med at hvis det ikke blir hjemmefødsler utløser det ingen takster fra Helfo. Du kan ha lagt ned veldig mange timer med arbeid også får du faktisk ikke utløst</p> | | | <p>mener det viktig med inntekt og ikke ha vakt hele tiden. Hjemmefødsler oppleves som slitsomt og tidskrevende grunnet vaktberedskap i flere uker.</p> <p>For meg har det vært viktig med en god organisering, sånn at man slipper å være i beredskap hele tiden.</p> | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <p>de takstene. Da sitter du igjen med veldig dårlig timebetaling</p> <p>Det er ganske slitsomt og tidskrevende fordi noen ganger er du på vakt i en måned i strekk.</p> <p>Det med beredskapen, så kan man jo organisere seg på forskjellig måter når det gjelder hjemmejordmor.</p> <p>Det har vi gjort, vi er tre jordmødre som samarbeider, som gjør at man ikke er i 100% i beredskap hele tiden. Dette har jeg vært avhengig av.</p> | | | | |
| <p>Du har ikke kjempegodt betalt.</p> | <p>Organisatoriske forhold</p> | <p>Måter å løse organisering av kombinasjonen av å arbeide som</p> | <p>Jeg kunne aldri drevet 100 % med hjemmefødsler verken på grunn av</p> | <p>Organisatoriske forhold</p> |

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>Jeg tror at det er ganske få som driver med 100% hjemmefødsler i Norge. Dette fordi det er dårlig betalt og er tidskrevende.</p> <p>Du jobber på en måte på provisjon, altså antall fødsler. Det er også noe med at hvis det ikke blir hjemmefødsler utløser det ingen takster fra Helfo.</p> <p>Du kan ha lagt ned veldig mange timer med arbeid også får du faktisk ikke utløst de takstene. Da sitter du igjen med veldig dårlig timebetaling.</p> <p>Men jeg tenker det skulle vært et tilbud til alle, uavhengig av økonomi. Det er</p> | | <p>hjemmejordmor og på sykehus</p> | <p>økonomi og tid. Jeg jobber på en måte på provisjon, altså antall fødsler. Jeg tenker at alle gravide skulle fått tilbud til hjemmejordmor uavhengig av økonomi.</p> | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

| | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| det jo ikke, man må jo ha betalt som hjemmefødsler også. | | | | |
| Jeg har jo opplevd flere ganger, hvis noen sliter i en fødsel; “du som driver med sånne alternative ting og hjemmefødsler - har du noen gode ideer nå?”. Så på ett vis skjønner de at det ligger en kompetanse der og. At man tør å gjøre noe, tør å dytte litt og tør å rotere et barn. | Organisatoriske forhold | Forholdet til kollegaer | Flere kollegaer spør meg om gode ideer. De skjønner på en vis graf den kompetansen vi hjemmefødsler har. Jeg har hatt supergod kontakt med gynekologer og jordmødre. Jeg har ikke opplevd noen negativ snakking om hjemmefødsler. Det er leger som har fortalt meg hvordan jeg tørr det her men jeg har jo beviset at jeg kan det og er trygg på det. | Organisatoriske forhold |
| Jeg har jobbet på små enheter, jeg jobber på et sykehus og vi har supergod kontakt med kollegaer og gynekologene. De er nysgjerrige på | | | | |

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| <p>den verden. De er aldri negative i forhold til hjemmeføsler, Leger og jordmødre på poliklinikken henviser til oss. Noen leger sier «jeg skjønner ikke hvordan du tørr, men jeg ser jo at det er trygt.»</p> | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|

Kategori 3: Erfaringskunnskaper som øker den jordmorfaglige innsikten

| Meningsbærende enheter | Kodegruppe | Subgruppe | Kondensat | Resultatkategori |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <p>Jeg prøver å unngå så mye forstyrrelser så mulig. Kanskje dempe litt på belysning, dekke til kvinnen for å unngå så mye nakenhet. Litt sånne ting sånn at kvinnen føler</p> | <p>Erfaringskunnskaper som øker den jordmorfaglige innsikten</p> | <p>Erfaringskunnskaper fra sykehus</p> | <p>Jeg ønsker å unngå forstyrrelser og fremme den normale fødselen. Jeg har et avslappende forhold og er rasende god på det akutte. Jeg tenker at det er viktig at man kan jordmor håndverket</p> | <p>Erfaringskunnskaper som øker den jordmorfaglige innsikten</p> |

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>seg vel. Ellers så prøve å fremme den normale fødselen.</p> | | | <p>og bruke all jordmorkunnskapen . Jeg har tilgang til få hjelpemidler hjemme. Jeg må derfor bruke sansene mine.</p> | |
| <p>Jeg var ganske trygg på akutte situasjoner. Dette gjorde at jeg kunne konsentrerer meg for den normale delen og ha et avslappende forhold til det skutte. Jeg konsentrerte meg om den normale delen og tenkte at dersom det skjer noe så vet jeg hva jeg klarte å takle det.</p> | | | | |
| <p>De aller aller fleste som jobber med hjemmefødsler,</p> | | | | |

er rasende gode
på akutte ting.
De kan legge
venflon I fart og
de kan håndtere
en blødning.

Jeg tenker at man
skal kunne det
jordmor
håndverket og
kunne bruke all
jordmor
kunnskapen
maksimalt når du
er hjemme. Du
har så mange
andre
hjelpemidler. Du
må bruke dine
hender,
luktesansen,
både se og høre.
Du må kunne
masse
medisinske ting
som fysiologi og
anatomi, men
samtidig skal du
også kunne være
intuitivt og på en

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| måte forstå og erfare det som skjer under fødsel. | | | | |
| <p>Det er mest en <u>negativ tanke som blir tatt med hjem, og litt skepsis</u>. Det er litt det med at man er forurenset av sykehustanken, det er mest negativt som blir tatt med hjem.</p> <p>Også har vi forstyrrelser hele tiden. Du skal ikke bare jobbe med den kvinnen. Du har skyllerommet også. Så skal du smøre mat, og dokumentere minst tre forskjellige steder. Det går</p> | <p>Erfaringskunnskaper som øker den jordmorfaglige innsikten</p> | <p>Erfaringskunnskaper fra hjemmefødsler</p> | <p>Jeg har erfart at det er ofte de verste eller negative tanker som blir med hjemmejordmødre hjem.</p> <p>Arbeidsoppgaver en jordmor har på sykehus er forstyrende både for jordmoren og for fødekvinnen.</p> <p>Jeg tar med redsel fra sykehus og hjem. Det er mye fokus på risiko som gjør at man ser på fødsler som farlig.</p> | <p>Erfaringskunnskaper som øker den jordmorfaglige innsikten</p> |

bort tid som du egentlig skulle brukt sammen med den kvinnen. Det slipper du hjemme.

Du kan jo bli litt redd av å jobbe på sykehus for du ser på veldig mye dramatiske ting. Man jobber i et system som legger mye vekt på risiko, på en måte å sikre seg fra risiko hele tiden. Man ser på fødsler som farlig og man har et annet fokus. Det kan gjøre deg redd av å jobbe både på sykehus og hjemmejordmor.

